

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 J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios. | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales. | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. |
| J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa. | A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina. | M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina. |
| 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: Clínica quirúrgica, por el Dr. José Blanc Fortacín.—Mastoiditis tuberculosa en un niño de siete meses. Operación, por el Dr. José María Barajas.—Las inyecciones de leche esterilizada en Terapéutica (ocular y general), por el Dr. Manuel Marín Amat.—Estado actual de la doctrina de las secreciones internas, por el Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo.—Saneamiento é higienización de España, por el Dr. Luis Muñoz Antuña.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Homenaje á Cajal.—Los incidentes de San Carlos.—Remitido.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Ministerio de la Gobernación.—Sociedades científicas: Sociedad Española de Higiene.—Protección Médica.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios

CLINICA QUIRURGICA

POR EL

DR. JOSÉ BLANC FORTACÍN

Cirujano de número por oposición del Hospital de la Princesa.

COMPLICACIONES DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS

Esta forma de parasitismo no tiene relación biológica alguna con los tumores malignos. Pero la evolución de algunos quistes origina al enfermo complicaciones equivalentes. Pruebas de ello, son los siguientes casos.

Opero á un joven de diez y siete años, de un quiste en el hígado; cicatriza á los dos meses su cavidad marsupializada. A los dos años, el enfermo vuelve con una hepatomegalia enorme, con renitencia manifiesta, gran tensión abdominal en la zona hepática y con eosinofilia acentuada. Nueva intervención que descubre y evacua un enorme quiste que ha desplegado todo el hígado, reduciendo su parénquima al grosor de una cápsula de 2 ó 3 centímetros.

He ahí una afección que ha recidivado localmente después de extirpada.

No es uno, son varios los casos en los cuales después de una evacuación de un quiste y de su curación por retracción y cicatrización de su cavidad adventicia, han vuelto los enfermos a cabo de tiempo aquejando nuevas

molestias, y reconocidos estos enfermos, se han descubierto nuevos tumores en el hígado que han requerido como en el caso anterior otras intervenciones. Al practicarlas nos hemos encontrado, no con un solo quiste nuevo, sino con varios quistes que sembraban el parénquima de varios nódulos hidatídicos de tamaño variable, indicando siembra y desarrollo sucesivos. Lo cual representa una tendencia á actividad proliferativa indefinida que le asimila clínicamente, repito, á los tumores malignos.

Una enferma operada de quiste hidatídico de bazo, con conservación del órgano, ingresó en mi clínica á los tres años, con una generalización peritoneal del mismo proceso. Se encuentran quistes en el epiplón, en el peritoneo, en el fondo de Douglas y en el mesenterio. Al operar otra con enorme quiste en el hígado, encuentro otro en el mesocolon. Son dos ya los quistes retrovesicales que he hallado en enfermos que padecían quistes del hígado; y no hace muchos meses que dentro de un saco herniario me encontré con una hidátide. Buscando el punto de origen, luego de operada la hernia exploré el hígado; á partir de su borde inferior y en dirección descendente, se apreciaba una tumoración, semejante en forma y tamaño á una vesícula biliar distendida. Laparotomizado el enfermo pude extirpar un quiste que se hallaba como colgando del borde hepático.

Todos estos casos lo son de siembra á distancia del punto de origen. La proliferación se hace aquí en difu-

sión regional á partir de un punto inicial; del mismo modo crece el tumor maligno uterino con sus metástasis peritoneales ó el cancer gástrico con sus siembras epiplóicas ó el escirro hepático con sus propagaciones mesentéricas. Vuelvo á repetir que estos conceptos son puramente clínicos y tienen un alcance de similitud remota, sin que para nada hagan referencia á mecanismos íntimos fisiopatológicos.

También como los tumores malignos, los quistes hidatídicos tienen metástasis á distancia. Hace algunos años publiqué la historia clínica de una joven, que sin antecedentes patológicos biliares padeció súbitamente una ictericia progresivamente intensa; la exploración de la enferma y los datos hematológicos (eosinofilia de 8 por 100 y Weinberg positivo) me dieron la clave del diagnóstico; padecía un quiste hidatídico de la cara cóncava. Propuse la intervención que no fué aceptada. Meses después me avisaron que padecía un síndrome comatoso brusco que ocasionó la muerte de la enferma. La ausencia absoluta de datos para fundamentar un diagnóstico de meningococia ó tuberculosis, me hicieron pensar en la filiación hidatídica de aquellos trastornos, hecho que no pude evidenciar por haber negado la familia su autorización para una autopsia clínica.

Otra enferma que padeció un quiste hidatídico del pulmón que motivó una intervención seguida de curación á los cuatro meses, presenta un año después dolores intensos en la tibia derecha con aumento de volumen progresivo é impotencia funcional de la rodilla. Se diagnosticó una osteomielitis; se trepanó la tibia y se extrajeron de su cavidad medular una hidátide grande y varias pequeñas.

Aparte esas modalidades de difusión patológica, cuya semejanza clínica con la evolución de los tumores malignos hemos señalado, presentan los quistes hidatídicos en su desenvolvimiento y secuelas postoperatorias, complicaciones diversas de gravedad tan extraordinaria que obligan á acentuar la nota pronóstica mucho más de lo que parece indicar el estudio teórico de dichos procesos.

Véase la exactitud de dicha afirmación por las siguientes observaciones clínicas.

Han sido varios los casos de quistes hidatídicos de hígado que al romperse y evacuar su contenido por vías biliares han provocado un cuadro de colangitis gravísima mecánica é infectiva á la vez. Ese cuadro observado por clínicos de diversos países ha sido dado á conocer en España por Urrutia, por mí y algún otro. La complicación ha sido resuelta por intervención, y otras veces ha sido observada en la autopsia, habiendo muerto el enfermo como consecuencia de la infección biliar que provocaron los productos hidatídicos al perturbar la función biligénica.

En dos casos hemos asistido á hemorragias formidables sobrevenidas, en uno, á los quince días, y en otro, á los veinte de haber operado quistes hidatídicos, con marsupialización de la bolsa adventicia. No se podían atribuir esos trastornos á las modificaciones de la coagulabilidad subsiguiente á una alteración de la célula hepática, puesto que la ictericia que presentaron

estos enfermos antes de ser operados, desapareció después de la intervención rápidamente. La hemorragia fué mecánica, debida á la ulceración de un vaso marginal á la cavidad adventicia, vaso cuya luz quedó abierta al desprenderse la cáscara conjuntiva que sirve de barrera al quiste y cuyo desprendimiento se opera, lenta y progresivamente, mediante un proceso de supuración, foco séptico en general.

Pero no siempre es así: en los casos de abertura espontánea de quistes hidatídicos á través de los bronquios, los procesos de supuración adquieren en ocasiones caracteres de septicidad tal, que simulan la gangrena pulmonar. La llamada favorabilísima evacuación de un quiste pulmonar á través de un bronquio, crea al individuo complicaciones más terribles que el propio quiste.

Recuerdo el caso de una muchacha á quien sus propios deudos tenían aislada por el repugnante olor que despedía su aliento. Entrar en su habitación es un acto heroico, pues la fetidez impregnaba todo el aire del cuarto. Esta enferma había padecido un proceso pulmonar indagnosticado que le producía frecuentes y copiosas hemoptisis. Un día tuvo una abundantísima vómica que pareció aliviarla considerablemente de sus sufrimientos. Continuó expectorando pus y restos de membranas, sin más contratiempo hasta que un día sufrió un violento escalofrío, presentó un cuadro semejante al de una neumonía, y á partir de entonces comenzó la expectoración fétida de que hablamos en un principio. En un estado de depauperación septicémica consiguiendo llevamos la enferma á una intervención. Felizmente la sínfisis pleural se había establecido extensamente en zonas bajas torácicas, y así pudimos rápidamente hacer una pneumotomía para desaguar en punto declive aquel pulmón que no era más que una inmensa caverna llena de membranas hidatídicas en putrefacción que no pudieron salir por el bronquio y que, en cambio, salieron fácil y totalmente á través de la extensa brecha operatoria facilitada por la resección de tres costillas.

Se dice que la Naturaleza es muy sabia; no lo dudo, pero también es cierto que el arte tiene que enmendarle la plana, enseñándole á elegir el camino más directo y menos peligroso, que no es ciertamente el tráqueo-bronquial.

ABSCESOS APENDICULARES DE MARCHA ANÓMALA

La Patología apendicular no puede estudiarse en los libros. Quien sólo sepa de ella las generalidades que en ellos se consignan, se verá desorientado frente á las realidades de la práctica. Prueba de ello, son los siguientes casos.

A los diez días de un ataque de apendicitis típico, veo una enferma que presentaba una reacción peritoneal todavía acentuada, con un plastrón duro por encima del ligamento de Falopio. La enferma está febril (38°5), el pulso es de 110 y el análisis de sangre da una cifra de 12.000 leucocitos con 78 por 100 de polinucleares neutrófilos.

Mi visita obedecía al planteamiento de una inter-

vención operatoria establecida por el médico de cabecera, con cuyo planteamiento estaba conforme en principio, por ser los datos expuestos, tanto clínicos como hematológicos, los de un proceso inflamatorio supurado. Pero la exploración de la región no me permitía, en modo alguno dirigir una intervención, seguramente eficaz, á través de una zona ilíaca, donde apreciaba en lugar de un absceso, una zona de limitación del mismo, ignorando la profundidad á que podía hallarse y los órganos que pudieran entrar á constituir esa zona de limitación. Al hablar de otro caso, ampliaré este concepto.

Tampoco hallé en aquel día ocasión de intervenir por colpotomía, pues aunque el fondo de Douglas se apreciaba al tacto un poco duro, esa dureza era muy limitada, muy alta, y, por tanto, no tenía seguridad de llegar al absceso á través de esa zona.

Transcurren cuatro días; la polinucleosis se eleva á 90 por 100; el plastrón ilíaco es menor; el estado general de la enferma mejora; en cambio, tiene trastornos diuréticos. El fondo de Douglas abomba algo, y veo con ello bien definida la vía para una intervención que desde cuatro días atrás venía planteada. Practiqué la colpotomía; di salida á una considerable cantidad de pus y la enferma curó en veinte días.

¿Es que no hubiera llegado á la colección purulenta eligiendo la vía ilíaca? Seguramente que sí, pero no de manera tan fácil, y además ese absceso hubiera tenido un desagüe mucho menos correcto y fácil por la fosa ilíaca, donde estaba el polo superior de la bolsa purulenta. En cambio, el fondo de Douglas era el punto declive, el ideal para que el desagüe se estableciera completamente y de modo automático.

Para que se vean los inconvenientes de un desagüe por la fosa ilíaca en abscesos de evolución pélvica, obsérvense en la siguiente nota clínica las dificultades operatorias y los peligros que corrió el operado. Después de un ataque de apendicitis, un individuo de unos treinta años, presenta fiebre de 37°5 á 38° y polinucleosis de 80 por 100. Persisten ambos fenómenos á pesar del reposo, de la aplicación de calor, y de la desinfección intestinal por medio de urotropina. No se aprecia á los quince días plastrón inflamatorio abdominal, ni se percibe por tacto rectal fluctuación ni abombamiento.

Voy á la intervención creyendo encontrar un absceso muy pequeño y circunscrito. Practico la incisión baja por encima de arco crural y voy en busca del ciego para exteriorizarlo; este tramo intestinal está empujado en fosa ilíaca, y no puede ser atraído á la herida. Intento suavemente su despegamiento, que resulta enormemente laborioso por la firmeza de las adherencias con epiplón, con asas delgadas y con vejiga; en el curso de este despegamiento, abro un absceso grande. Situado en un espacio limitado por arriba por el ciego, por abajo y delante por la vejiga, y por el lado izquierdo y atrás por S ilíaca. Termino la intervención y dejo ampliamente abierta la herida operatoria.

El curso posterior fué un verdadero calvario; la dificultad del desagüe, por un lado; la ulceración de un sector de la pared del ciego que dió origen á un absceso estercoral, por otro, y además la salida de orina por

lesión vesical, motivaron una curación larga, grave y accidentada que terminó afortunadamente por la curación del enfermo.

Era este un caso en que no podía proceder de otro modo en lo que á vía operatoria se refiere. Quizás no convenga en procesos parecidos empeñarse en deshacer adherencias, cuando presenten la firmeza de las descritas. A la verdad, si bien fuí á la operación con la impresión de encontrarme con un absceso pericecal ó periapendicular, en el curso de la intervención y ante la aglutinación peritoneal con que tropecé, creí que se trataba de uno de esos casos frecuentes en la patología apendicular y salpingiana, casos que pudiéramos llamar de sínfisis pelviana, en la cual todos los órganos se aglutinan para envolver un apéndice ó una trompa rellenos de pus ó con paredes sembradas de abscesos pequeños. En esos casos, deshechas las adherencias para llegar al órgano enfermo, hemos extirpado éstas y hemos taponado con un Mickulic la zona ó hueco donde tales adherencias existieron.

Las dificultades de evacuación que presentan esos abscesos tan embridados se resuelven en la mujer muchas veces por medio de colpotomía, que como hemos visto en el caso primero, es intervención ideal para estos casos. Pero en el hombre la vía baja perineal es mucho menos utilizable. Y en cuanto á la vía rectal no la he utilizado nunca, ni creo que pueda ser utilizable más que en aquellos casos de absceso muy bajo, abombando mucho en la pared rectal anterior, apreciándose una evidente fluctuación para no exponerse á maniobras obtusas sin resultado. En una palabra: en aquellos abscesos que si no los abre el cirujano, se abrirían espontáneamente por esa vía.

La única vía practicable, pues, en el hombre es la ilíaca ó abdominal baja. Cuando el absceso mismo la ha trazado ya, es decir, cuando la fluctuación es perceptible por encima de arco crural y espina ilíaca, aun dando la sensación de colección profunda, la intervención es fácil y el desagüe con ella obtenido útil. Otra cosa es cuando hay que ir á buscar el absceso practicando la llamada laparotomía subperitoneal de Pozzi. Esta intervención, parecida á la maniobra quirúrgica, establecida para alcanzar en el uréter ó las arterias ilíacas, permite llegar á colecciones muy profundas sin penetrar en el peritoneo; en cambio, el desagüe posterior suele ser imperfecto.

Mastoiditis tuberculosa en un niño de siete meses. Operación

(OBSERVACIÓN CLÍNICA)

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS

Director fundador del Instituto Otorrinolaringológico de las Siervas de María.

No hace aún muchos días que se me presentó en la consulta pública del Instituto una pobre mujer que llevaba en sus brazos un niño decrepito, que á simple vista se apreciaba la ruina de su pobre organismo, destinado desde antes de nacer al sufrimiento por estar

engendrado dentro de las garras de la peste blanca que hubo de enseñorearse en sus progenitores. Representaba unos tres meses, aunque la madre nos manifestó que ya había cumplido los siete, acudiendo á mi consulta por consejo del médico de la Sociedad á que pertenecían.

Como datos anamnésicos, refirió la madre que hacía ocho días que observaron que el niño tenía fiebre, diarrea y tos, sospechando que todo ello fuese consecuencia del retardo de la irrupción dentaria, que hasta ahora no se había manifestado; pero lo que más alarmó al compañero encargado de su asistencia fué la presencia de una inflamación bastante considerable de toda la región retroauricular, que se extendía por encima del conducto, propulsando la oreja hacia adelante y contrastando esta deformidad con las reducidas dimensiones de la cabeza del pequeñuelo, que conservaba las fontanelas exactamente lo mismo que en el momento del nacimiento.

Como complemento de los datos en que se interpretaba el estado actual, nos informó la madre que su marido, de oficio cochero, padecía desde hacía tres años una pleuresía tuberculosa, que le tenía en cama, con el cual había tenido cinco hijos, de los cuales habían muerto el primero y el tercero en el período de la dentición y casi de repente, habiendo los supervivientes sufrido todas las enfermedades propias de la infancia y salvándose milagrosamente. El nacimiento de todos ellos, excepto el del enfermito, fué anterior á la tuberculosis paterna, siendo la alimentación del mismo bastante deficiente por las malas condiciones sociales de la familia y personales de la madre, incapaz de nutrir á otro ser, cuando apenas podía hacerlo á sí misma, por lo que tuvo que recurrir á la lactancia mixta, ejecutada á su antojo.

Oídas las anteriores manifestaciones, procedí al reconocimiento local, apreciando por palpación una gran tumefacción dura, extendida por toda la región mastoidea hacia la parte superior del conducto, correspondiendo al antro que en la mastoides de un niño de esta edad su situación coincide debajo de dicha zona inflamada, y cuyos contornos claros y precisos estaban bien limitados á este hueso, sin pasar ni un milímetro de las suturas óseas.

Aunque no había historia de supuración, quise convencerme por otoscopia, apreciando un conducto completamente seco y el tímpano y la caja dentro del más absoluto fisiologismo. La temperatura en el momento del reconocimiento era de 38°,5.

En esta situación y ante la falta por el momento de más datos, juzgué que se trataba de un osteitis tuberculosa de la apófisis mastoides, que había originado un absceso subperióstico, aconsejando la inmediata intervención antes que la infección pasase al endocráneo, si es que no había pasado ya, pues ya es bien conocida la forma larvada que tienen de presentarse las complicaciones meningo-encefálicas, sobre todo cuando son de origen tuberculoso.

Expuesto nuestro juicio clínico á la madre y aceptada por ésta la intervención, procedimos á llevarla á

cabo al día siguiente del reconocimiento. Practicados los preparativos de asepsia de rigor y dormido el niño á las primeras inhalaciones de unas gotas de cloroformo, después de haberle puesto 1 c. c. de aceite alcanforado, incindí clásicamente la región retroauricular, encontrando un tejido celular subcutáneo negruzco y esfacelado apenas sangrante, como igualmente las fibras musculares que daban señales de hallarse hondamente mortificadas, sobre todo las del auricular posterior y crotáfiter. Al incindir el periostio se dió salida á una colección purulenta de unos 20 gramos, de aspecto verdoso, espeso y fétido, que se hallaba sometido á gran presión, llegando por fin á la superficie mastoidea. A simple vista se apreciaba el estado de caries en que se encontraba el hueso, que tenía un color negruzco, hallándose ingurgitado y con aspecto esponjoso, resaltando la blandura de su consistencia. Fácilmente con la ayuda de la legra pude despegar las partes blandas, menos el conducto que procuré respetar. A una ligera presión de la cucharilla de Wolkman hundí á ésta en el espesor de aquella pulpa, que á semejanza de un azucarillo se iba deshaciendo con el instrumento, para labrar cuidadosamente una amplia cavidad en el espesor de aquel huesecillo que antes había constituido la apófisis mastoides, dejando una delgada capa en la cara interna y que al parecer estaba constituida por tejido sano, teniendo por norma el criterio conservador que siempre debe guiarme, y más en estos casos en los que además de extirpar lo enfermo, hay que tener en cuenta que tal vez la naturaleza haya sabido defender las demás partes del órgano encargadas de función tan esencial como es la audición, y con cierta desconfianza refrenamos nuestros impulsos quirúrgicos acordándonos sobre todo de la falta de sintomatología que nos autorizase para hacer un vaciamiento, limitándonos á hacer una casi total resección de la mastoides, sin tocar el antro al parecer indemne y aislado de la zona ósea enferma, haciendo finalmente la toilette del hueco óseo labrado entre la supuración y yo y suturando con dos puntos de crin de Florencia la mitad superior de la herida, y asegurando el drenaje como se aconseja en estos casos por la parte inferior de la misma, dimos por terminada la operación.

El curso postoperatorio, dadas las deficientísimas condiciones orgánicas del enfermito, por tratarse de un heredituberculoso, se ha desenvuelto relativamente bien, pues lentamente sus lesiones quirúrgicas van evolucionando hacia una *restitutio ad integrum*, mejorando la infección general en su síntoma febril, que ha disminuído notablemente aunque tiene elevaciones sin norma fija de 38° que no duran arriba de una hora, continuando la tos y las molestias de la dentición que al decir de la madre en todos los hijos ha ocurrido igual, sin otro trastorno.

Afortunadamente ni por un momento se ha presentado el menor síntoma de complicación endocraneal, que en este caso hubiese sido funestísima, acentuándose más la mejoría después de un purgante, que con su efecto contribuyó á descender la temperatura, aunque por desgracia, por el estado caquéctico del niño, no por mucho

tiempo, pues al día siguiente se le presentó nuevo recargo vespertino aunque menor, pues no pasó de $37^{\circ},7$, descendiendo al poco tiempo á $36^{\circ},5$ y continuando los demás días de un modo parecido, con tendencia á disminuir dichos recargos anárquicos, hasta el punto de que á los doce días de operado ha permanecido apirético todo el día.

Los puntos de sutura se desprendieron sin cicatrizar los bordes de la herida, que se encuentran dentro de la mayor indiferencia; poco sangrantes y con escasa vitalidad, renovándose la cura diariamente, y tan sólo en el interior del hueso mastoideo es donde empieza á vislumbrarse una cicatrización que por el momento otorga una prórroga á la vida de este niño tan difícil de conservar, dadas sus condiciones, que le exponen á nuevos achaques de la misma gravedad que el actual del que por fortuna hemos salido.

Sería interminable esta modesta observación clínica si nos dejásemos llevar de todas las consideraciones á que se presta la patogenia de tan interesante proceso. La configuración anatómica de la mastoides de nuestro enfermito juega en mi concepto el papel más importante, pues en estas células anexiales, aisladas del antro, como ya Poirier denominó con el nombre de periantrales, pueden desenvolverse los más graves procesos infectivos, como en el caso presente, cavidades que no se reúnen con el propio antro hasta los cuatro ó cinco años, y pudiendo llegar hasta ellas los distintos gérmenes procedentes, bien de regiones más ó menos distantes del propio organismo, ó bien del exterior, mediante las soluciones de continuidad.

Realmente me encontré un poco perplejo antes de aceptar como tuberculosa la naturaleza de esta mastoiditis, pero por todo lo expuesto y pensando que en tal región anatómica suele presentarse con alguna frecuencia, sobre todo en el niño, de una manera primitiva como afirma Heynrici, me afirmé más en mi criterio, manifestando dicho autor que al mismo tiempo suele producirse una linfadenitis de la capa cutánea de la región mastoidea, llegando el germen tuberculoso, según él, por vía sanguínea, según otros, por los linfáticos que existen debajo de la fibromucosa que tapiza estas cavidades, dando en ellas lugar á colecciones purulentas, pero respetando macroscópicamente el antro, aunque no sabiendo de manera fija si podríamos decir lo mismo microscópicamente, sobre todo en el adulto, en el cual afirma Mignon que siempre precede la antritis á la celulitis y en estas células, que además de Poirier fueron estudiadas por Klecki en el año 1895, en los Anales del Instituto Pasteur, se va produciendo la corrosión de sus paredes, destruyéndose todas ellas, en ocasiones en el período de ocho días, como ocurrió además de mi enfermito, en el de Hessler y en el que Borbone describe en el Boletín de la Real Academia de Bélgica, pudiendo, por último, proceder el germen de lesiones fímicas existentes en nariz, laringe ó pulmón, lo cual es muy posible, pues la hipótesis de que mediante una herida de la región temporal, el bacilo de Koch puede llegar directamente á la mastoides, no podemos aceptarla como la más verosímil y de ninguna manera en

casos como el presente, en el que la etiología es bien clara, á diferencia de aquellas otras mastoiditis que observamos en la práctica diaria y que suponemos debidas á causas comunes, pues tan sólo la platina del microscopio sería capaz de sacarnos de nuestro error que ni la misma intervención acertó á despejarnos, porque las lesiones de caries y osteitis pueden adoptar formas idénticas á la mastoiditis tuberculosa.

Merecen citarse los interesantes trabajos de Georges Portmant acerca de las infecciones aisladas de las células mastoideas, capaces de no producir reacción local ni general cuando el proceso recae en un organismo depauperado, observación ya manifestada anteriormente por Politzer, Siebenmann y Mignon, comprobándola anatómicamente Depoutre y Stanculeaun y clínicamente Joubert.

En el año 1859 Troltsch estudió por vez primera la tuberculosis del oído, definiendo la forma primitiva ú otorrea tuberculosa de la primera edad y la secundaria propia de los adultos y consecutiva siempre á lesiones pulmonares. Más tarde Schwartz logró demostrar la presencia del bacilo tuberculoso en el flujo ótico, haciéndose en España las primeras investigaciones en este sentido por el Dr. Ariza en el Instituto Rubio y continuadas por el Dr. Uruñuela y mi padre, siendo varios los trabajos que se han hecho posteriormente acerca de esta materia, acusando todas las estadísticas cifras relativamente escasas, debido en mi concepto á las dificultades del diagnóstico, especialmente el bacteriológico, con que todavía contamos, aunque no obstante los enfermos pueden recibir los beneficios de un tratamiento quirúrgico inmediato sugerido por la clínica cada vez de más extensos horizontes en esta rama, iniciada en el año 1750 por Petit que á propuesta de Rioloano resecó por primera vez una mastoides con la ayuda del martillo y la gubia, imitando su ejemplo Jesser en el año 1776 que trepanó la mastoides de un soldado que padecía una supuración crónica con ataques dolorosísimos, obteniendo tal éxito que para él constituía la panacea que aplicaba en las más variadas afecciones del oído y siendo, por tanto, la causa de su decadencia hasta que en el año 1832 vuelve á surgir con Itard, Rau y Bonfont sufriendo nuevas alternativas en el concepto de los prácticos por la inexperiencia quirúrgica de aquél entonces, hasta el punto de que Boyer califica á un enfermo que sucumbió al ser operado por Hoelpin, de «mártir de la perforación mastoidea», y así poco á poco va afianzándose cada vez más en el criterio de Dieffenbach, Toynbee, James Hinton, Horsby, Jacoby, Heiman y numerosos más que con su estudio y pericia quirúrgica consiguieron colocar á tal intervención en el lugar que la corresponde y que gracias á ella todos los que á esta especialidad nos dedicamos hemos encontrado alivio inmediato en aquellos enfermos que en un plazo no muy lejano estaban condenados á sucumbir.

Madrid, 14 de Marzo de 1922.

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

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

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

Tratamiento.—El local correspondiente é inyecciones lácteas de este modo: en el mismo día: primera inyección de leche de 2 c. c. Al día siguiente han disminuido los dolores y los labios de la herida corneal están menos infiltrados de pus. Día 17: segunda inyección de leche en la misma cantidad. Día 18: los dolores han desaparecido, los labios de la herida están limpios, el hipopión ha disminuido en gran parte. Día 20: tercera inyección de leche en la misma dosis y también profundamente en la región glútea. Día 21: el hipopión ha desaparecido. Día 22: cuarta inyección láctea. Día 23: la cámara anterior está transparente y deja ver perfectamente el iris todavía un poco infiltrado y en fuerte miosis. Día 26: quinta inyección de leche; en los días sucesivos la infiltración del iris ha desaparecido, quedando decolorado y con aspecto atrófico; sin embargo, el ojo conserva su volumen normal, á pesar de propagarse la herida corneal, al limbo esclerocorneal en una extensión de 3 milímetros.

En este día el enfermo está curado, conservando su ojo aunque sin visión; sin embargo, no se le da de alta y se le tiene en observación.

Día 10 de Marzo: el ojo herido está irritado y lagrimoso y por reconocimiento encontramos un abundante exudado ciclóptico puntiforme detrás de la córnea, es decir, una iridociclitis tórpida, de las del tipo simpaticante. Le hacemos saber al padre la gravedad y la probable necesidad de enuclear dicho ojo, pero á título de conservador comenzamos un tratamiento intenso de inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio al 1 por 100 y en la cantidad de 1 c. c. en días alternos, con el que los fenómenos desaparecieron paulatinamente, hasta obtener la completa curación después de 18 inyecciones de esta naturaleza. Con todo, le tuvimos en observación hasta fin de Mayo próximo pasado, que marcha á su pueblo con orden de acudir á la primera manifestación reaccional por parte de alguno de los ojos.

Con frecuencia sabemos de este niño y continúa sin el menor accidente.

V.—DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA, AFECCIONES DEL NERVIJO ÓPTICO Y DE LAS VÍAS LAGRIMALES.

Observación 1.^a—Desprendimiento miópico de la retina (casi total con visión = 0).

Rafaela C. B., de veintiocho años, de Beires, se presentó á consultar el día 17 de Septiembre de 1918.

Tratamiento.—Día 18: 2 c. c. de leche esterilizada en inyección subescapular. Día 19: el desprendimiento

se ha localizado en la porción superoexterna, y ha reaparecido la visión que es igual á dedos á 20 centímetros. Día 20: segunda inyección de leche en la misma cantidad y región. Día 21: la retina está en el mismo estado que en la observación anterior. Día 22: una inyección subconjuntival de $\frac{1}{2}$ c. c. de leche, que no produce ningún dolor y tampoco proporciona ninguna mejoría.

Alta el día 23 de Septiembre, sin haber conseguido el menor alivio.

Observación 2.^a—Desprendimiento total de la retina de origen miópico, del ojo derecho, de un mes de fecha; el izquierdo está amaurotico á consecuencia de la misma lesión sufrida muchos años antes.

José B. M., de cuarenta y tres años, de Senés, se presenta á consultarnos el día 17 de Noviembre de 1918, con fenómenos inflamatorios por parte del iris, fondo inexplorable y visión nula.

Tratamiento.—Día 18: 1 c. c. de leche esterilizada en inyección subconjuntival que no es dolorosa, y localmente atropina. Día 19: la pupila está medianamente dilatada, la tensión ocular un poco aumentada y con la luz oftalmoscópica se ilumina el fondo del ojo aunque sin apreciar detalles.

Día 20: se le pone la segunda inyección subconjuntival en la misma cantidad. Día 21: los exudados del vítreo han disminuido hasta el punto de permitir ver la retina desprendida. Día 22: se le pone una inyección hipodérmica de 3 c. c. de leche. Por la tarde, intensa reacción febril precedida de escalofríos (39°5), el fondo del ojo es perfectamente perceptible en sus detalles: se ve la pupila, los vasos y la retina desprendida solamente en el cuadrante superoexterno y ve los dedos á 10 centímetros por el lado temporal. La tensión ocular está considerablemente aumentada, pareciendo la de un ojo normal. Día 22 de Noviembre de 1918: el fondo del ojo está turbio, la retina más desprendida y la tensión disminuida.

Con la experiencia adquirida en casos anteriores (los dos citados: el anterior y la observación 5.^a del capítulo II, Iritis, iridociclitis y coroiditis), suspendimos el tratamiento por las inyecciones de leche, que juzgamos ineficaces en esta grave afección.

Observación 3.^a—Neuritis óptica retrobulbar aguda postgripal con amaurosis total en ambos ojos.

Encarnación C., de veintinueve años, casada, de Terque, es presentada por su esposo en nuestra consulta privada el día 2 de Diciembre de 1918, convaleciente de la gripe, de cuya enfermedad quedó ciega.

Reconocimiento.—Ojos y anejos [en apariencia normales, excepción hecha de una ligerísima papilitis más acentuada en el ojo izquierdo y dolorimiento al comprimir el globo ocular sobre la órbita. La visión excéntrica se conserva, aunque muy periféricamente, si bien no le presta la menor utilidad.

Tratamiento.—Sanguijuelas en número de 6, detrás de cada oreja, régimen lactovegetariano, aspirina al interior y sudoríficos.

Día 9 de Diciembre de 1918: vuelve en el mismo estado de visión (escotoma central extensísimo y absoluto)

(1) Véase el número anterior.

y por oftalmoscopia un poco más aparentes en cambio de coloración papilar. Se le inyectan en la región sub-escapular 2 c. c. de leche esterilizada. Día 10: gran mejora, sorprendente; visión ojo derecho = $\frac{1}{5}$; visión ojo izquierdo = dedos 1 metro (sin existir ni cromatopsia, ni inversión de los colores, ni anestesia conjuntival, ni ningún otro síntoma que hiciera pensar en histerismo). Día 11 de Diciembre: segunda inyección de leche en la misma dosis y región, que aumentó un poco la visión del día anterior y que mejora los síntomas oftalmoscópicos, especialmente del ojo izquierdo en el que existía una verdadera papilitis.

Alta 14 de Diciembre de 1918, con agudeza visual en el ojo derecho de $\frac{1}{2}$ y de $\frac{1}{8}$ con el izquierdo. Después hemos sabido que la visión de este último ojo se hizo normal.

Observación 4.^a — Atrofia tabética de ambas papilas ópticas.

José P. R., de cincuenta y dos años, bracero, Berja, ingresa en nuestra clínica del Hospital el día 11 de Diciembre de 1918, padeciendo tabes dorsal, con trastornos de equilibrio, anisocoria, atrofia papilar, etc. Visión del ojo derecho = 0, ídem del ojo izquierdo = dedos muy difícilmente á 10 centímetros.

Día 12: primera inyección de leche de 4 c. c. Día 13: ninguna mejora. Día 14: segunda inyección láctea profundamente en la región glútea. Día 15: sigue en el mismo estado. Día 18: tercera inyección de 3 c. c. Día 21: cuarta inyección de 2 c. c. Día 24: quinta inyección de 2 c. c. Con las cinco inyecciones ninguna mejora ni en la visión, ni en los síntomas oftalmoscópicos, dándole el alta el día 26 de Diciembre de 1918, en el mismo estado.

Con respecto á las afecciones de las vías lagrimales, nuestro radio de acción ha recaído exclusivamente sobre las dacriocistitis supuradas y de una manera indirecta.

En los muchísimos casos de úlcera serpiginosa de la córnea con dacrioblenorrea que hemos tratado, hemos sido sorprendidos desde las primeras observaciones al ver con la prontitud que desaparecía la supuración del saco lagrimal, sin haber efectuado en muchas de ellas el menor tratamiento. Siempre ha desaparecido el pus con el tratamiento lácteo, para no volver á reaparecer durante todo el tratamiento de la afección corneal. De ordinario, de la segunda á la tercera inyección ya ha desaparecido, habiendo observado muchas veces que vías lagrimales totalmente obstruidas al comenzar el tratamiento, á los varios días de instituídos y después de desaparecer la purulencia, se han hecho permeables á las inyecciones, sin que nada hayamos hecho por conseguirlo, y siendo explicable, por la disminución ó desaparición inflamatoria de la mucosa del saco y conducto nasal; es decir, que dichas obstrucciones eran de origen flogístico, no cicatricial.

Se nos ha ocurrido que alguna vez y cuando la purulencia persistía á despecho de las inyecciones detensivas, pudiéramos emplear el tratamiento lácteo siem-

pre que esté indicado conservar expedito el desagüe á las lágrimas: estrechez sin dacriocasia y á título de adyuvante del cateterismo.

VI.—AFECCIONES EXTRAOCULARES.

A) *Gripe*.—En la terrible epidemia de gripe que tan despiadadamente azotó á España en el otoño de 1918, se nos ocurrió pensar que la medicación láctea, que tan excelentes resultados daba en las infecciones oculares, aun las más graves, forzosamente tendría que prestar grandes servicios en dicha afección general, especialmente si se presentaba asociada al neumococo. Mas como nosotros no ejercemos la medicina general, no pudimos comprobar directamente esta suposición y tuvimos que recomendar su empleo en aquellos casos en los que teníamos gran ascendiente, como eran los de nuestra familia y nuestro pueblo natal y á médico que le fuésemos devoto; pues de lo contrario, hubiera podido ser interpretado como deseo de notoriedad lo que siempre, y en aquella triste ocasión más, no ha sido sino amor á la ciencia y á la humanidad.

Al ir á los funerales de uno de nuestros parientes fallecido entonces en Roquetas de Mar (nuestro pueblo), visitamos muchos de los atacados á título de amigo (no de médico) y nos impresionó muy vivamente ver algunos en plena asfixia, con extensas broncopneumonías de ambos lados, con anuria, con el corazón impotente para vencer los grandes obstáculos circulatorios y creímos que una sangría, la administración de digital y las inyecciones de leche de tan gran poder diurético y microbicida contra el pneumococo, pudieran salvar aquellas naturalezas fuertes, jóvenes y robustas, á las garras de la muerte.

Nuestro pensamiento expuesto con el temor del que no domina una materia, fué tan benévolamente acogido por nuestro excelente amigo y colega D. Pedro Sola, que inmediatamente fué puesto en práctica en el enfermo que me sugirió la idea, ya casi en período agónico, y que recobró la salud: en él se empleó el tripode referido de sangría, digital é inyecciones de leche.

En muchísimos enfermos se emplearon también estas inyecciones y todos ellos recobraron la salud; con ó sin sangría, con ó sin digital.

La leche que se empleaba en estos casos era preparada por nosotros y en envase adecuado la enviábamos. La preparación era la misma que la utilizada en las afecciones oculares y la dosis también igual ó ligeramente mayor: primera inyección, de 4 c. c.; segunda inyección, de 3 c. c.; tercera y cuarta, de 2 c. c., en días alternos y debajo de la piel. La procedencia también idéntica: de cabra.

B) *Erisipela facial*.—Una de las enfermas de nuestra consulta privada acude un día con una extensa placa de erisipela de la cara que arranca en el dorso de la nariz é invade ambas mejillas con infartos de los ganglios submaxilares. Se le recomienda una pomada á base de ácido fénico en aplicación local y se le pone una inyección subcutánea de leche esterilizada de 4 c. c. Por la tarde la placa está localizada y sin tendencia invasora y la temperatura es de 39°,5. Al día siguiente

la temperatura es de 37°,8, la placa está más pálida, más limitada y especialmente con menor relieve; al tacto no da la sensación de pergamino que el día anterior. Sin embargo, se le pone una segunda inyección de leche esterilizada de 3 c. c. Por la tarde, 38° y buen estado general, la mejoría es muy manifiesta sobre la ofrecida por la mañana.

Al tercer día, la temperatura por la mañana es de 36°,5, la zona erisipelatosa ha desaparecido en el dorso de la nariz y en la mejilla derecha, quedando un pequeño resto apenas perceptible en la mejilla izquierda. Se le pone la tercera inyección de leche de 2 c. c. Por la tarde 37°.

Día cuarto: temperatura 36°,7. No queda el menor vestigio de erisipela y se le da de alta por curación.

C) *Orquitis blenorragica*.—Adulto que en el curso de una blenorragia, presenta una violenta inflamación de uno de los testículos, con fiebre alta y violentos dolores, que le impiden todo reposo.

Le inyectamos 4 c. c. de leche, en las paredes del vientre. La noche la pasó con los dolores menos fuertes, durmiendo durante gran parte de ella. Por la mañana la temperatura es menor, la diuresis muy abundante, el testículo ha disminuido considerablemente de volumen y apenas si duele.

Al día siguiente nueva inyección de 4 c. c. de leche esterilizada. La noche la pasó sin dolor y durmiendo toda ella. A la mañana siguiente, el estado general ha mejorado considerablemente y del local apenas si queda una ligera tumefacción del testículo; no hay dolor.

Al tercer día, tercera inyección de leche a la dosis de 3 c. c. La noche la pasa en un sueño. Al día siguiente el testículo está de apariencia normal, no han reaparecido los dolores y el enfermo entra en franca convalecencia.

No se le ponen más inyecciones y al día siguiente el enfermo abandona la cama, y es dado de alta dos días después, completamente curado de su complicación blenorragica.

D) *Peritonitis aguda*.—En Octubre próximo pasado (de 1919), el ilustre Dr. Solves, nuestro muy querido amigo, nos llamó para consultarnos si las inyecciones de leche que nosotros veníamos usando en nuestra práctica oftalmológica, pudieran prestar algún beneficio a la afección que su único hijo, niño de dos años, padecía: una peritonitis aguda, así diagnosticada por los médicos más acreditados de esta capital y por él mismo.

Nuestro leal consejo fué, dado la gravedad de la afección y del caso (el niño estaba gravísimo, con vómitos porráceos desde hacía dos días, cara hipocrática y señales de próxima muerte), y por si fuera de origen tuberculoso, que esta medicación no daría resultados y que yo no le aconsejaba su empleo, por creerlo ineficaz. Sin embargo, nuestro querido compañero, hombre de un valer científico extraordinario, comprendió el valor de nuestra contestación y nos aseguró que la etiología de la afección no era tuberculosa y que teniendo a su hijo por muerto, como padre y como médico, me autorizaba para ponerle las inyecciones de leche en la dosis y forma que yo juzgase necesarias.

A los pocos momentos, le inyecté 2 c. c. de esta substancia, en la región interescapular (eran las doce del día). Por la noche había una ligera reacción febril (38°,5), pero el estado local (dolor y tumefacción del vientre) habían disminuido y el general notablemente mejorado, apenas si existían vómitos y la facies hipocrática había desaparecido.

A las veinticuatro horas (a las doce del día siguiente) le puse la segunda inyección de otros 2 c. c. de leche. Por la noche otra ligera reacción febril y mejoría notabilísima de los síntomas peritoneales y generales; habiendo desaparecido totalmente los vómitos.

Al tercer día, tercera inyección de 1 $\frac{1}{2}$ c. c. Por la noche, menos reacción febril y casi desaparición de la sintomatología general y local.

Al cuarto día, franca entrada en la convalecencia, pero, sin embargo, se le pone 1 c. c. y 2 décimas de centímetro cúbico de leche.

Pocos días después el niño recobró totalmente la salud, y sano y salvo se encuentra en la actualidad.

En el curso científico de 1919 a 1920, del Colegio de Médicos de la provincia de Almería, dimos tres conferencias acerca de este mismo tema y en la discusión que motivaron, los siguientes señores se expresaron en estos términos:

El Dr. Pérez Cano: He usado, con extraordinario éxito, las inyecciones de leche en *artritis blenorragicas* de la rodilla; en *tarsalgias* de la misma naturaleza, en *adenobubones venéreos* y en *epididimitis* blenorragicas. En las *artritis* disminuye el dolor en el momento, desapareciendo totalmente a la segunda inyección; así como el edema y la tensión articular; habiendo obtenido la curación en un caso, en diez días, y en otro, en catorce. En la *tarsalgia* desaparecieron los síntomas con extraordinaria rapidez. En los *adenobubones* favorece el proceso de eliminación del magma ganglionar y favorece la reparación, abreviando de un modo sorprendente la curación de esta afección de evolución tan lenta y crónica. En la *epididimitis* desaparecen inmediatamente los síntomas agudos, dolor y tumefacción, terminando el proceso inflamatorio en tres ó cuatro días, si bien persiste durante algún tiempo la induración.

Comparte nuestro querido amigo el Dr. Pérez Cano nuestra misma opinión acerca de la extraordinaria bondad de la leche en inyección en los procesos flogísticos y desde estas páginas le expresamos nuestro profundo agradecimiento, por las frases encomiásticas con que públicamente nos honró en la sesión científica de referencia, al decir que mi modesto nombre debe ir unido al capítulo de la Terapéutica por las inyecciones de leche en España. Ciertamente fuimos nosotros los primeros en ensayar esta medicación en nuestra patria.

El Dr. Solves Aguilar dice: He empleado la leche en las broncopneumonías, tanto en las formas pseudolobares como en las lobulillares, de tipo gripal y en las que el análisis bacteriológico demostraba el pneumococo y el diplobacilo; algunas de ellas con albuminurias de 4 gramos por litro, pero con poca retención clorurada y diuresis superior a un litro por veinticuatro

horas. Las reacciones febriles consecutivas a la inyección han sido de medio a un grado, y los síntomas clínicos que primero han mejorado han sido la disnea, la cianosis y el estado de toxinfeción, se han disminuído las congestiones perifocales aumentando la capacidad respiratoria, pero he podido comprobar que los signos de hepatización (soplo, macidez, etc.) han evolucionado como en los enfermos no tratados con este remedio, formando contraste el bienestar del enfermo, la caída del pulso hasta 80 pulsaciones y aun menos, la diuresis, la desaparición de la fiebre, la vuelta del sueño, etcétera, con la persistencia del soplo bronquial, la macidez y los estertores crepitantes de los alrededores del foco; el pulso ha mejorado desde los primeros momentos, pues, disminuyendo el obstáculo de la circulación pulmonar, mejora la dilatación del corazón derecho. En las formas septicémicas y en las broncopneumonías de repetición de la infancia en organismos depauperados, he fracasado siempre con el empleo de la leche. Las bronquitis y broncopneumonías que acompañan ó siguen a la coqueluche, no se modifican por este tratamiento.

(Continuará.)

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

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

FOR EL

DR. D. GREGORIO MARAÑÓN Y POSADILLO

Y CONTESTACIÓN

DEL

DR. D. GUSTAVO PITTALUGA

La interpretación errónea de estos dos últimos grupos de casos ha sido la causa del mayor número de las incorrecciones cometidas en estos últimos años a costa de la Endocrinología. Y a ello hemos de añadir el error, también muy frecuente, de fundar interpretaciones patológicas en la extensión excesiva de un determinado síntoma, como por ejemplo, partiendo de que en el mixedema suele haber caída del cabello, considerar todas las calvicies como hipotiroides; ó todas las hipotensiones como de origen suprarrenal, etcétera. También fundándose en la analogía de ciertos síntomas se han cometido errores clínicos, como el de suponer a la enfermedad de Parkinson una patogenia hipertiroidea porque hay en ella temblor, sensaciones de calor, mirada fija y otras manifestaciones semejantes a las que presentan los basedowianos. Y aun ha habido quienes han asignado a determinados síndromes una patogenia harmónica por su oposición sintomatológica con ciertas enfermedades endocrinas, como Lundborg, que, basándose en la oposición de los síntomas de la miastenia y los de la tetania, supuso que aquélla se debía a una hiperfunción paratiroidea, ya que la tetania se debe, por lo menos en ciertos casos quirúrgicos, a una insuficiencia de los corpúsculos paratiroides.

Otro elemento, por fin, que tenemos que considerar como causa de extensiones indebidas de la patología endocrina es la interpretación equivocada de los conceptos de la «disfunción» y de las «correlaciones interglandulares». Desde luego, el di-

vidir los síndromes endocrinos en hiperfuncionales, hipofuncionales y disfuncionales, como los clínicos hemos venido haciendo hasta ahora, representa un esquematismo excesivo, que empieza ya a ser insostenible, pero del que no debemos renegar, ya que ha servido, en los períodos nebulosos de la Endocrinología, como pauta necesaria para la clasificación de los enfermos. Es un cedazo de mallas demasiado anchas que, una vez utilizado, tiene que ser sustituido por otro de orificios más angostos. Evidentemente, una glándula cualquiera, endocrina ó no, dentro de su tipo funcional normal, elabora una cantidad dada de secreción, que se vierte, en el medio interno ó al exterior, en cantidades más ó menos grandes, según las sollicitaciones del organismo, pero siempre dentro de límites determinados. Y es evidente también que el modo más simple y más frecuente de abandonar la normalidad esta función glandular consistirá, ó en segregar excesivamente (hiperfunción), ó en segregar menos de lo que exige el momento fisiológico (hipofunción). El estudio de los primeros síndromes endocrinos pudo ajustarse pronto a este esquema primitivo, fundándose en la oposición de los síntomas, en los resultados anatomopatológicos y en la reproducción experimental de los cuadros clínicos espontáneos; y de este modo, unas veces caminando sobre hechos ciertos, y otras atravesando puentes hipotéticos, se llegó a completar casi enteramente el esquema de los síndromes hiperfuncionales é hipofuncionales de cada glándula: la enfermedad de Basedow y el mixedema, para el tiroides; la acromegalia y gigantismo y los síndromes adiposogenitales, para la hipófisis; los síndromes suprarrenovascular y suprarrenogenital y la enfermedad de Addison, para las suprarrenales; las miastenias y miatonias y las tetanias, para los paratiroides; y así sucesivamente.

Pronto se vió, empero, que había enfermos positivamente endocrinos (tiroideos, hipofisarios, etc.), que, sin embargo, no encajaban exactamente en ninguno de estos dos tipos funcionales, sino que presentaban mezclados síntomas del grupo hiperfuncional y del hipofuncional. Y entonces surgió el concepto de la disfunción, que unos interpretaron como un estado de estabilidad funcional de la glándula, apta en virtud de él para desviar patológicamente su actividad, en ambos sentidos (Levi); otros, como una disociación de las diferentes actividades hormonales de una misma glándula, coexistiendo la hiperproducción de unas hormonas con la insuficiencia de otras (Marañón), y que otros, por fin, explicaban por correlaciones funcionales de otras glándulas que venían a complicar la sintomatología primitiva (Falta).

Hoy tenemos que admitir, con un nombre ó con otro, la noción de la disfunción, ampliándola cada vez a mayor número de casos. Es evidente, por ejemplo, que hay trastornos tiroideos que pueden considerarse como hiperfuncionales, como resultado de un aumento cuantitativo puro de la secreción de esta glándula; y la prueba es que pueden ser exactamente reproducidos sin más que administrar a un sano suficiente cantidad de extracto tiroideo: tales los hipertiroidismos pasajeros, ligados con las emociones intensas, con la pubertad, con la menopausia, etc. (1). Pero en los casos intensos, complicados, crónicos, de la enfermedad de Basedow, no todo se explica por la hiperfunción; el aspecto de intoxicación grave que presenta el enfermo obliga a admitir que las hormonas tiroideas, además de ser excesivas, están cualitativamente alteradas. Un ejemplo análogo nos ofrece la hipófisis: ciertos crecimientos excesivos de la talla y ciertas deformidades pasajeras de los huesos cortos, muy

(1) Véase el número anterior.

(1) Recientemente he insistido en esta tesis en mi monografía. Véase también Brooks



frecuentes en la época del crecimiento, parecen corresponder exactamente á una hiperfunción pura del lóbulo anterior hipofisario. Mas los casos de acromegalia patológica, de gigantismo infantil ó gigantismo acromegálico, con sus deformidades casi monstruosas y definitivas, indican bien á las claras que hay algo cualitativamente anormal en el funcionamiento excesivo de la glándula. Iguaes ejemplos podríamos citar en los síndromes hipofuncionales: hay hipotiroidismos leves, pasajeros, que se curan rápidamente con unas dosis de tiroidina y que pueden por ello considerarse como simples desfallecimientos escuetos de la función del tiroides, en tanto que los mixedematosos graves es frecuente que presenten síntomas que resisten á la medicación tiroidea al lado de otros que se curan, dando con ello la impresión de que el problema es más complejo que la existencia de una mera insuficiencia funcional corregida por una mera medicación sustitutiva. Por consiguiente, la experiencia clínica nos obliga á considerar muchos de los casos que antes se clasificaban netamente como hiperfuncionales ó hipofuncionales como debidos á alteraciones complicadas, á la vez cuantitativas y cualitativas, de la secreción; verdaderos estados que, si no nos repugnase dar nombres nuevos á las cosas, podríamos llamar de *dishiperfunción* y *dishipofunción*.

Pero una vez hechas estas aclaraciones, en la práctica del diagnóstico clínico, hemos de poner en guardia al médico sobre los peligros á que puede dar lugar la equivocada amplitud del diagnóstico de la disfunción, ante el cual toda cautela será poca para que no se convierta en uno más de los ya numerosos «cajones de sastre» que cada moda médica proporcione á los clínicos. Hay, es cierto, descripciones de estados de perfecta realidad clínica á los que cuadra legítimamente el diagnóstico de disfunción como los publicados con el nombre de *inestabilidad tiroidea* por Leopold Levi y H. de Rothschild, cuyas concepciones, aun las más discutibles, tienen un valor de observación aguda que, á nuestro juicio, las hará incorporarse á la ciencia clásica; pero otros estados patológicos descritos últimamente, como la *disfunción* ó *inestabilidad ovárica*, *hipofisaria*, *suprarrenal*, etc., son tan vagos y escurridizos, que la prudencia más elemental aconseja el rechazarlos.

Algo semejante podríamos decir del abuso del concepto de la correlación glandular. El número de experimentos, de historias clínicas y de autopsias que demuestran la conexión funcional de las glándulas entre sí es tan grande y tan uniforme, que nadie duda de su existencia. Citemos sólo, por ser el más llamativo, el hecho de que son casi excepcionales los síndromes endocrinos que de una manera ostensible no ofrecen á la exploración clínica más de una lesión glandular; los tumores hipofisarios, por ejemplo, van siempre unidos á alteraciones genitales; las crisis ováricas son, casi sin excepción, acompañadas de reacciones tiroideas; la enfermedad de Addison no se presenta nunca sin trastornos genitales, ni la de Basedow sin lesiones del timo, etc., etc. Pero es necesario no dejarse llevar de la facilidad de atribuir muchos síndromes complejos y confusos, que no se ajustan á los tipos clínicos corrientes, á colaboraciones arbitrarias de diversas glándulas de secreción interna. Varias historias de casos diagnosticados de síndromes pluriglandulares que últimamente hemos leído nos sugieren esta reflexión.

Señaladas estas causas generales de error en la clínica endocrina, vamos á enumerar ya rápidamente los límites de la patología de cada glándula de secreción interna, tal como es posible hacerlo en la fase actual de nuestros conocimientos.

El primer lugar debe ocuparlo, sin duda alguna, el tiroi-

des. Y me apresuro, una vez más, á hacer la declaración hija de una experiencia ya larga y de una crítica creo que no apasionada de los hechos, de que la casuística tiroidea es, dentro de la práctica corriente de la Medicina, tan numerosa y varia, puede asegurarse, como la de cualquiera de las otras vísceras esenciales de la economía. Esta afirmación, que reiteradamente hemos venido haciendo desde hace años, se confirma cada día por la experiencia de los clínicos de todo el mundo; sobre todo, el estudio del metabolismo basal, á que ya hemos aludido antes, ha puesto de relieve y por encima de toda discusión, de una parte, la misión trascendental que el tirodes desempeña como supremo regulador del recambio nutritivo; y de otro lado, ha demostrado el extraordinario número de casos de trastornos tiroideos que se ofrecen al clínico, como no podía menos de suceder, ya que la trascendencia patológica de un órgano es función de su importancia fisiológica. Por lo tanto, el desdeñar este sector de la Patología humana ó el persistir en el error de reducirle á los casos, relativamente poco numerosos, del basedow tipo y del mixedematipo, como aún, por ignorancia ó por prejuicios, practican algunas escuelas, es tan inadmisibile como lo sería el volver á sabiendas la espalda á la patología del hígado ó del riñón.

Son, sobre todo, aplicables estas consideraciones á los casos que, con las reservas más arriba expuestas, podemos agrupar bajo la llave común del hipertiroidismo. Al lado de los casos típicos y bien conocidos de la enfermedad de Basedow clásica existen, en efecto, numerosísimas manifestaciones hipertiroideas, que es muy frecuente que pasen desapercibidas cuando se tiene en el pensamiento como pauta diagnóstica el recuerdo de los cuatro clásicos síntomas del Basedow, á saber: el exoftalmos, el bocio, la taquicardia y el temblor, ya que en estos otros casos á que nos referimos es excepcional el exoftalmos, el bocio suele ser discreto ó aun no existir y la taquicardia y el temblor pueden aparecer en forma intermitente y atenuada. Es, pues, preciso no considerar ninguno de estos síntomas, antiguamente reputados como fundamentales, con valor patognomónico decisivo, sino que hay que estudiar la totalidad del cuadro clínico y su evolución y apelar á los recursos de diagnósticos auxiliares, como la inyección de adrenalina, la prueba de Harrower, el examen leucocitario y, sobre todo, el metabolismo basal (1). Desde el punto de vista clínico, mi criterio es no aceptar como hipertiroideos más que aquellos casos que presentan de una manera clara por lo menos cuatro de los síntomas que consideramos de primera categoría en la enfermedad, á saber: retracción del párpado superior, exoftalmos, taquicardia é inestabilidad del pulso, temblor que se acentúa por la emoción, hipertrofia tiroidea, irritabilidad vasomotora intensa (singularmente si se localiza sobre la región tiroidea) (2), adelgazamiento por crisis, inestabilidad psíquica y emotiva. Con esta pauta diagnóstica podemos descubrir un número de estados de hipertiroidismo hasta ahora ocultos

(1) La literatura actual sobre el metabolismo basal es numerosísima. Los lectores españoles consultarán con provecho los estudios críticos de Rouillard, *Le métabolisme basal*, Presse Médicale, núm. 21, 1921; y de Bonilla, *El metabolismo basal*, Medicina Ibera, núm. 189, 1921. Sobre sus fundamentos y técnica general, véase Boothby and Sandiford, *Laboratory Manual of the Technic of Basal Metabolic Rate Determinations*, Saunders, Philadelphia, 1920.

(2) Este síntoma fué descrito por nosotros con el nombre de «irritabilidad vasomotora local», (Marañón, *Un síntoma muy constante del hipertiroidismo*, Revista Española de Medicina y Cirugía, Noviembre, 1919). Harrower le denomina «Marañón Skin Reaction», (Harrower, *Hyperthyroidism*, Lond., 1921). Otros muchos autores le incluyen en sus descripciones del hipertiroidismo con el nombre de «Signo de Maraño».

bajo otras etiquetas diagnósticas, sobre cuya abundancia no me cansaré de insistir. Singularmente en muchachos de ambos sexos, pero siempre predominando en las mujeres, durante los años pasionales de la juventud y luego en la menopausia, son frecuentísimas estas reacciones hipertiroideas, generalmente diagnosticadas de neurosis, de trastornos circulatorios, de dispepsias, etc. (recientemente he descrito con detenimiento (1) una *forma digestiva* del hipertiroidismo juvenil, y, sobre todo, climatérico, cuyo conocimiento exacto juzgo de gran interés para el médico práctico).

En cambio, nos guardaremos bien de aventurar el diagnóstico de hipertiroidismo cuando no se cumplan las condiciones arriba expuestas, es decir, cuando no concurren, y de una manera muy marcada, tres de los síntomas hipertiroideos fundamentales. E insistimos en esto, porque en los últimos años se ha extendido excesivamente el diagnóstico de hipertiroidismo a un gran número de casos de trastornos circulatorios de tipo taquicárdico, accesionales ó permanentes, así como á muchas neurosis circulatorias, observadas especialmente durante la última guerra con el nombre de «corazón irritable» ó «corazón del soldado». Y es necesario no dejarse llevar por este derrotero, porque si bien es cierto que hay tipos de hipertiroidismo que se manifiestan muy singularmente por los trastornos circulatorios, por la taquicardia, simple ó acompañada de sensaciones subjetivas, no lo es menos que hay muchas taquicardias, sobre todo las de forma paroxística, que implican una lesión, ya genuinamente circulatoria, de la fibra miocárdica misma, ya del sistema nervioso, regulador del trabajo cardíaco; pero, en uno ú otro caso, sin participación alguna del tiroides. Es muy difícil en muchos de estos casos, llegar á una convicción clínica precisa; y no hemos de insistir sobre la importancia de este diagnóstico diferencial, no sólo por el tratamiento, sino también para juzgar del pronóstico del enfermo, que es casi leve si se trata de una simple perturbación tiroidea, y grave cuando el mecanismo circulatorio está perturbado.

La *casuística hipotiroidea* es también numerosísima, no sólo por los casos indiscutibles de *cretinismo*, *mixedema*, etcétera, sino también, y principalmente, por los del *hipotiroidismo benigno*, cuya descripción han hecho insuperablemente Herthoge y Levy y Rotschild. Sin embargo, según mi experiencia, es mucho más abundante la casuística hipertiroidea que la hipotiroidea, sin duda porque las reacciones hiperfuncionales del tiroides son más frecuentes, más fisiológicas, que las hipofuncionales, por lo menos en nuestro país, y probablemente, en todos los meridionales, como recientemente anotaba Pende. La forma del hipotiroidismo incompleto que más contingente da á la observación clínica es la de la *obesidad hipotiroidea*; yo he insistido mucho en el gran número de casos de obesidad que responden á este concepto y en cómo hay que buscar en cada obeso las manifestaciones de la insuficiencia tiroidea, que justifican dicho diagnóstico y el tratamiento opoterápico subsiguiente. Las determinaciones del metabolismo basal hechas en estos últimos años han confirmado plenamente la impresión clínica de que es enorme la extensión de la obesidad hipotiroidea.

Al tratar del hipotiroidismo, tenemos que insistir sobre el frecuente abuso de considerar, fundándose en síntomas aislados, como de origen hipotiroideo, síndromes que á lo sumo tienen con el tiroides una relación lejana é indirecta: probablemente la de ser estados patológicos que florecen con mayor facilidad en terrenos, como el hipotiroideo, de metabo-

lismo deficiente: tal sucede con los reumatismos crónicos, con ciertas dermatosis, con la retracción de la aponeurosis palmar, con la escleroqueratosis, con la incontinencia nocturna de la orina, con las calvicies, y con varios estados más, algunos ya citados en las generalidades de este capítulo.

Respecto al *distoíridismo* ó *inestabilidad tiroidea*, me remito á lo indicado más arriba.

La *patología de las glándulas suprarrenales* es por ahora bastante limitada. El principal contingente lo dan los casos típicos de *insuficiencia suprarrenal crónica*, ya con el cuadro de la *enfermedad de Addison clásica*, ya con el de ciertos estados menos graves de *addisonismo*, como el que se observa en ciertos tuberculosos y sifilíticos principalmente, con pigmentaciones, astenia e hipotensión, en cuya autopsia se encuentran procesos de suprarrenalitis esclerótica. También en enfermos gástricos, sobre todo ulcerosos, han señalado Hernando y otros autores manifestaciones parecidas.

Para el diagnóstico de todos estos estados juzgo condición importantísima, si no absolutamente indispensable, la presencia de las pigmentaciones típicas de la melanodermia suprarrenal. Advertimos que estas pigmentaciones se confunden, con peligrosa facilidad, con las que presentan otros enfermos no suprarrenales, como son los intoxicados por la plata, ciertos hepáticos, muchos vagabundos y, sobre todo, algunas mujeres con lesiones del aparato genital. Consideraremos como caracteres específicos de la melanodermia suprarrenal los siguientes: el aparecer por «ráfagas» de pequeños lunares y no por manchas uniformes; el ir casi siempre acompañada de «lunares» mayores, á veces independientes de las zonas de pigmentación; leucitulares, semejantes á los lunares fisiológicos ó á los que presentan los viejos en el dorso de la mano; el ir casi siempre acompañada también de manchas mucosas en la comisura de los labios, cara interna de las mejillas, encías, etc., y por fin, el presentarse principalmente en la cara, órganos sexuales externos, dorso de la mano y regiones del cuerpo sometidas á presiones externas. Hay casos indudables, confirmados por la autopsia, de insuficiencia suprarrenal aguda ó crónica, sin pigmentación; pero creo que estos casos son, prácticamente, casi indistinguibles, á causa del valor equivoco que, como ya hemos dicho, tienen los otros síntomas de la insuficiencia suprarrenal, como la hipotensión, la astenia, etc.

Las formas agudas de la insuficiencia suprarrenal se observan principalmente en el curso de las enfermedades infecciosas, y en ellas, repitámoslo, la ausencia de la melanodermia hace particularmente difícil su diagnóstico. Y más difícil es todavía en las formas agudísimas, debidas generalmente á estados apopléticos ó hemorrágicos de la glándula, que se desarrollan con un curso mortal y bajo los cuadros clínicos más diversos, ya remediando una peritonitis agudísima ó una obstrucción intestinal, ya un síndrome coleriforme, ya una encefalopatía fulminante, etc. Puede decirse que en la casi totalidad de los casos publicados la lesión suprarrenal fué un hallazgo de la autopsia, y aun en algunos de ellos el espíritu queda en la duda de si la evidente lesión glandular no sería un fenómeno secundario y no la causa de la sintomatología, ya que, como nuestras autopsias nos han demostrado, es muy frecuente encontrar hemorragias suprarrenales en los más diversos estados patológicos, como la uremia, infecciones agudas, asistolias, etc. De todos modos, este estudio de las insuficiencias suprarrenales agudas y de su responsabilidad clínica, principalmente como causa de la muerte súbita, constituye uno de los más interesantes capítulos de la Patología.

Los síndromes de *hiperfunción suprarrenal* son menos conocidos que los de la insuficiencia. Como es sabido, estos

(1) Marañón, *Hipertiroidismo climatérico*, Lérida, 1921.

síndromes han sido divididos en dos grupos: los llamados *síndromes suprarrenogenitales*, debidos, al parecer, á la hipertrofia de la corteza suprarrenal, y los *síndromes suprarrenovasculares* originados por la hipertrofia medular. Los *casos suprarrenogenitales* se caracterizan por una tendencia anormal á la acentuación de los caracteres sexuales masculinos, dando al organismo ya un aspecto acentuadamente viril si se trata de un hombre, ya si, como es lo corriente, se trata de una mujer, una morfología hombruna ó pseudohermafrodítica. Cuando acaece en niños prepúberes, la madurez sexual se adelanta é intensifica, adquiriendo además una robustez extraordinaria. En la parte fisiológica hemos discutido esta acción de la corteza suprarrenal sobre el desarrollo del sexo, que, aunque demostrada indudablemente para ciertos casos en los que la inversión sexual coincidió con la aparición de un tumor de dicha corteza y desapareció al ser extirpado dicho tumor, sin embargo, en otros casos parece dudosa. Lo que á nuestro juicio es indudable es que estos tumores cortico-suprarrenales no suponen una *hiperfunción pura del tejido*, sino *perturbaciones, más que cuantitativas, profundamente cualitativas*, aisladas ó relacionadas con otros trastornos endocrinos, principalmente genitales. Sólo un estudio muy completo de anatomía patológica nos dará la clave del problema. Y para lograr esto hay que luchar con la rareza de estos casos, y sobre todo de sus autopsias, pues se trata de estados, aunque anormales, no peligrosos para la vida.

El otro grupo de síndromes de hiperfunción suprarrenal, el *suprarrenovascular*, merece algunos comentarios más. Admitiendo como casi todos los autores admiten, á excepción de Gley y sus colaboradores y discípulos, que la adrenalina es una verdadera hormona que fisiológicamente mantiene el tono del sistema nervioso simpático, y admitiendo que la deficiencia ó la falta de esta hormona — y de las otras hormonas suprarrenales — da lugar al síndrome addisoniano, es lógico pensar que al igual de las otras glándulas de secreción interna, exista un estado de hipersecreción adrenalínica responsable de síndromes que teóricamente debieran ser tan frecuentes como el hipertiroidismo, el hiperpituitarismo, etc. Teniendo en cuenta que la inyección de adrenalina provoca experimentalmente hipertensión, glucosuria y lesiones ateromatosas de las arterias, se atribuyó por Josué y otros un *origen hiperadrenalínico á ciertas formas de hipertensión, á ciertas glucosurias y á determinados estados de arterioesclerosis*. confirmándose esta suposición por el hallazgo de lesiones de tipo hipertrófico en las suprarrenales de estos enfermos, singularmente en los arterioescleróticos, hallazgo que á veces pudimos nosotros confirmar. Sin embargo, el problema requiere una revisión crítica severa.

La más grave objeción que puede hacerse á la existencia de estos supuestos estados hiperadrenalínicos es que son *esencialmente crónicos y supondrían, por lo tanto, la existencia de una hipersecreción adrenalínica permanente, mantenida durante años enteros, y no hay ninguna razón patológica ni fisiológica que nos autorice á admitirlo*. Antes bien, la mayoría de los investigadores actuales, siguiendo á Cannon, tienden á admitir que la secreción de adrenalina no se hace continuamente, sino por intervalos, cuando las circunstancias fisiológicas ó patológicas — por que atraviesa el organismo requieren una súbita y difusa excitación del sistema simpático, siendo el tipo de estas circunstancias la emoción, en la cual la adrenalina juega, probablemente, el importante papel que ya hemos explicado.

En este punto mis ideas se han modificado también en sentido restrictivo. Mi experiencia actual no me permitiría afirmar, como hace años, que «un gran número de las hiper-

tensiones que observamos en la clínica son de origen hiperadrenalínico». Por el contrario, esa experiencia nos ha enseñado á relacionar un grupo nutridísimo de los estados de hipertensión arterial con lesiones renales de tipo esclerótico, sin prejuzgar aquí cuál es el mecanismo que mutuamente enlaza al trastorno arterial y al renal. Quizá en la producción de gran número de casos de esclerosis arterial, complicada con nefritis ó no, juegue un papel importante en alguna de las fases de su evolución patogénica la adrenalina; pero es seguro que en el organismo humano, sujeto á tantos estímulos patológicos (intoxicaciones, infecciones, venenos digestivos y metabólicos, agresiones psíquicas, hereditarias y traumáticas, etcétera), las cosas ocurren de un modo demasiado complejo para que puedan ser equiparadas al sencillo experimento de inyectar todos los días en la oreja de un conejo unas cuantas gotas de adrenalina. Así pues, no debemos hablar hoy en la clínica humana de «arterioesclerosis adrenalínicas» aunque no podamos tampoco negar la colaboración de excesivas eliminaciones de adrenalina en la patogenia de esta enfermedad, ó, por lo menos, de un grupo de sus casos.

Hay, sin embargo, un tipo de estados hipertensivos cuyo mecanismo suprarrenal es, á mi juicio, probabilísimo: me refiero á la hipertensión emotiva, de la que ya hemos hablado. Y, además, hemos de considerar como muy probable el mecanismo suprarrenal, hiperadrenalínico, de las hipertensiones climáticas, sobre las que vamos á añadir algunas palabras.

Los clínicos, en realidad, no han reparado lo suficiente en la frecuencia con que se presentan hipertensiones más ó menos duraderas é intensas — á veces mucho — en los años que rodean á la declinación genital en el hombre, y sobre todo en la mujer. La causa de haber pasado desapercibido este hecho es que casi nunca se aprecian estas hipertensiones por la palpación digital del pulso, sin duda á causa de que las paredes arteriales están casi siempre sanas y de que se trata generalmente de personas gruesas cuyos vasos corren por un lecho de tejido adiposo. Es preciso hacer sistemáticamente la exploración esfigmomanométrica en los sujetos de esta edad para darse cuenta del número y de la intensidad de las hipertensiones, que pasarían desapercibidas sin este recurso (1). Estas hipertensiones climáticas, responsables de muchas de las molestias que aquejan á las mujeres en esta edad (como lo demuestra su atenuación ó desaparición cuando la hipertensión disminuye), presentan caracteres muy peculiares, que son: el ser transitorias, desapareciendo al cesar la crisis menopáusica, siempre, claro está, que no haya lesiones circulatorias, renales, etc.; el ser muy variables, siendo, sobre todo, influidas por los factores emotivos, y el no ir acompañadas de síntomas subjetivos ni objetivos de lesiones cardiorrenales. Además, es muy frecuente que en estos casos haya hiperglucemia, glucosuria alimenticia ó verdaderas glucosurias espontáneas, unas veces transitorias y otras enlazadas con estados de diabetes auténtica. Ahora bien, ninguna de las causas que en Patología podemos asignar á la hipertensión es capaz de explicar estos estados, y, en cambio, los explica perfectamente la hipótesis de una hiperadrenalinemia transitoria, ya que la adrenalina determina hipertensión pasajera, influida por las emociones y acompañada de movilización de los hidratos de carbono. Téngase, además, en cuenta que la desaparición de la función sexual va acompañada de una crisis endocrina intensa, de la cual, según los datos expe-

(1) Puede consultarse esta cuestión de la hipertensión climática en Gatman and Brooklyn, *A Study of high Blood-pressure in Women*, etc., New-York, Med. Journ., 1911, July; en nuestro libro, y en el de Oliver *Etudes sur la Pression du Sang*, edic. francesa, Doin, París, 1922.

rimentales y clínicos de Marrassini, Schenk, Ciaccio, etc., forma parte muy constantemente una hipertrofia de las glándulas suprarrenales.

Se me dirá que mientras falte la prueba definitiva del hallazgo de ese supuesto exceso de adrenalina en la sangre del hipertenso (1) esta explicación no pasa de ser una hipótesis; pero, como dice Oliver, «si no es más que una deducción, es una deducción legítima». Pero, además, este mismo argumento del hallazgo de la adrenalina en la sangre tiene, si bien se mira, un valor relativo; porque, como ya en otra ocasión hemos indicado, durante la hipertensión producida por la inyección a un animal de laboratorio ó a un hombre de un miligramo de adrenalina—hipertensión, por lo tanto, incuestionablemente adrenalínica—en la sangre del inyectado tampoco se encuentra dicha substancia. Y ello puede obedecer, ó á insuficiencia de los métodos de investigación, que no revelan estas pequeñas y diluidas dosis, ó á que realmente la adrenalina no ha menester circular por el torrente hemático mientras se eleva la tensión arterial, sino que se fija entonces directamente sobre las terminaciones simpáticas.

Por otra parte, reconociendo las lagunas teóricas que aún quedan en la explicación adrenalínica de este grupo de hipertensiones, reconozcamos también *que las otras teorías propuestas para explicar el fenómeno no son más fundamentadas ni más transparentes*. La misma hipertensión de la esclerosis renal, que se opone como un hecho ante la hipótesis de la hipertensión adrenalínica, ¿es que tiene una explicación medianamente satisfactoria? Y, además, si la hipótesis suprarrenal no explica las hipertensiones climatéricas, por lo menos ha servido para estudiarlas, añadiendo un capítulo interesante á la patología circulatoria.

(Continuará.)

Saneamiento é higienización de España ⁽²⁾

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

Ignoramos si la mencionada Inspección, en vista de tales datos y de tan terribles cifras, propuso, en su consecuencia, al ministro del Ramo, ó si éste pidió á aquélla, un plan de saneamiento y unos proyectos de presupuestos encaminados á este fin, si bien ya se indican en el citado folleto, así como la modificación ó reforma de algunas de nuestras leyes y la promulgación de algunas otras y, entre ellas, la del suministro gratuito de la quinina por el Estado, la del cultivo moderno del arroz, etc.

Lo único que podemos mencionar es que, posteriormente á esto, el ministro de Fomento, en 6 de Junio de 1918, presentó un proyecto de ley al Parlamento para la desecación y saneamiento de marismas y pantanos, que, dicho sea con verdad, no habría de remediar tal estado de cosas.

Ya en el proyecto de ley, sencillamente limitado á facilitar á Empresas ó particulares, con auxilio del Estado, el saneamiento de terrenos de más de 200 hectáreas, se observa un desconocimiento del asunto en España, pues que, aparte

(1) Este argumento, en realidad sin valor alguno, fué propuesto por Janeway y Park (*The Question of Epinephrine in the Circulation and its Relation to Blood-Pressure*, Journ. of Exp. Med. 1912, vol. XVI). De él han hecho amplio punto de apoyo Gley y los suyos, y el mismo Oliver, tan autorizado partidario del papel fisiopatológico de la adrenalina, vacila ante su aparente fuerza demostrativa.

(2) Véase el número anterior.

de las marismas de Lebrija, de las de Huelva, de las lagunas de Gándaras de Budiño, de los saladares de la vega de Lorca, de Albaterra, etc., el paludismo en las dos Castillas, en Extremadura, en gran parte de Andalucía y Levante y en Cataluña, es ocasionado, generalmente, por focos que no suelen alcanzar, sino muy pocas veces, la extensión á que se contrae el mencionado proyecto de ley.

Aparte esto, ya por sí importantísimo, pues que el paludismo seguiría haciendo los mismos estragos que ahora en España, en el proyecto de ley no se habla para nada de aquellas grandes obras que, ya en todos los países, ha acometido el Estado por sí mismo, presupuestando para ello grandes sumas. Ahí está Italia, entre otras, con un presupuesto de 250 millones de liras para el saneamiento de sus campiñas palúdicas.

Todo esto es desconsolador. La acción del Estado brilla por su ausencia en asunto tan vital para el país, mientras en casi todas las naciones, como veremos, hasta las más pequeñas, hacen y han hecho algo para combatir y desterrar esta vergonzosa endemia, que hoy no tiene razón de existir.

Prescindiendo del estudio científico del asunto, que cuenta con estudios notables é interesantes de los ilustres doctores Mac-Donald, Pittaluga, Huertas y algún otro, prácticamente, aparte lo que haya podido hacer aisladamente algún Municipio celoso y algún particular en terrenos pantanosos de su propiedad, nada se ha hecho en nuestro país respecto á profilaxia antipalúdica.

Algo ha hecho, no obstante, la Mancomunidad catalana, que tiene montado un servicio antipalúdico, que dirige, con su reconocida competencia, el Dr. Pittaluga.

Antes que en Cataluña, en Huelva, y en los terrenos de las minas de la Compañía Inglesa de Ríotinto, por la doble circunstancia de ser el país sumamente palúdico, y de haber nombrado médico de las minas á un doctor inglés, el doctor Mac Donald, que había sido en París ayudante del laboratorio del ilustre Laverán, autor de los modernos estudios y descubrimientos del paludismo, se emprendió hace ya bastantes años, bajo la inteligente, enérgica y activa voluntad y dirección del citado doctor, una verdadera campaña antipalúdica, que dió resultados excelentes, rebajando enormemente las cifras de morbilidad y mortalidad por paludismo.

En este mismo año hemos leído que el Ayuntamiento de Figueras ha solicitado un empréstito de un millón de pesetas para el saneamiento de su término municipal.

Fuera de esto y de los trabajos realizados por las Compañías de ferrocarriles, no sabemos que se haya hecho mucho más, pues si actualmente existe una Comisión oficial nombrada para ocuparse de este asunto, desde luego no se ha hecho nada semejante á lo que han acometido en gran escala otros países.

Y el paludismo existe en España, en forma é intensidad más ó menos grave y en varias y distintas regiones.

En Cataluña particularmente, donde desemboca el Llobregat, y en la cuenca de este río, por lo que afecta á la provincia de Barcelona; en la provincia de Tarragona se encuentra muy extendido el paludismo, en la región de Tortosa, en todo el delta del Ebro; en esta región es ya tan activo el padecimiento, que los obreros se contrataban, generalmente, con la condición de que, además del jornal, se les suministrara la quinina muchas veces de inferior calidad, que los obreros ingerían antes de sus labores diarias, sin preparación alguna, por lo acostumbrados que á ella estaban. También se padece el paludismo en algunos pueblos de las provincias de Gerona y Lérida.

Todo Levante, Castellón, Alicante y Murcia, en los arrozales de Valencia, en su Albufera, donde existen pueblos,

como El Palmar, donde raro es el individuo que no sea ó haya sido palúdico, y donde á las puertas de las barracas asoman los vientres hidrónicos y los ojos febriles de los chiquillos harapientos, miserables y consumidos por el mal, es también de las comarcas más castigadas por el paludismo; en Murcia también se halla muy extendido entre los hueranos, así como en el centro de la hermosa vega de Lorca, en la que más de 5.000 hectáreas de terreno rico y floreciente, poblado de casitas, se ha dejado extender el mal, reinando ahora la muerte animal y vegetal, y convirtiéndose en extenso foco, que constituye un peligro para los habitantes de aquella zona, donde, junto á alguna choza, os sale al paso alguna mujer que, señalando alguna raquítica higuera, os dirá, con ignorante desconsuelo: «No sé qué tienen los higos, que dan fiebre.»

[Pobre mujer! No sabe que aquella higuera, á cuya sombra se cobija, es un refugio de mosquitos que gustan de los jugos azucarados de los higos.

Málaga, la bella, con sus blancos pueblecitos, con sus cortijos y sus valles tropicales, reúne, en su condiciones de clima, de calor y de vegetación, aquella misma causa por las cuales otros países, como Argelia y Marruecos (*la tierra de allá*), tienen paludismo.

Toda Andalucía, las marismas de Huelva, de Cádiz y de todo el litoral, lo mismo que en el interior, se encuentra invadida en todas sus provincias por la epidemia palúdica.

La Mancha, las áridas llanuras por donde anduvo el inmortal hidalgo, tiene en sus desiertas estepas lagunas, como las de Villacañas, y terrenos encharcados por todas partes, donde se desarrollan enormemente los anofeles portadores del paludismo, habiendo muchos pueblos, casi todos, afectados por el mal en las provincias de Albacete y Ciudad Real.

Igual ocurre en las dos Castillas y León, en casi todas sus provincias, Toledo, Cuenca, Salamanca, Zamora, Valladolid, etcétera, donde el mal hace estragos muy notables.

¿Y Extremadura? Las dos provincias, Cáceres y Badajoz, tienen, ellas solas, más paludismo acaso que todo el resto de España.

El mal es antiguo en nuestro país. Ya en los años 1786 y 1787, el rey Carlos III hubo de tomar medidas enérgicas para remediar una epidemia de tercianas que en aquellos años asoló el país; entre ellas, ordenó á los Ayuntamientos que hicieran uso, para combatir tal calamidad, de los fondos de propios; pero, además, el rey mandaba excelentes y grandes cantidades de quina, para que, por los alcaldes y los párrocos, se repartiera gratuitamente entre los enfermos pobres. Hoy, en cambio, carecemos de una ley de suministro gratuito de la quinina.

Tan antiguo es el paludismo en España, que nosotros nos figuramos al gran Cortés, extremeño, y á sus aventureros acompañantes, extremeños también en gran número, y probablemente palúdicos en su juventud, que, gracias á ello, las ciénagas y pantanos de Veracruz no les fueran más mortales que las flechas de los súbditos de Moctezuma.

Y así, éste, como otros muchos que pisaron luego tierras de América, palúdicos aquí y palúdicos allá, hasta que descubrieron la quina, que, como un tesoro de más rico valor que el oro de todos los galeones, trajo el virrey del Perú á España ¡Bien poco nos valió! Y es que siempre fuimos manirroto y generoso los españoles. También trajimos el chocolate, el tabaco; fabricamos el primer papel de Europa... y otras tantas cosas, una sola de las cuales hubiera enriquecido á otra nación. ¿Y nosotros?

Bien pocas son las provincias españolas donde el paludismo no sea un azote de nuestros pueblos y de nuestros campesinos. Solamente las provincias de Teruel, Logroño,

La Coruña, Lugo, Alava, Vizcaya, Guipúzcoa y Canarias son las respetadas en España por esta epidemia.

Añadíanse aquí los datos y detalles de los pueblos invadidos, la forma é intensidad en cada una de las provincias españolas palúdicas, etc.; pero fácilmente se comprende el número inmenso de hojas que llenaba un trabajo en que se hacía la relación de 9 261 Ayuntamientos.

NOTA. En la obra original aparece á continuación un interesantísimo estudio, que es un resumen de cuanto se ha hecho en la lucha contra el paludismo en el extranjero, en estos últimos tiempos.

EL AGUA

I

«Agua potable, suficiente y pura; Aire sano, y Alimentación buena y abundante». Besada.—Discurso de las tres a.es, en el Teatro Real.

En todos los tiempos y en todos los pueblos, el agua ha sido considerada elemento indispensable para la vida del hombre.

Actualmente, á la necesidad de este imprescindible elemento de vida, las exigencias siempre crecientes de la higiene moderna hacen del agua el más importante problema de la sanidad de los pueblos.

Sin agua no se puede vivir; pero sin agua abundante no puede haber higiene, y sin higiene no puede haber sanidad.

No hace falta esforzarse mucho para comprender y demostrar la importancia que tiene un buen servicio de alcantarillado, un buen servicio de limpieza urbana, la existencia de parques, plazas y jardines que sirvan de expansión, de respiración y descanso en medio de la agitación y de la atmósfera viciada de la gran ciudad; la instalación de baños, lavaderos, etc., y, en una palabra, la multitud de problemas para los cuales el agua es su primero y principal elemento.

Gracias al agua, ciudades sucias y polvorientas tienen hoy sus calles pobladas de arbolado, que dan sombra y frescura; poseen un magnífico alcantarillado y, como por arte de magia, se han transformado completamente, disminuyendo á la vez de manera visible, sus cifras de morbilidad y de mortalidad.

Y si importante es el agua para la gran ciudad, no lo es menos para los pequeños pueblos, donde, si es verdad que no tiene su uso las complicaciones que en la vida ciudadana, ha de ser, como en ésta, imprescindible para la salud y la vida de sus moradores.

Respecto de España, hemos de señalar que el asunto tiene ya un ambiente de generalidad de que hasta hace poco tiempo carecía, á no ser entre los profesionales y la gente ilustrada. Y así como las costumbres hacen las leyes, y las inspiradas en aquéllas son las que arraigan y perduran, cuando un problema no resuelto entra en la conciencia del pueblo, no cabe dudar que se está muy cerca de acometerle y de resolverle en toda su integridad.

En el mes de Abril ó Mayo del año 1919, si mal no recordamos, recibió S. M. el Rey una Comisión de vecinos de La Granja, que fueron á suplicarle que, por los obreros de la Intendencia del Real Patrimonio, se hicieran las obras oportunas para evitar la contaminación de una de las fuentes de aquel vecindario, en la cual el análisis practicado había demostrado la impureza de las aguas en dicha fuente, llamada de la Doncella; obras que ya se han realizado, quedando protegidas contra las contaminaciones todas las aguas que abastecen dicho Real Sitio. A los pocos días, al visitar S. M. la Reina la ciudad de Sevilla, una Comisión de vecinos fué á rogar á la Soberana que se interesara en los asuntos

de esta población, de la cual se muestra tan predilecta, y una de las cosas que principalmente la rogaron fué el remedio al anormal estado de la escasez y malísimas condiciones del agua de bebida, llamada de los ingleses, en la ciudad. Con muy pocos días de intervalo, visitando S. M. el Rey las serranías de Gredos, los aldeanos que le sirvieron de ojeadores en la caza, encantados de la llaneza y democracia del Soberano, le pidieron se interesara por la traída de aguas á aquellos pueblos... ¡de sierra! Y, finalmente, visitando, no hace mucho tiempo, el Monarca la ciudad de Bilbao, subió una Comisión á bordo del *España*, y le interesó, entre otras cuestiones, acerca de las aguas de Bilbao. Pudiéramos, si no temiéramos ser pesados, citar unos cuantos periódicos locales, de idénticas ó parecidas fechas, en los que, con más ó menos extensión, se ocupaban del asunto en Ciudad Real, Granada, Huelva, Badajoz, etc., y en aquellos mismos días, Ávila, El Escorial, etc.

Dedúcese de todo esto, como lo confirman las cifras, que el estado en que se encuentran, en asunto tan importante como éste, las poblaciones de España grandes ó pequeñas, es bastante lamentable. PUEBLOS HAY DONDE ES MÁS FÁCIL EMBORRACHARSE QUE BEBER UN VASO DE AGUA POTABLE Y LIMPIA DE GÉRMENES SOSPECHOSOS. Y, sin embargo, el número de aguas de manantial que tiene nuestro país es bastante grande; supera á todas las demás procedencias; pero sus conducciones están abandonadas; las aguas, mal protegidas, se impurifican en el trayecto del modo más lastimoso, y ejemplos de ello se repiten con desconsoladora frecuencia en todo el país.

Los datos que poseemos de España se refieren principalmente á la protección, á la suficiencia y á la potabilidad de las aguas; en algunos casos, también de datos bacteriológicos, aun cuando éstos, en nuestro concepto, si importantes y convenientes, son más secundarios desde el punto de vista en que se debe mirar primordialmente el asunto, pues que lo primero y principal es saber si el agua de que se abastece un pueblo tiene la suficiente potabilidad que debe reunir para las necesidades del vecindario, y más tarde llegará la ocasión de apreciar su pureza, pues de nada serviría que un agua fuera muy pura, si ésta es insuficiente en cantidad ó lo que es peor, se encuentra cargada de sales de cal, magnesia ú otras sustancias minerales que la hagan de malas condiciones digestivas.

Las condiciones de un agua para el abastecimiento público, en nuestro concepto, deben apreciarse por el siguiente orden: potabilidad, suficiencia y pureza, eliminándose unas á otras, de manera que un agua impotable y pura no sirve, ó viceversa; pero es presumible que un agua que sea potable y abundante, si se protege suficientemente, será pura. Lo cual quiere decir que el principal problema de España es el de conducción, pues que aguas, muchas y abundantes, de procedencias de manantiales potables y suficientes, ya tenemos, pero probablemente impuras en su mayoría, y en su mayoría, igualmente, por causa de su deficiente protección ó carecimiento, de una conducción adecuada. — Regiones hay en España, y de ello nos dan fe las frases que al asunto dedica, en su obra *Las estepas de España*, el Dr. Reyes Prosper, que tiene en la actualidad mucho peores abastecimientos que antiguamente, ó carecen de ellos:

«En todas las regiones de nuestras estepas he podido ver restos de bosques, de derruidas conducciones de agua, romanas ó árabes, indicios claros de aguas subterráneas y gran número de manantiales perdidos en las soledades esteparias.

Y no es de extrañar tal cosa, pues sabida es la importancia que Roma prestó siempre á este asunto. Todavía des-

pues de miles de años, subsisten en pie los admirables acueductos romanos, de los cuales tenemos hermosos ejemplares en España, como los de Tarragona, Mérida, Segovia, etc.

No es preciso ser muy erudito para saber que Roma es, en la actualidad, una de las ciudades mejor y más abundantemente abastecida de aguas en el Mundo. Como Washington, tiene Roma unos 1.000 litros de agua diarios por habitante.

Y en cuanto á los árabes, sabido era también su predilección por las aguas, de la que son viviente ejemplo el Generalife y la Alhambra en nuestro país.

Y nada digamos de su admirable sistema de su aprovechamiento para los riegos, todavía empleado en las vegas de Granada, Murcia y Valencia, adonde así como para el estudio de los jardines moriscos, únicos en el Mundo, han venido Comisiones inglesas y neoyorquinas, que han estudiado detalladamente el procedimiento y sistema de riego de estas hermosas comarcas nuestras. Los ingleses pensaron seriamente, y no sabemos si lo habrán hecho, implantar este sistema de riego ó uno muy parecido en sus dominios de la India.

Pero si subsisten las admirables y abundantes conducciones de agua hechas por los árabes en nuestro país, los habitantes de dichas regiones se han propuesto, sin duda, conservarlas en su primitivo estado, sin escuchar lo que hoy ordenan los preceptos de la Ciencia; pues existen pueblos, como Ogijares, en la vega de Granada, que tienen aljibes de la época morisca, que, al contemplarlos, no parecen sino uno de aquellos pozos cuya descripción hemos leído en los cuentos orientales.

En una gran parte de las estaciones ferroviarias de las líneas españolas, ó se carece de abastecimiento propio ó el que hay suele ser un pozo al descubierto, sobre el que cuelga una cuerda de esparto y un cubo viejo y sucio para extraer el agua que han de beber los empleados y viajeros. Y esto no sólo ya en las líneas secundarias, sino también en las más principales, sin que por nadie se obligue á las Compañías á remediar este estado de cosas, que ya no se toleran en ninguna parte. Y si no, véase como ejemplo el siguiente contraste: Lo primero que llama la atención al viajero que recorre nuestras líneas férreas internacionales es el letrero que en grandes letras campea encima de una fuente de la estación fronteriza, por ejemplo, en la de Cerbère, que dice: «Agua potable», lo cual no he podido leer, porque no existen, en ninguna de las estaciones desde Madrid á la frontera.

(Se concluirá.)

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Divertículo de Meckel adherido al ombligo.**—Los Dres. Barilari y Rivero publican la siguiente historia clínica:

E. R., española, soltera, veintisiete años, domiciliada Junín, 191.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia (1).

Antecedentes personales.—A los cuatro ó cinco años tuvo una enfermedad muy rebelde al ombligo, el cual supuraba continuamente. A los veintidós años tifus y «amago de apendicitis». Siempre había sufrido mucho de su vientre: dia-

(1) Datos suministrados por la señora de la casa, donde ella prestaba sus servicios desde hace cinco años.

rreas después de las comidas, que alternaban con períodos de constipación muy rebeldes á los purgantes y acompañados de dolores en la fosa ilíaca derecha.

Enfermedad actual.—Desde unos días atrás manifestaba no sentirse bien, «indigestada» decía, empleando su frase habitual. El 9 de Septiembre próximo pasado, á las nueve, siente un dolor en la fosa ilíaca derecha, el que se hace cada vez más intenso, hasta llegar á provocar á las diez y seis verdaderos alaridos. A esa hora toma un purgante (aceite de ricino), que nunca llegó á producir su efecto. Siguen los dolores aumentando de intensidad, y hacia á las veinte se acompañan de sensación de frío y ruidos en el vientre. No hay temperatura febril.

Sospechando la señora un ataque de apendicitis, había ya colocado hielo al vientre y suministrado el mismo por vía bucal, pero como el ataque continuara aumentando de intensidad, llamó á un facultativo, el que recetó píldoras de opio, que la enferma vomitó en el acto. Comienza una serie de vómitos amarillentos, que luego se hacen verdosos, adquiriendo más tarde un olor acentuado á materia fecal. A las nueve del día siguiente (10-IX) la examina nuevamente el mismo médico, quien encontrándola grave aconseja su traslado á un hospital para ser operada.

Una hora después es examinada en su domicilio por uno de nosotros: la enferma en decúbito dorsal, está inmóvil, pálida, el cuerpo frío y el aliento fétido. La facies es francamente peritoneal, muy demacrada, pupilas dilatadas, iguales, reaccionan bien á la luz. Abdomen muy timpanizado y distendido. Pulso filiforme, muy hipotenso, igual, regular, frecuencia: 150 por minuto. Los tonos cardíacos se auscultan muy debilitados, no percibiéndose soplos. Pulmones: nada de particular. No hay temperatura febril. Plantado el diagnóstico diferencial: peritonitis, obstrucción intestinal ó hemorragia interna, fué llevada al hospital Juan A. Fernández para ser intervenida, ingresando á la sala primera en el siguiente estado: facies peritoneal, lengua seca, algo suburral; pulso extremadamente frecuente (incontable) hipotenso, casi filiforme. La enferma manifiesta sentir fuertes dolores, que predominan en la fosa ilíaca derecha. La palpación sumamente dolorosa, pone de manifiesto contracción de defensa generalizada de los músculos de la pared abdominal. Meteorismo y timpanismo. Matítez hepática desaparecida. Los vómitos continúan. Temperatura: 36°, 2.

Se inyecta suero fisiológico, adrenalina, aceite alcanforado, cafeína.

El estado general no mejora: la facies peritoneal se acentúa, sudores fríos en la cara y en las extremidades; la frecuencia del pulso es extrema y la hipotensión tan marcada, que en ciertos momentos no se percibe pulso en la radial y se hace necesaria la auscultación cardíaca, donde se encuentran los tonos sumamente debilitados.

Se inyecta nuevamente suero fisiológico, adrenalina, cafeína, digalena. La frecuencia del pulso se hace entonces alrededor de 160, hipotensión marcada. A las diez y seis y treinta es llevada la enferma á la sala de operaciones, para ser intervenida por el Dr. Aquiles Cros y los practicantes Rogelio Rivero y José Gallo. Dado el estado de la enferma y la gran astenia cardíaca, se hace anestesia con éter (aparato Ombredan).

Incisión mediana infraumbilical. Apéndice libre. Divertículo de Meckel adherido al ombligo, y asas intestinales congestionadas y distendidas cabalgando sobre él.

A pesar de la prudencia con que es llevada la anestesia sobreviene un síncope, siendo ineficaces todos los recursos que se ponen en práctica para hacer reaccionar á la enferma.

En la mesa de autopsias, el practicante Mario Vignoles abre nuevamente la incisión, prolongándola hacia arriba, hasta sobre el ombligo. Pudimos observar un peritoneo brillante y liso, no hay derrame líquido perceptible. Apéndice libre, largo.

Divertículo de Meckel implantado á unos 75 centímetros de la válvula ileocecal, adherido por su extremo al ombligo. No hay mesodivertículo. Intestino delgado cabalgando á un metro 25 centímetros de la válvula ileocecal, sobre el divertículo, acostado de tal modo que el intestino está por encima muy dilatado, cubierto de un peritoneo opaco, congestionado, mostrando algunas manchas equimóticas y hacia abajo, es decir, hacia el ciego, contraído y vacío. La luz del intestino grueso también disminuida.

Se extirpa el divertículo, ombligo y parte del intestino correspondiente para su estudio más detallado, realizado con el profesor Llambías en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Ciencias Médicas, donde se conserva la pieza anatómica y preparaciones microscópicas correspondientes. (Archivo general del Instituto, núm. 2,914).

La inserción del divertículo corresponde á la cara contraria al mesenterio, no estando la luz del intestino estrechada á ese nivel. La desembocadura es amplia y está provista de una membrana saliente en media luna y plegada, como el cuello de una bolsa atada.

Por ella se penetra en una cavidad del tamaño de una avellana, encontrándose el divertículo á esa altura adosado á la pared del intestino, sin estar adherido. Continuando hacia la punta del divertículo se penetra en un canal estrecho de un centímetro de largo. Luego, en una dilatación ampuliforme de contornos irregulares para terminar en una zona estrecha, cónica, en fondo de saco. A ésta, sigue un cordón fibroso más delgado que se pierde en el tejido graso correspondiente al ombligo, el cual está retraído.

El estudio histológico de la pieza en un corte perpendicular á su base y á la válvula muestra que ella está formada por un repliegue de la mucosa intestinal; un segundo y tercer corte perpendicular á la luz del divertículo, producen la impresión de un apéndice, notándose únicamente la falta de los folículos linfáticos. Queremos llamar la atención sobre la integridad de la mucosa diverticular y el estado de actividad funcional de sus células mucosas, corroborado por el hecho de haber encontrado la luz del divertículo lleno de una substancia [mucosa]. El corte del cordón diverticular muestra que está constituido por un tejido fibroso.

Hacemos notar la falta absoluta de tejido pancreático, como lo han encontrado en un interesante caso los doctores Pasman y Merlo. (Divertículo de Meckel con páncreas accesorio.)

La historia de este caso reviste cierto interés por algunas particularidades que comentaremos brevemente.

1.º Se trataba de una mujer, y las estadísticas de Rolleston (una mujer cada nueve hombres); Mitchell (uno cada 38 cadáveres en el sexo masculino, uno cada 76 en el sexo femenino), demuestran su frecuencia mucho más acentuada en el hombre, predominio con el que también están de acuerdo las estadísticas de Kelynick y Forgue y Riche.

2.º La frecuencia de su adherencia al ombligo es menor que la de la adherencia al mesenterio (10 y 17, respectivamente, sobre 43 casos: estadísticas de Cazin y Treves, citadas por el Dr. Ricardo Solé en «Divertículo de Meckel»).

3.º No existía á nivel de la inserción del divertículo estrechez alguna en la luz del intestino, como sucede con frecuencia (Gillet, Rogie, Franchome, Guiter, Shean, etc.)

4.º Recordemos que esta enferma tenía á los cuatro años de edad una supuración continua al ombligo, pero como no

se ha podido conseguir mayor detalle al respecto, no podemos determinar la existencia previa de una fístula entero-umbilical diverticular que con el transcurso del tiempo se hubiera obliterado. Llama, sin embargo, la atención la forma del divertículo, el que disminuye paulatinamente de volumen desde el intestino hacia el ombligo para terminar su luz en forma cónica y continuarse en un cordón fibroso obliterado. Al respecto, Homans, Pitt y Jones han publicado casos muy interesantes.

5.º La enferma desde su niñez había sufrido mucho del vientre con períodos de diarrea, alternando con constipación, acompañados de dolores en la fosa ilíaca derecha y «amagos de apendicitis». Ahora bien, queremos hacer notar que el apéndice estaba macroscópicamente sano. Forgue y Riche, en su completa obra sobre divertículo de Meckel, estudian una serie de casos semejantes, encontrando siempre en la historia de los enfermos trastornos intestinales anteriores, lo que sería argumento importante para aquellos que quieren ver la diverticulitis como comienzo de toda oclusión aguda á marcha rápida y terminación fatal (como generalmente sucede) y es interesante hacer notar que el divertículo de Meckel no muestra en nuestro caso, ni macroscópica ni histológicamente, restos de proceso inflamatorio alguno. ¿Cómo explicarnos entonces estos ataques de tipo apendicular, no habiendo lesión de apendicitis, ni tampoco macro ni microscópica de divertículo? O bien existía lesión microscópica de apéndice (que no pudimos constatar por no haber tenido la precaución de sacar esa pieza), lo que, por otra parte, nos parece poco probable, pues es de suponer que ataques tan frecuentes hubieran dado lesión anatómica fácilmente visible, ó bien, como Forgue y Riche sostienen: «La fijación congénita del intestino al ombligo, al mesenterio, al intestino basta para explicar estos trastornos; el peristaltismo del intestino exige para efectuarse en las condiciones normales la perfecta motilidad y la independencia absoluta de este órgano. Estas condiciones no se realizan si un asa cualquiera se encuentra sujeta en un punto cualquiera del abdomen.» (*La Prensa Médica Argentina*, 20 de Diciembre de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Un nuevo procedimiento de transfusión de sangre, por MM. Flandin, Tzanck y Roberti.**—El método es una aplicación práctica de la propiedad anticoagulante de los arsenobenzoles, que los autores han descubierto y dado á conocer anteriormente.

La técnica consiste en humedecer con una solución de 0,06 de sulfarsenol, en 3 c. c. de agua destilada, tanto el interior del recipiente destinado á recoger la sangre, como de la jeringa que ha de servir para reinyectarla.

La sangre es recogida directamente por punción venosa, y á medida que va cayendo en el vaso se la agita para que se ponga en contacto con sus paredes impregnadas de sulfarsenol. La jeringa, igualmente humedecida, se llenará directamente en el vaso.

El procedimiento resulta aún más sencillo que el de la sangre citratada.

En cuanto al mecanismo, parece ser que los arsenobenzoles producen la incoagulabilidad de la sangre, no como la peptona (globulinas aglutinadas), sino de un modo análogo á como lo hace el citrato de sosa (globulinas libres). (*Société Médicale des Hôpitaux*. Sesión del 28 de Octubre de 1921).—T. R. Y.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Contribución á la fisiología de la visión del mo-**

chuelo lechuza, por el Dr. A. Rochon-Duvigneaud.—Es un trabajo continuación de otro anterior (publicado en los mismos *Annales* y analizado por nosotros en varias *Revistas*), y en el que se ocupa de dos interesantes cuestiones:

1.ª Determinación de la línea visual foveal de estos animales en el ojo vivo.

Para ello ha iluminado con su lámpara de contacto el ojo del animal y ha observado que la contracción máxima de la pupila tiene lugar cuando se dirige el fascículo luminoso siguiendo una línea colocada por dentro de eje óptico, á 20º del mismo; en cambio, cuando la luz se coloca en la línea media á algunos centímetros del pícc del animal las dos pupilas se contraen por igual, pero en grado medio; y cuando se dirige la luz en dirección del eje óptico de una pupila ésta se contrae (aunque no al máximo), y la contraria no se contrae. Todo lo cual le lleva al autor á admitir que la línea de contracción máxima, siendo la línea visual foveal éste animal tendría un ángulo alfa de 20º á 30º; que la de un ojo con la del otro serían divergentes, lo que no concuerda con la posibilidad de visión binocular, que demuestra por la experiencia siguiente.

2.ª Un punto luminoso colocado á cierta distancia delante del pájaro, forma simultáneamente su imagen sobre las dos foveas, y por consiguiente, la visión binocular foveal, existe, aunque se acompañe de dificultades aparentes para ponerla en evidencia.

El autor ha decapitado una lechuza y resecado las partes posteriores del cráneo, poniendo al descubierto los polos posteriores de los dos ojos, y llevados á la cámara oscura ha visto la imagen de una fuerte lámpara eléctrica colocada á más de un metro, á través de la esclerótica, en sitios equidistantes del polo posterior (unos tres milímetros hacia afuera de éste), en el sitio correspondiente de las foveas.

Las foveas excéntricas de las rapaces nocturnas, dice, están dispuestas para recibir las imágenes de los mismos puntos del espacio y para precisar las distancias; pudiendo existir una visión binocular foveal, á pesar de la ausencia de reacción sinérgica de las pupilas. (*De Annales d'Oculistique*, de París, Agosto, 1921) —DR. MARIN AMAT.

2. **De la acción comparada de ciertas sustancias medicamentosas sobre la tensión intraocular y sobre la presión arterial, por los Dres. P. Bailliart y J. Bollack.**—Los autores exponen en este artículo el resultado de sus investigaciones sobre la acción del nitrito de amilo, la pilocarpina y de la atropina, comparativamente sobre la circulación arterial y la tensión ocular, en el hombre.

Fundados en que las inhalaciones de nitrito de amilo producen á los siete ú ocho segundos la disociación entre la presión arterial general y las circulaciones locales, *aumentando* la presión en estas últimas por la vasodilatación periférica de que se acompañan, y *disminuyendo* á la vez la presión arterial de los gruesos vasos, acción muy fugaz, pero bastante apreciable, los autores han querido saber si á la circulación ocular le ocurría lo que á las restantes circulaciones periféricas (la de la cara, por ejemplo); es decir, que las arteriolas intraoculares se dilatasen y la tensión ocular aumentase.

Para ello han experimentado en sujetos normales y en sujetos con tensión ocular exagerada (glaucomatosos), y la técnica que han utilizado consiste en utilizar el tonómetro (previa la instilación de holocaína) para medir la tensión ocular, y el aparato de Vázquez-Lambry para determinar la presión arterial general en la humeral, al mismo tiempo que se hace la inhalación de seis á ocho gotas de nitrito de amilo.

Los resultados que han obtenido son: en ojo de tensión

normal, en una primera fase (hacia los diez segundos), el tono ocular aumenta de 10 á 12 milímetros de mercurio, al mismo tiempo que la presión arterial general desciende; y en una segunda fase (á los ochenta segundos), el tono ocular baja repentinamente por debajo de la cifra normal (de 3 á 4 milímetros de mercurio) y poco á poco vuelve al estado primitivo.

En los sujetos con tensión ocular aumentada, el tono se eleva y después desciende, igualmente que en los ojos sin hipertensión.

De ello deducen los autores que la presión ocular parece grandemente influenciada por las modificaciones de presión y, sobre todo, de volumen de la red corioidea. La circulación retiniana, según han comprobado los autores, también aumenta de presión, comportándose de igual manera que la de la coroides con respecto al nitrito de amilo.

Estos resultados son completamente contrarios á los producidos por la adrenalina en inyección, que aumenta la presión arterial y no tiene influencia sobre el oftalmotonus. En cambio, la adrenalina en instilación disminuye la tensión ocular y queda sin influencia sobre la presión arterial.

Ahora bien: queriendo saber los autores si los fenómenos observados con el nitrito de amilo fueran de orden secretorio, en vez de debidos á aumento en el volumen y presión de la sangre del sistema vascular endocular, han inyectado previamente pilocarpina en unos sujetos y atropina en otros, y han podido convencerse que estos medicamentos no producen (con las inhalaciones de nitrito de amilo) ninguna modificación apreciable en la tensión ocular. (De *Annales d'Oculistique*, de París, Septiembre 1921).—DR. MARIN AMAT.

3. Contribución al estudio de las desigualdades pupilares; la miosis hemolateral por repercusión para-simpática en las afecciones de la cabeza, por el Dr. Ch. Lafón (Perigeux).—Es un concienzudo trabajo en el que el autor se ocupa de dos cuestiones muy interesantes, una de la anixocoria por midriasis espasmódica y otra de la anixocoria por miosis, también espasmódica.

Con respecto al síndrome anixocoria por midriasis espasmódica (excitación de las fibras simpáticas pupilo dilatadoras), sin otros síntomas oculares, y al que llama *signo de Roque*, el autor recuerda sus caracteres, cuales son: la anixocoria disminuye por la obscuridad y aumenta por la acción de la luz, mientras que las pupilas reaccionan normalmente á la acción de la luz, de la acomodación y de la convergencia; y además, faltan todos los restantes síntomas de la excitación clásica del simpático cervical (agrandamiento de la abertura palpebral y exoftalmía) y se presentan trastornos vasomotores del lado correspondiente (enrojecimiento y calor de la mejilla). El Dr. Lafón cree que el signo de Roque es debido á la irritación refleja, no del centro cilio-espinal como creyó el descubridor, sino del centro bulbar del simpático, que parte del sistema simpático toracolumbar.

En segundo lugar, el autor estudia la miosis homolateral que se observa en las afecciones de la cabeza y que constituyen un síndrome que presenta idénticos caracteres que la midriasis que constituye el signo de Roque, es decir, que es de naturaleza espasmódica y aumenta con la obscuridad y disminuye por la acción de la luz, conservando la pupila íntegros los reflejos sensorio-motores, no acompañándose de los restantes síntomas de parálisis del simpático (ptosis, enoftalmía, hipotesión) ni de excitación de las restantes ramas del tercer par, músculo ciliar ó extrínseco del ojo, y cita siete casos de naturaleza traumática, en que se presentó este síndrome, coincidiendo con fracturas del cráneo y algún que otro trastorno moto-ocular (extraño al simpático); citan-

do después otras observaciones en las que la miosis homolateral se presentó en afecciones cefálicas no traumáticas, como el zona, el herpes febril, la angina flegmenosa y en afecciones dentarias.

Con respecto á la patogenia de esta miosis homolateral, el autor la explica del siguiente modo: la lesión provoca una irritación de las fibras centripetas del sistema para-simpático craneal, que repercute sobre el núcleo pupilo-motor mesocéfálico, dependiente del mismo sistema. (De *Annales d'Oculistique de Paris*, Septiembre de 1921).—DR. MARIN AMAT.

4. De la oftalmomalacia experimental, por el doctor Bonafón.—Es un asunto completamente nuevo que abre nuevos horizontes, á multitud de cuestiones oftalmológicas complejas y desconocidas en su esencia íntima.

El autor ha deducido del hecho fisiológico, descenso de la tensión ocular por presiones de algunos segundos sobre el ojo, todo el valor que realmente tiene, y ha practicado experiencias de gran valor, que expone en este magnífico trabajo, acompañado de gráficas muy demostrativas.

Para ello se ha valido de conejos albinos y ha utilizado como aparatos de compresión el dinamómetro de Baillart, y como instrumento de mensuración el tonómetro de MacLean (en este tonómetro la cifra 25 milímetros está representada por 35 milímetros).

Las experiencias que ha realizado las divide en tres grupos:

En el primero, los pesos que ha utilizado han sido de 25 gramos. El tonómetro marca al comenzar la experiencia la cifra 35 milímetros; pero inmediatamente la tensión baja, llegando á los seis minutos á ser de 14 milímetros, y quitando la presión, la tensión asciende lentamente hasta alcanzar en quince minutos otra vez la cifra 35 milímetros. Ahora bien, la tensión mínima (de 14 milímetros) alcanzada, no baja aunque persista la compresión (*tensión residual* la llama el autor).

En el segundo grupo de experiencias, se ha valido de pesos de 110 gramos y ha observado que la tensión cae muy rápidamente en el primer minuto de 35 á 20 milímetros, y llega al minimum á los seis minutos, descendiendo también hasta 14 milímetros (*tensión residual*), elevándose en iguales condiciones que en las experiencias del primer grupo.

En el tercer grupo de experiencias ha utilizado el peso de 150 gramos y ha observado una caída rápida de la tensión de 35 á 0 milímetros, en cuatro minutos; y suprimiendo el peso, la tensión se eleva á 10 milímetros en el primer minuto, aumentando después más lentamente que en las experiencias anteriores.

Después, el autor estudia los factores fisiológicos de la repleción del globo ocular, y pasa revista, primero a la sangre, y después al humor acuoso.

Admite que el efecto de disminución de la tensión es debido á la pérdida del contenido líquido intraocular, y que la sangre persiste en casi igual cantidad en el ojo, con ó sin presión; mientras que el humor acuoso es el que disminuye con la compresión, pasando por las vías naturales de eliminación al torrente circulatorio, formándose de nuevo (si bien más lentamente) cuando cesa de actuar la compresión, bastando una compresión ligera del ojo en colapso para impedir la producción del humor acuoso. (De *Annales d'Oculistique*, de París, Septiembre de 1921).—DR. M. MARIN AMAT.

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.

Conferencias.

La Real Academia Nacional de Medicina continúa siendo el centro y eje del movimiento activísimo que en este período culminante del curso se desarrolla en forma de conferencias de profesores extranjeros y nacionales. A la notable disertación del profesor Schlayer, de Berlín, de que ya dimos cuenta, siguió la del profesor Fourgue, de la tradicional Universidad de Montpellier, que fué para muchos la más notable de las pronunciadas por los delegados franceses que en los pasados días nos visitaron. De ella tendrán pronto completo conocimiento nuestros lectores.

El sábado de la última semana ocupó la tribuna uno de sus más ilustres miembros, el Dr. D. Joaquín Decref, el cual, en tono sencillez, casi familiar, llevó á la conciencia de su auditorio, constituido, no sólo por las eminencias de la ciencia médica española, sino por personas pertenecientes á todas las clases sociales, el convencimiento de que es inaplazable resolver en nuestra patria el problema de la educación intelectual y profesional de los anormales, sobre todo de los del aparato locomotor.

Y, como anunció el conferenciante al empezar, fué su notable trabajo un acto más en la prosecución de una obra de alto humanitarismo, á la que viene dedicando sus actividades y sus entusiasmos desde hace muchos años, y que constituye el eje de su vida profesional.

El Dr. Decref describió con el exacto conocimiento que su continuo trato con los anormales le ha deparado, lo que tiene de triste la vida de aquéllas víctimas de la indiferencia social, cuando no del escarnio, de la ignorancia, y hasta del desamor de la familia, que ve en ellas una carga. ¡Qué extraño puede ser que quienes se han desarrollado en este ambiente hostil alberguen un día sentimientos de odio contra una sociedad que tan injustamente los trata!

Leyó el conferenciante párrafos de una Memoria que dedicó á este asunto y fué leída en 1910 ante la Academia de Medicina. Desde aquella fecha su actuación en el sentido que propugna ha sido incesante y venciendo toda índole de obstáculos; durante varios años ha procurado desde el Gabinete de Fisioterapia de la Facultad de San Car-

los fomentar la enseñanza de un personal técnico en tratamientos y confección de material ortopédico, y fijó siempre su pensamiento en el anhelo de instruir á los niños anormales, llegó á proponer que el personal auxiliar reuniese la condición de un maestro de instrucción primaria.

El Dr. Decref fué efusivamente felicitado.

Publicaremos en breve esta conferencia.

El miércoles, 3, dió el Dr. Slocker, en la misma Academia de Medicina, una interesantísima conferencia, acerca de los Servicios sanitarios en Marruecos. Lleno el salón con un público numeroso, y entre este y en el estrado multitud de médicos militares de uniforme, con grande concurrencia de académicos, el conferenciante mantuvo suspenso de su exposición al auditorio por espacio de hora y media; y escuchó al final una ovación muy larga y calurosa, porque realmente la exposición que hizo fué, por demás, sensacional y elocuente.

Exponiendo con sinceridad la falta de organización adecuada, de recursos y elementos con que se tropezó cuando el desastre de Annual; debido en parte á morosidades y deficiencias del elemento civil y político, hubo necesidad de una reacción y arbitrio, rápido y acertado, que pudo manifestarse con brillantez, cuando la sanidad, realizando hechos de un heroísmo emocionante, y mostrando una capacidad intensa y general, logró acreditar que los resultados de sus intervenciones no desmerecían ya, en nada, de los mejores recogidos en la guerra Europea por todos los organismos sanitarios militares. El número de triunfos ha sido incomparable; el porcentaje de mortalidad inverosímilmente favorable; los episodios de heroísmo y sacrificio que relató, verdaderamente sensacionales; y exaltando la pericia y valor de la Cirugía Castrense española, pudo dar un relieve merecido á los nombres de los señores Gómez Ulla, Bastos, Pagés, Noguera, Vega, Garrido y otros, quienes realizaron una obra admirable tanto por su calidad cuanto por su cantidad.

Con el aparato de proyecciones el Dr. Slocker completó su información sobre las organizaciones castrenses; presentó algunos casos de heridas extraordinariamente asombrosas y curadas, y terminó exponiendo la necesidad de acometer una reforma en la organización y consideraciones de este cuer-

po, si se ha de evitar el daño de que no pueda ya reclutar ni retener profesores ilustres. Y por último, haciendo un examen comparativo ligero entre la Sanidad Militar y la cooperación que presta en la guerra la Cruz Roja, tributó á ésta los elogios que se merece.

La impresión producida en el auditorio y las necesidades de las reformas señaladas fueron tales, que movieron al secretario de la Academia Dr. Pulido á levantarse, apenas terminó el conferenciante, y á pronunciar un breve discurso elogiando la labor del mismo, á quien felicitó calurosamente; y recogiendo luego algunas de sus indicaciones, de ellas dijo habrían de ocuparse el Gobierno y el Parlamento, porque su transcendencia era tanta que merecían ser atendidas. El Sr. Pulido fué también justamente aplaudido por su espontánea y desusada intervención, recogiendo en frases elocuentes el sentimiento de la Academia.

DECIO CARLAN

HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

| | Pesetas. |
|--|-----------------|
| <i>Suma anterior</i> | 2.205,50 |
| Excmo. Sr. D. Manuel Martín Salazar, director general de Sanidad | 250,00 |
| Dr. D. Baldomero Castresana | 100,00 |
| Dr. D. Manuel Fernández Alonso, de Arjonilla (Jaén)..... | 10,00 |
| Dr. D. Juan Castillo Torices, de Arjonilla (Jaén).. | 10,00 |
| Dr. D. Rafael Requena Alemany, de Arjonilla (Jaén)..... | 10,00 |
| Dr. D. Teodoro R. jo Yagüi, de Quemada (Burgos) | 10,00 |
| Dr. D. Aurelio Cardalda, de Villa de Cée..... | 5,00 |
| Dra. D. ^a Concepción Aleixandre..... | 25,00 |
| D. Ricardo Núñez, de Puebla de San Julián | 20,00 |
| Excmo. Sr. Conde de Gimeno..... | 100,00 |
| Dr. D. Jaime Ferrán, de Barcelona | 50,00 |
| Dr. D. José Leal Santoyo, de Sorihuela | 5,00 |
| TOTAL | 2.800,50 |

(Se continuará.)

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

* *

Último retrato de Cajal.

Con motivo de la jubilación como cátedrático de esta Facultad de Medicina, de D. Santiago Ramón y Cajal, acaba de hacerse un magnífico retrato, que ava-

lora un autógrafa del maestro, hermoso pensamiento altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan con la venta de ejemplares ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

A propuesta de la Junta del homenaje, el excelentísimo señor ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes ha firmado una acertadísima disposición para que sean colocados en las aulas, laboratorios y lugares más frecuentados por los alumnos de todos los Centros que dependen de su ministerio, ejemplares del retrato que nos ocupa, para que sirva de estímulo y ejemplo á los escolares la figura de tan abnegado sabio, y que su autógrafa despierte los sentimientos del enaltecimiento patrio.

Se han constituido depósito de tan preciado retrato propuesto por la Junta, en todos los Colegios de Médicos de España, en las Universidades y Facultades del reino, en los Centros de recaudación para la suscripción del homenaje y en las librerías de Ruiz Hermanos, plaza de Santa Ana, 13; Romo, Alcalá, 5, y Moya, Carretas, 27.

Se encuentra también de venta en la Administración de EL SIGLO MÉDICO, al precio de 5 pesetas, recogido en las oficinas de éste, Serrano, 58, y al de 5,50 por gastos de envío.

Las medidas de este retrato son de 46 ancho, por 65 de alto.

* *

Un manifiesto.

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

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

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

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

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

Al propio tiempo, á ser posible en el mismo mes de Mayo próximo, aparecerán dos tomos de *Memorias originales*, escritas expresamente, como ofrenda al profesor ilustre, por hombres de ciencia de España y del extranjero, signo del acatamiento universal y de la unánime y honda estimación de los estudiosos para el sabio biólogo.

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

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

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

Madrid, 27 de Marzo de 1922.

Carlos María Cortezo, conde de Romanones, marqués de la Mina, Amós Salvador, marqués de Santillana, Leonardo de Torres Quevedo, conde de Gimeno, José Ortega y Gasset, Sebastián Recasens, marqués de Urquijo, conde de la Mortera, Blas Cabrera, Ignacio Baüer, conde de Bugallal, general Marvá, Melquiades Alvarez, José Casares Gil, José Francos Rodríguez, Ignacio Bolívar, Manuel Martín Salazar, general Aranz, J. Sanchís Bergón, Odón de Buen, Angel Fernández Caro, Santiago Alba, Augusto Pi y Suñer, Nicolás M. de Urgoiti, José Rodríguez Mourelo, Francisco Huertas, Lucas Fernández Navarro, Luis de Zulueta, Alberto Jiménez Fraud, Pablo de Azcárate, Manuel Márquez, Gregorio Marañón, José Goyanes, Bernardo Mateo Sagasta, Carlos Prast, Luis Soler, Antonio Royo

Villanova, José Masfarré, Florestán Aguilar, Antonio Casares, Fernando Castelo, Francisco Murillo, Federico Mestre, José A. Elósegui, Salvador Cardenal, León Cardenal, José Castillejo, Baldomero Argente, Fernando Coca, Emilio Palomo, coronel García Caminero, José Pedregal, Ramiro de Maeztu, Manuel García Morante, E. de Gullón, P. Castells, J. Blanc Fortacin, J. Sánchez Covisa, Celedonio Calatayud, J. Bourkaib, José de Eleizegui, Hipólito Rodríguez Pinilla, doctor Barragán, Enrique Slocker, Luis de Oteyza, Luis Arquistain, Ricardo García Mercet, Juan Madinaveitia, J. Francisco Tello, Gonzalo R. Lafora, Juan Negrín, Pío del Río Hortega, Vicente Lampérez, Francisco de A. Cambó, Miguel Moya Gastón, conde de Lizárraga, Torcuato Luca de Tena, Angel Herrera, Juan de la Cierva, Miguel Blay, Rafael Altamira, Aniceto Sela, Angel Ossorio y Gallardo, Aureliano de Beruete, J. Terrades, Eugenio d'Ors, Ramón Pérez de Ayala, Julián Besteiro, Alejandro Lerroux, José Eraso, César Chicote, J. Núñez Grimaldos, Dalmacio García Izcarra, Leopoldo Romeo, el conde del Valle de Suchil, Alfonso Díaz Agero, José Barranco, J. Delgado Barreto, Enrique Fajardo, Manuel Aznar, Félix Lorenzo, R. Gasset, Mariano Benlliure, Felipe Clemente de Diego, Roberto Novoa Santos, Ramón Turró, José Estadella, Luis Sayé, Gabriel Miró, Jesús M. Bellido, Gabriel Alomar, José Gascón y Marín, Román García Durán, Juan de Azúa, M. Bargalló, Claudio Hernández Ros, Leopoldo Elizalde, Gustavo Reboles, José Madinaveitia, Manuel Marín, Rafael Calleja, J. Martínez Reus, Pedro Esquedo, Eloy Durrieta, José García Siñeriz, Valeriano González Mateos, José E. Rivera, marqués de Alonso Martínez, Fernando Flórez, coronel Losada, Pío Suárez Inclán, Pedro Gómez Medina, Eduardo Díez, J. A. de Artigas, J. Calvache, Pedro Vallcorba, Gustavo Pittaluga.

Los presidentes de los Colegios de médicos de las provincias de España.

Los rectores de las Universidades de España: José R. Carracido, marqués de Carulla, Rafael Pastor, Ricardo Royo Villanova, Calixto Valverde y Valverde, Miguel de Unamuno, Jesús Arias de Velasco, Gabriel Lupiáñez, José Pareja Garrido, Luis Blanco Rivero, José Loustau.

* *

Pamplona 2 (7 mañana).—Llegaron ayer á Petilla de Aragón, pequeño pueblo navarro donde nació Ramón y Cajal, la Junta del Colegio de Médicos de la provincia, organizadora del homenaje: el Dr. Pedro Ramón y Cajal, hermano del agasajado, y D. Domingo Miral, ambos en representación de la Universidad de Zaragoza, el gobernador, varios diputados á Cortes y provinciales, concejales de este Ayuntamiento y los representantes del Colegio de Farmacéuticos y de los practicantes.

Desde Sos á Petilla efectuaron el viaje en caballerías.

El vecindario les hizo una cariñosa y entusiasta acogida, dando vivas á Navarra y á Ramón y Cajal.

Fué descubierta una lápida conmemorativa en la casa en que nació Cajal, la cual tiene el número 21 de la calle Mayor.

El gobernador Sr. Fon pronunció un discurso laudatorio de Ramón y Cajal, y el presidente del Colegio Médico de Navarra hizo un notable estudio de la personalidad del insigne biólogo.

Los expedicionarios dejaron en Petilla retratos y autógrafos de Cajal para que se conserven en el Ayuntamiento y en las escuelas.

Se descubrió también el rótulo de la calle que llevará el nombre de Ramón y Cajal.

Luego se celebró un banquete de 50 cubiertos.

D. Pedro Ramón y Cajal leyó unas cuartillas en que expresaba su gratitud.

Hablaron en elogio del sabio histólogo el gobernador, el diputado Sr. Barricart, el maestro del pueblo y otras personas.

El Colegio Médico repartió cantidades en metálico entre los niños de las escuelas, y la Diputación provincial entregó donativos de 50 pesetas á los ancianos de setenta años, coetáneos de Ramón y Cajal. Además donará libretas de la Caja de Ahorros de Navarra á los niños que nazcan en Petilla en este año.

Los expedicionarios visitaron la humilde casa donde nació Cajal, y luego emprendieron su regreso á Pamplona, adonde llegaron anoche.

* *

Sevilla 2 (3 tarde).—La Academia de Medicina ha celebrado una sesión en honor de Ramón y Cajal.

Presidió el académico más antiguo. El catedrático D. Mauricio Adamé leyó un discurso encomiando la labor del insigne sabio.

Finalmente, el Dr. Fontán leyó un trabajo literario de Cajal.

El acto resultó brillantísimo.

* *

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

Muy señor nuestro é iustre compañero: Por D. Ramón M. Pérez, director de Sanidad Marítima de esta plaza y primer presidente que fué de la Asociación médica, me ha sido entregada su carta circular de la Junta de homenaje á D. Santiago R. Cajal; aquí no existe Colegio Médico, pero sí una Asociación particular integrada por los 17 médicos civiles que ejercen en la plaza de Melilla.

Como presidente actual de dicha Asociación convoqué á sesión extraordinaria y se tomaron los siguientes acuerdos: 1.º, adherirse á dicho homenaje poniéndose en comunicación con la Junta central; 2.º, contribuir con la cantidad de 250 pesetas; 3.º, invitar á todos los médicos no asociados á fin de contribuir al homenaje; 4.º, dirigirse á todos los Centros culturales de Melilla; 5.º, solicitar de la Junta de arbitrios de Melilla (equivalente á los Ayuntamientos de España), que ponga á una calle el nombre de Cajal.

Los resultados obtenidos son el cheque que le ad-

junto por valor de 250 pesetas para los fondos del homenaje.

En la sesión que la Junta de arbitrios celebró el día 8 del corriente á petición del vocal médico asociado, se acordó por unanimidad dar el nombre de Cajal á una de las calles.

Los resultados posteriores se le comunicarán, y así esperamos que esa Junta nos tenga al corriente de los suyos.

El presidente y los asociados tienen el honor de ofrecerse incondicionalmente á su disposición. El presidente, *José Ruiz Murcia*.—Melilla, 12 de Abril de 1922.

* *

Sorihuela (Jaén), 28 de Abril de 1922.

Señor administrador de EL SIGLO MEDICO.

Muy señor mío: Adjunto tengo el gusto de remitir cinco sellos de á una peseta correspondiendo al llamamiento que el citado periódico hace á la clase médica, con motivo de la jubilación de nuestro muy insigne maestro D. Santiago Ramón y Cajal; cantidad que aun cuando es insignificante la envío con todo el entusiasmo de mi corazón para contribuir modestamente al mencionado homenaje que se prepara á nuestro sabio.

Es de usted afectísimo s. s. q. e. s. m.,

JOSÉ LEAL SANTOYO.

* *

26 de Marzo de 1922.

Sr. D. Odón de Buen.

Muy distinguido y querido amigo: Correspondiendo á su atento llamamiento, me complazco manifestarle mi buen deseo de contribuir con el pequeño óbolo de 10 pesetas, á la suscripción abierta por esa Junta organizadora para el homenaje del ilustre sabio Cajal, lamentando, muy de veras, que mis escasos recursos no me permitan mayor cooperación.

A la vez tengo el gusto de comunicarle que esta corporación de mi presidencia se ha dignado conceder 100 pesetas para el fin indicado.

Una y otra cantidad será girada muy brevemente al señor tesorero de la Junta organizadora.

Acoja con el mayor deseo un afectuoso saludo y abrazo de este su buen amigo,

H. ALCALDE DEL RÍO.

* *

Sevilla, 2 de Abril de 1922.

Al señor presidente de la Junta organizadora del homenaje á Cajal. Madrid.

Con entusiasmo acepto el honroso lugar que en esa Junta me han señalado los iniciadores del homenaje á nuestro Cajal, gloria de la Medicina, honra de España. ¡Quiera Dios que en esta enaltecida empresa pongan los españoles todos sus anhelos, para que nuestra nación se ostente á la altura que le corresponde!

Le saluda con la mayor consideración,

PEDRO MARTÍNEZ DE TORRES,
Presidente de la Real Academia de Medicina.

* *

La Coruña, 27 de Marzo de 1922.

Sres. Cortezo, Carracido y Recasens.

Muy señores míos: Recibida su atenta invitación, fecha 1.º del corriente, para contribuir al homenaje que debe tributarse al eminente D. Santiago Ramón y Cajal, gloria legítimamente española, me complazco en manifestarles en nombre de la Corporación que presido y en el mío propio, que acepto honradísimo la cooperación que de nosotros se solicita para enaltecer, como la Junta organizadora acuerde, el acto de admiración y el testimonio de gratitud debidos al insigne maestro.

Soy de ustedes con la mayor consideración y respeto afectísimo s. s.,

MANUEL BARBEITO.

* *

Murcia, 27 de Marzo de 1922.

Sres. D. Carlos M.^a Cortezo, D. José R. Carracido y D. Sebastián Recasens. Madrid.

Muy señores míos y distinguidos amigos: He recibido su atenta carta de Marzo, y acepto reconocido el puesto que me ofrecen en la Junta organizadora del homenaje á Cajal, y doy á ustedes las gracias en nombre propio y en el de esta Real Academia de Medicina y Cirugía.

Con este motivo tengo el gusto de reiterarme de ustedes, afectísimo y s. s. q. l. e. l. m.,

CLAUDIO HERNÁNDEZ-ROS.

* *

19 de Abril de 1922.

Señor administrador de EL SIGLO MÉDICO, Madrid.

Muy señor mío: En esta misma fecha remito á usted por giro postal la cantidad de 25 pesetas con que deseo contribuir para el homenaje al Dr. Cajal.

Me complace el hacerlo así no sólo por deber patriótico, sino también para secundar en la medida de mis escasas fuerzas la iniciativa de mi ilustre maestro el Dr. Cortezo, á quien le ruego que salude.

Me repito su afectísimo s. s. q. e. s. m.

ANTONIO OLIVER

* *

29 de Marzo de 1922.

Excmo. Sr. D. Carlos M.^a Cortezo, presidente de la Junta organizadora del homenaje á Cajal.

Mi querido amigo: Recibida la circular que esa Junta organizadora ha dirigido á las Corporaciones y estamentos de la sociedad española, á fin de constituir la Junta Nacional que sea expresión unánime del sentir de todos los ciudadanos, compenetrados en un mismo movimiento de admiración hacia el gran sabio D. Santiago Ramón y Cajal, esta Alcaldía Presidencia acepta,

sinceramente agradecida, la invitación para formar parte de esa Junta y ofrece desde luego su cooperación para que los trabajos se realicen en la forma que merece la ilustre personalidad á quien ha de rendirse el homenaje.

Reiterándose suyo afectísimo amigo y s. s. q. e. s. m.

EL CONDE DEL VALLE DE SUCHIL

* *

4 de Abril de 1922.

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

Mi querido amigo: Al regresar de París me encuentro con su atenta carta del 24 y la contesto con el mayor gusto para manifestarle que estoy en absoluto á la disposición de usted y de la Junta para el homenaje al ilustre Cajal, lamentando de todas veras que mi ausencia me haya privado de la satisfacción de asistir á la reunión celebrada el día 27 en la Academia de Medicina.

Me es grato aprovechar esta ocasión para reiterarme de usted siempre afectísimo amigo, s. s. q. e. s. m.

MARQUÉS DE ALHUCEMAS

A sus órdenes con muchísimo gusto. Cuenten conmigo para todo.

* *

27 de Marzo de 1922.

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

Mi querido amigo: Acabo de leer su amable invitación para esta tarde y me es ya en absoluto imposible disponer mis trabajos de manera que me permitan asistir á esa reunión.

Ténganme, sin embargo, por sincera y entusiásticamente asociado á cuanto ustedes hagan para el más glorioso éxito del homenaje á Cajal. Dispongan de mí en todo lo que yo pueda hacer, con eficacia, á tal propósito.

Un cordial apretón de manos,

S. ALBA

* *

Considerando el Ayuntamiento de esta Villa un honor tener ocasión de exteriorizar el respeto y consideración que le merece hombre que tanta gloria ha dado á España como el ilustre investigador D. Santiago Ramón y Cajal, ha acordado contribuir con la suma de 500 pesetas al homenaje que trata de tributársele.

Y cumpliendo gustoso la resolución del Ayuntamiento, remito á V. E. como organizador del homenaje, el adjunto cheque, esperando tenga á bien hacerlo efectivo á los efectos procedentes.

Dios guarde á V. E. muchos años.—Tolosa, 18 de Abril de 1922.—El alcalde presidente,

JOSÉ AZURZO

Excmo. Sr. Dr. Cortezo, presidente de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

LOS INCIDENTES DE SAN CARLOS

CARTA DE RAMÓN Y CAJAL

Sr. Director de *El Sol*.

Mi admirado y querido amigo:

Aunque se trate de dimes y diretes, indignos de la majestad y seriedad de su periódico, le ruego la inserción de estas líneas, encaminadas á aclarar algunos conceptos de la carta del Dr. Porpeta.

Mi carta acerca de los ruidosos sucesos de San Carlos, publicada en *La Voz* y en *El Imparcial*, como saben todos cuantos se hayan tomado la molestia de leerla, es sobria, respetuosa con todos y tiende á calmar las pasiones un tanto excitadas entre los estudiantes.

En cambio, el relato del Dr. Porpeta suena como un clarín de combate. Con morosa delectación, relata prolijamente desmanes y vejaciones, pondera la muchedumbre de los agresores y apunta veladamente al blanco de los inductores. Asómbreme la intrepidez de mi querido compañero. Aunque los hechos (que yo no pude presenciar por completo) sean absolutamente ciertos, ¿cree el Dr. Porpeta en la oportunidad de relatarlos? ¿No teme pecar de ingenuo? ¿Qué se diría de un párroco que se quejara de ser insultado por la mayoría de sus feligreses ó de un alcalde que blasonara del encono de casi todos sus convecinos?

Paréceme que en este asunto la pluma del Dr. Porpeta, fácil y elocuente, por otra parte, ha traicionado su pensamiento sin advertir lo grave de su afirmación. Justamente, los cuatro vocales aludidos gozan, según pude comprobar con alegría, de una integridad física y de una robustez que para mí quisiera, aun cuando persista en ellos, según es natural, algo de la vibración emotiva provocada por los sucesos del domingo.

Pero vengamos al asunto motivador de esta rectificación. Con tonos suaves y discretos, que yo agradezco, trata mi querido compañero de probar estas dos aserciones que siento mucho recoger: Primera. Que soy tornadizo y poco formal en mis juicios. Segunda. Que, sin duda, por efecto de la vejez, soy extremadamente sugestible.

Tocante á lo primero, vaya por delante una declaración. Yo no cuento entre los defectos intelectuales la inconsecuencia desinteresada. ¡Ojalá que todos los días, al salir el sol, alboreara en mi conciencia un hombre nuevo, capaz de enjuiciar severamente al hombre de la víspera. Desgraciadamente, como nuestra mente está demasiado bien ajustada á los hombres y á las cosas, conviene, de vez en cuando, liberarla un poco de la realidad deformadora!

Mas, descartando enfadosas generalidades, vengamos al caso concreto de la votación, don le aparece terminante y agobiadora mi contumaz informalidad. En este punto reconozco que el relato del Dr. Porpeta es veraz; pero con esa veracidad externa, convencional y esquemática, que por silenciar los móviles morales y la génesis y evolución de los hechos, semeja en demasía á la ficción ó al error. (Y aquí los lectores de *El Sol* me perdonarán entrar en menguadas cominerías, ya

que, á mi pesar, á ellas me arrastra mi contradictor.)

He aquí lo que calla ó expone muy someramente el Sr. Porpeta:

1.º Que en una conferencia celebrada en mi laboratorio con anterioridad al final de los ejercicios, me habló ya el Sr. Porpeta de la conveniencia de proponer al Sr. La Villa, aduciendo argumentos pertinentes; pero añadiendo otros de carácter sentimental, que, por lo mucho que estimo y considero á mi colega de Facultad, omito estampar aquí. Por cierto que ya entonces indiqué la conveniencia de favorecer, con algunos votos, á varios de algunos opositores, por parecerme que las diferencias de preparación entre los mismos eran difícilmente apreciables.

2.º Que cierto día, al final de uno de los ejercicios, reiteré ante los vocales parecidas manifestaciones.

3.º Que acabadas las oposiciones, y reunido el Tribunal en pleno para examinar los trabajos y méritos de los opositores y cambiar impresiones acerca de los ejercicios, convinimos todos en que si se habían distinguido jóvenes muy inteligentes y estudiosos, no había surgido ni un expositor de dotes extraordinarias, ni un investigador completamente formado. Prevalió, sin embargo, como ocurre en muchos casos, la tendencia á la benignidad, y, por consiguiente, el criterio de adjudicar la cátedra al más apto, ya que resultaba improbable la presentación en futuras convocatorias de las grandes lumbreras anheladas. Hecho seguida y muy concienzudamente por el Dr. Serés el juicio comparativo de los ejercicios, todos los catedráticos de Anatomía; es decir, los cuatro técnicos por excelencia, aprobaron sin reservas ni restricciones la propuesta formulada por aquél, recaída en D. Julián de la Villa. Claro es que yo, el menos competente de todos, puesto que desde hace treinta y cinco años he abandonado la Anatomía descriptiva, me allané á la propuesta unánime, tanto más cuanto que me constaba la honorabilidad y convicción de mis compañeros. Sin embargo, recordando que la unanimidad suele reservarse siempre para los candidatos de extraordinaria valía, yo volví á sugerir, en vano como luego se verá, que la propuesta se hiciera por mayoría, reservando dos votos para sendos opositores que habían mostrado también aptitudes y méritos relevantes.

Mi proposición fué recibida con ademanes de profunda contrariedad. Todos mis compañeros estimaron que sólo podía evitarse un desastre en el momento de la votación pública, sumando yo mi voto á los suyos. «Amparados por usted — me dijeron —, no ocurrirá nada.» Yo, que entre muchos defectos padezco el de la condescendencia y el no menos grave de la piedad, tuve la debilidad de acceder, y prometí, aunque de mala gana, mi voto. Sabía, y así lo expresé, que la unanimidad iba á exasperar hasta el frenesí los ánimos de la concurrencia, en gran parte formada por amigos y admiradores de otros candidatos.

Resignado estaba yo en la madrugada del domingo al inevitable alboroto y á sus posibles derivaciones, cuando, á las nueve ó nueve y media de la mañana, presentóse en mi casa un amigo, totalmente ajeno á

todas las banderías, quien, por haber conferenciado con algunos profesores y haber advertido la impaciencia y la indignación de los estudiantes ante la noticia, no sé por quién propalada, de la unanimidad, me aconsejó, «no que me abstuviera», según declara el Dr. Porpeta, sino que me desligara de toda solidaridad de compañerismo, emitiendo el sufragio con arreglo á mi conciencia. Entablóse con tal motivo un diálogo, para terminar el cual, y á guisa de transacción, expuse que lo único que yo podía hacer, para salir del paso y evitar una fácil y clamorosa ovación, acaso molesta y peligrosa para mis dignos compañeros, era votar en blanco; resolución que, en último análisis, se acomodaba perfectamente con el juicio íntimo y absoluto que yo había formado de los opositores, y cumplí mi promesa, aun á sabiendas de que iba á desagradar á todos los partidos, entre los cuales, huelga decirlo, no existía ninguno deseoso de dejar la cátedra desierta.

En cuanto á la manifestación clamorosa de los estudiantes celebrada junto á mi casa, de la cual algunas personas que no me conocen han hecho comentarios muy arbitrarios, nadie puede equivocarse sobre su real significación; se dirigía, no al juez de oposiciones, sino al viejo catedrático en vísperas de jubilación.

Lo demás lo conoce ya el lector por los relatos de la Prensa y por los informes circunstanciados del doctor Porpeta. En suma, para terminar este primer punto, impórtame notar que se me tacha de inconsecuente, precisamente por aquellos mismos que, empleando el ascendiente de su amistad y de su excepcional competencia, me forzaron á la inconsecuencia.

Y vengamos al segundo punto. Antes de concluir este desaliñado escrito, debo rectificar una insinuación, acaso involuntaria, de mi querido compañero. Surge entre líneas, vaga é indecisa, aunque bien perceptible para quien, como yo, conserva agudo y sangrante el tegumento moral. Aludo á la excesiva sugestibilidad, que parece atribuirme el Dr. Porpeta.

«El mensajero—dice—pintó al sabio maestro los imaginarios daños que para su seguridad personal y para el resto del Tribunal traería la votación unánime, etcétera». Dejando á un lado la curiosa contradicción entre este párrafo y aquellas manifestaciones de su carta donde nos dice que estuvo á punto de morir, contestaré que yo no soy un Alejandro ni creo haber nacido para cambiar con cualquier motivo puñadas y bastonazos con mis amigos ó adversarios. Hay en España tareas harto más urgentes que los ejercicios de boxeo y de la esgrima. ¿Miedo á qué y á quién? ¡Ojalá pudiera sentirlo, porque ello probaría que me era todavía grata la vida y me queda aún en el alma alguna ilusión que perder. Pero en el aludido caso mi pavor, si hubiera podido sentirlo, habría sido una insensatez ó una injuria. Ningún mérito hay en afirmar que yo iba sereno á la última sesión, porque sabía que, cualquiera que fuera mi voto, me protegería la generosidad y la hidalguía de la juventud estudiosa. ¿Cree sinceramente el señor Porpeta que entre los alborotadores del día del domingo existe uno siquiera capaz de levantar su mano contra un anciano de setenta años?

No; si yo procedí como lo hice, fué impulsado no sólo por rendimiento estricto á los dictados de mi conciencia, sino por creer que mi conducta podía mitigar en algo, ya que no evitar del todo, los desórdenes que se anunciaban.

Y termino esta larguísima y enojosa carta con un consejo amistoso al Dr. Porpeta. Se nos otorga á los viejos el privilegio de dar consejo sin pedirlos. El mío es muy vulgar. Hay, Sr. Porpeta, que olvidar y menospreciar los agravios, muchos de los cuales son, en parte, fruto de nuestro carácter. Lisonjemos demasiado á nuestros adversarios diciéndoles que su conducta y sus gestos llenan nuestra mente é inspiran nuestros actos. Semejante actitud, sobre ser poco piadosa, acarrea graves consecuencias prácticas. Atormentándonos de continuo, la lanzadera reposa en el telar, y la modesta obra social que nos toca realizar, jamás será plena y bellamente tejida.

Pidiéndole mil perdones por la latitud y desaliño de mi carta (estoy estos días abrumadísimo de ocupaciones), me complazco en reiterarle con el homenaje de mi admiración el más sincero de los afectos.

S. RAMÓN CAJAL.

REMITIDO

Señor presidente del Colegio Provincial de Médicos de...

Muy señor mío: Los proyectos de reforma tributaria, que en breve han de aprobarse en Cortes, comprenden algo que interesa muy especialmente á la clase médica. Me refiero á los proyectados impuestos sobre carruajes de lujo, contra los que se grava igualmente la aristocrática berlina que no cumple otro fin que exhibir á sus opulentos propietarios en el paseo de moda, y á la modesta tartana en la que el médico rural cumple su humanitaria misión.

Para el médico no puede considerarse el carruaje como artículo de lujo, sino como un instrumento más de su profesión. Y si en una capital de primer orden surcada de tranvías y demás medios de transporte, el carruaje (coche ó automóvil) facilita en gran manera la labor del médico, en ciudades donde aun siendo largas las distancias no existen esos medios, el carruaje del médico es una necesidad absoluta en todo tiempo, sin hablar siquiera de las épocas de epidemias, en las que si el médico hubiera de valerse sólo de sus piernas, como pretenden ahora nuestros gobernantes, habrían de pasarse sin asistencia gran número de enfermos por la imposibilidad material de visitarlos.

En este país nuestro, donde tanto escasean los ferrocarriles, véase como ejemplo esta región de la Mancha donde ejerzo mi profesión de modesto cirujano, y en donde la distancia media entre unos y otros pueblos es de 20 á 30 kilómetros, sin otras comunicaciones que unas pésimas carreteras, en este país nuestro no podrá nunca considerarse como lujo el que un médico se sacrifique para disponer de un medio de comunicación lo más rápido posible, que le permita acudir allí donde quizá fuera inútil su presencia unas horas más tarde.



Los Colegios de Médicos de España tienen el deber de ilustrar al Gobierno sobre este punto que es de capital importancia para nuestra clase y para el pueblo, pues las peores consecuencias sería él al fin quien las sufriese.

Al mismo tiempo que esta carta, dirijo otras iguales á cada uno de los Colegios de Médicos de España y espero que todos ellos sabrán adoptar pronto y eficaz acuerdo sobre este asunto, conforme exigen los intereses que les están encomendados.

Suyo atento compañero y s. s. q. e. s. m.,

DR. A. BALLESTEROS ALCAYDE

Valdepeñas, 24 de Abril de 1922.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido aceptar á D. Juan Cisneros la renuncia que ha presentado del cargo de presidente del Tribunal de oposiciones á la cátedra de Enfermedades de los oídos, nariz y laringe, con su clínica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona; disponiendo, al propio tiempo, que se solicite del Consejo de su digna presidencia la oportuna propuesta de la persona que ha de sucederle en el mencionado cargo.

De Real orden comunicada por el señor ministro lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 30 de Marzo de 1922.—El subsecretario, Zabala.—Señor presidente del Consejo de Instrucción pública. (*Gaceta* del 7 de Abril.)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo dispuesto por el vigente Reglamento de Sanidad exterior, se ha servido disponer que los Tribunales de examen previo y de oposiciones para el ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, convocadas con fecha 11 de Abril de 1921, queden constituidos en la siguiente forma:

Tribunal de examen previo.

Presidente: D. Francisco Contreras y Martín, licenciado en Derecho, jefe de Administración civil.

Vocales: D. Antonio López Sancho, catedrático de Geografía, y D. Fernando Fernández Colveti, catedrático de Idiomas.

Tribunal de oposición.

Presidente: D. Manuel Martín Salazar, director general de Sanidad del Reino.

Vocales: D. Federico Mestre Peón, director de Sanidad del puerto de Vigo, jefe de Negociado de segunda clase, prestando sus servicios en comisión en la Inspección general de Sanidad exterior; D. Alberto García Ibáñez, subdirector de la Estación sanitaria de Las Palmas, jefe de Negociado de segunda clase, y D. Aurelio Ferrán Loinaz, director de la de Mahón, jefe de Negociado de tercera clase.

Secretario: D. Teófilo Morató Cárdenas, director de la de Corcubión, oficial de primera clase.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Abril de 1922.—Piniés.—Señor director general de Sanidad del Reino. (*Gaceta* del 6 de Abril.)

Academias y Sociedades.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN DEL 21 DE MARZO DE 1922

Se abrió la sesión bajo la presidencia del excelentísimo Sr. D. Angel Fernández Caro, actuando de secretario el doctor Mañueco, que leyó el acta de la sesión anterior, que fué aprobada. Después se dió lectura á una carta invitando á la Sociedad al homenaje que se ha de tributar al Dr. Cajal y á que el presidente forme parte de la Junta que lo ha de organizar, agradeciendo y aceptando la invitación.

Se nombró á los Sres. Olea y Soriano para que den cuenta de un aparato para filtrar y airear el agua inventado por D. Ramón Doggio, cuya Memoria fué leída.

Volviendo al tema presentado en las primeras sesiones por el Dr. Espina, usó de la palabra el Dr. Lasbennes, haciendo un recuerdo de lo que dijo del tabaco, considerando que es un lirismo pensar en la supresión de este vicio, por lo que se debe aspirar á que sea de la mejor calidad posible ya que el mejor es el menos nocivo. El alcohol y el vino son dos cosas distintas que ya clasificó en su discurso el Dr. Espina. Los médicos estimaron hace tiempo que el vino en pequeñas dosis era un alimento de ahorro y él lo sigue considerando así. Las campañas de astenia van produciendo en los países que más han conseguido, una reacción en contra, como en los Estados Unidos donde en cambio no se ha hecho campaña contra el tabaco porque no conviene á sus intereses.

De la Lotería dice que es una mutualidad por la que contribuimos á que alguno se haga rico y el Estado cobra de ello una buena comisión.

El Dr. Espina trajo indirectamente en su disertación un problema económico, el de los impuestos. El aumento de la educación debe pedirse al Estado para que organice bien las enseñanzas con más gastos, y esto necesita más ingresos. Los impuestos respecto al individuo vienen á cargar en lo indispensable, lo necesario y lo superfluo. Cualquier impuesto sobre lo primero debilita la masa social. Los higienistas deben oponerse á ello. Lo necesario no es lo indispensable. Necesarios son los libros, periódicos, etc., hay que hacer una buena clasificación de las cosas necesarias. Sobre lo superfluo hay que tener cierta medida, hay cosas superfluas que dan trabajo á muchos obreros, hay que cargar el impuesto, pero no tanto que desaparezca la industria.

La riqueza se puede llamar capital, que es el trabajo acumulado; es un condensador eléctrico que se puede emplear en un momento dado. Se puede llamar crédito, que es el trabajo del porvenir, el de nuestros hijos. La riqueza es estática ó dinámica. A la primera es adonde debe ir el impuesto mayor, progresivo y graduado. El capital parado debe tributar mucho más que el que produce trabajo. Los impuestos sobre la industria y el trabajo no deben hacerse sobre el capital, sino sobre el producto.

Se ha hablado de crear el Ministerio de la Higiene ó de la Sanidad, y él cree sería un mal, porque estaría sometido á las veleidades de la política. Debe pedirse la creación de un organismo grande, pero de carácter técnico. El Dr. Espina tratando del tema presentado por él, insiste que el tabaco es un gran factor entre las causas de las enfermedades cardiovasculares. Que la renta del tabaco no es salvadora para la Hacienda pública y debe sustituirse lenta y progresivamente. Respecto al alcohol, desde Rabuteau fué elogiado como medio terapéutico y alimento de ahorro. Debe explo-

tarse el alcohol en la industria que no sea para la bebida. El alcohol tiene un gran porvenir, porque la hulla blanca va disminuyendo. Hace años en todas partes se daba al niño sopa en vino, habiéndole suprimido el azúcar. El inglés dice que una nación que consume mucha azúcar y mucho café, produce mucho trabajo. La sustitución progresiva del tabaco y el alcohol necesitan un estudio muy detenido. Si se pudiera desgravar el trigo y el azúcar, habríamos conseguido un gran bien. Hay que hacer una modificación científica en los presupuestos, no por procedimientos tradicionales, sino estudiando el capital y el trabajo.

El Dr. Lasbennes rectifica diciendo que nunca el alcohol podrá dar el rendimiento que la fuerza hidráulica que hay en España sin explotar en todos nuestros ríos.

Habiendo pasado las horas de reglamento se levantó la sesión.

PROTECCIÓN MEDICA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA POR LA JUNTA DE DAMAS
EL DÍA 23 DE MARZO DE 1922

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre, y con asistencia de las señoras de Calvache, Terceño, Verdes Montenegro, Romero de Ota, señora y señoritas de Cortezo y Pando y Valle se dió lectura al acta de la sesión anterior, que fué aprobada.

A continuación se dió lectura igualmente á la carta enviada por el Sr. Sandín, dando las gracias por el oficio que se le envió manifestando la gratitud de esta Junta por su generosa actuación en la testamentaría del Dr. Melcior (q. p. d.).

También se leyó una carta del Dr. Hergueta, en que promete hacer cuanto le sea posible en beneficio de esta Institución en la testamentaría del Dr. Rodríguez Abaytua. En dicha carta envía un donativo de 50 pesetas que la Junta le agradece profundamente y así se hará constar por oficio.

El Sr. García Molinas también en una carta dice, que á la Asociación Matritense de Caridad no le es posible conceder este año un donativo á «Protección Médica» como se había solicitado y concedido en años anteriores.

La señora viuda de Tolosa Latour, en una atenta tarjeta, se excusa de no poder asistir á la Junta, lamentándolo mucho.

Se pone á discusión el seguir costearo la Academia de preparación de telégrafos para el huérfano José Retes, en vista de que los exámenes no serán, seguramente, hasta Septiembre, y la señora de Verdes Montenegro manifiesta que dicho huérfano es digno del cariño y atención que siempre la ha demostrado esta Junta de damas, pues además de estar preparándose para las oposiciones del Cuerpo de Telégrafos, estudia libre las asignaturas del último año del bachillerato que le costean dichos señores de Verdes Montenegro. La Junta, que estima los méritos de dicho huérfano, acuerda seguir pagándole la Academia hasta Septiembre.

A la señora viuda del Dr. Rodríguez, anciana que desea ser atendida, se acuerda ayudarle con un donativo mensual de 20 pesetas, así como comprar unas gafas á la señora viuda de Quintana, que sin ellas no puede coser; aparte del donativo mensual que recibe.

Se da lectura á una carta del Dr. Palacios, en que ofrece dos plazas en las Colonias escolares «Reina Victoria», ofrecimiento que la Junta agradece en lo mucho que vale, y después de pensar cuáles son los huerfanitos que más lo nece-

sitan, se elige á la niña de Retes y al niño de Anca, cuya salud enteca verdaderamente lo reclama. Por espontáneo y generoso ofrecimiento, el Dr. Palacios es digno de la mayor gratitud.

A continuación se lee la solicitud del Dr. Cristóbal López Molina que desea protección de esta Institución benéfica. Y ante el cuadro lleno de dolor que expone la señora de Calvache, una de las señoras encargadas de hacer dicha investigación, todas las señoras de la Junta tristemente impresionadas recuerdan otros cuadros tan llenos de dolor como este, y no comprenden cómo los compañeros poderosos, los que por no saber de las amarguras de la vida viven indiferentes á tales miserias, si alguna vez llega á ellos la idea de estas dolorosas existencias, no procuren contribuir á remediarlas.

Y con este motivo, se recuerda á un médico que está muriendo y que carece de lo más necesario; que tiene una hija tuberculosa avanzada, en plena juventud; que se ha visto tratada con crueldad (quién sabe si por los mismos compañeros de su padre); que tiene otra hija también enferma y, por lo tanto, sin poder trabajar; que su esposa, de tanto sufrir, cardíaca y agotada, saca fuerzas de flaqueza porque tiene que buscar algún alivio para los suyos...

Y se recuerda también al médico ciego y pobre, solo, completamente solo en el mundo...

Y al de la arterioesclerosis que aún quiere luchar y no puede, no le es posible poder luchar más...

Y al anciano, rendido, que en el triste final de su vida, ve unos hijos, niños aún, á quienes va á dejar desamparados...

Y son tantos, tantos los casos de tristeza infinita que van poniéndose ante la consideración de las señoras, que se acuerda dirigirse á los médicos de Madrid que poseen patentes de primeras clases, para rogarles que no nos abandonen, que nos ayuden, que es necesario que sintamos su apoyo en esta obra de caridad y amor que una vez empezada, por un deber de conciencia, no podemos abandonar.

Al Dr. D. Cristóbal López Molina, que tiene setenta y dos años y está también casi ciego, se acuerda concederle una pensión mensual de 50 pesetas.

No habiendo más asuntos de que tratar se levantó la sesión.—ASUNCIÓN PANDO.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,3; ídem mínima, 698,4; temperatura máxima, 20°,3; ídem mínima, 2°,3; vientos dominantes, O. SO.

Sigue mostrándose favorable la tendencia y el curso de las enfermedades agudas reinantes; así de las del aparato respiratorio como las del digestivo y los afectos infecciosos. Las congestiones activas, las hemorragias de los centros nerviosos, los reumatismos y las anginas catarrales continúan siendo frecuentes.

Se observan exacerbaciones en las dermatosis, particularmente en las de la índole artrítica. También son frecuentes los flujos hemorroidarios.

Crónicas.

La Universidad de Lovaina. —La suscripción abierta en América del Norte para reconstruir la Universidad de Lovaina pasa de 200 000 dólares.

El presupuesto de reconstrucción total asciende á un millón de dicha moneda.

Último retrato de Cajal.—Se encuentra de venta en la Administración de EL SIGLO MÉDICO el último retrato del profesor Cajal, con un autógrafo altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan, cedidos graciosamente por el fotógrafo Sr. Padró, con la venta de los ejemplares, ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

El precio de cada ejemplar es el de 5 pesetas adquiriéndolo en las oficinas de esta Revista, Serrano, 58, aumentando 50 céntimos por gastos de envío para provincias.

Las dimensiones del retrato son de 46 de ancho por 65 de alto.

La Casa de Socorro del Hospicio.—Con motivo de las fiestas de Semana Santa, la Casa de Socorro del distrito del Hospicio, modelo por su régimen interior y por su administración, hace anualmente una recaudación entre los vecinos, y con los productos que así obtiene, y que este año han sido considerables, ha repartido numerosos bonos en metálico, de dos pesetas cada uno, favoreciendo á verdaderos necesitados.

Ha hecho también un reparto de ropitas para niños, gracias á un donativo de 1.000 pesetas que hizo á la Casa el presidente de aquélla, quien, además, contribuyó con 500 pesetas á la cuestación de Semana Santa.

Sucursal de la Institución de Puericultura.—En el número 122 de la calle de Bravo Murillo ha sido inaugurada una sucursal de la Institución Municipal de Puericultura. Al acto asistieron el alcalde y varios concejales.

El director de la Institución, Sr. Gómez Herrero, en breves palabras enalteció la labor que el Ayuntamiento madrileño realiza en favor de la infancia, y el conde del Valle de Suchil, ofreció, en nombre del Consejo, seguir prestando su apoyo á tan benéfica Institución.

El Hospital de Basurto.—Los periódicos de Bilbao publican la siguiente nota oficiosa:

«La Junta del Hospital civil de Basurto, habiendo observado recientemente algunas irregularidades en el manejo de los fondos de este Asilo, se ha visto, con sentimiento, precisada á presentar una denuncia contra el administrador del Establecimiento, que, como consecuencia, ha quedado detenido y á disposición del Juzgado correspondiente. Por el momento no ha sido posible concretar la importancia de las sumas distraídas, hasta que sean estudiados detenidamente los libros de Contabilidad; pero es probable que sea una cantidad de consideración.»

Esta mañana ha sido conducido al Juzgado el administrador, que, después de declarar, pasó á la cárcel. Se dice que el descubierto asciende á 580.000 pesetas.

Colegio de Huérfanos de Médicos.—En la página de anuncios señalada con el núm. XXXVIII publicamos las cuentas correspondientes al primer trimestre del corriente año.

Un gran Catálogo de Literatura española.—*Catálogo general de Librería española. I. Literatura* (franco de porte certificado 1,50 pesetas. Leer, Apartado 12079, Madrid).

La Casa Leer, de Madrid, ha emprendido la publicación de un *Catálogo general de Librería Española* del que éste, *Literatura*, es el primer volumen que se publica.

En sus 200 grandes páginas se han reunido más de seis mil títulos que comprenden la casi totalidad de la producción literaria corriente en nuestro mercado librero. Para ello se han tenido en cuenta los catálogos conocidos de todos los editores y las noticias que espontáneamente han tenido á bien facilitar los autores de obras que no figuraban en ningún catálogo. Para tener al corriente de un modo continuo al lector de la marcha de la producción librera española se publicarán boletines y suplementos gratuitos.

Este gran catálogo de publicaciones literarias interesa á toda persona amante de los libros, pues constituye una verdadera guía en la que todo lector hallará algo de su agrado y que probablemente le sería difícil buscar entre la multitud de catálogos parciales y anticuados existentes.

La presentación material del catálogo que Leer ofrece al público á precio insignificante es clara y agradable. La cubierta va ornada de un original y artístico dibujo.

Dr. García Carrión.—El día 16 del pasado mes falleció en Huelva repentinamente el reputado médico de la Beneficencia municipal y expresidente de la Junta de Obras del Puerto, D. Daniel García Carrión.

Era uno de los hombres más populares y queridos de

Huelva; servicial como pocos; en su profesión y en su trato social sembró favores por todas partes. Sus aptitudes de médico y la bondad de su alma fueron siempre letra abierta para cuantos á D. Daniel acudían y nadie llamó á su casa ó á su corazón que no recibiera el auxilio del médico ó la divina del hombre.

Ha muerto á los cincuenta años de edad, cuando concentraba en su hijo las más grandes ilusiones de la vida.

La noticia de su fallecimiento ha causado en todas partes donde era conocido hondo sentimiento, pues gozaba de generales simpatías en todas las clases sociales.

A su distinguida familia enviamos nuestro más sentido pésame.

Oposiciones á médicos.—Para Sanidad Militar, de la Armada, Inspectores provinciales, Sanidad Exterior, Médicos de Prisiones, Forenses, Higiene, Marina Civil y Beneficencia municipal, todas muy próximas. Textos, programas y requisitos, Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

LIBROS DE MEDICINA FRANCESES.—Venta en francos. Condiciones especiales. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la LIBRERÍA INTERNACIONAL, Churruga, 6, San Sebastián.

Fosfo Cacao Massana.—Al presente número acompañamos un prospecto de la Casa Pagés & Ro. afor (Fernando, 14), Barcelona, cuya lectura recomendamos.

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

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.



OKostelle Raimost
vino sin alcohol

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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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