

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

### PROGRAMA CIENTIFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: Cajal. Su personalidad, su obra, su escuela, por el Dr. Carlos María Cortezo.—Sobre un caso accidental de osteomielitis aguda septico-piohémica, por Juan Andrés Cejudo.—Ileo y posición Trendelenburg, por el Dr. José Carrasco.—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.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—¡Ha muerto el profesor Azúa!, por Vicente Gimeno.—Homenaje á Cajal.—La delegación de médicos franceses.—El abandono sanitario en España, por Francisco Rico Belestá.—Sociedad Española de Higiene.—Protección Médica.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios

## CAJAL

### Su personalidad, su obra, su escuela <sup>(1)</sup>

POR EL

DR. CARLOS M.<sup>a</sup> CORTEZO

Resumiendo lo anteriormente expuesto, parecía que en el terreno histológico se había llegado á un grado, si no máximo, estimable, de perfección, al ser conocida la estructura de los nervios conductores, de los cilindro ejes, de la mielina, de la neuroglia, de las fibras de Remak, de las granulaciones, de las células nerviosas apolares, monopolares y multipolares, en una palabra, de los que se estimaba como elementos suficientes para que, armonizados entre sí, explicaran la misteriosa función suprema entre las más elevadas de la vida.

Y, sin embargo, aun en este aspecto histológico, era mucho el terreno que quedaba por andar. Era necesario afinar las observaciones, los descubrimientos, la descripción positiva de la trama íntima de cada uno de esos elementos, que como conquistados se tenían, y ver que los estimados como *esenciales* para función conductora, no eran muchas veces más que substancia protectora y casi neutra, análoga á la que en los cables eléctricos mantiene en aislamiento unos de otros conductores; era necesario ver y determinar la forma de las ramificaciones

colaterales, si las membranas envolventes de las células tenían ó no existencia real, si estas células se comunicaban entre sí por sus prolongaciones polarizadas, ó si éstas se perdían en la substancia amorfa sin abocarse con otras procedentes de otras células; necesitábase determinar, sobre todo, qué género de relación era el que se establecía entre lo que se puede llamar centro de los centros nerviosos, los órganos de transmisión y los aparatos de recepción diferenciados.

Todo esto se presentó, seguramente, como un problema tácito ó expreso ante el entendimiento ávido del gran histólogo, y sin arredrarse por lo complicado del asunto, por la ejemplaridad de los fracasos ajenos, ni por la necesidad de una consagración perseverante de su inteligencia toda y de su vida entera, procedió á la tarea con el incomparable tino de no dejarse fascinar por el preconcepto establecido, ni por el prejuicio aceptado, cualquiera que fuera la firma que lo avalorara; y sin considerar lo que el esfuerzo significaba de sacrificio en cuanto al estéril rendimiento material que ofrecía, ni lo que representaba de temerario por los medios con que se abordaba, emprendió Cajal su tarea, y con las pobres *carabelas* de su microscopio único é incompleto, con sus microtomos elementales y con sus medios de coloración imperfectos, fué corrigiendo, perfeccionando, comprobando, ordenando y avanzando siempre, hasta que apareció ante sus ojos clara y espléndida, la *Tierra* soñada al comenzar la navegación penosa.

(1) Véase el número 3.568.



Reflexionemos un momento, antes de entrar en la historia descriptiva de la conquista, lo que representaba en ésta el primer momento de su evolución.

Como hemos visto, la histología y la fisiología del sistema nervioso estaban completamente impregnadas del preconcepto de *organismo ciclico*, de conducción aferente, comunicaciones centrales é impulso eferente. Se suponía, y con arreglo á ello se investigaba, que la naturaleza se imita á sí misma en los grandes trazos como en los pequeños detalles de las estructuras por ella fabricadas, y pues las grandes funciones orgánicas estaban representadas, cada una por un esquema circulatorio, fuese en el aparato de la respiración, en el digestivo, urinario y sobre todo en el circulatorio, de creer era también que la admirable disposición de centros y conductores á que se reducían los conocimientos histológicos sobre el sistema nervioso, habrían de obedecer también á un mecanismo circulante y cerrado, que viniendo y yendo del centro á la periferia y de ésta á aquél, acabaría por desflearse en sus últimas ramificaciones, que atada cada una de ellas á otra similar, constituirían un sistema celular análogo al sanguíneo, y cuando para afirmar la creencia, faltaba la demostración de la existencia de tubos y de conducciones, se adjudicaba este papel á la neuroglia, sacándola de su naturaleza, hasta entonces conjunta, y se llegaba por fin á la concepción, con alborozo recibida, de la teoría reticular.

Los que sometían al patrón ó arquetipo de la circulación de los líquidos la supuesta circulación nerviosa, no se fijaban, en su concepto teórico, en una condición real de la circulación líquida, y es la de la simultaneidad en general necesaria de la marcha de los líquidos por todo el sistema, con las accidentales variaciones limitadas á ciertos momentos de la función, mientras que la función nerviosa tiene condiciones de independencia individual orgánica que hace de ordinario funcionar sólo una parte del sistema cuando muchos órganos dependientes de él se encuentran en absoluto ó en relativo reposo. Para estas diferencias de intensidad en la circulación, propiamente dicha, son necesarias disposiciones de circulación porta, como la del hígado, la del riñón y, en cierto modo, la del encéfalo, y así y todo, aun estos órganos se encuentran sometidos á las condiciones generales de presión y de ritmo en las circunstancias normales, mientras que lo normal en la función nerviosa es la diversidad, el aislamiento, la individualidad de la acción.

Supongo yo, atrevidamente, que esta reflexión, entre otras, se presentaría ante el ánimo de His y de Forel, como alguna vez se habrá quizá presentado ante el de Cajal, para alentarles en la idea de que la conducción cerrada radicular no solamente no era una necesidad para la explicación de la función nerviosa, sino que era una hipótesis que dejaba sin explicación satisfactoria hechos de los más elementales.

Veamos ahora, dejando á un lado nuestras propias elucubraciones, cómo y por qué camino fué llevado Cajal al descubrimiento de su teoría de conjunto, que hemos ya dicho é insistimos en ello convencidos, que tiene el alcance análogo y propor-

cional al de la función respiratoria descubierta por Lavoissier y de la circulatoria por Servet y Arveo.

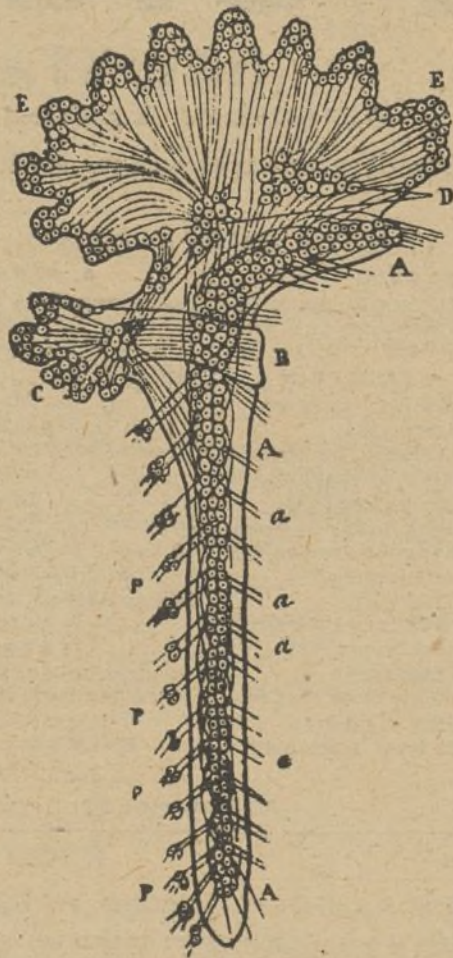


Fig. 4.ª

Esquema del sistema nervioso central en 1873 (según Küss et M. Duval)

AAA, médula espinal con sus comisuras; B, región de la protuberancia; C, cerebelo; D, capas ópticas y cuerpos estriados; EE, sustancia gris (cortical) de las circunvoluciones cerebrales; aaa, raíces anteriores; ppp, raíces posteriores.

#### DESCUBRIMIENTOS DE CAJAL EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA NERVIOSO

Antes de comenzar la exposición de los principales descubrimientos de Cajal, en el extenso campo de la Histología, creemos indicado decir, aunque sea en breves líneas, y á modo de preliminar lógico, cuándo, cómo y por qué, pensó el que entonces sólo era uno de tantos licenciados en Medicina y Cirugía, dedicado particularmente al estudio de la Anatomía y Embriología, aplicarse á los estudios micrográficos, en los que tan rápidamente había de alcanzar justo y elevado renombre. Como seguramente nadie ignora, entre todos aquellos descubrimientos, han sido los que se refieren á la complicada estructura del sistema nervioso los que especialmente han constituido la base ó fundamento de su bien merecida fama; de ella, todos los españoles debemos sentirnos honradamente orgullosos y llenos además de honda gratitud, que se manifestará entre otras cosas por un sincero respeto y una noble y hasta cierto punto obligada veneración para con el que á ella se ha hecho acreedor.

Fué por el año 1878; las aspiraciones de Cajal al profesorado, más que sentidas espontáneamente, sugeridas de continuo por su padre, le obligaron á graduarse de doctor, para lo cual era necesario aprobar, entre otras asignaturas, la Histología. Y Cajal la aprobó, embotellándose el programa, como actualmente se dice en el argot estudiantil, á fuerza de

codos, es decir, sin saber efectuar el más sencillo análisis microscópico, y antes de que hubiera visto en la realidad una sola célula. Era catedrático de esta asignatura el Dr. Maestre de San Juan; y en su laboratorio contempló Cajal por primera vez la imagen sugestiva con que el microscopio revela la estructura admirable de los tejidos; realidad que no puede ser sospechada por los profanos y que siempre resulta superior á cuantas se imaginen los que no siendo profanos, no han podido, sin embargo, comparar las creaciones de su imaginación, con las impresiones reales que nos suministran los sentidos.

Como dice Kant, las diferentes sensaciones que produce la belleza descansan, no tanto sobre la condición de las cosas externas que las suscitan, como sobre la sensibilidad peculiar á cada hombre, para ser grata é ingrata impreso por ellas. En un espíritu vulgar, la contemplación del aspecto con que el microscopio nos descubre, por ejemplo, la bella estructura de la piel, producirá seguramente una sensación de alegría un tanto infantil, y si acaso, consideraciones superficiales, pronto abandonadas, ante la idea fácil de la complicación de la ciencia; en los espíritus más elevados, pero puramente contemplativos, la misma imagen motivará probablemente una emoción más honda y sincera que dejará en su memoria un grato recuerdo, y en su alma un ferviente anhelo de nueva contemplación. En Cajal, la impresión recibida por la demostración microscópica de la delicada trama de los tejidos del organismo, no se tradujo solamente por la honda emoción que siempre experimentan los espíritus contemplativos frente á cualquiera de las manifestaciones de la belleza, sino que, resultado tal vez de su temperamento de artista, manifestado desde su infancia, se despertó en él el deseo de conocer el mecanismo de su producción y determinó *ipso facto* poner los medios necesarios para conseguir disfrutar á su placer cuantas veces quisiera de tales sensaciones. Al mismo tiempo, esta determinación llevaba en sí el valor práctico de aprender lo mejor posible la Anatomía general ó microscópica, complemento indispensable de la descriptiva, lo cual le permitiría esperar con más seguridad lograr la cátedra que constituía su deseo inmediato.

Con las economías hechas durante su estancia como médico militar en Cuba, y que fueron consecuencia de las enfermedades que padeció en aquellas tierras de Ultramar, adquirió Cajal, principalmente, un microscopio, pagado á plazos, y los demás útiles indispensables para dar comienzo á sus andanzas por los dominios de la micrografía, instalando su exiguo bagaje material en habitación tan modesta é incómoda como puede serlo un desván.

Por otra parte, en aquel tiempo no había en Zaragoza persona capaz de orientarle en los estudios de lo infinitamente pequeño. Solamente tuvo ocasión de contemplar en aquella Facultad, por primera vez, el sorprendente espectáculo de la circulación de la sangre, acontecimiento que contribuyó sobremedera á desarrollar en él la afición á los estudios micrográficos. La falta de maestros hubo de procurar suplirla con libros y algunas re-

vistas, cuyo número no pudo ser muy elevado á causa de la escasez de su peculio (1).

«Y de este modo —nos dice Cajal— comencé á trabajar en la soledad, sin maestros y con no muy sobrados medios; pero á todo suplía mi ingenuo entusiasmo y decidida vocación. Claro es que durante la luna de miel del microscopio no hacía sino curiosear sin métodos y desflorar asuntos. Se me ofrecía un campo maravilloso de exploraciones, lleno de gratísimas sorpresas. Con este espíritu de espectador embozado examiné los glóbulos de la sangre, las células epiteliales, los corpúsculos musculares, los nerviosos, etc., deteniéndome acá y allá para dibujar ó fotografiar las escenas más cautivadoras de la vida de los infinitamente pequeños.»

Durante el año 1879 y siguientes se perfeccionó Cajal en la técnica histológica, sirviéndole de guía el admirable libro titulado *Manuel technique d'histologie*, escrito por Ranvier, aprendió á traducir el alemán científico y estudió á conciencia diversas obras tudescas de Anatomía descriptiva, general y comparada; se impuso en las modernas teorías tocantes á la evolución, de que por entonces eran portaestandartes ilustres Darwin, Hæckel y Huxley, y amplió bastante sus conocimientos embriológicos. En 1883 fué designado, en virtud de oposición, para desempeñar la cátedra de Anatomía de Valencia, haciendo los ejercicios con Olóriz, que logró la de la misma asignatura en la Facultad de Madrid.

Al mismo tiempo que se preparaba para las oposiciones dedicóse Cajal con ahinco al estudio histológico, poniendo de relieve sus excelentes cualidades para semejantes trabajos: «Paciencia rayana en la obstinación para el adueñamiento de los métodos histológicos; destreza y maña para reemplazar disposiciones experimentales costosas con sencillos é improvisados artilugios; continuidad y celo infatigables para la observación de los hechos, y, en fin, la mejor de todas, flexibilidad para cambiar bruscamente de opinión y corregir errores y ligerezas.» En el año 1880 publicó su primera producción científica, y en el año siguiente vió la luz otra nueva monografía; de este modo, cuando á fines del año 1883 se disponía á trasladarse á Valencia, gozaba ya de reputación como trabajador y estudioso, «únicos méritos que no se regatean porque no dan envidia».

Establecido en Valencia, en casa modesta, disponía, sin embargo, de sala holgada y capaz para laboratorio; pero los 52 duros de paga mensual á que ascendía su haber de catedrático, no bastaban para cubrir al mismo tiempo las necesidades de la familia (tenía entonces Cajal tres hijos) y los gastos que ocasionaba el laboratorio. Por esta razón tuvo que buscar el nuevo catedrático una nueva fuente

(1) Los primeros libros que guiaron á Cajal fueron: la *Anatomía general* de Henle; el tratado de Histología é Histoquímica de Frey; las obras de Van Kempen y de Robin; entre los tratados prácticos pudo disponer de *El Microscopio en Medicina*, de Beale; *Protoplasma y vida*, del mismo autor, y el *Manual técnico* de Latteux. En cuanto á Revistas científicas, se suscribió á unos Archivos ingleses (*The Quarterly microscopical Science*) y al *Journal de micrographie*. De obras españolas, disponía de la del Dr. Maestre de San Juan, muy copiosa en datos, aunque de lectura un tanto difícil.

de ingresos complementarios; pero en lugar de dirigirse para ello al ejercicio profesional, como era y es también en nuestros días lo corriente en semejantes casos, trató de obtenerla mediante la extensión de la función pedagógica. Organizó con este objeto, en Valencia, lo mismo que había hecho en Zaragoza, un curso práctico de Histología normal y patológica, al cual acudieron bastantes médicos que cursaban libremente el doctorado, y algunos doctores deseosos de ampliar sus conocimientos en Histología y Bacteriología; ciencia esta última que entonces alboreaba prometedora en el horizonte, á impulsos de los geniales descubrimientos de Pasteur y de Koch.

Con los nuevos ingresos, además de evitar el temible *déficit*, pudo adquirir Cajal algunos aparatos científicos que le permitieran trabajar con menos incomodidad y con más ventaja; con ellos, por ejemplo, adquirió un microtomo automático de Reichert, que le prestó inestimables servicios, substituyendo con él la vulgar navaja barbera, único microtomo que hasta entonces había utilizado y para cuyo manejo había adquirido ciertamente bastante habilidad. Más adelante y como merecido galardón material y espiritual por sus estudios sobre el cólera de 1885, de los que ulteriormente daremos cuenta, recibió de la Diputación de Zaragoza un magnífico microscopio Zeiss.

Realmente, en los comienzos de sus exploraciones por el extenso campo de la micrografía, no se advirtió en Cajal una preferencia marcada hacia los estudios histológicos en general y del sistema nervioso en particular, que fueron los que más tarde habían de ocupar casi por completo sus actividades; al principio, en efecto, igual atractivo presentaban para él, como la demuestran sus trabajos, los temas de anatomía patológica, que los de histología pura, como los de bacteriología; y así de sus primeras monografías, una versa sobre la génesis inflamatoria, otras sobre diversas cuestiones de estructura normal de los tejidos, y otras sobre el microbio del cólera.

¿Por qué razón abandonó el futuro histólogo los terrenos de la bacteriología, y dirigió sus pasos por el reino de la célula, los cuales indudablemente no le reportarían resultados tan ciertos, por lo menos desde el punto de vista de la utilidad práctica? Seguramente Cajal experimentó alguna duda en la elección; pero al fin se decidió por emprender el camino histológico. Según él mismo confiesa en su autobiografía, obra hermosa desde todos los puntos de vista, fué «movido por mis inclinaciones, y sobre todo, por motivos de índole económica, por lo que escogí la discreta senda histológica, la de los goces tranquilos. Sabía bien que por angosta jamás podría recorrerla en carroza; pero me sentiría dichoso asistiendo en un rincón y en el olvido de todos, al espectáculo cautivador de la vida animal íntima y escuchando embelesado, desde el ocular del microscopio, los rumores de la bulliciosa colmena que todos llevamos dentro. En cuanto á la razón económica aludida, no es otra que lo oneroso de los trabajos bacteriológicos.

La Histología es ciencia modesta y barata. Adquirido el microscopio, redúcese el gasto á reponer algunos reactivos poco dispendiosos y á procurarse

de vez en cuando tal cual rana, salamandra ó conejo. Pero la Bacteriología es ciencia de lujo. Su culto requiere toda una Arca de Noé de víctimas propiciatorias. Cada experimento encaminado á fijar el poder patógeno de un germen, ó la acción de toxinas y vacunas, exige una hecatombe de conejos, conejillos de Indias, á veces de carneros y de mamíferos más corpulentos. Súmese á esto el dineral que cuesta la cría y reposición de tantos animales de experimentación, amén del gasto de gas indispensable al régimen de autoclavos y estufas de esterilización é incubación.

Tal fué la consideración, harto prosaica y terrena, que me obligó á guardar fidelidad á la religión de la célula y á despedirme con pena del microbio, al cual, sólo de tarde en tarde, con ocasión de análisis periciales ó de investigaciones comprobatorias, me digné saludar, penetrado de ese afecto respetuoso, no exento de envidia, con que saludamos al amigo millonario, de quien nuestra miopía nos aleja irremediablemente.»

Ya en este camino no tardó Cajal en acometer la empresa de publicar una obra extensa de *Histología y técnica micrográfica*, persiguiendo con ello varios propósitos; principalmente «el patriótico anhelo de que viera la luz en nuestro país un tratado anatómico que, en vez de concretarse á reflejar modestamente la ciencia europea, desarrollara en lo posible doctrina propia, basada en personal investigación. Sentíame avergonzado y dolorido al comprobar que los pocos libros anatómicos é histológicos, no traducidos, publicados hasta entonces en España, carecían de grabados originales y ofrecían exclusivamente descripciones servilmente copiadas de las obras extranjeras.» En segundo lugar, deseaba el reciente investigador disciplinar su desbordante curiosidad, moldeándola en las rigideces de un programa fijado de antemano.

(Continuará.)

### Sobre un caso accidentado de osteomielitis aguda septicopiohémica

POR

JUAN ANDRÉS CEJUDO

Alumno interno del Hospital General.

A D. Enrique de Isla, maestro de maestros, con gran respeto y mayor gratitud y cariño.

No es mi intención al publicar este modestísimo trabajo, descubrir ni añadir nada nuevo á lo mucho que se ha escrito sobre lo que Chassaignac tan gráficamente denominó: «Tifus de los miembros» y luego con tantos nombres se ha señalado, porque en mí, con tan escaso bagaje de conocimientos, sería petulancia incalificable. Mi propósito se reduce sencillamente á relatar lo más acertadamente que pueda las vicisitudes ocurridas en el curso de un caso de osteomielitis infecciosa aguda, que por ellas califico de accidentado, permitiéndome al final exponer unos ligeros comentarios de interpretación personal.

Aparte del que constituye el objeto de este trabajo, y, entre otros, tuve ocasión de ver en Arenas de San Pe-

dro otro caso de tifus de los miembros, que no vacilo en mencionar, buscando las enseñanzas del contraste, porque tratábase entonces de una forma aguda de osteomielitis tan típica, tan clara y tan acertadamente diagnosticada desde un principio por el Dr. Torres Alonso, que en mi imaginación quedó grabada para siempre con toda su aparatosa y rápida evolución y con todo su funesto desenlace. Era un niño de doce años, que había sufrido un pequeño traumatismo con motivo de una caída y que á los dos días fué atacado de violenta cefalalgia, fiebre (40°), delirio y convulsiones que hubieran hecho pensar en un estado meningítico, si no se descubriese contemporáneamente un dolor violentísimo en la parte alta del miembro inferior derecho, apreciándose á la exploración un bloque duro y profundo á nivel del bulbo óseo del fémur, donde correspondía la exacerbación máxima del dolor (excruciante). En el mismo día los síntomas generales se acentuaron en forma alarmante, alternando la postración, con el delirio y las convulsiones y dando al cuadro los tonos sombríos y angustiosos, reveladores de toda invasión orgánica de grave hiperoxidad. El sublimado intravenoso, el alcanfor, la cafeína, el suero, no consiguieron ni detener un momento siquiera la marcha desenfrenada de la dolencia hacia el desenlace fatal.

Vemos, pues, que por la edad, etiología, localización, marcha y terminación, este caso corresponde exactamente á lo que tantas veces se ha descrito con el nombre de «osteomielitis yuxtaepifisaria de los adolescentes».

Pero los casos que pudiéramos llamar *de libro*, abundan poco, y, por el contrario, son muy frecuentes los que, como el que voy á relatar, enmascaran las cosas de forma tal, que hacen posible un diagnóstico equivocado ó tardío, con todas las lamentables consecuencias que esto trae consigo.

\*\*\*

Doña Concepción X, de treinta años, viuda, refiere que, á consecuencia de una fuerte mojadura, tiene que guardar cama, atacada de anginas. Al día siguiente, encontrándose mejor, abandona el lecho y se dedica á sus ocupaciones, excesivas desde luego á sus fuerzas físicas, pues los escasos medios de vida de la interesada no le permiten además reparar aquéllas de un modo suficiente. Todo este día transcurre sin otra novedad que un estado de laxitud, de malestar y de fatiga, pero después de cenar con muy poco apetito, la enferma es atacada de una cefalalgia violentísima, seguida de escalofrío intenso y sostenido, y acompañada más tarde, ya en la cama, de sed insaciable, náuseas, vómitos y delirio. La temperatura se eleva bruscamente por encima de 40°.

En las veinticuatro horas que siguen á este violento episodio, la temperatura se mantiene alta, el pulso se hace rápido y pequeño (120); la orina muy oscura y concentrada es eliminada en muy pequeña cantidad (350 c. c. en las veinticuatro horas), la lengua está áspera y seca; tiene fases de somnolencia alternando con crisis de delirio, respiración anhelosa (46 por minuto), facies vultuosa, repulsión absoluta por los alimentos

(leche, caldo) y ansiedad por el agua, que devuelve apenas tomada.

Así las cosas, la enferma á media noche prorrumpe en gritos de dolor desesperados, asegurando á las personas de la familia que la rodean, que se «le ha roto la pierna derecha por la rodilla». Aquéllas interpretan las quejas y los gritos de la enferma, como un desvarío mental propio del delirio, pero ella continúa el resto de la noche y la mañana siguiente con sus lamentos acongojantes y llevando sus manos hacia la rodilla derecha. Se le aplican inyecciones de pantopón, pero el dolor se acentúa á medida que pasa el tiempo, convirtiéndose de intermitente que había sido hasta entonces, en continuo. En estas condiciones, es solicitada la presencia de un cirujano y la enferma es reconocida por el doctor Díaz y Gómez, al que acompañamos.

El estado general de la enferma, en contra de lo que nos figurábamos por los datos que nos dieron antes de verla, no era ni mucho menos desesperado. La expresión de la cara, angustiosa y suplicante (dolor), pero el sensorio despejado. La fiebre sólo alcanza 37°5, el pulso algo pequeño, pero no muy frecuente (90 por minuto), tonos cardíacos débiles pero puros, 35 respiraciones en el minuto, lengua húmeda y orina abundante (un litro en una sola micción) con escasisima cantidad de albúmina y *gran cantidad de cloruros* (descarga clorurada de las crisis). La familia declara que *coincidiendo con la aparición del dolor la enferma ha experimentado una franca y sorprendente mejoría*, con relación á la gravedad alarmante de los dos primeros días.

Es objeto luego de nuestro examen el miembro inferior derecho, que no presenta ni acortamiento, ni edema, ni jaspeaduras. Únicamente parece existir una pequeña tumefacción á nivel del cóndilo interno del fémur. Realizamos una serie de palpaciones superficiales desde la raíz del miembro hasta la garganta del pie, sin levantar la menor protesta de la enferma, ni aun en la porción inferior del muslo y rodilla que corresponde al sitio donde señala el *dolor de fractura* que le atormenta. La percusión suave de la rótula tampoco produce sensación dolorosa. Después, procediendo como antes desde la raíz del miembro, recorremos el muslo verificando palpaciones *profundas*, sin encontrar nada anormal hasta llegar á nivel de la región yuxtaepifisaria inferior del fémur, donde despertamos un vivísimo dolor y apreciamos profundamente un bloque duro que da la sensación de estar como engastado en el hueso. La percusión fuerte del muslo comienza á hacerse dolorosa hacia el tercio medio del mismo. Los movimientos de la rodilla, aunque limitados, *están conservados*.

Todos estos datos hicieron pensar, desde luego, en un proceso subperióstico agudo, y establecido así el diagnóstico de osteomielitis, se decidió intervenir quirúrgicamente y se convino en hacerlo á la mañana siguiente.

Pero cuando al otro día acudimos ya preparados á operar, la enferma, que ya presentaba más extendida la tumefacción, localizada la tarde anterior, se opuso á ello resueltamente apoyada por la familia, diciéndonos que una vecina que padeció *lo mismo* que ella, había

curado sin necesidad de operar y la había prometido llevarla ese mismo día á quien le había curado á ella.

Asombrados y molestos ante esta inesperada actitud, insistimos, no obstante, con sincero y verdadero ahinco en la necesidad absoluta de operar y en los riesgos seguros é inmediatos que para su vida representaba el no hacerlo. Desgraciadamente nuestra argumentación se estrelló contra la inocente credulidad de la enferma en la falaz promesa de la vecina, y apenados por el gravísimo riesgo en que involuntariamente dejábamos á aquella, pero íntimamente convencidos de que se había llegado al límite máximo de la condescendencia en el cumplimiento del deber, nos retiramos del domicilio de la paciente quien, no quiero dejar de consignarlo, por ser asociada de una entidad médico-benéfica, de haber sido operada, lo hubiera sido gratuitamente.....

\*\*\*

Pasaron seis días sin tener noticia alguna de la enferma, hasta que al cabo de ellos, y por ausencia del Dr. Díaz y Gómez, fué llamado urgentemente el que este modesto artículo escribe á casa de la enferma. Allí supe que la persona que la vecina había llevado prometió solemnemente curarla sin operar en un plazo de ocho días, pero en vista de la agravación que había sufrido y de los caracteres alarmantes que ofrecía el estado de la pierna, confesó su error y se despidió lindamente de ella, aconsejando que avisaran con urgencia al cirujano.

Una embrocación á base de salicilato de metilo y una poción á base de salicilato sódico, que observé sobre la mesilla de noche, me hicieron comprender que había sido tomada la dolencia que la aquejaba por un ataque de reumatismo articular agudo. Dedicué, sin más preámbulos ni preguntas, mi atención á la enferma. Su aspecto general era lamentable. Los ojos, extremadamente abiertos, hundidos y sin brillo, que miraban implorantes, orlados por grandes ojeras violáceas; la nariz, afilada y aleteante; los labios, secos, pálidos y rugosos, contraídos ligeramente en un gesto de vencimiento y dolor; la respiración, penosa y anhelante, y el sudor, de finas gotas que punteaban la frente y las mejillas, revelaban á primera vista las huellas indudables de una gran invasión hiperséptica. El pulso, desenfrenado y caprichoso, latía más de tres veces por segundo; la temperatura en la axila se elevaba á 40°,5. Sin embargo, conservaba el sensorio y se daba cuenta de su estado. Padecía cefalalgia y raquialgia, sed insaciable, náuseas y vómitos; la lengua estaba blanca y seca; los tonos cardíacos, extremadamente débiles, apagados, y la voz vibraba apenas perceptible.

Hacia unas treinta y seis horas tuvo un terrible escalofrío precedido de gran malestar general y sucedido de una explosión de sudor frío y copioso. Después mejoró algo; pero nuevamente sufrió otro acceso (con el mismo ciclo que el anterior, variando tan sólo en que al sudor precedía un ramalazo de calor que encendía sus mejillas), y así hasta cuatro en el lapso de tiempo citado. Todo esto me llevó á la conclusión de

que la enferma era en la actualidad víctima de una *piohemia*.

En el miembro enfermo las cosas habían variado totalmente. Todo el muslo y la pierna lo invadía un gran edema, surcado por las sinuosidades de las venas superficiales dilatadas (*jaspeaduras*). En la rodilla la tumefacción y el edema llegaban al máximo. La percusión, muy suave, de la rótula era dolorosa. En cambio, los dolores agudos y espontáneos localizados al principio en la región yuxtaepifisaria habían cedido, para manifestarse con gran intensidad á nivel de los maleolos, donde la enferma había sentido anteriormente calambres y hormigueos. No hará falta decir que los movimientos articulares de la rodilla, activos y pasivos, eran nulos. Los ganglios inguinales estaban infartados no muy exageradamente.

Hecho cargo de la situación con la adquisición de estos datos, á los que más adelante se dará interpretación, comprendí que no cabía hacer sino llenar las necesidades más urgentes que reclamaba la gravedad de la enferma, procurando combatir la invasión séptica con inyecciones intravenosas de sublimado (un miligramo), y las amenazas cardíacas con digaleno intravenoso, aceite alcanforado, cafeína, etc. Localmente, algodonamiento del miembro y reposo absoluto del mismo.

Este tratamiento, puramente sintomático, mejoró algo á la enferma; pero en días sucesivos la escasez de la orina (con albúmina), la ictericia, el dolor á la presión en el hipocondrio derecho, el infarto doloroso del bazo, indicaban las colecciones purulentas en las vísceras respectivas (riñón, hígado y bazo), y la enferma fué al fin víctima de su inocente credulidad.

\*\*\*

Como se observa, el caso que acabo de relatar presenta curiosas anomalías de origen, de evolución y de terminación con relación al caso-tipo que describía al principio, que conviene resaltar ahora, buscándolas una razonada interpretación.

Aparte la edad de la enferma, lo que más llama la atención en este caso sin duda alguna es ese *gran paréntesis de mejoría*, que se abre (á los dos días de gravísimo estado general) *con la aparición del dolor*, y que se cierra, por tratamiento absurdo, al hacer explosión la *piohemia*.

El estudio de este «paréntesis de mejoría» es interesantísimo, porque lo típico es que el estado septicémico con que desde luego comienza la osteomielitis infecciosa aguda, se acompañe *contemporáneamente del dolor excruciante*, y, sobre todo, que el estado de sepsis persista hasta la yugulación del proceso por abertura, trepanación y drenaje del foco (las menos veces), ó hasta la muerte rápida (las más de las veces, á pesar del trepanamiento precoz). Todo esto le da á la osteomielitis aguda un carácter constante de localización *primitiva y directa* del germen (*estafilococo, estreptococo, neumococo, etc.*), acompañada de inmediata invasión general séptica. Pues bien; en el caso que nos ocupa, el estado septicémico (escalofrío, fiebre alta, pulso

rápido, vómitos, abatimiento, etc.) precedió á la localización ósea (dolor, edema, etc.), y con esta localización secundaria del germen coincidió la desaparición de los síntomas generales de intoxicación, abriéndose así el gran «paréntesis de mejoría» de que hablaba.

En presencia de este episodio curioso é inesperado y con los datos recogidos á la vista, ¿no cabría pensar que ese «paréntesis de mejoría» (que pudo ser curación total si la enferma se opera) fué determinado por un mecanismo autodefensivo del organismo? Veamos si esta explicación satisface el ánimo del lector, claro es, que desde un punto de vista puramente hipotético:

Con motivo de un enfriamiento y arraigando en una constitución linfática, sobreviene una inflamación de la mucosa de la faringe oral con participación del tejido linfóideo circundante, y la enferma es atacada de una vulgar angina con la consiguiente siembra polimicrobiana. Tal es, á no dudar, la puerta de entrada en el organismo del germen infeccioso, cuya violenta irrupción en el mismo determina la explosión séptica á la manera de cualquier otra invasión microbiana de este tipo. La enferma entonces es atacada por escalofríos, fiebre, vómitos, etc...

En estos momentos el organismo lucha por desembarazarse de la infección y en virtud de un mecanismo autodefensivo y de elección del germen por el «locus minorae resistentia», éste se localiza á nivel de la región yuxtaepifisaria de un hueso largo, realizando así una *autovacunación* que resta á la sangre además una cantidad X de veneno microbiano y le pone en inmejorables condiciones para que los elementos de defensa de aquella actúen. Se ha realizado, en una palabra, y permítaseme la expresión, un proceso natural á la manera del que se verifica cuando en casos análogos practicamos el llamado absceso de fijación. Ahora es cuando la enferma señala su dolor excruciante y cuando el estado septicémico empieza á ceder, abriéndose el «paréntesis de mejoría» tantas veces citado.

Es indudable que si nosotros ahora operamos á la paciente y drenamos su absceso, la curación sería el desenlace más probable de la afección. Pero el organismo es abandonado á sí mismo... el foco localizado en el bulbo óseo se extiende y por despegamiento capsular ó por epifisitis con destrucción y taladro del cartilago diartrodial, penetra el pus en la articulación y provoca una piartritis (percusión dolorosa de la rótula, impotencia de movimientos articulares, etc.), cuya consecuencia es la formación lenta de un trombo en la safena en el sentido de la extremidad á la raíz (hormigueo, calambres y dolor en los maleolos). Pero al mismo tiempo la toxina microbiana vuelve á invadir el organismo, anunciándose con los escalofríos típicos y la curva térmica en agujas, el «paréntesis de mejoría» se cierra para siempre, vuelve el estado de toxihemia, que bien pronto por la presencia *personal* del agente ha de convertirse en *piohemia*. La localización de éste en riñón, hígado y bazo que se manifiesta por la albuminuria, piuria, ictericia y tumefacción dolorosa de hígado y bazo que al final presenta la enferma, dan al cuadro de la piohemia su carácter definitivo; el de las *metástasis en absce-*

*sos*. Y nada más he de añadir á este caso curioso de osteomielitis aguda, que aparte mi torpe y modesto comentario, encierra datos interesantes é instructivos que me han parecido dignos de ser recogidos.

Madrid, Marzo, 1922.

## ILEO Y POSICIÓN TRENDELENBURG

POR EL

DR. JOSÉ CARRASCO

De Castro-Urdiales.

De tal manera la posición Trendelenburg facilita la ejecución de ciertas operaciones abdominales, especialmente las que recaen en los órganos que ocupan la cavidad pelviana, que puede asegurarse que no habrá cirujano que renuncie á sus ventajas, aunque de vez en cuando pueda atribuirle algunos inconvenientes y aun quizá también algún fracaso.

En las actas del Congreso de Cirugía celebrado en Berlín en Junio de 1903, aparecen algunas observaciones presentadas por M. Kraske y que sirvieron para que emitieran su opinión sobre el asunto cirujanos de tanto renombre como König, Kümmel, Dührssen y el mismo Trendelenburg.

Quedó la cuestión sobre el tapete; y aunque no dudo que en los años transcurridos hasta la fecha, todos los operadores sabrán ya á qué atenerse sobre este punto de técnica quirúrgica, dado el infinito número de operaciones que se han hecho colocando al enfermo en dicha posición, conservando yo entre mis notas dos casos bastante demostrativos, especialmente uno de ellos, no creo fuera de lugar el darlos á conocer, pues siempre habrá algún operador á quien su conocimiento pueda aprovechar.

No es otra la razón que tengo para pretender sacarlos del olvido en que yacen hace ya bastantes años. Retirado por mi edad de la vida activa de la Cirugía, no me pueden guiar otros móviles que los de contribuir á desvanecer las dudas que todavía algún cirujano pueda tener sobre este punto.

Varios son los accidentes que se han atribuido á la citada posición. Algunos de ellos, como la neuralgia del nervio tibial y el enfisema de las paredes abdominales no tienen importancia, deben presentarse rara vez (yo no los he observado nunca) y hasta es muy problemático que, cuando se presentan, puedan atribuirse á dicha causa.

Otros, por el contrario, tienen verdadera gravedad; y no es posible desconocer que entre ellos y la posición Trendelenburg existe evidente relación de causalidad. En este grupo, los trastornos circulatorios y las oclusiones intestinales ocupan el primer lugar.

A él pertenecen los dos casos siguientes:

CÁLCULO VESICAL. TALLA HIPOGÁSTRICA EN POSICIÓN TRENDELENBURG. MUERTE POR ÍLEO POR TORSIÓN

Roque San Cidrián, de sesenta años de edad, ocupó en mi clínica el día 30 de Septiembre de 1903 la cama núm. 14.

Sujeto obeso, artrítico. Hacía años que había empezado á padecer cólicos nefríticos y á expulsar arenillas y calculitos. Tuvo el último cólico hacía tres años, y desde entonces empezó á tener síntomas ligeros de cálculo vesical.

Era esta la segunda vez que estaba en mi clínica. Hacía unos meses que había estado en ella con el mismo padecimiento; pero en vista de las pocas molestias que éste le ocasionaba, y teniendo yo en cuenta su excesiva obesidad y su constitución marcadamente artrítica, le aconsejé que no se operase hasta que no fuese absolutamente preciso.

Aceptó mi consejo y pidió el alta.

Volvió á los pocos meses, y ya con molestias y síntomas de cistitis, tales como micciones frecuentes y dolorosas y orinas turbias purulentas, aunque todavía ácidas.

Explorada la vejiga, encontré inmediatamente el cálculo, y aunque no le medí con el litotritor, pude convencerme por la exploración con la sonda, que no era menor que una nuez y de consistencia dura.

Pensando ya en la operación y aceptada por el enfermo, empecé á prepararle con baños de limpieza, con la administración de ácido bórico en bebida (2 gramos en un litro de agua) desinfectante de las vías urinarias que yo entonces empleaba mucho, y con un purgante salino dos días antes.

Como las condiciones del sujeto eran las más á propósito para despertar dudas sobre la mejor manera de librarle de su padecimiento, celebré consulta con el Dr. Arostegui, y pedí también su opinión á los señores Aparicio y Zarza.

Desde luego, descarté la litotricia, pues aunque el enfermo tenía una uretra bien calibrada y no había síntomas de cistitis grave, ni de lesión renal, la dureza presunta del cálculo y la preferencia que tenía yo por la talla, hicieron que me decidiese por esta operación.

Faltaba solamente resolver la clase de talla, si la perineal, si la hipogástrica. Una y otra podían resultar de difícil ejecución por la gran obesidad del enfermo; pero pesados el pro y el contra de cada una, me decidí al fin por la hipogástrica; de cuya opinión fueron también los profesores consultados.

Y preparado el enfermo como queda dicho, el día 9 de Octubre procedí á practicarla en la forma siguiente:

1.º Asepsia de la región, posición Trendelenburg y anestesia clorofórmica, previa inyección de 1 centígramo de morfina, veinte minutos antes.

2.º Lavado de la vejiga con agua bórica templada, previa introducción de la sonda metálica, que me sirvió al mismo tiempo para ratificarme una vez más en la existencia y condiciones del cálculo.

3.º Introducción en el recto del globo de Petersen, y dilatación de éste con unos 400 gramos de agua bórica.

4.º Inyección en la vejiga de unos 200 gramos de agua bórica templada, y ligadura del pene sobre la sonda metálica; sonda que tuve que sustituir por una de Nélaton, pues á medida que entraba el líquido, la vejiga, contrayéndose enérgicamente, expulsaba la sonda,

no obstante estar la ligadura fuertemente apretada.

Reemplazada la sonda metálica por una de Nélaton, vacié completamente la vejiga y volví á hacer nueva inyección bórica.

A medida que la vejiga se iba llenando, percibía la mano, puesta sobre la región hipogástrica, la resistencia que esta región adquiría á medida que el líquido distendía la vejiga.

5.º Incisión en la línea media hasta la aponeurosis. Como la cantidad de grasa subcutánea era grande, hice la incisión de más longitud que lo ordinario, á fin de facilitar las maniobras restantes.

6.º Incisión del plano aponeurótico de la línea alba hasta llegar á la grasa prevesical.

7.º Levanto con el índice izquierdo esta grasa hacia el ángulo superior de la herida, y aparece la vejiga de color blanco mate y con alguna vena tortuosa.

8.º Sin mover el índice izquierdo, que protege el peritoneo, sujeto la vejiga con un tenáculo y se la entrego á un ayudante.

9.º Inciendo la vejiga de arriba abajo en la línea media, en cuyo momento empieza á salir el líquido inyectado; é introduzco en el ojal el índice izquierdo, y haciendo gancho con él, sostengo la vejiga y quito el tenáculo.

10. Por cada labio de la incisión paso un cordón de seda fuerte, y entrego los cabos á un ayudante, para que, tirando suavemente de ellos, mantenga abierta la vejiga.

11. Introduzco una pinza de cálculos y cojo la piedra; pero encontrando que la incisión hecha es pequeña, la prolongo un poco hacia abajo, con lo que basta para extraer el cálculo con facilidad.

12. Aprovechando los cordones mencionados, fijo la herida vesical á los labios de la aponeurótica.

13. Vacío el globo de Petersen y le extraigo.

14. Coloco el doble tubo de Guyon Perier y le sujeto con un punto de sutura en el ángulo inferior de la herida.

15. Lavado abundante de la vejiga con agua bórica.

16. Oclusión de la mitad superior de la herida abdominal con tres puntos de sutura con crín de Florencia, de piel á músculos inclusive, y aplicación del apósito, compuesto de gasa iodofórmica y gasas y algodón asépticos.

Se le traslada á su cama y se introducen los tubos de Petersen en un frasco con solución bórica.

Diario de observación:

Tiene un vómito por la tarde; temperatura, 37º,2. Día 10.—Primero de observación.

Ha tenido vómitos durante la noche, alguno verdoso.

Al pasar la visita de la mañana, le encuentro con la cara muy congestionada y con algún hipo. Estando observándole, le da un vómito de un líquido negro, con grumos y con aspecto de sangre descompuesta. El vientre está insensible y flácido. Temperatura 37º,5. Pulso 112 y algo blando.

Los tubos de Petersen funcionan bastante bien; pero

no va por ellos toda la orina, pues el apósito despidió olor urinoso.

Le renuevo y encuentro bien la herida. Lavo la vejiga con agua bórica y espolvoreo la herida con xerofórmico.

Dieta absoluta: terrones de hielo y dos inyecciones de morfina y atropina, una por la mañana y otra por la noche.

Día 11.—Tuvo ayer otros dos vómitos hemáticos. Ha desaparecido el hipo. El vientre está insensible, pero algo meteorizado. Ni ha movido el vientre ni ha expulsado gases desde que le operé. El semblante sigue congestionado, de color vinoso oscuro; temperatura 38°. Bien la inteligencia.

Por la tarde, el profesor de guardia encuentra muy caído el pulso y dispone inyecciones de cafeína.

Día 12.—Semblante más natural. Pulso más desenvuelto. Náuseas de vez en cuando y algún hipo. El vientre sigue insensible y está menos meteorizado, no obstante que sigue sin ventosear. Temperatura 38°,2.

Dispongo 50 gramos de aceite de ricino y 30 de jaraabe de ruibarbo para tomar una cucharada cada media hora.

Día 13.—Ha hecho esta madrugada una deposición abundante, negra y muy fétida; ayer tarde marcó el termómetro 38°,7; hoy por la mañana 38°. Continúan las náuseas y el hipo á ratos; pulso pequeño y á 130. Inyección doble de aceite alcanforado.

Día 14.—El mismo estado. Otra deposición de sangre descompuesta. También ha escupido algún esputo sanguinolento. Aunque conserva la inteligencia, se observa cierta torpeza en las ideas y tiene tendencia al sueño. Continúa molestandole el hipo. Temperatura 38°.

El mismo tratamiento, mas una inyección subcutánea de suero de Hayen y vejiga de hielo al vientre.

Día 15.—Semblante indiferente y descompuesto. Lengua seca, torpe y temblorosa. Pulso apenas perceptible. Extremidades frías. Anuria. Temperatura 37°. Quito los tubos y dejo una sonda de Nélaton. Las inyecciones de aceite alcanforado y de suero de Hayen.

Día 16.—Ha hecho otra deposición negra y sumamente fétida. Sigue sin fiebre.

El mismo tratamiento más una poción de coñac, café, alcanfor y acetato de amoníaco, para tomar una cucharada cada dos horas.

Día 17.—Noche muy intranquila. La ha pasado toda quejándose, sin saber decir por qué. Ha hecho tres deposiciones completamente negras. El pulso sigue pequeño y frecuente. Pupilas algo dilatadas y poco sensibles. Respiración estertorosa. Apenas puede tragar.

Fallece á la una de la tarde, á los ocho días de la operación.

Autopsia á las veinticuatro horas.

Abierta crucialmente la pared anterior del vientre, aparece el omento en su situación normal, sin señal ninguna de flogosis. La cantidad de grasa que tiene es tanta, que parece un delantal amarillo protegiendo los intestinos.

Levantado el omento aparece un intestino enormemente dilatado. Es el ciego que está fuera de la fosa

iliaca y torcido sobre su eje en el punto en que se continúa con el colon ascendente. Está colocado de manera que su eje mayor es transversal; disposición que ha podido tomar por tener un meso que parece un mesenterio. Por efecto de la enorme dilatación han adquirido sus paredes tal delgadez que parecen que van á estallar. Vénse en él aquí y allá manchas equimóticas, pequeñas unas y del tamaño de una uña, otras.

El resto del intestino grueso ocupa su sitio normal y no participa de la dilatación del ciego; pero en algunos puntos del transversal se ven también placas equimóticas. El ileon está retraído y algo congestionado. El resto del intestino delgado tiene la coloración normal, excepto una porción de unos 20 centímetros del centro del mismo que tiene color de heces de vino tinto.

Deshecha la torsión del ciego, los gases que le dilatase precipitan con ruido hacia el colon.

Abierto el intestino, se encuentra por todas partes reblandecida la mucosa y recubierta de moco sanguinolento sumamente fétido.

La mucosa gástrica está también reblandecida y cubierta de una capa pultácea oscura.

El peritoneo tiene por todas partes aspecto normal, y ni se ven en él exudados de ninguna especie.

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

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

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

La he empleado en un caso de pelviperitonitis de origen gripal consecutiva á broncopneumonía, consiguiendo limitar el proceso y después lentamente se ha operado la reabsorción del exudado y se encuentra en vías de curación con helioterapia; hecho curioso: este enfermo fué curado primero de su broncopneumonía con inyecciones de leche, y ya en convalecencia, á los quince días apareció la peritonitis, sin que se hubiera hecho como puede colegirse una inmunidad específica para el pneumocócó, pero sin que tampoco se presentara anafilaxia.

He tratado un caso de *parotiditis epidémica* con infección de las dos glándulas que amenazaba formarse un adenoflemón, consiguiendo la curación completa con sólo las inyecciones de 3 y 2 c. c. respectivamente.

En las epididimitis gonocócicas supera á todos los remedios; lo primero que he apreciado ha sido la desaparición del dolor y la disminución de la inflamación junto con la caída de la fiebre; me han bastado de tres á cuatro inyecciones para curar estos enfermos. También una cooperitis la he tratado con éxito, y hecho curioso, la uretritis ha mejorado después de un período de exacerbación.

En las artritis blenorragicas no me ha servido.

(1) Véase el número anterior.

El Dr. Vigar cita las siguientes historias clínicas, en las cuales le han dado buen resultado las inyecciones de leche:

E. R., veintitrés años. Quinto día de puerperio, fiebre de 40°, pulsaciones 120, gran cefalalgia, intenso y prolongado escalofrío seguido a las tres horas de copioso sudor, fetidez de loquios; el tacto vaginal revela la existencia de tumoración en el ligamento ancho derecho. Diagnóstico: fiebre puerperal. Tratamiento: hielo en el vientre, ictiol y azul de metileno al interior y lavados vaginales con triacidol. Al día siguiente, analizada la orina, se observa una ligera glucosuria; hago, pues, administrar a la enferma inyecciones de 20 c. c. de suero antistreptocócico cada veinticuatro horas, que no producen mejoría.

Dejé en suspenso las inyecciones de suero por espacio de cuarenta y ocho horas, volviendo la paciente a sufrir los mismos accesos de escalofríos, fiebres y sudores; dispuse que se le administrara otro purgante, igual al recomendado por el Dr. Abellan; al día siguiente, no habiendo cedido los síntomas, se repitió el purgante, continuando la enferma en el mismo estado que al principio. Una vez demostrado que se trataba de una fiebre puerperal, hice poner a la paciente una inyección de 5 c. c. de leche, de veinticuatro en veinticuatro horas, hasta tres. Fué dada de alta la enferma por curación completa, a los cuatro días de comenzado este tratamiento; siendo digno de hacer notar que continuó amamantando a su hijo con leche abundante, sin haber padecido de abscesos mamarios a pesar de haber tenido grietas en los pezones.

J. C., veintinueve años; antecedentes fímicos, invasión brusca, escalofrío grande inicial, fiebre de 40°, dolor intercostal, 35 respiraciones por minuto, tos quintosa; pulso 110 pulsaciones; por percusión: submacidez lado derecho; por auscultación: estertores subcrepitantes, esputos herrumbrosos, orina con albúmina.

*Diagnóstico.*—*Pneumonia.*

*Tratamiento.*—Inyección de 5 c. c. de leche, cada veinticuatro horas; hasta tres; tónicos cardíacos, revulsión a la piel y expectorantes. Alta por curación al sexto día de tratamiento.

C. M., cuarenta y cinco años; antecedentes sífilíticos, artero-escleróticos, eczemas en distintas partes del cuerpo; padece catarro unos días anteriores; estando en la oficina es sorprendido por un escalofrío, fiebre de 40°, gran cefalalgia y con dolor pleural, a los movimientos respiratorios; pulso, 100 pulsaciones; respiraciones 30; no puede permanecer acostado por impedirse la disnea; auscultación: roce pleural del lado derecho, distintos focos de estertores en ambos pulmones; orinas escasas y con albúmina.

*Diagnóstico.*—*Pleurobroncopneumonia.*

*Tratamiento.*—Inyección de 5 c. c. de leche cada veinticuatro horas, hasta cinco; infusión de digital y revulsión a la piel. Alta por curación al séptimo día.

E. H., veintitrés años; sin antecedentes: lo visito al tercer día de estar en cama; me refieren que empezó con escalofrío inicial, dolor intercostal y esputos sanguinolentos; el día de mi visita presentaba fiebre de

40°; 40 respiraciones, 90 pulsaciones, pulso blando, di-crotismo, abundante expectoración, aireada y rosada, de aspecto albuminoso, delirio, orinas con gran cantidad de albúmina; auscultación: estertores de finas burbujas en ambos pulmones, en el vértice del pulmón derecho, zona con gran cantidad de estertores subcrepitantes.

*Diagnóstico.*—*Pneumonia y edema agudo pulmonar.*

*Tratamiento.*—Inyección de leche de 5 c. c. de veinticuatro en veinticuatro horas, tónicos cardíacos. Alta por curación al quinto día, quedando el enfermo con algún edema en las piernas.

J. F., tres años, sin antecedentes, fiebre de 39°, pulsaciones 85, tos; auscultación: estertores diseminados, coriza, estornudos, inyección conjuntival.

*Diagnóstico.*—*Bronquitis gripal.*

*Tratamiento.*—Inyección de 1 ½ gramos de leche, cada treinta y seis horas. Alta, al cuarto día; inyecciones puestas, dos.

C. N., cinco años; antecedentes fímicos, fiebre 38°,5; pulso 120 pulsaciones; cefalalgia, astenia general, tos, inyección conjuntival; estertores diseminados, otitis.

*Diagnóstico.*—*Gripe torácica.*

*Tratamiento.*—2 c. c. de leche, cada treinta y seis horas. Curación al quinto día; inyecciones puestas, tres.

M. V., cuarenta años; antecedentes alcohólicos, escalofrío inicial fuerte, fiebre de 40°, tos, 100 pulsaciones, esputos herrumbrosos; auscultación: distintos focos con estertores subcrepitantes.

*Diagnóstico.*—*Bronconeumonia.*

*Tratamiento.*—Revulsión, inyección de 5 c. c. de leche, de veinticuatro en veinticuatro horas. Alta al octavo día, por curación; inyecciones empleadas seis.

E. F., veintitrés años. Es traída a mi consulta, no pudiendo andar nada más que encorvada por sufrir molestias en el vientre al intentar ponerse derecha. Reconocida, presenta una tumoración de la trompa izquierda; padece de abscesos febriles.

*Diagnóstico.*—*Piosalpin por gonococia anterior.*

*Tratamiento.*—Inyección de 5 c. c. de leche de veinticuatro en veinticuatro horas, hasta seis, encontrándose la enferma completamente bien. Quince días después fué reconocida nuevamente por mí y a instancias mías, no encontrando nada anormal y habiendo desaparecido por completo la tumoración.

C., de veinticinco años. *Gonococia (uretritis)*; dolor agudo del testículo derecho con inflamación; *orquitis gonocócica.*

*Tratamiento.*—Inyección de leche de 5 c. c. de veinticuatro en veinticuatro horas, hasta cuatro. Desaparición del dolor desde la primera; después de la cuarta, el testículo quedó normal y sin dureza de didimo ni epididimo. Alta por curación al quinto día.

C. J., veintisiete años. *Uretritis gonocócica.*

*Tratamiento.*—Lavados uretrales e inyecciones antigonocócicas; durante este período, por consecuencia de una marcha militar, sufre una *orquitis doble*. Comenzado el mismo tratamiento de leche que en el caso anterior, cedió a la cuarta inyección de 5 c. c. quedando el enfermo igualmente curado por completo.

El Dr. Rodríguez Díaz utiliza con éxito las inyecciones de leche en las infecciones intestinales de los niños y hasta obtuvo la curación en caso con meningismo.

#### VII.—INDICACIONES Y TÉCNICA.

Haciendo ahora un estudio de conjunto de lo observado en nuestra práctica, resulta que las inyecciones parenterales de leche de cabra esterilizada, por nosotros empleadas, poseen propiedades terapéuticas en un todo iguales á la de la leche de vaca dada á conocer por los médicos extranjeros, no habiendo inconveniente, á nuestro juicio, en utilizar indistintamente una ú otra, según la localidad ó las facilidades de procurársela. Creemos que las indicaciones, técnica, dosis, modo de acción y resultados son los mismos según se trate de leche de una ú otra procedencia; sin embargo, lo que en adelante digamos, ha de referirse á la de la cabra sobre la que solamente hemos investigado.

Las indicaciones de la leche en inyección en Oftalmología son muy extensas: con decir que afecciones, tanto espontáneas como traumáticas, á condición de que vayan acompañadas de inflamación (aséptica ó séptica), con ó sin supuración, ya recaigan sobre el bulbo ocular en cualquiera de sus envolturas ó de sus medios, ó en los anejos, pueden beneficiarse en sumo grado de esta sencilla medicación; se comprenderá fácilmente lo amplio é importante que ha de ser este capítulo de terapéutica ocular. Y hacemos hincapié sobre la única condición que á nuestro juicio es indispensable para su éxito, y, por tanto, para su indicación; que exista inflamación y por eso subrayamos la frase.

Ahora bien; dentro de esta condición precisa (la inflamación), no siempre responde la leche de igual manera y en la misma medida, sino que varía grandemente, según la naturaleza, el agente etiológico y el emplazamiento. Nos esforzaremos por hacernos entender.

Según que la inflamación sea aséptica ó séptica, así el resultado de la medicación, y se comprende perfectamente ha de ser mayor ó menor en rapidez y persistencia, siendo también mayor ó menor la indicación. En el primer caso se trata simplemente de trastornos vasculares que han producido extravasaciones sanguíneas anormales con ó sin participación secundaria de los tejidos y que de momento están influenciadas por nuevas avalanchas de toxinas ó microbios, que retarden la *restitutio ad integrum*, y dicho está, entonces la curación, en apariencia, es más rápida, pues bien pronto, y por persistir la causa, sobre la que no tiene el menor efecto la medicación, han de volver á presentarse los mismos fenómenos y eso ocurre en las hialitis, por grandes que sean los enturbiamientos del cuerpo vítreo. En esta afección, la transparencia se recobra desde la primera inyección, si bien después reaparecen los filamentos, los copos y hasta los exudados pulverulentos, y desde el punto de vista curativo, estas inyecciones valen bien poco; pero pueden prestar valiosos servicios cuando la transparencia, siquiera sea pasajera, del vítreo podamos utilizarla con un fin diagnóstico, como por ejem-

plo, para la localización de un cisticerco, de un desprendimiento de la retina y hasta de una neoplasia maligna. Entendidas de este modo, las inyecciones de leche deben conservar un puesto en nuestro arsenal terapéutico; dando mejor resultado, según nuestra práctica, las subcutáneas ó intramusculares que las subconjuntivales, por permitir introducir mayor cantidad de líquido en el organismo y poder, por tanto, movilizar mayor número de fagocitos, que son los encargados del servicio de policía sanitaria en el seno de los parénquimas.

Por el contrario, en las inflamaciones de origen microbiano el efecto parece *á priori* que debía ser más lento, por la tendencia natural que tienen estos procesos á la multiplicación de los gérmenes y al avance de las destrucciones, pero en realidad no es así; con una rapidez sorprendente, á veces en pocas horas, se ven verdaderas transformaciones en los tejidos infectos, casi instantáneamente (si vale la palabra en Medicina), la infección detiene su marcha progresiva como si sus huestes hubiesen sido sorprendidas por un ejército superior en número y en armas, é inmediatamente á su vez, se inicia la reparación de los desperfectos, por una lujuriosa proliferación celular, iniciada en el tejido epitelial en la córnea. Y aún hay más: una vez obtenida la desaparición de las bacterias, causa primitiva de las lesiones, la curación es definitiva, duradera; con la circunstancia de que las secuelas han de ser mínimas, puesto que la terapéutica empleada ha sido copia literal de la que la naturaleza emplea en la curación espontánea de las infecciones: el aumento de sus naturales medios de defensa; sin haber buscado auxilio en los cáusticos y antisépticos que á la vez que para los microbios, son destructores también, aunque en menor grado, para los tejidos. Por tanto, se comprende que las inflamaciones microbianas han de constituir la principal indicación de la leche en inyección. Pues bien, eso mismo dice la clínica con una claridad meridiana; y si alegrías proporcionan aquellos medicamentos que se llamaban heroicos por sus sorprendentes efectos, no hemos de regatearles esta designación á la que tan grandes los produce en rapidez é intensidad.

Ahora bien, el agente causal de las inflamaciones sépticas no es siempre el mismo, sino que varía infinitas veces, teniendo cada una su especificidad determinada, así como también su virulencia, y por tanto, su mayor ó menor malignidad, y compréndese sin esfuerzo que una misma medicación no puede tener el mismo poder bactericida frente á diferentes microorganismos. Entre éstos los hay, en relación con el organismo humano, muy virulentos, pocos virulentos y de virulencia intermedia; sin contar con las asociaciones de bacterias que más que sumar, parece multiplicar sus perniciosos efectos; y como la leche en inyección no hace sino acrecentar el poder defensivo del organismo contra los microbios, disminuido en las infecciones, siempre resultará la misma escala á que hemos hecho referencia, con ó sin exaltación artificial de los fermentos defensivos de las células. Y así es en realidad, en aquellas infecciones menos virulentas, que la clínica y el laboratorio nos han enseñado, que son debidas al

pneumococo, bacilo de Pfeiffer, diplococo de Morax-Axenfeld, estafilococo y gonococo; la leche en inyección tiene un efecto beneficioso rápido y cura las lesiones que son compatibles con la vida del órgano; y en cambio, en aquellas otras infecciones de gérmenes muy virulentos como el estreptococo y el bacilo diftérico, el éxito es mucho menor, y como por otra parte, contra éstas se está en posesión hoy de sueros específicos de gran seguridad terapéutica, puede prescindirse de la medicación láctea en estos últimos casos, si bien reservándola, por ser de gran utilidad, para las lesiones secundarias á estas dos graves infecciones. Ya lo decimos con anterioridad al hablar de ellas.

Otras infecciones microbianas á que alcanza nuestra experiencia son la sífilis y la tuberculosis de algunos órganos del aparato de la visión y más de la primera que de la segunda. La sífilis ha sido comprobada en la clínica y en el laboratorio y las lesiones tratadas con solo la medicación láctea han curado (queratitis intersticial sífilítica é iritis de la misma naturaleza); si bien después se ha continuado con el tratamiento específico de infección tan crónica y grave como es ésta. La tuberculosis, más que comprobada ha sido adivinada (también queratitis intersticial é iritis), administrando después los tónicos generales y los pretendidos específicos de la misma: guayacol y calcio.

Lesiones clínicamente reumáticas (iritis) han curado con rapidez, sin otra terapéutica general que las inyecciones de leche.

Por tanto, dentro de las *inflamaciones sépticas ó infecciones oculares*, la leche en inyección está indicada en las de *neumococo, bacilo de Pfeiffer, diplococo de Morax-Axenfeld, estafilococo, gonococo, sífilíticas, reumáticas, tuberculosas y secundarias al estreptococo y bacilo diftérico*.

En cambio, en las de origen simpático, el cianuro de mercurio en inyección intravenosa (un caso) nos ha dado mejores resultados; y éstos han sido nulos en el tracoma, á pesar de investigarlo repetidas veces.

Con respecto á la indicación de las inyecciones de leche según el emplazamiento de las lesiones, hemos de repetir lo que decíamos al hablar de *la naturaleza y de los agentes etiológicos*, es decir, que era condición precisa que existiese inflamación; añadiendo ahora al exponer las enseñanzas de la clínica, que no dan resultado en las lesiones degenerativas, desprendimiento, etcétera, etc., y que dentro de las mismas inflamaciones, las sépticas se benefician en mayor grado que las microbianas. Pues bien, según nuestras comprobaciones, la leche en inyección produce excelentes resultados en las inflamaciones de la córnea conjuntiva, vías lagrimales, iris, procesos ciliares y coroides. Las estudiaremos por separado.

Las afecciones inflamatorias y supuradas de la córnea, constituyen á nuestro juicio la principal indicación de esta medicación. Hay una verdaderamente grave, frecuentísima en los países tracomatosos (como éste) y cuya evolución ha sido hasta aquí de lo más variado y desesperante; me refiero á la llamada úlcera serpigino-sa de la córnea, por los centrales, queratitis con hipopión por los franceses y úlcera por espigazo ó de los

segadores por los castellanos, cuyo agente etiológico es casi siempre el neumococo, huésped habitual de las vías lagrimales patológicas; incisión de Schoemist, paracentesis de la córnea, cáusticos físicos y químicos, antisépticos, inyecciones subconjuntivales variadas, suero antidiftérico por todas las vías, optoquina, dionina, clorhidrato de quinina; de todo se ha empleado, lo que indica el poco éxito de todos. Muchos, muchísimos enfermos quedaban ciegos, á pesar de los mayores esfuerzos y las más valientes y cuidadosas terapéuticas: ¡No serán pocos los que haya en nuestro haber!

La medicación láctea ha venido á cambiar por completo la faz de esta gravísima afección, dando tranquilidad y esperanza á los pacientes y prestigio al oculista desde el momento que puede pronosticar, sin temor á equivocarse de una manera favorable y obtener siempre la curación (excepción hecha de los casos de abandono suicida, con destrucción total ó muy avanzada de la córnea, prolapso voluminoso del iris ó comienzos de panoftalmia): á costa de un minimum de esfuerzo y de lesiones cicatriciales. Ya puede el oculista decir al paciente que su afección es curable y aproximadamente en qué plazo, y lo que es más de agradecer, que sus terribles dolores oculares desaparecerán inmediatamente para no volver. Extraordinaria diferencia de hace poco tiempo en que nada podíamos ofrecer al enfermo acerca del porvenir de su ojo y mucho menos de la visión, ni de la fecha de la terminación del tratamiento, ni de cuando desaparecerían sus dolores que á veces resistían no sólo al tratamiento local, sino á los calmantes y sonníferos. Alrededor de 150 casos llevamos tratados con la medicación láctea y no hemos perdido ni un solo ojo.

Con la medicación láctea exclusiva se obtiene la curación de la úlcera con hipopión, cuando las lesiones no son muy extensas (como puede verse en la casuística, aunque algunas han sido graves), y en los casos restantes (compatibles con la integridad del órgano), con el auxilio de la medicación especial oftalmológica (midriásica y miósica). Los antisépticos suaves (azul de metileno, optoquina ó clorhidrato de quinina, xeroformo, etc.) y los vasodilatadores (dionina), completarán la terapéutica actual contra la temida úlcera serpigino-sa.

(Continuará.)

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

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

POR EL

DR. D. GREGORIO MARAÑÓN Y POSADILLO

Y CONTESTACIÓN

DEL

DR. D. GUSTAVO PITTALUGA

Otro tanto puede decirse de las *glucosurias suprarrenales*. Las glucosurias transitorias, llamadas «neurógenas», como las que siguen á los estados emotivos (acompañadas,

(1) Véase el número anterior.

por lo menos al principio, de hipertensión), son, casi seguramente, de origen suprarrenal. Pero esta explicación es inaceptable para los estados de diabetes permanente, aun para los que presentan los caracteres de la llamada *diabetes hipertónica* de Falta, que, por ir acompañados de hipertensión muy manifiesta, encajarían mejor en la hipótesis de la hiperadrenalinemia. Queda, sin embargo, el hecho de las relaciones indudables que existen clínicamente entre la glucosuria y la hipertensión, fenómenos ambos que con frecuencia marchan paralelamente, haciendo que el pensamiento se vuelva sin querer hacia la hipótesis de la hiperadrenalinemia, que también los enlaza. No conviene, en suma, tomar actitudes demasiado radicales; mientras la patogenia íntima de la diabetes presente tantos puntos oscuros, nada de lo que tienda a aclararlos se puede rechazar. Como antes decíamos de la arterioesclerosis, es posible que en la diabetes juegue también el factor suprarrenal, si no el papel de causa única ó primordial, sí el de elemento colaborante, quizá en ocasiones el de causa determinante, torciendo de un modo definitivo hacia la glucosuria á un organismo predispuesto (1).

¡Qué extensa é interesante la *patología endocrina de las glándulas genitales*! Cuanto hemos dicho en la parte fisiológica nos ahorra el comentar este asunto. En realidad, la patología genital, antes del desarrollo de la Endocrinología, se limitaba á los procesos quirúrgicos de los ginecólogos y de los urólogos; pero en ninguna parte se estudiaban, en su aspecto médico, los capítulos más interesantes de este sector de la patología, el de los *trastornos de la pubertad*, el de los *estados de eunocoidismo prepuberal*, cuyo desconocimiento ha hecho que tantos y tantos niños se conviertan en hipogonitales definitivos; el de los *diversos tipos de la insuficiencia ovárica*, el de las causas endógenas de la *esterilidad* y de muchas *impotencias funcionales* del varón, el transcendental de la *sintomatología climática*, y, en fin, el de las causas de los estados de *inversión sexual* y de *hermafroditismo*. Todo este formidable capítulo se debe á los investigadores y á los clínicos endocrinológicos; y aquí de nuevo repetimos que, aunque á la postre muchas de las hipótesis que han servido para levantar el edificio resulten falsas, los hechos sacados ya á luz quedan para siempre (2).

En esta enumeración de las conquistas de la patología endocrina, en el capítulo de las enfermedades de origen sexual no queremos dejar de citar el esclarecimiento de la patogenia de los *estados cloróticos*, que no ha terminado todavía, pero que ya ha permitido desglosar esta enfermedad, extraordinariamente más frecuente é importante de lo que habitualmente se cree, del grupo de las anemias para incorporarla al capítulo tan certeramente descrito por Pittaluga (3) con el nombre de *hemodistrofias*, que, en realidad, es un puente de paso entre la Hematología y la Endocrinología.

(1) Sobre este punto publicaremos en breve investigaciones nuestras en la Memoria, en prensa, *Hypertonie und Zuckerkrankheit. Zentrablatt für innere Medizin*, 1922.

(2) Por ser un libro muy discutido en su propio país, quiero citar, á este respecto, la obra de Bandler *The Endocrines* (Philadelphia and London, 1920), en la que es cierto que hay muchas hipótesis aventuradas, algunas quizá fantásticas, pero enredadas entre sus mallas; ¡qué admirables lecciones de Patología, y, sobre todo, de "Ginecología internista"! Me permito recordar también aquí mi libro *La edad crítica* (Madrid, 1919), cuyos puntos de vista fisiológicos han hecho arrugar el ceño de algunos distinguidos investigadores, y, sin embargo, gracias á esa trama (sin duda á trechos hipotética), creo haber logrado una sistematización bastante lógica y didáctica de un capítulo embrolladísimo de la Patología.

(3) Pittaluga, *Enfermedades de la sangre*, en el *Manual de Medicina interna*, de Hernando y Marañón, tomo III, Ruiz, 1919.

La patogenia *disgenital* de la clorosis es hoy un hecho indiscutible, que ha tenido, por cierto, una feliz consecuencia terapéutica al añadir los extractos ováricos á la clásica medicación arsenoférrica, duplicando con ello su eficacia.

La *patología hipofisaria* tiene en su haber el conocimiento de los casos de *acromegalia* y *gigantismo*, de muchos estados de *enanismo*, de gran número de *perturbaciones del crecimiento*, todavía poco estudiados. Con ello se relaciona toda la casuística de los *retrasos del crecimiento*, *infantilismo*, *acondroplasias*, etc., cuya patogenia pluriglandular es indudable; pero predominando siempre el factor de la perturbación hipofisaria. Todo este capítulo de la *Patología del crecimiento*, que está casi por hacer, será una rama de patología hipofisaria.

Se ha estudiado asimismo muy bien el *tipo hipofuncional* en relación con la *obesidad* y con el *desarrollo genital*. Debemos ser prudentes, sin embargo, como hemos hecho notar no ha mucho (1), en no dar demasiada extensión al concepto de la obesidad hipofisaria: las obesidades hipofisarias tienen sus caracteres de distribución topográfica bien definidos, y sólo en el caso de que existan nos será permitido este diagnóstico. Yo tengo la impresión de que, traspuesta la época de la madurez sexual, la hipófisis debe jugar un papel muy poco importante fisiológico y patológicamente.

De la relación de la *diabetes insípida* con la *hipófisis* hemos hablado ya suficientemente. Es una cuestión muy debatida, cuyo desarrollo no corresponde á este lugar; los clínicos y los experimentadores están en el momento actual divididos, asignando unos, entre los cuales nos contamos, un origen hipopituitario á gran número de casos de poliuria y de diabetes insípida, mientras que otros suponen que dicha enfermedad reconoce siempre un origen nervioso.

Citaremos también el síndrome de la *caquexia hipofisaria*, bien establecido por las observaciones experimentales anatómicas y clínicas de Simmond, Pende, Reiche, Reye, etc., que permite al práctico interpretar casos de adelgazamiento sin causa aparente, que hasta hace poco eran inexplicables. Nosotros hemos visto varios casos de este género, aunque sin haber podido en ninguno de ellos hacer una comprobación necrópsica. Nuestra experiencia, empero, á la vez que nos ha convencido de la existencia de esta entidad clínica, nos ha enseñado *lo expuesto que es hacer este diagnóstico sin apurar antes su diferenciación con otros estados capaces también de producir caquexia* y que pueden permanecer ocultos durante mucho tiempo, como ocurre con algunos cánceres, estados leucémicos, etc.

La *patología del timo* presenta al clínico cuatro puntos, apenas esbozados, que sólo una ulterior investigación podrá aclarar, á saber: la *muerte súbita* (2), que frecuentemente ocurre en los sujetos portadores de un timo hipertrófico; la *relación del timo con el desarrollo sexual*, singularmente con la aparición de la crisis puberal, que, como es sabido, coincide con la atrofia tímica; la *influencia de la secreción interna de esta glándula en la patogenia de los estados raquíticos*; y, por fin, su intervención en la *composición morfológica de la sangre en un sentido linfocitógeno*, como admiten los patólogos alemanes (3). Entre nosotros, ha estudiado Pittaluga

(1) Marañón et Bonilla, *Histoire clinique et autopsie d'un cas d'obésité mortelle*, *Revue Neurologique*, 1920, núm. 9.

(2) Resumen reciente del problema en Palancar y R. de Arcaute, *Contribución casuística al estudio de la muerte tímica en los niños*, *Archivos Españoles de Pediatría*, núm. 6, 1918.

(3) Véase el libro de Weil ya citado, que no duda en hacer la siguiente afirmación: "El influjo de las glándulas de secreción interna sobre el cuadro hematológico puede resumirse así: estimulación del sistema mieloide por el tiroide; del mieloide y del linfóide."

las relaciones entre la hematología y la Endocrinología con personales aportaciones, como el de la concepción de las «hemodistrofias», que ya hemos citado, y que se incorporará, á no dudarlo, á las nociones clásicas de la hematología (1).

La intervención de las glándulas paratiroides en la patología se reduce por ahora, como ya hemos dicho, á la *tetania quirúrgica*, siendo aún dudosa su extensión á las *tetánias médicas*, y más aún á otros estados que se han querido relacionar con lesiones de estos órganos, tales como el *raquitismo*, la *enfermedad de Parkinson*, las *miastenias*, la *muerte súbita*, etc.

La *epífisis*, al enfermar en sentido hipofuncional, determina la aparición de un síndrome tan raro como interesante, caracterizado por la pubertad precoz y el desarrollo excesivo de los órganos genitales (*macrogenitosomía*), según se deduce de los estudios experimentales de Sartechi y Foa y de las observaciones clínicas de Marburg y otros. Yo sólo he visto un caso muy típico de este síndrome, pero sin comprobación anatomopatológica. La impresión que da el estudio histológico (2) y patológico de este órgano es que su intervención en el organismo, desde el punto de vista endocrino, debe ser muy escasa y limitada á las primeras edades.

Nada decimos de la *patología pancreática*, ya que su síndrome principal, la *diabetes*, es un conocimiento clásico en la medicina humana. Insistamos sólo en que los puntos de vista modernos tienden á asignar á este órgano una intervención cada vez más constante en el síndrome glucosúrico, hasta el punto de que puede afirmarse que serán excepcionales los casos de esta enfermedad, en cualquiera de sus variadas formas clínicas, en los cuales no intervenga el páncreas más ó menos directamente.

Completan, por fin, el cuadro de las manifestaciones patológicas genuinamente endocrinas los *síndromes pluriglandulares*, que nosotros hemos dividido en *síndromes endocrinos combinados* é *insuficiencias pluriglandulares propiamente dichas*. Los primeros, de indudable realidad clínica, son aquellos casos en los que se aprecia, claramente deslindada, la combinación de dos de los síndromes endocrinos clásicos, por ejemplo, una enfermedad de Basedow combinada con una acromegalia. Los segundos se refieren á enfermos que no presentan las manifestaciones netas de ninguno de estos síndromes, sino un conjunto de síntomas de inferioridad funcional general y de trastornos somáticos degenerativos que corresponden á una lesión, esclerósica generalmente, de la totalidad del sistema glandular. Pueden identificarse estos casos con las primitivas descripciones de la «insuficiencia pluriglandular endocrina» de Claude y Gougerot, de la «esclerosis glandular múltiple» de Falta ó de la «diátesis conjuntiva» de Wiesel.

Estos son los procesos patológicos directamente dependientes de lesiones de las glándulas de secreción interna.

de por las suprarrenales; é inhibición del linfóide (timo) por las glándulas genitales. Séanos permitido recordar aquí nuestros trabajos sobre la fórmula leucocitaria de los estados endocrinos y su relación con la función tímica, que fuimos los primeros en señalar (Marañón, *La sangre en el hipertiroidismo*, Madrid, 1911). A. Kocher recientemente discute esta interpretación nuestra (A. Kocher, *Morbus basedowii* en Kraus und Brugsch, *Sper. Pathol. und Therapie*, Bd. I, Urhay, Berlin, 1919). Realmente, el asunto requiere todavía nuevos estudios, como muchos puntos referentes á las variaciones patológicas de la fórmula leucocitaria. Véase también, á este respecto, la opinión de Mas Magro, *La fórmula leucocitaria*, Calleja, 1921.

(1) Pittaluga, *Hemopatías y glándulas de secreción interna*, Archivos de Cardiología y Hematología, núm. 1, 1921.

(2) Entre nosotros han estudiado detenidamente la histología epifisaria Achúcarro y Sacristán y del Río Hortega.

No termina aquí, sin embargo, la *patología endocrina*. Porque, dada la amplitud fisiológica de su intervención en el organismo, es evidente la colaboración de estos órganos en la constitución de los «estados predisponentes de las diferentes enfermedades», asunto que todavía no ha sido estudiado con el necesario rigor científico. Intervienen también estas glándulas, por lo tanto, en la formación de las «diátesis», ya precoces, como el *linfatismo*, ya tardías, como el «artritismo», fantasmas patogénicos, es cierto; pero fantasmas de cuya realidad no podemos dudar los médicos y cuya única tentativa sería de explicación es la endocrina (1).

Como se ve, los conocimientos que la Endocrinología ha incorporado legítimamente á la patología médica son lo suficientemente extensos é importantes para exigir del médico práctico su conocimiento cuidadoso. Y lo que nos queda por saber, que, sin duda, es mucho todavía, debe constituir el mayor acicate para los estudiosos. «En Endocrinología casi todo nos es desconocido...» He aquí el supremo argumento de los críticos que en estos últimos años han tratado de amenguar el interés de estos estudios. Y habría que decirles que es ante lo desconocido, precisamente, donde ha de tocarse á rebato para llamar á los más y á los mejores al asalto de la verdad.

#### V.—LOS LÍMITES BIOLÓGICOS DE LA OPOTERAPIA

La última parte de nuestro trabajo, la referente á la *opoterapia*, exige de nosotros una posición aún más rigurosamente crítica. Si el patólogo, en efecto, ha hecho con frecuencia un uso inmoderado de las nociones endocrinas, esta exageración ha sido llevada al límite al tratar de aplicarlas á la práctica terapéutica, hasta el punto de que ha podido decirse por algunos, y no sin razón, que las extravagancias de la opoterapia han puesto en peligro la seriedad de las doctrinas endocrinológicas. Comentemos con serenidad el problema.

En primer lugar, debemos descartar de nuestra crítica aquellas experiencias terapéuticas de carácter meramente industrial, representadas por específicos, cuyas marcas se multiplican cada día, acompañados generalmente de prospectos descriptivos, donde se promete la curación maravillosa de las enfermedades de cada órgano del cuerpo humano sin más que ingerir el extracto correspondiente á cada uno de aquéllos: el pulmonar, si los pulmones están enfermos; el cerebral, si es el cerebro el que flaquea, y así sucesivamente. Y no comprendemos cómo hombres de la altura de Gley pueden tomar pie para sus argumentos en estos inofensivos excesos, notoriamente extracientíficos.

No vale tampoco la pena de detenerse en otras formas de la opoterapia no ya de índole comercial, sino lanzadas por clínicos ó por fisiólogos (aunque á veces, es cierto, bajo la más pura argumentación se esconde un reclamo), como son esos productos complejos ó pluriglandulares en que sin razón alguna fisiológica, y á dosis arbitrarias, se mezclan extractos de tres, de cinco, de más órganos endocrinos, multiplicándose así sus aplicaciones, bajo los auspicios engañosos del concepto de la patogenia pluriglandular, que ya hemos comentado. Podríamos hacer aquí una lista pintoresca de estas verdaderas «trias magnas» de la opoterapia. Y podríamos extender esta crítica á otros preparados uniglandulares igualmente infundados; recordaré sólo, por ser muy reciente y por la autoridad de su autor, la opoterapia car-

(1) Consúltese, acerca de la relación entre artritismo y endocrinología, el discurso de Huertas *Influencia del artritismo y de las perturbaciones endocrinas en las enfermedades del corazón*. Discurso en la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1918.

díaca, esto es, el extracto de fibra miocárdica, que recomienda con entusiasmo Martinet en las insuficiencias del centro circulatorio (si bien combinándola con la digital).

Pero, ¿qué tiene que ver todo esto con el prestigio científico de una doctrina médica? Antes declamamos, y ahora lo repetimos, que no habido ningún punto de vista nuevo en nuestra ciencia al que no haya seguido un largo cortejo de exageraciones terapéuticas, que ni quitan ni ponen valor doctrinal a los hechos. Por lo demás, hay que reconocer que si la mayoría de estos extractos son científicamente infundados, son en cambio perfectamente inofensivos, y no puede decirse lo mismo de otras «modas terapéuticas», como la de saturar de mercurio a enfermos que no son sífilíticos más que en la mente, llena de prejuicios, del clínico; la de quitar el apéndice, a título profiláctico, a cuantos sufren el menor dolor abdominal; o la de arrancar toda la dentadura a los reumáticos, graves o leves, como practican en la actualidad algunas escuelas médicas inglesas y americanas, con absurda ligereza científica y con increíble resignación por parte de los pacientes.

No olvidemos, pues, que la historia de estos desmanes terapéuticos es siempre la misma; y recogiéndonos sólo al terreno científico, veamos cuáles son los límites estrictos de la opoterapia, según los datos fisiológicos antes expuestos y según lo que la experiencia de la clínica nos enseña. Por mi parte, expondré con toda claridad los resultados de la mía, que en esta materia ya no es corta.

¿Qué queda a luz de este criterio estricto de toda la opoterapia actual? Apresurémonos a decirlo: el extracto de tiroides, dotado de propiedades admirables, verdaderamente maravillosas a veces, en los casos puros de insuficiencia tiroidea; el extracto hipofisario, de primordial importancia en la práctica tocológica y el único remedio conocido en el tratamiento de la diabetes insípida; la adrenalina, de acción local vasoconstrictora utilísima en la cirugía de las mucosas; y, desde el punto de vista general, de eficacia profunda y constante en el tratamiento del ataque asmático; y los extractos ováricos, modificadores específicos de ciertos síntomas y formas clínicas de la insuficiencia genital de la mujer. Estos mismos extractos ejercen también otras acciones terapéuticas menos seguras, pero no despreciables, como son la del extracto suprarrenal en los casos de insuficiencia de estas glándulas y la del extracto hipofisario en las perturbaciones de la talla y del peso de origen hipopituitario. Añadamos, entre las opoterapias de órganos no específicamente endocrinos, la acción, clínicamente útil, de los extractos renales y del suero de la sangre eferente del riñón. Y puede afirmarse que todo lo demás es discutible o falso (1).

Toda esta lista de remedios es, en realidad, bien poca cosa si se compara con lo que hiciera presumir la extensión de nuestros conocimientos fisiológicos sobre las glándulas de secreción interna. Pero no olvidemos que la terapéutica toda se reduce a media docena de medicamentos indispensables y a pocas más docenas de remedios de una eficacia indudable, aunque eventual. Y bien podemos clasificar a la tiroidina entre los primeros, y a los extractos pituitario, suprarrenal, ovárico y renal entre los segundos. Así, pues, a pesar de todas sus limitaciones, la opoterapia tiene la sufi-

(1) Este criterio mío sobre el valor general de la terapéutica organoterápica no creo que pueda ser tachado de «excesivamente optimista», como dice Hopkins en una bibliografía, por otra parte muy cordial, de mi libro *Las enfermedades de la nutrición y las glándulas de la secreción interna* (Endocrinology March, 1921, vol. V, pág. 237). Advirtiéndome que éste ha sido siempre mi modo de pensar en la materia, salvo en algunos puntos secundarios, en los que la experiencia, por desgracia, ha limitado algo, como casi siempre ocurre, los primitivos entusiasmos.

ciente transcendencia en la práctica farmacológica para justificar el interés que despiertan los estudios endocrinos.

*Pero ¿por qué—surge en el espíritu la pregunta—siendo tan numerosos los síndromes endocrinos conocidos, el tratamiento específico de los mismos, su opoterapia correspondiente, es sólo útil para tres o cuatro de ellos, y, salvo el caso de la insuficiencia tiroidea, de una manera imperfecta?*

En primer lugar, recordaremos que la opoterapia no nos proporciona medio de curar más que un tipo de síndromes endocrinos, los hipofuncionales, y ya hemos dicho que las hipofunciones puras y monoglandulares son probablemente muy raras, siendo mucho más numerosas las formas de «dishipofunción», en las cuales la opoterapia sustitutiva no tendrá sino una eficacia parcial. Por esta razón vemos en nuestra práctica diaria casos no raros diagnosticados de insuficiencia tiroidea (y diagnosticados, al parecer, correctamente) que no mejoran por completo con la medicación tiroidea, como se podía prever.

En otros casos, la causa de la relativa ineficacia de la medicación estriba, tal vez, en la complicación del cuadro clínico por otras glándulas de secreción interna, como ocurre en los cretinos endémicos, cuya resistencia a la opoterapia tiroidea depende, probablemente, de las alteraciones secundarias de la hipófisis que la anatomía patológica permite descubrir en un cierto número de estos enfermos (aparte de los síntomas debidos a las lesiones degenerativas del sistema nervioso, como la sordera, que son ya inaccesibles a toda terapéutica).

(Continuará.)

## Periódicos médicos.

### TERAPEUTICA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acción cardiovascular de la eserina en el hombre normal, por D. Daniélopou y A. Carniol.**—La eserina se considera como una sustancia exclusivamente vagotropa. En lo que concierne al corazón, es clásico admitir que esta sustancia hace más lento el ritmo, por excitar las terminaciones del vago. Uno de los autores ha demostrado que la eserina produce sobre el ventrículo, que se encuentre latiendo automáticamente, una cierta aceleración del ritmo idioventricular y la aparición de extrasístoles, fenómenos que sólo pueden explicarse por una acción de la eserina sobre el sistema motor del corazón. En este trabajo, los autores dan cuenta de las experiencias que han realizado para conocer la acción de la eserina en el hombre normal. Han elegido 20 individuos, entre los que presentaban un ritmo alrededor de 70 y una tensión próxima a la media normal, y han empleado el salicilato de eserina en inyección intravenosa. La dosis de 0,5 produce la mayor parte de las veces una aminoración del ritmo (de 66 a 54, de 68 a 58), que aparece bastante tardíamente y que dura varias horas. El fenómeno se acompaña de ordinario, de una hipotensión, también prolongada (de 11-7 a 9-6; de 13-8 a 11-6). La dosis de 0,75 miligramos produce generalmente una aceleración pasajera del ritmo (de 66 a 80, de 72 a 90), seguida algunas veces de una fase mucho más tardía y más prolongada de aminoración. La aceleración va acompañada a menudo de una elevación de la tensión, sobre todo de la máxima, mientras que durante la segunda fase aparece un cierto grado de hipotensión. Pero la acción sobre el pulso y la tensión pueden estar dissociada en las dos fases. Con las dosis de 1,25 y 1,5 miligramos, la aceleración y la elevación de la tensión arterial son más precoces, más intensas y más prolongadas; con frecuencia sobreviene en seguida una fase de disminu-

ción de la velocidad del pulso y de hipotensión arterial; esta última es más tardía con las dosis indicadas; por otra parte, los individuos soportan á menudo difícilmente cantidades de eserina superiores á un miligramo. Estas investigaciones prueban que la eserina es, en realidad, *anfótropa*. Aunque se admita que su acción predominante recae sobre el vago, con ciertas dosis y sobre ciertos órganos, se observa una acción simpaticotropa, que en un momento dado puede predominar y enmascarar la excitación del vago. Los autores distinguen, en efecto, en la acción de la eserina, dos fases: Una, *precoz y fugaz simpaticotropa*; otra, *tardía y prolongada vagotropía*. Las dosis pequeñas sólo producen efectos vagotropos. En las dos fases se puede notar una acción exclusiva sobre el corazón ó sobre los vasos. Han observado la misma independencia entre los efectos cardiovasculares y los fenómenos producidos por la eserina en otros órganos (vómitos, cólicos, hipos, sudores, etc.). En muchos casos, la acción simpaticotropa cardiovascular precede á estos últimos fenómenos, que obedecen al vagotropismo del medicamento. Pero otras veces han observado, al mismo tiempo, fenómenos simpaticotropos cardiovasculares, coincidiendo con fenómenos vagotropos por parte de los demás órganos, lo que denota que, aun en los sujetos que se consideran como normales, debe tenerse en cuenta un factor local. La acción simpaticotropa de la eserina no debe impedir que se emplee esta substancia en los simpaticotónicos, porque esta acción es muy fugaz y el enfermo puede beneficiarse de los efectos vagotropos, que son mucho más prolongados. Pero es preferible no emplear, á la vez, más que dosis muy pequeñas, que sólo tienen una acción vagotropía. Según los autores, existe una cierta variabilidad en los muestras de eserina que se encuentran en el comercio, y que obedece sin duda á la alteración de la substancia (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 2, 14 de Enero de 1922).—E. LUENGO.

2. **Acción de la eserina en los vagotónicos y en los simpaticotónicos, por Daniélopou y A. Carniol.**—Los autores han demostrado el *anfotropismo* de la eserina (véase el resumen anterior) y han creído interesante determinar la manera de reaccionar de los vagotónicos y de los simpaticotónicos á esta substancia. *Vagotonía*.—Han experimentado sobre cinco vagotónicos, de los cuales, tres eran ictericos. La dosis de 1 miligramo, que produce la mayor parte de las veces en el hombre normal una aceleración neta y una elevación de la tensión arterial, no tiene casi ninguna acción simpaticotropa en los vagotónicos. El ritmo apenas varió; la tensión, lejos de aumentar, ha bajado en dos casos de 1 á 2 centímetros para la máxima y de 1 centímetro para la mínima. Con la dosis de 1,5 miligramos obtuvieron los autores las dos fases, simpaticotropa y vagotropía, descritas en el hombre normal, pero la primera está mucho más atenuada que normalmente. Han podido observar que la fase vagotónica es también, en lo que concierne al ritmo, menos evidente en los bradicárdicos que en los normales. Este hecho, á primera vista paradójico, se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que los vagotónicos estudiados en estas experiencias, eran fuertemente bradicárdicos y que de ordinario la bradicardia vagotónica no baja en el hombre más allá de 40. Los vagotónicos estudiados presentaron, aparte de los fenómenos cardiovasculares, trastornos asociados de naturaleza vagotropía (náuseas, vómitos, cólicos, hipos, sudores), cuya intensidad no ha sobrepasado la de los fenómenos observados en el individuo normal. En un caso faltaron estos fenómenos, aun con la dosis de 1,5 miligramos. *Simpaticotonía*.—La eserina, en este caso, ha sido ensayada en una basedowiana frustrada con ligero bocio y taquicardia moderada y en otros dos simpaticotónicos, de los

cuales uno presentaba una lesión oricular del corazón. Con las mismas dosis, la acción simpaticotropa ha sido más pronunciada que en el individuo normal. Pero en la mujer con enfermedad de Basedow, 1 miligramo de eserina, que aceleró el pulso desde 100 á 126, no ha producido casi ninguna elevación de la tensión arterial. También en los simpaticotónicos, la fase simpaticotropa va seguida de una fase vagotropía prolongada. Estas investigaciones confirman el *anfotropismo de la eserina*. Las dos acciones dependen del tono respectivo del vago y del simpático. Refiriéndose exclusivamente á los fenómenos cardiovasculares, la acción simpaticotropa está disminuida en los vagotónicos y exagerada en los simpaticotónicos, pero el fenómeno no es general y varía según el órgano que se examine; así, en el caso de la enfermedad de Basedow referido por los autores, la acción simpaticotropa sobre el corazón ha sido muy intensa, mientras que la tensión no ha variado. En otro simpaticotónico, la acción cardiovascular simpaticotropa ha sido de las más fuertes, pero ha coincidido con fenómenos gastrointestinales muy intensos que denotaban una acción vagotropía de las más pronunciadas sobre los órganos correspondientes. En un vagotónico, la acción simpaticotropa sobre el corazón ha faltado por completo, la tensión arterial ha bajado, hecho debido á una hipertonía del vago, pero el individuo no ha presentado ninguno de los fenómenos gastrointestinales habituales. Todos estos hechos demuestran de una manera evidente que los síndromes denominados vagotonía y simpaticotonía no responden á un fenómeno general que afecta á todos los órganos. Debe admitirse el concepto de la *vagotonía* y de la *simpaticotonía local*, que modifique en un sentido ó en otro el equilibrio de los dos sistemas antagónicos. Muchos casos que se interpretan comúnmente como de vagotonía y simpaticotonía, responden, en realidad, á un estado de *hipertonía de todo el sistema vegetativo* que predomina en un órgano sobre el simpático y en otro sobre el parasimpático. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 2, 14 de Enero de 1922).—LUENGO.

## CIRUGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Herida penetrante del tórax producida por el émbolo de un fusil de experiencias. Retención del cuerpo extraño en el mediastino anterior durante veintisiete días.**—El Dr. Pedro Barbieri da cuenta del siguiente interesante caso;

El operario del taller de armería J. P. O. es herido accidentalmente el día 10 de Enero próximo pasado, durante unas experiencias para investigar la calidad de una pólvora, por un proyectil disparado por la cámara del fusil de experiencias, proyectil que consistía en una pieza llamada émbolo. Este émbolo fué arrojado con una velocidad de 400 metros por segundo más ó menos, normalmente al eje geométrico de fusil, y fué á herir al mencionado operario que se hallaba á una distancia aproximada de 4 metros, sin conseguir, sin embargo, derribarlo.

Inmediatamente después de recibida la herida, O. se trasladó caminando hasta la enfermería del establecimiento distante más de 200 metros del sitio del accidente, donde examinado por el que esto escribe, se comprobó la existencia de una herida desgarrada de la región esternal, á 5 ó 6 centímetros por debajo de la horquilla, ligeramente inclinada hacia la derecha y hacia abajo, de donde manaba sangre en pequeña cantidad y se percibía la salida de aire que hacía borbotar la sangre que salía.

Enviado á un hospital municipal próximo, me trasladé

á él con objeto de ilustrar dentro de lo posible á los colegas que intervendrían en el caso, y llegué en el momento en que el herido era llevado á la sala de operaciones, á fin de ser examinado por los médicos del Establecimiento hospitalario.

Me creí obligado hacer presente al médico que iba á intervenir, que el proyectil que había perforado el esternón era una pieza de acero encobrada, en forma de émbolo, de 38 milímetros de largo y de 31,3 gramos de peso y que se hallaba alojada dentro del tórax posiblemente dadas las condiciones de la herida, en el mediastino anterior. Basábame en que el proyectil había perforado el esternón, en que no había orificio de salida, en la clase de arma que había lanzado la bala y la fuerza viva que ésta llevaba, de manera que no era adnisible que hubiera la ropa del herido influido para retener el proyectil, y, finalmente, en la desaparición de esa pieza metálica que no se halló en ningún sitio por más que se buscó en el local de experiencias.

A mis informes se me contestó: *El herido no puede tener alojado ningún proyectil en el tórax. Su mismo buen estado general se lo está diciendo, y menos en el mediastino*, donde produciría fenómenos gravísimos que no existen (esto, dirigiéndose á los practicantes) y luego al herido: *us'ed no tiene ningún proyectil en el cuerpo, afortunadamente, pues de lo contrario, sería necesario hacerle una operación sumamente grave; y después al autor de este trabajo: haremos tratamiento expectante y de aquí á una semana estará bien.*

Acto continuo el paciente fué colocado sobre la mesa de operaciones y anestesiado con éter se sondó la herida, llegándose á la conclusión de que no existía ningún cuerpo extraño.

A pesar de tantas seguridades, el herido seguía mal y una radiografía hecha tres días después del ingreso al hospital, reveló que el proyectil se hallaba inmediatamente detrás del esternón; había, pues, cuerpo extraño como no podía menos que suceder, tratándose de un proyectil que tenía un orificio de entrada y ningún orificio de salida.

A pesar de haberse comprobado la presencia de un cuerpo extraño y no obstante la insistencia del que suscribe para que se operara, se dejó pasar el tiempo, y se desarrollaron fenómenos broncopulmonares serios, que pusieron en grave peligro la vida del herido. Estos síntomas duraron veinte días y como no se resolvieran á intervenir los cirujanos del hospital, el herido fué trasladado al Sanatorio Lavalle, donde fué visto en consulta por el que suscribe y el Dr. Luis Lenzi, quien enterado de las dimensiones del cuerpo extraño, de su probable situación y de su peso exacto, se mostró partidario de una intervención lo más pronto que lo permitiera el estado del enfermo, dado que las características del cuerpo extraño y su ubicación hacían el pronóstico muy grave, si no fatal, si se dejaba al enfermo librado á los solos esfuerzos de la naturaleza.

Una radioscopia hecha con el aparato de Baese permitió localizar exactamente el cuerpo extraño entre la tercera y cuarta articulaciones condro-esternales, á unos 6 centímetros de la horquilla del esternón y á unos 5 centímetros de profundidad.

Dado el estado de gran emaciación del enfermo y la persistencia, aun cuando atenuada, de los fenómenos pulmonares, se operó el día 6 de Febrero, con anestesia local; se raspó el trayecto de la herida en el esternón, sacando muchas fungosidades, se agrandó el orificio esternal con la pinza de Kocher y á la altura señalada por la radioscopia en el fondo de la herida producida por el proyectil, se dió con él, movable aún, y se extrajo con un movimiento de palanca, valiéndose de un davier que lo tomó por su extremo más

fino. La operación fué bastante engorrosa y duró noventa minutos.

Las consecuencias operatorias normales, y las terapéuticas, el enfermo fuera de peligro.

De este caso surgen enseñanzas que conviene tener en cuenta para otros análogos y que podemos resumirlas como sigue:

1.º Nadie está autorizado á hacer conclusiones optimistas en estos casos, basado en la aparente benignidad de los síntomas observados.

2.º Es posible que un sujeto con grave herida penetrante del tórax presente una sintomatología nula ó insignificante, en relación al traumatismo recibido.

3.º En todos los casos en que el proyectil ha penetrado en el tórax y no tiene orificio de salida, se impone de inmediato la investigación roentgenológica para averiguar el punto donde se halla el cuerpo extraño metálico.

4.º Por más hábil que sea un cirujano, no basta un simple golpe de vista para poder decidir si hay ó no un cuerpo extraño alojado en el organismo y conviene que dé la debida importancia al testimonio de testigos presenciales del accidente, y más cuando se trata de un testigo tan calificado para un médico como lo es uno de su misma profesión.

5.º Es conveniente que el médico sea psicólogo, y no afirme á ningún enfermo que la operación que deba hacerse le es muy grave, pues pone al enfermo en condiciones psíquicas de inferioridad para aguantar el traumatismo operatorio y obstaculiza su propia actuación, si le toca á él intervenir, ó la de un colega cualquiera, si le toca á otro. En nuestro caso, fueron necesarios verdaderos esfuerzos para convencer al enfermo de la necesidad imprescindible de la operación.

6.º La operación verificada por el Dr. Lenzi y la posición ocupa la por el cuerpo extraño, demuestran que, á haberse hecho un buen diagnóstico mediante una radioscopia, inmediatamente después del accidente, se hubiera podido extraer el mismo día que ocurriera el hecho.

Se ha dicho muchas veces que en Medicina nada enseña tanto como los errores de diagnóstico y de tratamiento; pues su conocimiento sirve para evitarlos en lo sucesivo, lo que redunda en beneficio de la salud de los enfermos y de la reputación de los médicos; y es esta convicción la que me indujo á la publicación del caso presente, á fin de presentar las enseñanzas que surgen del error cometido en la apreciación del carácter de la herida recibida por O.; al que se hubiera podido ahorrar muchos sufrimientos, si en vez de basarse en el concepto de que no puede haber una herida del mediastino sin síntomas de extrema gravedad, se hubiera hecho caso omiso de esa idea, examinando el caso de acuerdo con la situación tal cual se presentaba, y sin espíritu preconcebido respecto á las heridas penetrantes del tórax. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 30 de Marzo de 1922.)

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. Infecciones alimenticias, con un brote típico.—

Los Dres. M. J. Rosenan y Harry Weis, después de estudiar las diversas causas de la infección, así como los bacilos que suelen producirla, refieren el siguiente caso clínico:

Ocurrió este brote en Washington, D. C., entre varios estudiantes de la Facultad de Medicina de Georgetown. Los casos se manifestaron consecutivos á una merienda que tuvo lugar el 30 de Mayo de 1921, en una casa de estudiantes, en la esquina de las calles Vigésima y Noroeste.

Participaron de la comida 25 estudiantes, 18 de los cuales enfermaron.

La comida consistió en habichuelas tiernas enlatadas, sopa de tomate enlatada, asado de cerdo, patatas molidas, tomates enlatados, pudín y café con leche evaporada.

Todos los que comieron del pudín tuvieron síntomas, en tanto que los que no participaron de este alimento permanecieron libres de síntomas. Por consiguiente, los datos epidemiológicos indican claramente que el culpable fué el pudín. Fué éste el único alimento que consumieron en común los atacados. Al examinarse el pudín, se aisló el *B. enteritidis*.

La comida tuvo lugar á las seis de la tarde y los síntomas comenzaron á las dos ó tres de la mañana siguiente. Por consiguiente, el período más breve de incubación duró unas ocho ó nueve horas. Algunos de los estudiantes no enfermaron sino hasta la tarde siguiente, lo que acusa un período de incubación de aproximadamente veinte horas.

Los síntomas fueron: iniciación aguda con fiebre. Algunos de los pacientes tuvieron escalofríos. Casi todos se quejaron de dolores abdominales, en su mayoría de una naturaleza cólica y de tenésmica. La diarrea fué el síntoma más común y prevaiente, siendo las deposiciones acuosas, algo fétidas, algunas de ellas verdosas y expulsadas sin tenesmo. Las deposiciones variaron de dos ó tres á seis ú ocho ó más. La mayoría de los pacientes tuvo náuseas y algunos de ellos vomitaron varias veces. No hubo ningún otro síntoma, excepto los que se ven ordinariamente con la fiebre; la temperatura se elevó á 102° y 103° F. (38°8 y 39°4 C.) en la mayoría de los casos, pero bajó rápidamente á lo normal en veinticuatro á cuarenta y ocho horas. La convalecencia no dejó secuelas. Sólo un caso fué moderadamente grave. En este caso, el estudiante (E. M.) tuvo, además de la fiebre, entorpecimiento de los dedos y contractura de los músculos de la mano. Otro estudiante tuvo contractura de los músculos faciales. Ambas fueron temporales y desaparecieron á las pocas horas. No hubo ningún trastorno peculiar de la visión.

El tratamiento consistió en lavar el estómago y en catarisis. Los lavados gástricos eran amarillentos, sin ningún olor perceptible. El 2 de Junio sólo quedaban cinco de los jóvenes en el hospital, convaleciendo y con temperaturas normales. En aquella fecha, tenían una «sensación de lavado» ó sea de fatiga. En todos los casos, la curación fué rápida y sin contratiempos.

Uno de nosotros (H. W.) analizó una muestra del pudín y aisló un microorganismo que resultó el *B. enteritidis*, de virulencia algo escasa.

Se suministró á dos ratones el licor del pudín, á dos todo el pudín y á dos se les inyectó subcutáneamente una emulsión del pudín; ninguno de estos ratones reveló ningún síntoma. Los experimentos semejantes, llevados á cabo en cobayas, acusaron también resultados negativos.

Se obtuvieron placas del material en el medio de Endo, cuidadosamente equilibrado y se aislaron varios microbios de los que no fermentan la lactosa. Se obtuvieron cuatro razas de un bacilo negativo al Gram, que manifestó típicas reacciones de fermentación para el *B. enteritidis*. Todas las cuatro razas aisladas acusaron una reacción de aglutinación en una dilución de 1:1.000 con un suero de conejos, específico para el bacilo enteritidis.

Se obtuvieron muestras sanguíneas de tres estudiantes, unos diez días después de iniciarse los síntomas. Los resultados de la aglutinación revelan reacciones específicas de cada una de las cuatro razas aisladas del pudín, y además de una raza típica del *B. enteritidis*. No se obtuvo ninguna aglutinación en diluciones al 1:50 con el *B. typhosus*, *B. paratyphosus A* ó *B. coli*.

*Comentario.*—Parece claro que los estudiantes padecieron una fiebre infecciosa aguda que tenía un período breve de incubación, una iniciación súbita, y una temperatura que variaba de 102° á 103° F. (38°8 á 39°4 C.) con síntomas gastrointestinales. Parece también claro, que el alimento responsable fué el pudín; es más, cuatro de los estudiantes manifestaron que el pudín tenía un gusto «peculiar» y uno de ellos rehusó comer más, después de tomar el primer bocado. No se ha averiguado en qué forma se contaminó el pudín. Constaba de pan viejo, leche fresca, azúcar, huevos y canela. Es natural pensar en la leche como portador probable de la infección, por la razón de que ha sido responsable de brotes semejantes en otros casos. Puede que la leche se contaminara en la cocina; además, el pudín se hizo como á las nueve de la mañana y estuvo en la cocina, caliente todo el día, de modo que hubo oportunidad abundante para la proliferación bacteriana. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 16 de Enero de 1922).

### APARATO DIGESTIVO EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sífilis y úlcera gástrica, por V. Pauchet.**—La sífilis gástrica no es una rareza y todo cirujano deba pensar en ella antes de operar, á menos que existan fenómenos mecánicos. En este caso no hay que demorar la operación y no perder el tiempo en ensayar el tratamiento antisifilítico, que necesitaría seis semanas, y cuando pudiera haber peligro en retrasar la operación. Además de esto, para aplicar el 914 hacen falta presunciones de sífilis, porque el tratamiento específico puede ser nocivo á la úlcera y al cáncer. De una manera general, en lo que concierne el tratamiento de la úlcera del estómago, cuando un tratamiento médico va seguido de suspensión de los trastornos gástricos, no hay que concluir en la curación, porque aun sin tratamiento, esta mejoría es la regla; la úlcera tiene por carácter clínico proceder por empujes sucesivos, separados por períodos de calma; ahora bien, durante estos períodos latentes, la úlcera continúa evolucionando. El tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago será la *resección y no la gastroenterostomía*, salvo en los sujetos obesos, azotémicos ó acidóticos, la resección constituye el tratamiento radical. El tratamiento de la úlcera duodenal, al contrario, consiste en una simple gastroenterostomía; ésta da el 75 por 100 de curaciones definitivas. En el 25 por 100 de los casos en que los trastornos persisten, es preciso volver á operar al enfermo y hacer secundariamente la *duo-duodeno-pilorectomía*; esta operación así hecha por segunda vez es de una benignidad casi absoluta. El autor ha practicado 1.000 operaciones por úlcera. (*Soc. de Medicine de París*, 13 de Enero de 1922).—LUENGO.

### SIFILIOGRAFIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un signo auditivo de especificidad, por MM. Rousset y A. Marie.**—Los autores han descrito un signo que consideran patognomónico de la sífilis y va siempre acompañado de Wassermann positivo. Consiste en lo siguiente: integridad de la audición para las notas agudas hasta 2.000 vibraciones dobles, aproximadamente; disminución progresiva de aquí para abajo, en tal forma, que para un fuerte diapason de 224 vibraciones dobles, el déficit es considerable, y casi completo para 64 vibraciones dobles.

Esto no quiere decir que todo sifilítico sea sordo, ni que fatalmente ha de llegar á serlo, sino que hay que prevenirse contra todo sordo en el que se realicen las condiciones expuestas. (*Academie des Sciences de París*. Sesión del 3 de Enero de 1922).—T. R. Y.

# 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.

##### Cajal y la Medalla Echegaray.

El domingo último, día 7, tuvo lugar en el domicilio de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales un acto solemne y simpático, que consistió en la entrega de la Medalla Echegaray, hace años fundada por la sabia Corporación, al insigne maestro Ramón y Cajal. Como saben nuestros lectores, consiste este premio en una medalla en honor del ilustre matemático, físico y escritor Echegaray; fué fundada en 1905 para ser adjudicada cada tres años á aquel sabio nacional ó extranjero á quien juzgara la Academia digno de tal galardón. Inaugurada la serie de los nombres selectos que habían de ostentarla con el del mismo Echegaray, fué luego completada por los de Saavedra, Príncipe de Mónaco, Arrhenius, Torres Quevedo y ahora con el de nuestro insigne compañero.

La coincidencia de fecha de la adjudicación con la de la jubilación y el solemne homenaje que se prepara, ha hecho que algunas personas confundiesen el acto particular del pasado domingo con la sesión de homenaje que se viene preparando y que se efectuará con la colaboración de las más diversas representaciones científicas y nacionales, probablemente en el salón de sesiones del Senado.

A la ceremonia del día 7, que se efectuó bajo la presidencia de S. M. el Rey, acudieron los presidentes de la Academia iniciadora y los de la Historia y Bellas Artes, varios miembros de las otras Academias y un distinguido público en el cual tenía lucida representación el bello sexo.

El salón, dentro de sus no grandes proporciones, presentaba un aspecto lucido y animado.

Comenzó el acto por la lectura de una Memoria escrita por el académico D. Ignacio Bolívar, y en la que de modo sobrio, sintético y correcto enumeró las condiciones y merecimientos que justificaban la otorgación del premio; después el Sr. Cajal con vigorosa entonación, aunque con emoción visible, leyó el breve discurso que en otro lugar de este número encontrarán nuestros lectores, y después de una espontánea y sentida oración del presidente de la Academia, Sr. Salvador (D. Amós), leyó S. M. el Rey con su habitual expresión de enérgico convencimiento el discurso que en otro lugar transcribimos.

Siguiéronse aplausos y aclamaciones al Monarca, y el acto terminó en medio de la general complacencia.

A este propósito acudía el domingo á nuestra memoria el episodio que narra el propio Cajal en *Los recuerdos de mi vida*, y que como él dice «honra mucho al patriotismo é independencia de la sabia Corporación».

«Uno de los más conspicuos académicos á la sazón recién llegado de Berlin (1895), contó á sus compañeros que el gran Virchow, entonces en todo el resplandor de su gloria, habíale sorprendido con una pregunta á que no pudo responder: ¿En qué se ocupa ahora Cajal? ¿Continúa sus interesantes descubrimientos? Confuso y algo avergonzado nuestro prócer académico, de que en Berlín inspirara interés la labor de un español de quien él no sabía palabra, procuró, de regreso á la península, satisfacer su curiosidad. Y de sus conversaciones con el sabio astrónomo D. Miguel Merino, el inolvidable secretario perpetuo, surgió el acuerdo de iniciar y defender mi candidatura para cierta vacante, á la sazón en litigio. Tengo, pues, el singular privilegio de ser académico á propuesta de R. Virchow y de D. Miguel Merino.»

Véase cómo el tiempo acaba por hacer las grandes justicias compensadoras y aquella Academia que en 1895 ignoraba á Cajal, es ahora la que organiza el acto primero de su glorioso homenaje.

DECIO CARLAN

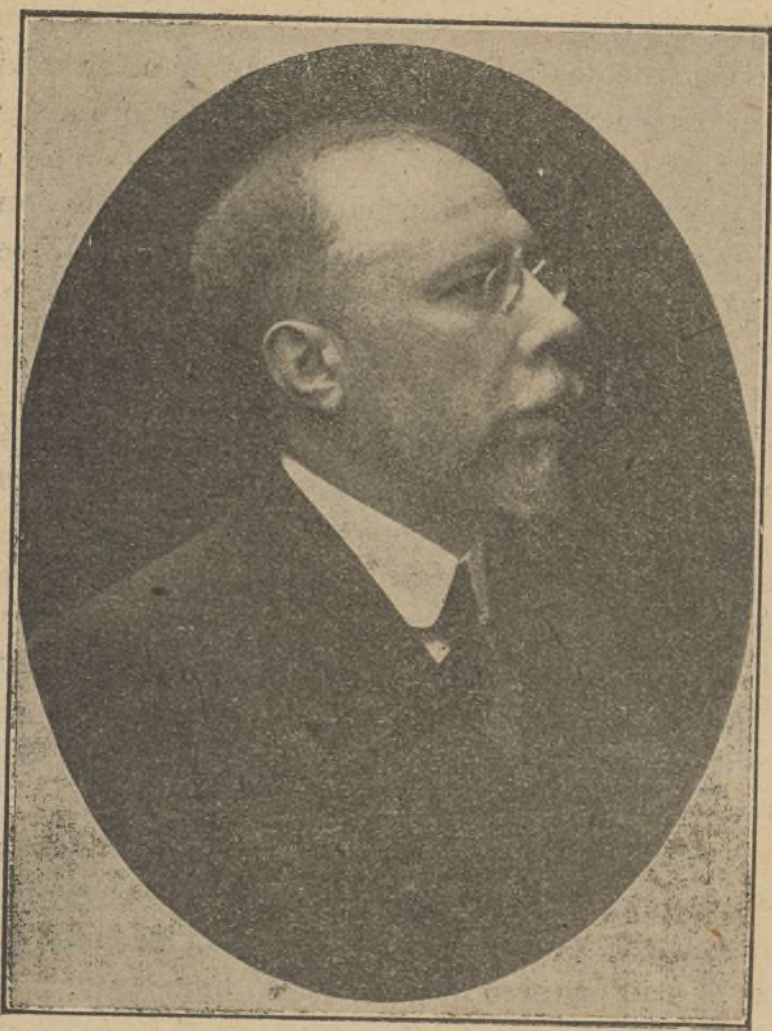
#### ¡HA MUERTO EL PROFESOR AZÚA!

Se esperaba este final, y no ha sido por eso menos sentido. Desaparece el maestro dejando una huella que difícilmente podrá borrarse. Cinco años hará pronto que el certero disparo de la Parca lo hirió para que no viviese más. Vivió el Dr. Azúa, sin embargo, *sobreviviéndose* á sí mismo. Inteligencias como la suya no pueden apagarse tan fácilmente. ¡No en balde se llenan en apretadas líneas durante más de un cuarto de siglo páginas enteras de la historia médica de un país!

El profesor Azúa era todo un carácter. Era Azúa de naturaleza castellana, de fibra vasca el espíritu. ¡El preclaro profesor de San Carlos se había forjado en las rugosidades, en las asperezas de la vida, con el trabajo por el trabajo; porque D. Juan de Azúa y Suárez era y fué siempre un trabajador infatigable. Así lo demostró

hasta el último instante; aun horas antes de recibir la postrera llamada trabajaba Azúa, y trabajaba en lo que constituyó para él constantemente el objeto principal de sus amores; enseñando. La mañana de aquel día la pasó rodeado de sus alumnos, mostrándoles el museo dermatosifiligráfico del Hospital de San Juan de Dios. ¡El destino le permitió dar aún esa última lección! Probable es que ella fuera también la causa que precipitó el desenlace de la tragedia patológica que iniciada casi hace un lustro en el cerebro del amigo querido, dió fin á su vida.

Fué Azúa un hombre singular; rudo en la forma de ordinario, fino en el fondo, áspero muchas veces en el



decir, *dijo siempre lo que quiso*, llevando constantemente por delante la buena fe, una recta intención y un afán grandísimo de enaltecer el nombre de su Patria. Fué medico ante y sobre todo. Pero médico moldeado en la vieja escuela clásica española de la que supo abandonar, sin embargo, en el correr de los tiempos, todo cuanto las conquistas modernas de nuestra ciencia fueron destruyendo. No envejeció nunca en su profesión; en marcha siempre, adelante siempre, tomando esto, dejando aquello, aquilatándolo todo antes de dar su último parecer, que para muchos fué siempre la suprema verdad, demostró cuánto puede el estudio, cuánto la constancia para adueñarse de la confianza del cliente y no vegetar como el empedernido enamorado de lo antiguo, que cree fijos é inmutables los principios de su tiempo.

La convivencia á su lado en la función docente cerca de catorce años, la necesidad de conocer su modo de pensar en todo cuanto con la enseñanza de la especialidad se relaciona, me hizo estudiar á este hombre,

que fué siempre para mí maestro insigne, consejero leal y amigo desinteresado. ¡Bien recuerdo aún muchos de sus cariñosos consejos fundados en las enseñanzas que á diario le ofrecían los *hechos* de la práctica profesional!

Infatigable en la labor diaria, abarcó con sus estudios é investigaciones de clínica y de laboratorio todos los puntos que comprende la especialidad dermatosifiligráfica. De cuantos especialistas conozco, nacionales y extranjeros (bien puedo afirmarlo), nadie ha sido más completo que el Dr. Azúa. No se circunscribió en su práctica diaria á la dermatología ó á la sifilografía ó aun dentro de éstas á alguno de los puntos particulares de ella, sino que abarcó toda, absolutamente toda la especialidad. En el maestro encantaba su facilidad de improvisación, con una exactitud y justeza extraordinarias, sobre cualquier punto que suscitaba la presentación muchas veces imprevista de un enfermo para que él lo examinase. Había que ver entonces cómo, después de una rápida visión exploratoria de conjunto, hablaba y hablaba sobre todo cuanto se refería á la dolencia: historia, etimología, etiología, síntomas, evolución, pronóstico y terapéutica, todo. En rápida exposición quedaba hecho un cuadro clínico, acabado, magistral. Su enseñanza era original..., suya. Amante de lo práctico, como requiere la naturaleza de toda disciplina médica, daba siempre, siempre, su lección con enfermos. No concebía que se enseñase sin el caso vivo. Esas hermosas disertaciones improvisadas casi siempre, repetidas una y mil veces (mañana y tarde), las hacía el Dr. Azúa con una naturalidad, con una espontaneidad que encantaban, dejando siempre un reguero de enseñanzas. Prueba de ello es el numeroso público médico que acudía á las sesiones de la Sociedad Dermatológica Española, que fundada por él se creó en Madrid.

Era un maestro de cuerpo entero. ¡Años pasarán... muchos años, hasta que en España pueda haber alguien que lo pueda substituir! ¡Lástima que el llorado compañero no se decidiese á levantar el magnífico edificio bibliográfico que hubiera sido su obra sobre enfermedades de la piel, sífilis y venéreo! La Dermatología española lo necesitaba, le era absolutamente indispensable. Ese vacío nadie podrá llenarlo con la autoridad que él.

Su última producción ha sido el discurso para su recepción, presentado á la Real Academia de Medicina, titulado «Clasificación y comentarios dermatológicos». En él expone su autor un plan completo de distribución nosológica de las enfermedades de la piel según los más modernos conceptos de la anatomopatología y etiología. Este trabajo era el preparatorio para su gran libro. El arsenal recopilado para éste—¡más de 80.000 historias clínicas de enfermos vistos por él!—lo hubiera suministrado datos insustituibles que habrían valorado extraordinariamente su libro.

No pudo ser. Conformémonos con lo que ha dejado. El rastro de su enseñanza oral no quedará sin fruto. Hay semillas que no pueden perderse. Por libros y revistas dejó esparcidos trabajos mil que forman una

lista interminable, todos interesantes y de un gran valor (1).

(1) Lista de una parte de los principales trabajos:

Eczema de la parte mucosa de los labios.—Escrofuloderma simulando una úlcera tuberculosa.—Sífilis paterna.—Eritema escamoso.—Madrid, 1888.

Dermatosis emotivas.—Injertos de esponja aséptica en la cura de las úlceras y heridas atónicas.—Púrpura hemorrágica y nefritis en un sífilítico.—Madrid, 1889.

Sifilopatía cardíaca.—Madrid, 1889.

Pénfigo ulceroso.—Un caso de keratodermias congénitas, simétricas y hereditarias.—La linfa de Koch en Dermatología.—Madrid, 1890.

Anestesia dolorosa del trigémino.—Neuroma.—Keratoderma simétrica.—1891.

Indicaciones del dermatol.—Infiltraciones gomosas sifilíticas de la cara anterior de la rodilla.—Dos casos de sífilis del sistema nervioso.—Tratamiento de las úlceras de las piernas.—Elefantiasis del escroto y del pene.—Sífilis pulmonar con infiltraciones gomosas.—Sífilis hereditaria.—Alteraciones gástricas de origen nervioso central.—Flegmón perinefrítico.—Metritis blenorragias.—Tos espasmódica.—1892.

Várices y neoplasias linfáticas dérmicas.—1893-94.

Un caso atípico de micosis fungoide.—Madrid, 1890.

Keratodermias simétricas eritematosas, plantares y palmares.—Edema linfático crónico.—Un caso de keratodermias simétricas congénitas y hereditarias.—Madrid, 1894-95.

Sarcomatosis cutánea, idiopática, múltiple, hemorrágica.—Dermatitis crónica, polimorfa, dolorosa, de brotes sucesivos, ó dermatitis herpetiforme de Dering.—1895.

Eritema escarlatiniforme recidivante.—Chancro sifilítico en la pierna.—1897.

Vademécum clínico terapéutico.—Madrid, 1898.

Dermitis profesionales por el lavado.—Madrid, 1898.

Clasificación dermatológica.—Madrid, 1898.

Dermografía dermatológica y sifiligráfica.—Madrid, 1898.

Avisos sanitarios.—Madrid, 1899.

Doce años de práctica dermosifiligráfica.—Madrid, 1899.

Asfixia reticular de la piel.—Siringomielia é histerismo.—1901.

Tratamiento del prurito.—Las púrpuras.—Madrid, 1903.

Reglamentación sanitaria de la prostitución.—Madrid, 1904.

Neurastenia sexual en el curso de una hemorragia aguda.—Madrid, 1907.

La hidroterapia mineral de las dermatosis y sífilis.—Madrid, 1906.

Pseudoepiteliomas cutáneos. Un nuevo caso y descripción en conjunto de la enfermedad.—Madrid, 1908.

Polineuritis y albuminuria hidrargíricas por intoxicación aguda terapéutica en un sífilítico.—Carcinosis secundaria cutánea.—Madrid, 1909.

Curas con alquitrán de hulla en varias dermatosis.—Sífilis cerebromedular.—Contagiosidad de la lepra.—Tratamiento de la lepra.—Serodiagnóstico de la lepra.—1909.

Ceguera por el atoxil.—Epiteliomas planos eczemáticos.—Gangrena histérica, seca, en placas y lesiones por simulación en histéricas.—1910.

Dos casos de acrodermatitis pustulosa continua. Un caso de úlcera serpiginosa de origen venéreo.—Siringocistoadenomas.—1909.

Un caso de sífilis y tuberculosis.—Epidermolisis congénita, familiar y hereditaria.—Tuberculosis de la lengua y comisura vocal; tuberculosis laríngea y pulmonar.—Sarcomatosis melánica generalizada.—1909.

Cánceres imaginarios de la lengua.—Liquen familiar de tipo obtuso córneo.—Esclerosis de los cuerpos cavernosos.—Sarcomatosis cutánea idiopática, múltiple, pigmentaria, hemorrágica, tipo Kaposi.—Sífilis: Pápula gigante de la conjuntiva.—1910.

Serodiagnóstico de la sífilis.—1910.

Piodermitis crónica, vegetante, papilomatosa, en placas, con reacción epitelial quística córnea.—1910.

Serodiagnóstico de la sífilis.—1910.

Estudios clínicos sobre el 606.—1911.

Lepra.—Artículo del tratado de Medicina de Hernando y Marañón.

Otras diversas comunicaciones llenan las páginas de *Es-  
paña Médica*.—Actas dermosifiligráficas, *Los Progresos de  
la Clínica*.

Los que, como yo, no tuvimos la suerte de conocerlo más pronto en la vida, y la desgracia de no poderlo llamar maestro hasta años después de habernos hecho especialistas fuera de la frontera de nuestro país, podemos comprender, quizás mejor que otros, el extraordinario valer que profesionalmente tenía el catedrático Dr. Azúa.

Constantemente habremos de recordarlo: ¡La Dermatología española está de luto! Recojámonos y pensemos en el maestro; procuremos seguir sus huellas confiados y seguros de que si nuestra labor es digna de sus enseñanzas, mantendremos su escuela.

Siendo para su memoria el mejor recuerdo que puede tributarle la clase de especialistas dermatólogos españoles.

VICENTE GIMENO

Profesor auxiliar de Dermatología  
y Sifilografía de la Facultad de  
Medicina de Madrid

Madrid, 7 de Mayo de 1922.

## HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
Suma anterior.....	2.800 50
Dr. D. L. Urrutia, de San Sebastián.....	250,00
Dr. D. Julián Ratera.....	25,00
Dr. D. Santiago Ratera.....	25,00
Dr. D. José Llangort, de Seo de Urgel.....	5 00
Dr. D. Salvador Esteban, de Balvis de Monroy...	5,00
Dr. D. José Gómez, de Berlanga.....	5,00
Dr. D. Raperto Merino Sánchez.....	25,00
Asociación de Médicos del Partido de Béjar.....	25,00
<b>TOTAL.....</b>	<b>3.165 50</b>

(Se continuará.)

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

LA MEDALLA ECHEGARAY

Discurso del Excmo. Sr. D. Santiago Ramón y Cajal.

Señor:

Sean mis primeras palabras en esta solemne fiesta, en la que se honra con el premio Echegaray a un modesto obrero de la ciencia, un saludo de amor, rendimiento y veneración a V. M., que se ha dignado realzar el acto con su augusta presencia, y a cuya bondadosa protección tanto deben los cultivadores de la ciencia española; y otro saludo no menos efusivo y fraternal a todos los representantes de las Academias hermanas, sin olvidar a los queridos compañeros de la nuestra, cuya asistencia al acto constituye para mí motivo de viva satisfacción y noble orgullo.

Notorio es que uno de los fines perseguidos por nuestra Academia al fundar el premio Echegaray fué conservar y enaltecer la memoria de un sabio bonísimo y genial, de peregrinas y multilaterales aptitudes. Repitiendo un pensamiento vulgar, diríase que las hadas prodigaron a nuestro inolvidable D. José todas las gracias: elocuencia subyugadora; intelecto agudísimo y generalizador; ansia irrefrenable de aprender y de enseñar; dón de expresar por escrito y en lenguaje esmaltado de pensamientos brillantes y de comparaciones felicísimas, las más abstrusas teorías é invenciones;

soberana aptitud para la ciencia del cálculo; bondad solo equiparable con su modestia, y, en fin, por tenerlo todo, salud robusta, física y mental, conservada en bien de la enseñanza, hasta la hora de su muerte. Porque harto lo sabéis: la vida de Echegaray no tuvo ocaso. Tan propicios le fueron los hados, que le preservaron piadosos de las decadencias, regresiones y tristezas de la decrepitud, suplicios intolerables para los espíritus fuertes que no comprenden la vida sin la acción, ni apetecen más deleites que los asociados al severo cumplimiento del deber y á la soberana función de escrutar los enigmas de la naturaleza.

Yo, que aprendí á admirarle desde muy joven, con ocasión de sus brillantes discursos políticos en las Cortes Constituyentes, troqué mi admiración en fanatismo, allá por el año 1883, cuando, siendo á la sazón profesor de Valencia, devoré su maravilloso libro titulado *Teorías modernas de la física*, muy superior á las celebradas obras de vulgarización de Tyndall, en Inglaterra, y de J. H. Fabre, en Francia. Y siempre seguí su carrera de triunfos profesionales, políticos, literarios y científicos, con noble envidia y creciente asombro. Era incuestionablemente el cerebro más fino y exquisitamente organizado de la España del siglo XIX. Él lo fué todo, porque podía serlo todo: ministro, orador, hacendista, maestro, escritor, dramaturgo, investigador, etc. ¡Lástima que las brutales y tiránicas exigencias de la vida no le permitieran desplegar, en plena juventud, las alas de su genio por el espacio sin fin de la *Física matemática*, que fué, según es notorio, el amor de sus amores y la ocupación favorita de su apacible y serena senectud! Así y todo, su obra científica—descuento el magno repertorio teatral, el más copioso, intenso y original que poseemos desde Calderón y Lope de Vega—, con sus maravillosas lecciones de Física matemática, y sus libros de vulgarización quedarán para la posteridad como modelos insuperables. Sea este recuerdo ofrenda fervorosa del modesto admirador al maestro incomparable.

Pero, además de consagrar y perpetuar la noble figura de nuestro llorado presidente, vosotros quisisteis también, al fundar el premio, crear un estímulo permanente para los amantes del saber. Plausible anhelo ejemplarmente cumplido hasta hoy, como lo persuaden los nombres de los eximios investigadores premiados durante los últimos lustros. Basta nombrarlos para excusar todo elogio: Echegaray (1907), de cuyas excelsas facultades hemos hablado ya; Saavedra (1910), consumado arabista y descubridor de las ruinas de Numancia; S. A. S. el príncipe Alberto de Mónaco, generoso fundador del *Museo Oceanográfico* y sagaz explorador de la fauna de las grandes profundidades marinas; nuestro Torres Quevedo (1916), mago de la cinemática, y Svante Arrhenius (1919), creador de la fecunda teoría de los Iones.

La pesadumbre de tan altos prestigios humilla y anonada al que desde hoy, gracias á vuestra extremada benevolencia, figurará en la lista de los galardonados. No discutiré vuestro fallo, que fuera grave irreverencia; me limitaré á agradecerlo con toda mi alma, tanto más cuanto que la cansada y achacosa vejez estorbará corresponderos con trabajos dignos de vuestra generosidad. Tened, sin embargo, por cierto que si, bajo la nieve de las canas, el cerebro se encoge como aterido y aletargado, el corazón ha conservado todo su calor y late aún, movido por la gratitud, con todo el brío y fogosidad juveniles.

Lo más triste de la senectud es carecer de mañana; quiero decir de una promesa de acción incesante, de un amplio programa á realizar personalmente. Complácese el viejo con pequeñeces, porque es también pequeño y de cada vez más angosto su horizonte visual. Deploro, pues, tener que con-

fesaros que, buena ó mala, mi obra esencial está hecha. A mis discípulos toca mejorarla, depurarla y continuarla.

Por esta poderosa razón—mi irremediable decadencia—de haber pertenecido yo á la Comisión adjudicadora del premio, os hubiera sugerido mejores candidatos. Os hubiera recordado que, por caprichos de la fortuna, he sido uno de los españoles más reiterada y desmesuradamente recompensados. Y habría añadido que, sin salir de España, ni del recinto de esta Academia, contamos con sabios preclaros que, recatados y silenciosos bajo la concha de su modestia, no han recibido todavía galardón proporcionado á sus merecimientos.

Mi ilustre y sabio compañero el Sr. Bolívar ha señalado, con morosa complacencia, el excesivo número de mis comunicaciones científicas y lo variado de los temas estudiados. Son muchos, en efecto, y de seguro demasiados. Conforme suele ocurrir, la cantidad perjudica á la calidad. Flaqueza de muchos noveles investigadores, á quienes impulsa el afán tan humano y excusable, de distinguirse y sobresalir, es la impaciencia por dar á conocer el fruto, á menudo inmaduro, de sus observaciones. El temor de llegar tarde á un filón les lleva á atacar simultáneamente muchos otros. Este prurito de producir intensa, variada y precipitadamente, tuvo su auge allá por los años de 1889 á 1893. Apoderóse de mí una fiebre de inquieta y tornadiza curiosidad, agravada con el ambicioso anhelo de ganar un puesto decoroso entre los anatómicos é histólogos de fama mundial.

Claro es que tan vertiginosa y proteiforme actividad llevé alguna vez á corregir ó á repudiar mis primeras conclusiones. En lo cual—me perdonaréis el alarde—antes encuentro motivo de orgullo que de sonrojo. Que nada es más deplorabile en un explorador de la naturaleza que petrificarse en el error y cerrar los ojos á las nuevas concepciones. Aun hoy señalo con piedra blanca el día que corrijo un juicio ó modifico una teoría.

Mi benévolo panegirista ha hablado con encomio de lo que él llama mis «facultades extraordinarias de investigador». Ciertamente padecí siempre obsesión avasalladora por esclarecer algo el tenebroso arcano de la vida, y singularmente el sutilísimo artificio arquitectónico del cerebro, obra maestra de la creación. Ni omitiré que, en tan ambicioso empeño, puse paciencia y perseverancia infatigables; virtudes menores de que los humildes podemos gloriarnos sin cometer grave pecado de orgullo ó de inmodestia. Pero—fuerza es reconocerlo, y de ello he hablado tantas veces—carezco de la excelsa mentalidad de los grandes iniciadores científicos. En mi modesta obra, el trabajo ha suplido al talento, y el esfuerzo obstinado á la intuición genial. Incapaz de forjar esas hipótesis luminosas que parecen anticipaciones y presagios de ignotas realidades, he marchado siempre dócilmente detrás de los hechos, nunca ó casi nunca delante. Los he interrogado para recoger fielmente sus respuestas, y me he abstenido en lo posible de dictárselas de antemano.

Pero la mencionada idiosincrasia espiritual, conjunto de parvas y vulgares aptitudes, tiene un nombre: llámase *voluntad*; fuerza irresistible cuando es adecuadamente canalizada y concentrada. Gracias á ella, es dable reorganizar, dentro de los límites trazados por la fatalidad de la herencia, nuestra precaria urdimbre cerebral, transformando en ordenado y deleitoso jardín la enmarañada selva de las células nerviosas; domamos ó mitigamos pasiones perturbadoras; ponemos placer en el sobre-trabajo y suave alegría en la estrechez, y, en fin, nos corregimos y superamos diariamente.

Mas la fuerza de voluntad en el hombre de laboratorio, como en el guerrero intrépido, necesita del concurso de otra

gran pasión para que aquella resulte eficiente y socialmente provechosa. Solía decir Alfieri que sólo acertaba á componer tragedias cuando estaba enamorado. Depurando este pensamiento de toda escoria pagana, podría yo afirmar casi lo mismo. Fué el amor quien templó y enardeció mi voluntad y adiestró mis manos; pero un amor puro, fervoroso y santo, que todos los españoles debiéramos sentir, transportados de emoción, como sentimos el amor sagrado de la madre. Aludo—harto lo adivináis—al rendimiento y adoración fanáticos á la patria y á la raza, tantas veces tildada injustamente, según apuntaba mi ilustre compañero, de incapaces para las altas empresas de la ciencia.

Y ahora, para terminar, permitidme un tópico muy vulgar en este linaje de discursos: España no alcanzará su pleno florecimiento cultural y político, mientras los docentes de todos los grados no acierten á fabricar, en cantidad suficiente (hoy son centenas y sería preciso que sumasen centenares de miles), el *español* que nos hace mucha falta, es decir, un tipo humano tan impersonal por abnegado, tan firme y entero de carácter, tan tolerante y abierto á todas las ideas, tan esforzado y constante en sus empeños, tan agudamente sensible á nuestros infortunios, que reaccionando pujantemente contra las causas de nuestro atraso y de nuestros errores, consagrara lo mejor de sus energías y de sus luces á la prosperidad del país, al servicio del Estado y al enaltecimiento de la Nación. Hay que soñarla grande para que España sea grande. Es preciso trabajar briosamente, sin desmayos ni pesimismo, para que la Dalcinea de nuestros ensueños, síntesis suprema de renunciaciones, adoraciones y sacrificios, adquiera cuerpo y espíritu, plasmándose en espléndida y gloriosa realidad.

#### Discurso de S. M. el Rey.

Señores:

Fué siempre forma apetecida por los Reyes el hallazgo de ocasiones en que poder mostrar su complacencia ante súbditos de merecimientos excelsos, y Yo no he querido que pase ésta, deparada por Dios en Mi reinado, de galardonar con Mi propia mano á un español tan precioso como D. Santiago Ramón y Cajal, y de asistir á una reunión de todas las Reales Academias, Senados de cultura que atesoran el saber y estimulan el progreso.

El nombre de Cajal es bandera en que la Ciencia española se ha envuelto, mereciendo magnos honores de distinción y respeto por parte de las más altas representaciones de la Ciencia universal; pero con ser ya eso mucho, es más que todo eso. Cajal es representativo de una voluntad infatigable y de un españolismo acendrado.

Ya lo hemos oído. Después de decirnos que se considera en la senectud, y que la senectud no tiene mañana, llega al final de su discurso, y la fuerza expansiva de su alma española brota arrolladora y canta una endecha á la Dalcinea de sus ensueños, y esa Dalcinea es la Patria: Es el amor, apoderado de un corazón siempre joven, de una inteligencia que no se rinde, y por eso busca la calificación de la mujer amante más ideal, porque fué la que bordó la imaginación de un hombre con locura doble de hidalgo y de enamorado.

Yo saludo y enaltezco al sabio de privilegiadas dotes, de preclaros talentos, pero también al que supo mostrarse en la vida inflexible en el deber, infatigable en el esfuerzo, tanto que pudiera repetir con el poeta:

Ya no leo ni escribo más historia  
que ver á mi niñez con mi memoria.

Es consorcio feliz de la voluntad y el talento haber podido vencer la obstinada resistencia de los centros nerviosos á

descubrir sus misterios; lo es haber luchado, muchas veces sin medios, consiguiendo, sin embargo, triunfos que hace siete lustros tienen resonancias universales; lo es arrancar secretos cinemáticos y biológicos al mundo de lo infinitamente pequeño, que tiene su vida tan reglada por la Providencia como el de lo infinitamente grande; lo es el ejercicio de la investigación en el cerebro, lo que en orden al espacio y á la nobleza lleva siempre el hombre más alto.

Todos sabéis la preocupación que el cerebro inspiró siempre á la Humanidad. Todos nos hemos abismado en la meditación cuando los descubrimientos de las primeras edades nos han mostrado cráneos con trepanación, y todos leímos la explicación que parece más satisfactoria de haber querido con eso expulsar del cuerpo los males que llevan al sepulcro. Y he aquí que los descubrimientos últimos, los que convierten en científica aquella medicina sacerdotal y anatomía mística de los primeros pueblos, es un español quien los realiza, sistematiza y propaga, fundando una verdadera escuela que es de desear produzca discípulos que sean continuadores de su inmortal maestro. ¿Cómo no hemos de alegrarnos todos y á vuestra cabeza el Rey, que por deber y por sentimiento hace votos diarios y á diario pide al Cielo la prosperidad y progreso de su pueblo?

La fiesta de hoy deba de ser premio á la conquista científica de Cajal y estímulo para que los soldaos anónimos de ese batallar con los secretos de la Naturaleza prosigan sus tareas sin cansancio pensando en España. La fortaleza de los pueblos es castillo de naipes si no la acompaña el progreso intelectual, y los obreros de la Ciencia cumplís un deber altísimo, porque cada investigación que hacéis en vuestros laboratorios y despachos es una página de historia que vais escribiendo.

Vuestro Rey os dice que no debe arredraros en ello la lucha, ni el esfuerzo, ni la desproporción entre el mérito y la recompensa. Recordad que dijo Campoamor:

Bien haya el que ha inventado la esperanza,  
que es la muerte el principio de otra vida.

Cajal supo tener fe y esperanza, y gracias á eso hoy es su bandera de la Ciencia española y España entera le abraza pensando en las páginas brillantes y nobles que ha escrito en su loa, allá dentro de sus laboratorios, con el arma de su microscopio manejado por el genio.

¡Sea esto glorificación para él, estímulo para los que vienen detrás! En nombre de España os lo demanda su Rey.

\*\*

En Méjico, el Dr. D. Tomás Ferrín ha enviado, con fecha 14 de Abril, una comunicación al encargado de Negocios de España en aquella capital, en la que le manifiesta: que estando próximo el día 1.º de Mayo, en el que se tributará un homenaje al ilustre maestro D. Santiago Ramón y Cajal, se ha dirigido á las autoridades municipales, universitarias y académicas de aquella capital (presidente municipal, secretario de Educación pública, rector de la Universidad Nacional, director de la Facultad de Medicina, presidente de la Academia Nacional de Medicina y presidente de la Sociedad Mejicana de Biología), solicitando su adhesión al homenaje, y logrando hasta la fecha las promesas siguientes, hechas en medio de las más nobles expresiones de amor á nuestra Patria y de admiración al glorioso histólogo español:

Concesión del nombre de Ramón y Cajal á una

calle; nombramiento en favor de dicho excelso sabio de doctor *honoris causa* de la Universidad Nacional; nombramiento de académico de honor de la Nacional de Medicina; nombramiento de miembro honorario de la Sociedad Mejicana de Biología. Dichos honores, una vez conferidos, le serán comunicados cablegráficamente al Dr. Cajal en la misma fecha de su jubilación.

Posteriormente á estas gestiones el mismo doctor D. Tomás Perrín recibió de los Dres. Carracido, Cortezo y Recasens una honrosa invitación para formar parte de la Junta organizadora del homenaje á Cajal y aceptada ésta, ha iniciado una suscripción entre los miembros de la colonia española, cuya suma será girada por cable, entregando á la Legación del Rey de España una lista de los donantes y de las cantidades recibidas.

\* \*

En Barcelona se ha dirigido á todos los Centros médicos y farmacéuticos de Cataluña y Baleares un vibrante manifiesto por la Comisión organizadora del homenaje á Ramón y Cajal, excitando á todos los hombres de ciencia á contribuir á la glorificación del eminente sabio.

Por su parte, la Comisión de señoras ha publicado otro manifiesto invitando á todas las mujeres á dedicar un recuerdo á la esposa de Ramón y Cajal, que ha sido toda su vida la más íntima colaboradora de la gran obra realizada por el maestro.

\* \*

Melilla-Madrid 202 24-1.º-19,30, D. Carlos Cortezo.

Ateneo Melilla adhiérese homenaje nacional ríndese Ramón Cajal, gloria, humanidad y honra Patria española.—Presidente, *Jaime Tur*.

\* \*

Melilla-Madrid 204 28 1.º-19,30, D. Carlos Cortezo.

*Gaceta Melilla* desde estas tierras hispano-africanas santuario heroísmo español adhiérese justo homenaje tributa Nación al glorioso sabio Ramón y Cajal.—Director, *Jaime Tur*.

\* \*

Alicante-Madrid 151-22-30, Carlos Cortezo.

Colegio provincial de Médicos de Alicante se asocia con gran entusiasmo homenaje insigne investigador Cajal honra de la Medicina española.—Por la Junta directiva, el secretario, *Dr. Ramos Martín*.

\* \*

Barcelona-Madrid 689-76-1.º-23,35, Dr. Cortezo.

Bajo presidencia Martínez Vargas Real Academia Medicina Cirugía celebrado sesión solemne honor Ramón Cajal. Dr. Calleja hizo biografía sabio maestro explicando transcendencia descubrimientos ciencia española universal, ensalzó colaboración esposa Ramón Cajal contribuyendo cuidados y labores éxitos maestro; académico Pugiula describió trabajos embriogenia histología ensalzando sabio español; resumió Martínez Vargas proclamándole socio honorario institución premio

Cajal glosando sus recuerdos escolares Zaragoza Barcelona elogiándole símbolo autoeducación sociedad española.—Secretario, *Coroleu*.

\* \*

Tenerife-Madrid 229 142-11,13, Director general Sanidad.

Adhiérome á todos los homenajes que al ilustre Dr. Cajal se pretende hacer siempre poco al merecimiento de su ciencia investigadora que ha llenado de asombro al orbe entero.—*Inspector provincial Sanidad*.

\* \*

Huelva-Madrid 178-40-10-17,15, Director general Sanidad.

Tengo honor comunicar á usted mi entusiasta adhesión é incondicional colaboración homenaje á Cajal.—*Inspector Sanidad*.

\* \*

Sanlúcar Barrameda-Madrid 278-26-10-20,40, Director general Sanidad.

Personal esta Dirección se adhiere homenaje sabio histólogo Ramón Cajal organizadora ofreciendo cooperación.—*Director Sanidad Bonanza*.

\* \*

Ávila-Madrid 89-15-8-12,50, Director general Sanidad.

Ruégole cuenta con mi adhesión y colaboración entusiasta homenaje Cajal.—*Inspector provincial Sanidad*.

\* \*

Lugo-Madrid 130-42-8-11,45, Director general Sanidad.

Gran admirador Cajal envío mi entusiasta adhesión á tan excelso maestro; igual acuerdo adoptó Colegio Médico en Junta general contribuyendo á todo lo que en obsequio de aquél se proyecte.—*Inspector provincial Sanidad*.

\* \*

Ferrol-Madrid 351-20-9-21,30, Director general Sanidad.

Personal esta estación se adhiere al homenaje en honor del maestro Ramón y Cajal cooperando personalmente.—*Director Sanidad Puerto*.

\* \*

New York 339-12, Hurcial.

Suplicamos entusiasta adhesión homenaje Cajal.—*Poyales, Barraquer*.

## LA DELEGACIÓN DE MÉDICOS FRANCESES

Después de aquellos primeros cambios efusivos de cortesés y cariñosas saluciones que ocuparon casi todo el primer día de su estancia en Madrid, su breve permanencia ha sido para ellos, seguramente, una tarea ímproba de actividad y de impresiones encontradas. Si hemos de dar crédito á las frases amables que

les inspiraba su simpática disposición de ánimo y su cortesía exquisita, la impresión que las poblaciones españolas por ellos visitadas han dejado en su ánimo, no ha podido ser más favorable y ha superado con mucho á lo por ellos esperado.

De las conferencias dadas en la Facultad de Medicina, en la Real Academia y en el Colegio de médicos por los profesores y decanos Sres. Roger, Forgue, Abbee y Mauricaud de Bordeause sobre «Leucoterapia» ... de las que no decimos nada porque nos proponemos publicarlas conforme vayan llegando á nuestras manos, corregidas por sus autores y convenientemente traducidas.

El acto culminante de confraternidad y de cordial inteligencia, fué el banquete ofrecido por el Colegio de Médicos de Madrid, la Academia de Medicina y la Facultad. Efectuóse en el gran comedor del Hotel Ritz y constituyó un acto de agradable é íntima solemnidad.

Sentáronse á la mesa unos ciento cuarenta comensales, y la presencia de las señoras francesas y de las españolas que acudieron á recibir las y á acompañarlas, realzó la brillantez del acto en el que pronunciaron elocuentes brindis en francés el Dr. Blanc y Fortacín ofreciendo el agasajo á nombre del Colegio de Médicos; el Dr. Espina, que leyó unas galantes cuartillas dedicadas á las mujeres francesas; el Dr. Recaséns, en representación de los profesores españoles, y, por último, el conde de Gimeno que lució su espontánea oratoria en aquella lengua extranjera, con la misma fácil brillantez con que nos tiene habituados á aplaudirle en castellano.

Por parte de nuestros huéspedes hablaron en español fácil y correcto el profesor Weils Halle, de París, y en francés y como resumen el decano de la Facultad de París, profesor Roger, que fué calurosa y merecidamente aplaudido.

Las visitas hechas á los hospitales y centros benéficos y docentes, han ocupado la mayor parte del escaso tiempo de que nuestros amigos disponían, mostrando constantemente su complacencia por el estado de los actuales y los proyectos en ejecución de nueva Facultad de Medicina, hospital de epidemias, etc., etc.

La visita al Hospital del Niño Jesús, del que hicieron merecidos encomios, les sugirió la idea espontánea de visitar el Colegio de Huérfanos, y, con efecto, todos los franceses sin que nadie les acompañara fueron con sus señoras al simpático establecimiento de la Guindalera, sorprendiendo en plena función de clases á profesores, alumnos y hermanas que se entendieron con ellos á maravilla, supliendo con la cordialidad y la alegría lo que la diferencia del idioma dificultaba.

Los plácemes por esta Institución fueron el tema principal de las conversaciones de la tarde en las que confesaban nuestros amigos que ellos carecían de una Institución análoga, y afirmaban que se proponían reproducirla en su país en recuerdo al nuestro.

#### Manifestacion de cortesía.

El presidente de la Real Academia Nacional de Me-

dicina ha recibido la siguiente carta del decano de la Facultad de Medicina de París:

París, 1.º de Mayo de 1922.

Señor presidente:

Al estar de vuelta en París tengo gran interés en expresar mi profundo agradecimiento por la acogida que la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid ha tenido la bondad de hacer á la misión francesa que yo dirigía. Siempre guardaremos un recuerdo imborrable del recibimiento que se nos ha hecho y, en nombre de todos, os manifestamos nuestra gratitud.

Además, personalmente, he de añadir mi reconocimiento al gran honor que me ha hecho la Academia al conferirme el título de miembro corresponsal, dándome con ello una señal de estimación que con ella me obliga profundamente. Conservaré siempre, dichoso y orgulloso de él, este recuerdo de mi magnífico viaje á España, por el que adquiero un título que me liga á vuestro noble país.

Rogándoos seáis intérprete de estos sentimientos cerca de los restantes miembros de esa Real Academia, recibid, señor presidente, la expresión de mi consideración y afecto más distinguido.

ROGER.

#### POLÍTICA DE HIGIENE

### EL ABANDONO SANITARIO EN ESPAÑA

POR

FRANCISCO RICO BELESTÁ

#### I

Las autoridades gubernamentales tienen el perfectísimo deber de hacer cumplir las leyes sanitarias para el bien de la humanidad, y la *política de higiene* es el primer deber de todos los políticos y los hombres perfectos cuyo objeto es inclinarse en favor del país. La clase sanitaria se lleva predicando esta política higiénica hace muchísimos años sin ser atendidos ni por los Gobiernos ni por el pueblo en general. ¡Pero, sin embargo, es de imperiosa necesidad construir barracones para espectáculos como diversión pública, y sin titubeos de ninguna especie se da autorización para su construcción! ¡Lamentable es que España se vea introducida en ese foco de *podredumbre*, viendo aumentar su estadística de mortalidad y especialmente la infancia!

Han existido sesiones parlamentarias que varios diputados, después de estudiado y pensado detenidamente lo que necesitaba el país para regenerar la raza, dirigieron la palabra a las Cortes como representantes del pueblo, y éstos fueron escuchados con cierto murmullo general como acto de desaprobación, y digo, si importante es la construcción de una escuadra naval, la organización del ejército y los asuntos políticos de actualidad, más importante es por ser la base de la riqueza española, el asunto transcendental de la política higiénica, y esas escuadras no carecerán de hombres fuertes, sanos y vigorosos, el ejército verá disminuir el número de inútiles cuya proporción en los reconocimientos es el 50 por 100 en muchos puntos de la nación. En fin, que estudiado desde hace muchísimos años todo lo relacionado con la higiene y presentado á nuestros gober-

nantes peticiones justas y de razón, esta es la fecha que el problema tan difícil para algunos, se encuentra sin resolver.

La vida todos la queremos y la consideramos, el poco tiempo de vida que hay es necesario vivirla sanos y no enfermizos por culpa de las autoridades gubernativas que tienen en tan lamentable abandono la sección de Higiene; desapareciendo este abandono sería la única y exclusiva manera que podría existir un cambio higiénico.

Antes en el Parlamento conseguimos se preocuparan del abandono higiénico español sin llegar á ver resuelto un programa de interés, llevamos un mes con las Cortes abiertas, y se van los días sin ver los medios de reponer y regenerar nuestra raza; ¿qué causas existen para que sea este programa de tanta necesidad para la nación abandonado? ¡Fecha es que nuestro Gobierno debía haber presentado un nuevo proyecto de Sanidad que tanto anhela España! Soy partidario, y hasta llego á asegurar que no existiendo esa separación de la sección de Sanidad del Ministerio de la Gobernación, no veríamos resuelto el problema imperioso higiénico, por existir ese trabajo social y político que se ocupan de resolverlo urgentemente por creerlo de más necesidad que la Higiene.

Hay quien dice que se encuentran verdaderas dificultades ó pereza para realizar esta gran obra nacional, que se considerará después como la flora de riqueza española. Bien puede ser; pero no han carecido de tiempo para dar la nota de sus resultados, y no obstante, sin impedimento, nunca ha habido oportunidad para saber la resolución. En el asunto actual sanitario pasará lo mismo que todos los proyectos presentados á las Cortes por la clase médica: *dormirá el sueño de los justos*, y mientras España se verá corroída por esa podredumbre y la alarma vendrá á resolverlo sin preparación, cuando este programa higiénico se necesita estudiarlo con calma y meditación. ¡Observad, dad una vuelta, y veréis el estado sanitario de Alemania, Francia, Suiza, Estados Unidos, etc.; esa es la manera y forma de preocuparse de la nación!

No sólo en el elemento civil, sino en el militar, existe esta desidia; bien palpablemente está demostrado con la salud del soldado que está luchando en África; la cuestión que más merece su atención es el estado higiénico de las tropas, pues existiendo vida y energía se podrá luchar; de lo contrario, se irá al caos. No son sólo las balas y los crímenes del enemigo el que causa bajas en nuestro Ejército, sino esa casta de animales microbianos que abundan en el país marroquí por abandono higiénico, que hace llegar á nuestra Península barcos abarrotados de enfermos; así que el pueblo, que da su sangre por la Patria, pide que miren y dispongan las prevenciones necesarias de la higiene. ¿Qué enfermedades son las que causan tantos estragos en nuestro Ejército? Las que verdaderamente se pueden considerar endémicas en nuestro país, como son el tifus, la gripe, el paludismo y las enteritis disintéricas. ¿Cuáles son sus causas con que se desarrollan y nos pañan? Son muchísimas; pero la más importante es el

agua, impura y escasa, que desde el primer momento se notó en la campaña emprendida. ¿Pero es posible que, llevando doce años de acción activa en Marruecos, aún se cometan por nuestros Gobiernos tales absurdos como los de llevar indefensos á nuestros soldados contra las epidemias? Esto se vence con el trabajo de una buena organización higiénica, para no llegar á ser atacados por los estados morbosos de infecciones tíficas, palúdicas, gripales, etc.

No es necesario ser verbalistas y tener frases rutinarias para demostrar el patriotismo; hay que dar al pueblo lo que es del pueblo: limpieza, higiene, alimentación sana, aguas purificadas, rigurosidad en la ley de Sanidad y no hacer política callejera, engañando con ese patriotismo exaltado de falsa apariencia en su devoción.

Ahora, con el problema de Marruecos, se está ventilando todo género de responsabilidades por las causas del desastre, en el que se ocupan todo su tiempo; otro tanto debe hacerse con el desastre de mortandad causado en España por su falta higiénica, pues si el soldado peleando necesita su higiene para prever las enfermedades, en la Patria se precisa ejecutar lo mismo para dar el número suficiente de soldados para la Patria. El pueblo ruega se haga justicia, no teniendo en este lamentable abandono el estado higiénico.

¡Gobernantes, mirad por este pueblo, que se llegará á ver corroído por esa ponzoña, y no os dais cuenta que esta mortandad es mucho mayor, sin ruidos ni estampidos, que las bajas producidas por las balas del enemigo!

## Academias y Sociedades.

### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN DEL 28 DE MARZO DE 1922

Preside el Excmo. Sr. Dr. Fernández Caro y secretario Dr. Fernández Cuesta.

Léida el acta de la anterior fué aprobada. El Dr. Bascuña desea que la Sociedad de Higiene fuera cuerpo consultivo y dirige á la empresa del Lozoya frases laudatorias.

El Dr. Franco Martínez felicita al Sr. Nicolau por las medidas adoptadas para asegurar agua de buena calidad y en cantidad suficiente para abastecer á Madrid.

La elevación de la presa de Fuentes Viejas, la toma de agua de otros ríos, la construcción de otro canal y del cuarto depósito aseguran la cantidad y buena distribución. La limpieza del embalse del Villar, el canal transversal, el saneamiento de los pueblos ribereños, la guarda rural, el salto de Torrelaguna evitan turbias, impiden la contaminación y destruyen materia orgánica. Con los proyectos de filtración, clorización y la creación de un gran lago de aguas claras se llegará á la depuración y á la esterilización bacteriológica.

Es de desear que las aguas de Santillana sean sometidas á parecidos procedimientos de sedimentación y depuración y convendría invitar al Consejo de la misma á que remitiera á esta Sociedad documentos ó enviara personal técnico que nos dijera lo que han hecho ó piensen hacer en este sentido.

Hablando de las aguas de los viajes antiguos opina que

deben aprovecharse las de los que no estén contaminadas y aquellas conducciones que puedan sanearse sin grandes dispendios, dedicando las restantes al riego del alcantarillado. Estas aguas representan una riqueza que nos dejaron nuestros antepasados y debemos transmitirla mejorada á las generaciones venideras.

Las aguas de los pozos no deben ser utilizadas en Madrid para bebida ni para usos industriales ligados con la alimentación, ya que esas aguas tenemos que suponerlas infectadas.

Como las aguas potables se contaminan en las poblaciones con las filtraciones procedentes de las alcantarillas y pozos negros, conviene vigilar la construcción y evacuación de éstas y la depuración de las aguas de aquéllas por la filtración en campos adecuados.

Pregunta al Sr. Nicolau qué sistema piensa emplear en la clorización de las aguas de Lozoya. Si el cloro líquido ó el gas. Si piensa traerlo del extranjero ó fabricarlo en España, y en este caso si por el procedimiento europeo de los hipocloritos ó el americano, descomposición electrolítica del cloruro sódico. También pregunta el sitio donde se piensa establecer la casilla de desinfección, entendiendo que el adecuado es poco antes de la entrada del agua en los depósitos. De todos modos juzga escasa la cantidad de 250.000 pesetas presupuestadas y cree debe hacerse el ensayo y convertir el procedimiento en permanente ya que la experiencia de muchas ciudades de Europa y América da resultados excelentes. Chicago en 1881 padecía 105 tifoideas por 100.000 habitantes; en 1918, después de la clorización se redujo á 1,4. Cleveland con 99, redujo á 5. Los mismos éxitos en Nueva York, Boston, etc.

Pero si el factor hídrico es el principal medio de propagación de las epidemias de tifoidea, no es el único; el hombre es el constante portador de bacilos y puede contagiar cuanto le rodea. Tenemos que procurar la curación bacteriológica de los portadores de gérmenes y especialmente de los convalecientes que se dedican á la industria ó comercio de substancias alimenticias. A éstos es preciso impedirles el ejercicio de su profesión mientras constituyan un peligro, y los sindicatos á los que pertenezcan deben pagarle un socorro suficiente. Esto se ha hecho en varias naciones.

Es preciso vacunar á las personas que asisten ó conviven con los enfermos. Estas vacunas están indicadas en estos casos y en los ejércitos, en los pueblos que pueden infectar aguas potables y en los de escaso vecindario que sufran epidemias; pero no cree conveniente la vacunación sistemática de las grandes poblaciones ya que la depuración de las aguas es más sencilla, la vacunación es más molesta y la inmunidad que concede apenas dura un año.

Estudia los demás medios de contagio, indica las medidas profilácticas y termina con el diagnóstico diferencial entre tifoidea y tífus exantemático.

El Sr. Olea elogia las conclusiones presentadas por el Sr. Nicolau estimando que el cloro es el mejor agente de desinfección de las aguas y reservándose hacer alguna observación al discutirse algunas de las conclusiones.

Se pone á discusión la primera conclusión que dice así: «Para contribuir eficazmente á reducir los índices de morbilidad y mortalidad debidos á enfermedades de origen hídrico, es de la mayor conveniencia que las aguas de todas procedencias empleadas en el abastecimiento de Madrid lleguen al consumidor en el mayor grado de pureza que la moderna técnica permite alcanzar.» Fué aprobada.

2.ª «Las características que en Madrid acusan los recrudescimientos locales de fiebres tifoideas, permiten asegurar que hasta el presente no cabe atribuirlos á las aguas del Lo-

zoya y probablemente tampoco á las del Manzanares (Santillana); por el contrario, la situación de pozos negros y de viajes antiguos y los datos que sobre el particular se conocen, no autorizan á descartar la suposición de que ciertos brotes epidémicos de carácter local circunscritos á los barrios abastecidos por alguno de aquellos viajes no deban serles atribuido exclusivamente.»

Abierta discusión, el Dr. Yagüe (D. José Luis) dice que la zona Este de Madrid se surte de aguas del Jarama y se debe incluir en la conclusión. El Dr. Espina afirma que no hay en Madrid agua del Jarama, pero que á sus riberas acuden los domingos gran cantidad de excursionistas y puede ser este un peligro.

Intervienen los Sres. Nicolau, Franco, Lasbennes y Mañineco y, por último, se aprueba con la siguiente modificación desde donde dice: «Manzanares, conducción de la empresa Santillana, por el contrario, la situación de pozos y viajes antiguos y los datos que sobre el particular se conocen, no autorizan á afirmar que ciertos brotes epidémicos, etcétera.»

3.ª Como consecuencia de la conclusión anterior y como medida de prudencia, convendría suspender el suministro de las aguas procedentes de pozos de viajes antiguos interin no se adquiriera el convencimiento de los que se hallan positivamente al abrigo de contaminaciones ó que son objeto de purificación constantemente eficaz.

La conclusión fué aprobada después de algunas consideraciones del Sr. Olea ensalzando las aguas de la fuente de la Reina y la del Berro y rechazando la del Manzanares por su composición y su grado hidrotimétrico.

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 FEBRERO DE 1922.

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre y con asistencia de las señoras de costumbre comienza la sesión. Se da cuenta del fallecimiento de la señora de Queipo que con tanto entusiasmo y constancia trabajó en esta obra, y se acuerda conste en acta el gran sentimiento de toda la Junta que la ofrenda hoy, con sus oraciones al Altísimo, la manifestación de su gratitud y cariño por la bondadosa colaboración que prestó á esta labor de justicia y caridad.

Se lee el acta y las cuentas del mes, que son aprobadas.

Se acuerda enviar un oficio nombrando socio protector al Sr. Sandín, testamentario del Dr. Melcior, por su generosidad é interés para con esta Institución y por las molestias que se ha tomado hasta terminar por completo todas las diligencias de la testamentaría de dicho bienhechor (q. p. d.), y se indica hacer una pequeña atención al Sr. Sandín ya que no cobró nada por sus trabajos.

Se lee una carta del ilustre Dr. Giol con la que envía un volante para que se admita á la huérfana del Dr. Solís en su sala del Hospital General. Se enviará un oficio nombrándolo socio honorario, quedando esta Junta muy agradecida á su eficaz decisión.

La señora presidenta da cuenta de haber hecho un donativo extraordinario de 25 pesetas á la señora de Izquierdo por estar enfermo su marido y su hija, esto aparte de lo que se le entrega mensualmente.

No habiendo más asuntos de que tratar se levantó la sesión á las ocho y media.

La secretaria de actas, PILAR CALVACHE.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715,5, ídem mínima, 709,1; temperatura máxima, 27°,9; ídem mínima, 6°,3; vientos dominantes, E. NO.

Notable disminución han experimentado los afectos catarrales agudos del aparato respiratorio. Siguen presentándose estados congestivos y hemorrágicos de los bronquios y de los centros nerviosos. Las formas agudas del reumatismo se sostienen en las mismas condiciones, y las infecciones del aparato gastrointestinal tampoco han presentado variaciones importantes.

### Crónicas.

**La Oficina Internacional del Trabajo.**—Aparte de las informaciones que, con el título de «Notas Bibliográficas», aparecen mensualmente en la *Revista Internacional del Trabajo*, el Servicio de Higiene organizará en breve la publicación periódica de unas fichas bibliográficas que tengan relación con las publicaciones de *Higiene y de Patología del trabajo*.

Es evidente que en la Oficina Internacional del Trabajo no se recibe toda la prensa médica y social; sin embargo, el Servicio de Higiene dispone de los medios suficientes para asegurar la lectura y recorte de los periódicos más importantes en este ramo.

La Oficina Internacional del Trabajo ruega encarecidamente a todas las personas competentes en materia de *Medicina*, industrial y social, se sirvan enviar directamente a su Servicio de Higiene (Section d'Hygiène, Bureau international du Travail, Genève), datos completos bibliográficos de sus trabajos a medida que se vayan publicando (nombre del autor, título del trabajo, número y fecha del periódico en que el trabajo haya sido publicado), y de enviarle, si fuera posible, una impresión separada de las citadas publicaciones. A su vez la Oficina Internacional del Trabajo se complacerá y no dejará de enviar a sus corresponsales las mencionadas fichas bibliográficas de Higiene del trabajo.

**Sociedad Internacional de Hidrología médica.**—Se ha constituido en Londres el Comité de una Sociedad internacional de Hidrología médica, bajo la presidencia del doctor Forthescue Fox, y que ya cuenta con representantes en trece naciones, entre las cuales figuran Austria, Estados Unidos, Francia, Checoslovaquia, etc. Como representante de España ha sido nombrado el Dr. Rodríguez Pinilla.

Esta Sociedad publicará sus Archivos en tres idiomas, y en ellos se dará cuenta del movimiento científico y profesional de la especialidad, con objeto también de estrechar las relaciones que la Hidrología médica debe tener con las demás instituciones médicas.

El Comité de Londres ha dispuesto que se repartan gratuitamente en España 200 ejemplares de esos Archivos a los Colegios médicos y demás centros de cultura.

El primer fascículo aparecerá en primeros de Mayo.

**Para el Museo histórico-médico de Viena.**—En el edificio de la antigua Academia médico-militar de Viena, llamada Josefina, el Museo médico histórico, dependiente del Instituto universitario para la historia de la Medicina, ha encontrado su digno hogar.

Una parte considerable del desarrollo de la ciencia médica se ha completado en el suelo de Austria. Particularmente, Viena es la ciudad clásica para la historia de la Medicina.

Es deseo de la dirección del Instituto médico-histórico persuadir a todos de la utilidad de la historia médica, en interés de la salud pública, para que esta salud pública mejor conocida pueda lograr su mayor difusión y se solicite a todas las personas procedentes de familias de médicos, envíen a este Instituto los documentos, libros, escritos, cartas, retratos, bustos, medallas, instrumentos, modelos, material de curas, etc., que pueden tener un interés para el estudio de la historia de la Medicina.

El Instituto está bajo la dirección del profesor doctor Max Neuburger, en la Universidad de Viena, IX Währingerstrasse, 25, y los envíos pueden hacerse como regalo o conservando su propiedad para ser allí expuestos.

Los autores españoles que envíen allí ejemplares de sus libros, contribuirán de modo señalado a la obra de colaboración científica universal a que todos aspiramos.

**A los nuevos licenciados.**—Todos los señores que, terminando su carrera en los meses de Mayo y Junio del año actual, obtengan la REVÁLIDA DE LICENCIADOS, recibirán gratuitamente este periódico durante un semestre en el punto donde deseen instalarse.

Bastará con enviar su nombre y señas para comprobar la reválida, a esta Administración, Serrano, 58.

**Oposiciones a 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.

**Purlaxina.**—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid (Carrera de San Gerónimo, 1), cuya lectura recomendamos.

**Bioplastina.**—Al presente número acompañamos una delicada tarjeta del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), productos Serano y Ergon, agente para España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona.

## PAPELES YHOMAR

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

### ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

## Radiozono

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

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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

Sucesor de Enrique Teodora.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza,