

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Cajal. Su personalidad, su obra, su escuela, por el Dr. Carlos María Cortezo.—La vacuna autógena en la operación de la catarata, por el Dr. B. Castresana.—La utilización práctica de la irradiación difusa en la roentgenoterapia profunda, por los Dres. Ratera.—Las inyecciones de leche esterilizada en Terapéutica (ocular y general), por el Dr. Manuel Marín Amat.—Paraplejia postergipal por meningitis serosa circunscrita, por Gonzalo R. Lafora.—Estado actual de la doctrina de las secreciones internas, por el Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo. Bibliografía, por Emilio Luengo.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Dario Carlan.—Carta abierta.—Azúa ha muerto, por el Dr. Barrio de Medina.—Homenaje á Lázaro.—Homenaje á Cajal.—Trabajo de los locos en los frenocómos, por Bernardino Labasta.—Sociedades científicas: Sociedad Ginecológica Española.—Sección oficial: Ministerio de la Guerra.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas. Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios

CAJAL

Su personalidad, su obra, su escuela ⁽¹⁾

POR EL

DR. CARLOS M.^a CORTEZO

Comenzamos anteriormente la exposición de los descubrimientos del histólogo español al aplicar el método de Golgi, por él ventajosamente perfeccionado, al estudio de la estructura del cerebelo de las aves y mamíferos. La descripción de los hallazgos más trascendentes en este órgano (cestos terminales, fibras paralelas y fibras trepadoras) queda indicada é ilustrada con las figuras correspondientes; pero no fueron éstos los únicos descubrimientos de Cajal en aquella parte del encéfalo; además de los mencionados, descubrió por vez primera la disposición de las expansiones de los granos, de los elementos celulares que dan nombre á la 2.^a capa, de las tres en que para mayor comodidad descriptiva se divide convencionalmente á la lamina cerebelosa. Los granos del cerebelo son células nerviosas de pequeñísimo tamaño, lo cual justifica su nombre; Golgi las había estudiado y describía en ellas la existencia de expansiones, pero de un modo poco preciso, á todas luces incompleto. Cajal demostró terminantemente con sus preparaciones que los granos poseen tres ó cuatro expansiones proto-

plasmáticas ó dendritas, de corta longitud, que terminan ramificándose, formando una arborización reducida, digitiforme, independiente para cada expansión. La expansión nerviosa ó funcional del grano es la que, bifurcándose, origina las fibras paralelas ya señaladas. Pues bien, las arborizaciones digitiformes de los granos reciben el contacto de unas fibras nerviosas especiales, descubiertas por Cajal y denominadas por él mismo *fibras musgosas*, fibras ascendentes ó centrípetas que presentan tanto en su cabo final como en sus ramas colaterales, ciertas eflorescencias ó *rosáceas*, de apéndices cortos, tuberosos, libremente terminados [fig. 7.^a (1)].

Por último, en el cerebelo descubrió también el sabio español, las *espinas peridendríticas*, especie de vello de finísimos y cortos apéndices que cubren á todas las dendritas y expansiones protoplasmáticas en general; este hecho, junto con otros varios, distingue perfectamente á las dendritas, del cilindro-eje, el cual es completamente liso y siempre está desprovisto de tales espinas.

Aunque sólo sea someramente, puesto que más adelante hemos de dedicar á ello la atención merecida, queremos hacer notar la importancia capital de estos descubrimientos del cerebelo, aunque en realidad, son una parte pequeña dentro de la totalidad de la labor científica de Cajal; aquellos primeros descubrimientos tuvieron por sí solos el alcance de destruir todas las falsas doctrinas relativas al asunto y de establecer una nueva teoría del funcionamiento del sistema nervioso, que por estar fun-

(1) Véase el número anterior.

dada en hechos de observación de incommovible firmeza y de maravillosa fuerza demostrativa, llevó á su lado á los sabios más eminentes, despertando en sus compatriotas un sentimiento de admirativo orgullo por el hombre que desde su mesa de trabajo se constituía por sí mismo y sin discusión de ninguno, en egregio representante ante el mundo científico, de la vigorosa semilla encerrada en la raza española. Por otra parte, aquellos descubrimientos tuvieron una consecuencia en otro sentido, cuyo valor no es, ni mucho menos, despreciable; desde aquel momento Cajal tuvo su escuela.

Reflexiónese un poco, con el pensamiento fijo en la Fisiología y la vista clavada en las figuras que representan la disposición real en las intimidades recónditas del cerebelo, de los cestos terminales y de las fibras trepadoras. De la contemplación de unos y de otras, pero especialmente de estas últimas, surge en el ánimo la idea de que los impulsos nerviosos se transmiten por contacto y no se duda en desechar como inverosímil é inútil la existencia de las redes difusas intercelulares supuesta por Golgi. Con sidérese que los cestos terminales no son más que el resultado de la ramificación final del cilindro eje de una célula estrellada pequeña de la capa molecular y se comprenderá en seguida el concepto de la unidad anatómica y fisiológica de la célula nerviosa, denominada por ello *neurona*. Ya no tiene razón de ser la división de los elementos esenciales de la constitución del sistema nervioso en fibras y células; no hay más que células con sus expansiones, unas protoplásmicas y otras funcionales; los mismos nervios macroscópicos, que en esencia no son más que un voluminoso haz de miles de cilindro ejes, no representan, por lo tanto, más que el conjunto ordenado con miras á la más perfecta transmisión de los finísimos conductores por donde pasan velozmente sin confundir el camino las admirables y diversas ondas enviadas misteriosamente por las al parecer tranquilas células nerviosas, desde lejanos y escondidos parajes cerebrales.

Puede afirmarse que la mayor parte de la obra de Cajal está constituida por las investigaciones que emprendió para comprobar la verdad de la hipótesis de la transmisión por contacto de los impulsos nerviosos, sugerida espontáneamente por la contemplación microscópica de los cortes de cerebelo. Esta labor de contraste fué extensísima, recayendo sobre todos los órganos del sistema nervioso y aplicando procedimientos distintos que el del cromato de plata. Naturalmente, la teoría del contacto se confirmó en todas estas exploraciones, con la ventaja de proporcionar una cantidad grande de datos nuevos, acerca de la estructura particular de cada parte del sistema nervioso.

Resaltan por su excepcional interés y por lo mucho que contribuyeron á la gloria de su autor, los hallazgos en la retina y en la medula espinal, primeros territorios en los que llevó á cabo Cajal sus investigaciones de comprobación.

Ya indicamos al principio del libro (1) el estado en que se encontraba el conocimiento de la estructura de la retina hacia el año 1877; ulteriormente, las granulaciones groseras que constituían varias

de las distintas capas que se describían en la retina, fueron mejor estudiadas y quedó demostrado que se trataba de verdaderas células.

Para mayor comprensión de los lectores, no enterados de esta cuestión, creemos útil exponer previamente las capas que se estudian actualmente en la retina, después de los trabajos, no sólo de Cajal, sino además, de otros muchos investigadores. Estas capas son diez, y contando de dentro á fuera del ojo, son: 1.^a, *limitante interna*; 2.^a, *de las fibras del nervio óptico*; 3.^a, *capa de células ganglionares*; 4.^a, *capa plexiforme interna*; 5.^a, *capa de las células bipolares*, ó de los *granos internos*; 6.^a, *capa plexiforme externa*; 7.^a, *capa de los cuerpos de las células visuales*, ó zona de los *granos externos*; 8.^a, *capa limitante externa*; 9.^a, *capa de los conos y bastones*, y 10.^a, *capa pigmentaria*.

Antes de pasar adelante, deseamos hacer notar el hecho de que los conos y bastones están colocados á contraluz, es decir, que se encuentran situados profundamente cerca de la coroides, separados por tanto por las demás capas retinianas, del humor vítreo, por donde la luz llega. Este hecho, sobre el que pasan muy ligeramente los autores, parece contrario á los dictados de la lógica y, sin embargo, tiene su explicación: (1) «la Naturaleza se ha preocupado de asegurar la visión de los animales con todas sus iluminaciones; si los aparatos fueran poco susceptibles, sólo se impresionarían por las grandes intensidades y la visión únicamente sería posible á la luz meridiana; si, por el contrario, fueran delicadísimos y aptos para impresionarse con luces muy débiles, como la de los crepúsculos, los animales cegarían á pleno sol. Ciertamente que los hay, los ratones y mochuelos, lechuzas, etc., que se deslumbran y ciegan por la luz del mediodía; pero otros, el hombre entre ellos, ven con iluminaciones de intensidad muy variable. Y es que los aparatos de impresión, los bastones en particular, muéstranse extraordinariamente susceptibles á las vibraciones luminosas y para defenderse del exceso aparecen vueltos hacia la coroides, no recibiendo más luz que la que esta membrana refleja».

Puntualizada esta cuestión, volvamos á los trabajos de Cajal sobre la retina. Cuando el histólogo español comenzó sus investigaciones comprobatorias de la hipótesis del contacto, utilizó primeramente la retina de las aves (1888); más tarde, en 1891, exploró la de los mamíferos. En frase tan poética como modesta, dice Cajal que esta membrana, la retina, «mostróse siempre conmigo generosa». En efecto, en la de las aves, demostró, aparte de otros hallazgos, que los conos y bastones se terminan libremente al nivel de la capa plexiforme externa, articulándose con el penacho exterior de las células bipolares. La hipótesis del contacto quedó por tanto confirmada en este órgano y se confirmó también en la retina de los mamíferos, pero al mismo tiempo puso de relieve Cajal otros detalles importantísimos, que unidos á los debidos á otros autores (Tartuferi, Dogiel) sirvieron para dejar establecido de un modo concreto la estructura de la membrana visual y la marcha de las impresiones luminosas en la misma.

Los conos y bastones que forman la llamada

(1) Véase el número 3.567 de EL SIGLO MÉDICO, pág. 424.

(1) Gómez Ocaña: «Fisiología humana», 5.^a edición, pág. 491.

membrana de Jacob, tienen atributos distintos; el *cono* está destinado á la visión diurna y de los colores; y el *bastoncito*, á la visión crepuscular ó incolora. La imagen proporcionada por estas últimas células, es un tanto borrosa y está desprovista de detalles, comparándola Cajal, en principio, á una

por su descubrimiento de la diferente terminación de estas células. Así es que, consciente de lo que buscaba, dióse á explorar afanosa y reiteradamente la retina de peces y mamíferos, animales donde la diferenciación entre conos y bastones llega al máximo, convencido de que «cuando se discurre con

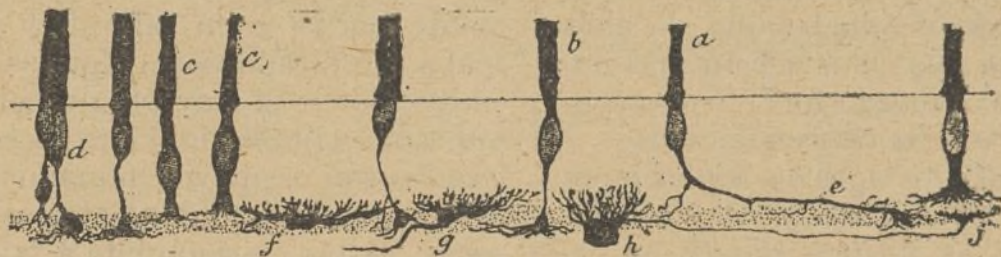


Fig. 9.a.

Retina de las aves. — a, b y d, variedades de conos; c, bastones; h, células horizontales.

fotografía común desenfocada; así se explica, que en la fovea central, región de la máxima acuidad visual, no existan bastones. En cambio, la impresión de los conos, elementos particularmente concentrados en la *fovea centralis*, da lugar á la formación de imágenes perfectas, coloreadas, finas y brillantes, semejantes á una fotografía en colores. En unos animales, dominan los conos y en otros los bastones, según el ambiente en que habitan (aves nocturnas y diurnas, peces, reptiles, etc.). «Por singular privilegio, reúne el hombre la visión cromática del águila y la crepuscular del pez». Según los autores contemporáneos de Cajal (principalmente Tartuferi y Dogiel), los conos y bastones terminarían á nivel de la zona plexiforme formando redes. Pero el sabio español demostró también en los mamíferos, como lo había hecho en las aves, que terminan libremente (figs. 9.a y 10); ahora bien, en la retina de los mamíferos demostró además Cajal, que la terminación libre presentaba una disposición diferente para cada elemento; los bastones terminan por una esférula libre y, en cambio, los conos rematan á favor de una expansión espesa que se ramifica formando una especie de brocha de raicillas horizontales ramificadas (véase fig. 10). Fijado este punto importante, pensó Cajal, que puesto que la impresión recibida por el bastoncito es diferente de la recolectada por el cono, cada una de estas impresiones específicas debía propagarse necesariamente por cauce diferente, pues de lo contrario, no tenía objeto la ingeniosa disposición con que la Naturaleza ha facilitado la clara visión de los colores. Tartuferi y Dogiel que trabajaban sobre el mismo tema, á la par de Cajal, afirmaban que las células bipolares, que recogían inmediatamente las impresiones de los conos y bastones, á favor de la red intermedia, eran además, todas del mismo tipo; si fuera así, lógicamente había que pensar que las distintas impresiones recogidas en la *membrana de Jacob*, al llegar á la capa de las células bipolares, se confundirían, corriendo juntas por los mismos cauces, unidas las impresiones del color y la del blanco y negro. La opinión de Cajal, de la existencia de cauces diferentes para las distintas impresiones visuales, nacía, ante todo, del principio fundamental de la especificidad de los conos y bastones, antes indicada y admitida desde la época de J. Müller y M. Schültze; después, se reforzó más su creencia

sentido común y alzamos el mazo resueltos á una acción vigorosa, la naturaleza acaba por oírnos». Y efectivamente, y como premio á su fe, aparecie-

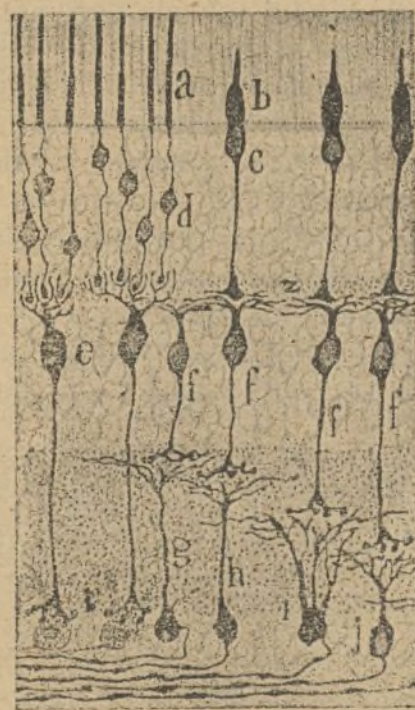


Fig. 10.

Células de la retina de un mamífero (esquema destinado á mostrar los sendos cauces al través de la retina, del impulso recogido por los conos y bastoncitos). — a, bastones; b, conos; c y d, cuerpos de los conos y bastones, respectivamente; e, células bipolares para bastones; f, células bipolares para conos; g y h, células ganglionares destinadas respectivamente al primero y segundo piso de la capa plexiforme interna; i, j, ganglionares ramificadas en los pisos inferiores; r, pies terminales de las bipolares de bastón.

ron clarísimos y resplandecientes aquellos dos tipos de corpúsculos bipolares «exigidos por la teoría y adivinados por la razón».

Si el hallazgo impensado de la terminación real de las fibras nerviosas en la sustancia gris, al encontrar las fibras trepadoras y los cestos terminales del cerebelo, produjo en Cajal la emoción inherente á todo descubrimiento trascendente no esperado, creemos que el encuentro de los dos tipos de células bipolares, debió producirle una satisfacción tan íntima y unos momentos de tan agradable alegría, que seguramente tuvieron para él más valor personal que la gloria proporcionada por sus primeros descubrimientos. Así nos parece poder presumirlo, por la lectura de los breves párrafos en que da cuen-

ta de este hallazgo tan fervorosamente perseguido, Al repasarlos, experimentamos también nosotros una sensación de conmovedor regocijo, influídos poderosamente por la fuerza evocadora que encierran y que deja adivinar la sincera emoción del que los escribió. Y es que el logro de los anhelos, aunque sean pequeños cuando son afanosamente perseguidos en lucha con las dificultades que de ellos nos separan, proporciona una satisfacción más noble y más honrada que el hallazgo fortuito ó la consecución fácil de las cosas más trascendentales.

Descubrió Cajal, pues, dos tipos de células bipolares; las *células bipolares para conos* y las *células bipolares para bastones*. Estas últimas poseen un penacho protoplasmático ascendente fino, que termina libremente, poniéndose en contacto con un grupo de esférulas terminales de los bastoncitos; y en cuanto á su prolongación cilindro axil ó descendente, se articula mediante una terminación libre verrugosa con el cuerpo de las células ganglionares (véase fig. 10, r). Las células bipolares para cono terminan al nivel de la zona plexiforme externa (lo mismo que las de los bastones), pero articulándose con las terminaciones ramificadas de los conos; y en cambio su axon desciende hasta ramificarse horizontalmente al nivel del ramaje terminal de cualquiera de las células ganglionares, medianas y pequeñas (véase la fig. 10, f).

Otro descubrimiento importante en la retina de los mamíferos, se refiere al axon y arborización nerviosa terminal de los diversos tipos de corpúsculos horizontales—células estudiadas también por Krause, Schiefferdecker, y más tarde por Tartu-

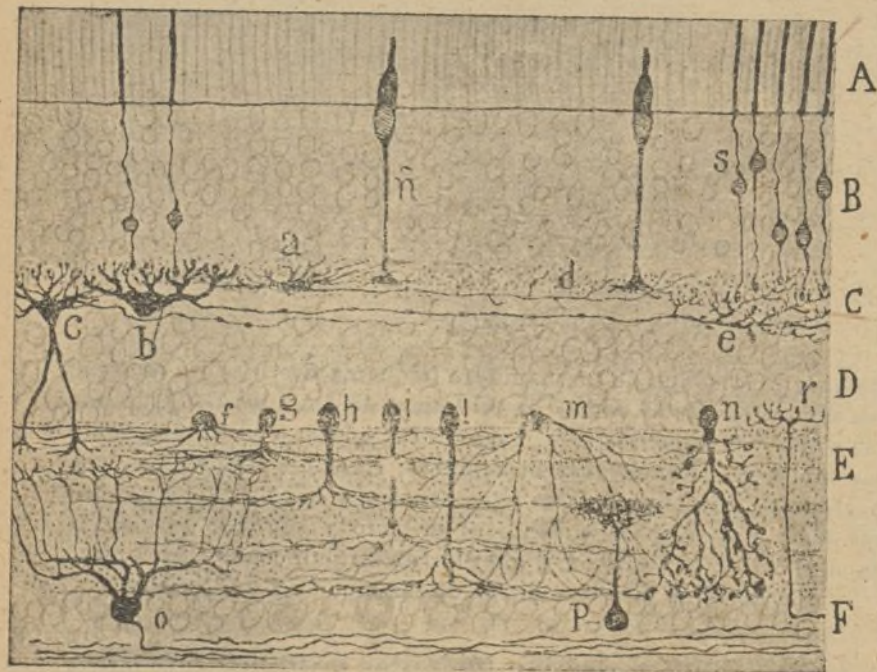


Fig. 11.

Corte perpendicular de una retina de mamífero. A, capa de los conos y bastones; B, capa de los cuerpos de las células visuales, ó de los granos externos; C, plexiforme externa; D, capa de las células bipolares (no representadas en esta figura); E, plexiforme interna; F, células ganglionares y fibras del nervio óptico; s, cuerpo de los bastones; n, cuerpo de los conos; a, célula horizontal pequeña; b, célula horizontal grande; c, horizontal con expansión protoplásmica descendente; d, e, axones de las células horizontales terminados en la capa plexiforme externa; f, g, h, j, l, m, n, diversos tipos de células amacrinas ó espangoblastos; p, amacrinas dislocadas; o, célula ganglionar biestratificada; r, fibras centrifugas.

ri y Dogiel.—En los mamíferos estas células forman dos variedades: *células horizontales pequeñas ó ex-*

ternas y células horizontales grandes ó internas (figura 11, a, b, c). Las *pequeñas* son aplanadas y yacen inmediatamente debajo de la zona plexiforme externa. De su periferia brotan numerosas expansiones divergentes y ramificadas que constituyen, debajo de los pies de los conos, un plexo muy tupido. El cilindro-eje es fino, dirígese horizontalmente por la zona referida y á distancia variable acaba ramificándose en algunas ramitas terminales, emitiendo en su trayecto numerosas colaterales ramificadas y libres (fig. 11, a). Las células horizontales *grandes* son de mayor tamaño que las anteriores; sus expansiones protoplásmicas ó dendritas son espesas, cortas, terminando á favor de ramitas cortas, digitiformes y ascendentes. El cilindro-eje fué visto por Tartuferi; después Dogiel dijo de él que tras un curso horizontal variable, descendería bruscamente á través de las capas retinianas para continuarse con una fibra del nervio óptico; pero Cajal demostró que tales cilindro-ejes no bajan nunca de la zona plexiforme externa, sino que después de un trayecto larguísimo, se terminan en ella á favor de una arborización varicosa de enorme extensión. Cada fibra de semejante ramificación envía hacia el piso de las esférulas de los bastoncitos una ramita corta acabada por una varicosidad (fig. 11, e). Existe otra variedad de estas células grandes, caracterizada además de las propiedades indicadas, por exhibir una ó dos expansiones protoplásmicas descendentes que se ramifican en la zona plexiforme interna (fig. 11, c).

Dió también Cajal una descripción perfecta de los *espangoblastos*, á los que designó con el nombre de *células amacrinas*, atendiendo á que lo característico de estos elementos es carecer de cilindro-eje, como demostró Dogiel, ó expansión larga (a, partícula privativa; *macros*, largo, é *inos*, fibra). Habitan en la parte más profunda de la zona de los granos internos y sus expansiones todas se dirigen hacia abajo, ramificándose en la zona plexiforme interna, pero lo hacen á diversas alturas, por lo cual existen diferentes planos ó pisos de arborización (fig. 11, f, g, h, m, n); además de las amacrinas que sólo suministran ramitas para un piso ó *estratificadas*, describió Cajal otras cuyas expansiones se distribuyen por casi todo el espesor de dicha zona, por lo que proptus el nombre para ellas de *amacrinas difusas* (fig. 11, m y n); sin embargo, la mayor parte de las ramitas de éstas se acumulan en el piso más inferior. En cada piso de la capa plexiforme interna, determinado por las arborizaciones de las células amacrinas, vienen á converger por debajo extensas ramificaciones horizontales, formadas por las expansiones protoplásmicas de las células ganglionares. Por último, describió también el sabio investigador español, en la retina de las aves, un tipo especial de espangoblastos, llamado espangoblastos de asociación, por relacionarse mediante sus expansiones con grupos de células amacrinas; al soma de estos espangoblastos de asociación, vienen á terminar libremente las *fibras centrifugas* de la retina, otro descubrimiento de nuestro compatriota, y que son una categoría especial de fibras del nervio óptico, cuyo origen es preciso buscar en los centros ópticos; este hecho interesante ha servido de base, entre otras concepciones

fecundas, á la teoría de los *nervo-nervorum* de Duval (fig. 12, e, b, d, f y fig. 11, r).

Las células ganglionares poseen un cilindro-eje

que pueda ser empleada, y además, las razones que nos han impelido á estos estudios clínicos, encaminados á evitar las complicaciones infectivas postoperatorias en

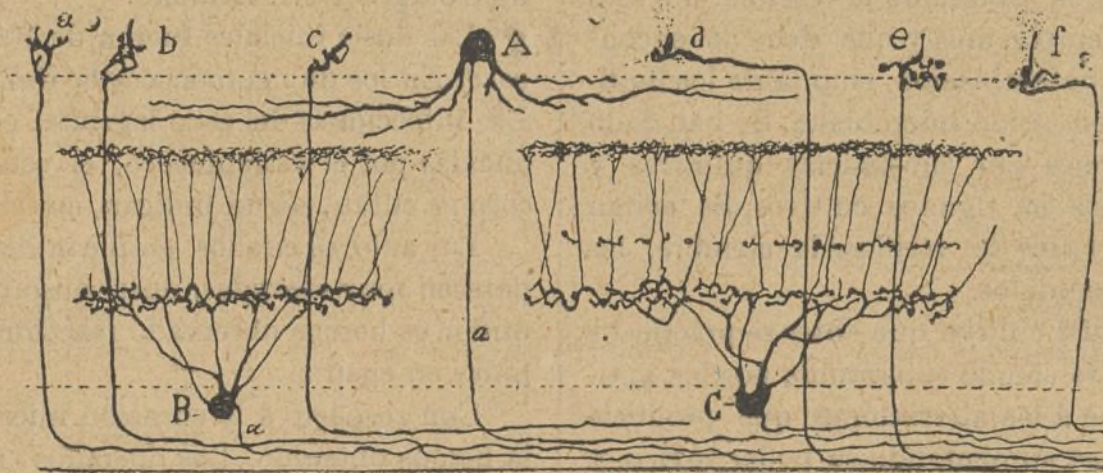


Fig. 12.

Algunos tipos de células ganglionares (B, C,) de la retina de las aves; e, b, d, f, arborización final de las fibras centrifugas.

que se continúa con una fibra del nervio óptico, y sus expansiones protoplásmicas parten exclusivamente de la cara superior del soma, arborizándose en plexos horizontales á diferentes alturas de la capa plexiforme interna, entrando en contacto con la arborización de las células amacrinas y de las células bipolares. Según la forma de la arborización protoplásmica se dividen las células ganglionares en *monoestratificadas*, *poliestratificadas* y *difusas*; en las poliestratificadas el ramaje protoplásmico forma dos ó más plexos concéntricos, correspondientes á igual número de pisos de la capa plexiforme interna (fig. 11, o, y fig. 12, B, C).

Por tanto, la capa plexiforme interna representa el punto de empalme de tres especies celulares: los *espongioblastos*, las *células bipolares* y los *corpúsculos ganglionares*.

Otros descubrimientos de Cajal en la retina se refieren á las células de Müller.

(Continuará.)

La vacuna autógena en la operación de la catarata

POR EL

DR. B. CASTRESANA

Jefe facultativo del Instituto Oftálmico Nacional.

El extraordinario desarrollo alcanzado en estos últimos tiempos por la vacunoterapia y la transformación que ha producido en la terapéutica ocular no podía menos de abrir en el campo de la Oftalmología una nueva página que si en la actualidad es poco conocida, con el tiempo modificará los procedimientos curativos transformando en éxitos terapéuticos muchos de los fracasos actuales.

De los diferentes trabajos que venimos practicando en la clínica, acerca del empleo de estos últimos recursos, unas veces como preventivos y las otras como curativos, solamente vamos á exponer en este momento lo que se refiere al título de esta comunicación. Digamos, aunque sólo sea de una manera sintética, las condiciones que deben concurrir en una vacuna para

los enfermos de cataratas, procurando por medio de la terapéutica la inmunización. Esta es la verdadera terapéutica, ya desde muy antiguo consagrada en el conocido aforismo de «más vale prevenir que curar».

La finalidad que se persigue con las vacunas orientadas en el sentido de la inmunización orgánica contra un determinado microbio patógeno, puede tener dos fines: producir un estado refractario contra la enfermedad, ó ayudar con la autovacunación á la que se produce en el organismo por las toxinas microbianas. De este modo, conseguiremos al mismo tiempo que la curación del proceso, la inmunización.

Vamos á señalar someramente las condiciones que deben reunir las vacunas, para que los resultados sean los que buscamos con su empleo.

Es necesario, en primer lugar, la identidad de los gérmenes productores de la enfermedad y de los contenidos en la vacuna. En los casos en que empleemos la vacuna de stock, ó sea aquella en que sólo la identidad de filiación exista, no será el efecto el mismo que en las que los microbios, no solamente tengan identidad de filiación, sino también de raza.

En esta identidad más grande del germen, por pertenecer á la misma familia, que en este caso particular produce la infección, estriba la superioridad de la autovacuna sobre las demás.

Los resultados obtenidos por ellas son más halagüeños, pues no solamente se obtienen con su empleo los que se referirían al microbio en general, sino también los de los caracteres de los microbios en particular, pues bien sabemos los cambios tan grandes que sufren los caracteres del microbio, según las variaciones de medio.

Un capítulo muy importante de las condiciones que deben reunir las vacunas es el que se relaciona con su clasificación. Es de una gran importancia la estandarización, pues debemos saber en todo momento la cantidad que contiene de microbios por centímetro cúbico.

Para esto se han empleado diversos métodos: los de Wrigt y Thoma Zeiss, ó del recuento directo; el de medición; el de pesada, y, por último, la comparación de

opacidad con una solución patrón. Estos métodos, algunos de los cuales tienen grandes inconvenientes, son conocidos de todos y por ello no me voy á detener en su explicación.

Es imprescindible la pureza de la vacuna: no sólo la del microbio que empleamos y que debe de encontrarse libre de toda contaminación, sino la de los líquidos, vehículos de la emulsión microbiana. Se han dado casos de intoxicaciones por sustancias químicas y proteínicas contenidas en algunos cultivos. Se evitan fácilmente lavando antes de verificar la siembra, los cultivos y pasteurizándolos.

La esterilización del cultivo que antes se practicaba por medio del calor va siendo substituída por los antisépticos. Esto se debe á las alteraciones que producía el calor de las vacunas aumentando su poder tóxico, y disminuyendo su efecto activo. Los antisépticos más empleados son: el ácido fénico al $\frac{1}{2}$ por 100. W. Allen emplea el tricresol á la misma concentración, Ranque y Senez al 0,05 por 100, que al mismo tiempo que esteriliza la vacuna disminuye su poder tóxico. Por lo tanto, el calor ha quedado reducido á su empleo á los casos en que la muerte microbiana se verifica á los 53° ó 55°.

En cuanto á los medios de cultivo, dosis y empleo de la auto-vacuna en los casos clínicos de esta comunicación, hablaremos más adelante.

Antes de empezar el capítulo de los casos clínicos, vamos á explicar las razones que nos han inducido al empleo de este nuevo medio terapéutico como preventivo de la infección postoperatoria.

Podemos afirmar sin temor á equivocarnos, que no hay ningún órgano en la economía que responda mejor que el ojo humano al empleo de las vacunas. Las razones son las siguientes: Las infecciones oculares son de tan rápido desarrollo, que si no se tratan rápidamente y con energía, es lo más probable que nos veamos obligados á practicar posteriormente una enucleación por la pérdida del ojo con ciclitis. Con las auto-vacunas llegamos á la curación de un 95 por 100 de los casos, evitando la complicación en el ojo sano que suele simpatizarse. Estos resultados tan beneficiosos se deben á la facilidad que tenemos de hacer llegar al ojo los anticuerpos, debido á la gran vascularización de este órgano.

Entre los trabajos más notables acerca de este medio terapéutico se pueden citar entre otros los de Dupuy-Dutemps, Maiwas Hidelrman Wrigt, Allen y Mac Hardy. Estos autores últimos han curado conjuntivitis rebeldes á otros medios terapéuticos por medio de las vacunas en dos semanas. Las inyecciones eran de 150 millones de flora microbiana. En los casos de conjuntivitis de todos órdenes, producidas por toda clase de microbios, los resultados fueron idénticos.

Es notabilísimo el caso de W. Allen respecto al tratamiento de la conjuntivitis blenorragica, por las vacunas. Se presentó en el Hospital Real un enfermo cuyas córneas estaban ya invadidas. Mac Hardy lo entregó á Allen para que intentara en este caso la vacunoterapia, aunque él no tuviera ninguna esperanza.

Al cabo de diez días, Allen presentó el enfermo en tales condiciones, que Mac Hardy le dijo: ¿Por qué me trae este sujeto si no tiene nada anormal? Tal era el efecto de la vacuna, como pudieron apreciar Mr. Vernon Cargill y Mr. Armond.

Las dosis iniciales fueron de 100 millones en este caso. En los de neumococos la dosis inicial es de 200. Las infecciones del saco lagrimal corrientemente producidas por el estreptococo, el estafilococo y neumococo se curan, según indican, en seis semanas.

Los autores citados emplean dosis iniciales que nos parecen muy elevadas, pues nosotros con dosis de 50 millones hemos observado reacciones dignas de ser tenidas en cuenta.

Con respecto á la curación microbiana nosotros no la hemos obtenido. Los operados en los que por este medio hemos llegado á evitar la infección postoperatoria, seguían teniendo en sus secreciones conjuntivales los mismos agentes microbianos que antes del tratamiento vacunoterápico, pero á pesar de esto, no hemos tenido que lamentar ningún caso de infección, cuando la vacuna autógena ha sido puesta sin interrupción hasta el momento de intervenir quirúrgicamente al enfermo.

La explicación según nuestro humilde criterio, debe de basarse en que al emplear la vacuna hemos llegado á producir un aumento en las defensas orgánicas específicas inmunizando el organismo contra el microbio ó microbios que tratamos de combatir, colocándole en terreno estéril para su actuación. De este modo podemos operar á enfermos que padecen conjuntivitis de larga fecha con gran secreción conjuntival, sin el menor peligro de infección, siendo los cursos postoperatorios completamente normales.

El año 1910, al publicar mi trabajo titulado «Quinientos operados de cataratas», decía: «La complicación más grande que se puede presentar en un operado de catarata es la infección ocular ó panoftalmitis. Su aparición es muy rápida después del acto quirúrgico, haciendo su *debut* á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas de haber terminado la operación.»

La causa de esta infección radica casi siempre en alteraciones funcionales y anatómicas incorregibles de las vías lagrimales, que son el verdadero semillero de la flora microbiana, sirviendo el líquido lagrimal de verdadero caldo de cultivo, donde se multiplican y reproducen los gérmenes patógenos, que esperan, formando verdaderas colonias, á encontrar abierta la puerta epitelial para producir en ella la infección.

No debemos tampoco de olvidar que las conjuntivitis crónicas incurables se exacerban en ocasiones con la intervención quirúrgica, y pueden también dar lugar á que la herida corneal se infecte y se presente la temida panoftalmitis, y que asimismo ciertos estados generales, como la albuminuria, la diabetes, y en general todos aquellos que ocasionan cierta depauperación al organismo, pueden hacer que la herida, en vez de cicatrizar, supure y la visión se pierda, á pesar de haber ejecutado una perfecta intervención quirúrgica.

Es verdad que sin la existencia de los factores cita-

dos el ojo operado se puede infectar, sin que exista una causa conocida que lo justifique; pero, afortunadamente, esto constituye la excepción si nosotros hemos procurado durante el acto operatorio guardar todas las reglas de asepsia y antisepsia de rigor y hemos procurado no traumatizar el globo durante la intervención, porque el suponer que los tejidos oculares toleran el traumatismo, como los demás órganos del cuerpo humano, es un grave error, que debemos desechar.

Es cierto que en la actualidad contamos con un arsenal terapéutico más importante del que disponíamos antiguamente; pero es indudable que, a pesar de las inyecciones intravenosas, las de leche esterilizada, la sueroterapia y de la sutura de la córnea, cuando falta la integridad fisiológica de la conjuntiva y de las vías lagrimales, la infección postoperatoria se nos presenta fatal é irremisiblemente en algunas ocasiones, sin que podamos combatirla con éxito, conduciendo a la pérdida de visión del enfermo.

En vista de la inseguridad de los recursos que tenemos para garantizar el éxito operatorio, he recurrido a la vacuna autógena en veinticinco enfermos, entre los cuales expondré aquellos que por su flora microbiana estaban más expuestos a la infección.

La primera enferma sometida a la vacuna, J. F., de sesenta y un años, tenía una conjuntivitis crónica muy antigua, con epifora, por estrechez de conducto nasal. Secreción conjuntival bastante abundante. Análisis de la secreción, estreptococos y diplobacilos Morax. Se le ponen seis inyecciones de vacuna autógena en la forma que indicaré al hablar del modo de aplicación de esta vacuna, y se la operó de una catarata semiblanda. Extracción a colgajo combinado con esfínterectomía. Curso postoperatorio, normal. Ligera secreción conjuntival al practicarla las curas después de la intervención. El examen microscópico de la secreción de la conjuntiva acusa la misma flora bacteriana que antes de aplicarle la vacuna. Se le ponen seis inyecciones y la última momentos antes de ser intervenida.

La segunda observación es una mujer, M. G., de Daimiel, de sesenta y tres años de edad, con una catarata semiblanda del ojo derecho, que tenía conjuntivitis crónica con epifora y excesiva secreción de la conjuntiva. El análisis de la secreción conjuntival nos acusa la presencia de estreptococos y pneumococos. Se la opera por el igual procedimiento que la enferma anterior, después de haberla puesto siete inyecciones de vacuna. Curso postoperatorio, normal.

La tercera enferma operada, M. H., de setenta y un años, tenía una catarata dura también con conjuntivitis crónica. El análisis microscópico de la secreción nos acusa gran cantidad de pneumococos. Se le ponen seis inyecciones de vacuna autógena y se la opera, a colgajo simple. Nada digno de mencionarse sucede después de la intervención.

La cuarta observación fué L. S., de sesenta y un años. Catarata semiblanda. Conjuntivitis crónica doble con epifora. Examen bacteriológico, diplococos abundantes. Se le ponen seis inyecciones y se la opera por el procedimiento de colgajo combinado con esfínterecto-

mía. Curso normal después de la operación, exceptuando una ligera iritis por haber quedado algunas pequeñas masas que se reabsorben con tratamiento apropiado.

La quinta operada, M. C., de sesenta y siete años, tenía una catarata semiblanda y conjuntivitis crónica con abundante secreción, encontrándose en ésta abundantes estreptococos. Se le ponen siete inyecciones de vacuna autógena, operándola por el procedimiento ordinario, sin que se nos presentara la infección. El análisis microscópico de los exudados conjuntivales, practicado al ser dada de alta la enferma después de la operación, acusan igual flora microbiana que antes de aplicarle la vacuna.

En muy parecidas condiciones operamos a la observación sexta y séptima, sin que tampoco se nos infectara la herida corneal.

La observación octava fué un hombre, A. S., de sesenta y un años, con una conjuntivitis del ojo izquierdo con abundante secreción. El análisis microscópico nos dió una flora variada de estreptococos y pneumococos. Se le practican diez inyecciones de vacuna antes de ser operado, y aunque continuaba la secreción abundante, le practiqué la extracción de la catarata con colgajo combinado, sin que se infectara la herida operatoria.

Las observaciones clínicas, nueve, diez, once y doce, hasta la quince en las que nos reveló el análisis bacteriológico la presencia de estreptococos, diplococos, estafilococos y bacilos de Xeroxix, con sus conjuntivitis correspondientes, fueron operados después de aplicarles la vacuna sin que tuviéramos que lamentar ninguna infección.

Lo mismo ocurre con los demás enfermos hasta 25, entre los cuales hay ocho operados por *facoerisis*, exceptuando dos que al infectarse merecen algunas aclaraciones que nos expliquen por qué se realizó la infección.

Las dos infecciones que tuvimos se nos presentaron en dos operados que al llegar la época de vacaciones de Navidad, se interrumpieron las inyecciones, poniéndoles sólo la única inyección que les quedaba de reserva en el momento del acto operatorio. Las inyecciones primeras hacía un mes que se habían suspendido.

El proceso infectivo en los dos enfermos se presentó tardíamente. En uno de ellos a los ocho días de haber sido operado. Este hecho parece demostrar, que la inmunidad que produce la vacuna autógena dura relativamente poco tiempo, y que si los enfermos no se infectaron durante los cuatro primeros días después de la intervención, fué quizás debido a la inyección que se les aplicó en el momento de la intervención.

Al practicar las inyecciones de vacuna autógena, hemos conseguido el inmunizar al organismo contra los agentes microbianos que nos demostraba el análisis microscópico existían en la secreción conjuntival, y para conseguir el proceso de inmunización hemos tenido muy en cuenta todos los detalles de técnica que requiere tan delicada medicación. La vacuna empleada ha sido preparada de cada enfermo, por el ilustre bac-

teriólogo, profesor agregado del Instituto Oftálmico, Dr. Guijarro.

La superioridad innegable de las vacunas autógenas sobre las de *stock*, estriba en el hecho positivo de que en las primeras la identidad de germen y raza con el causante del proceso es evidente. Para la preparación de la vacuna autógena que se trata, es preciso practicar siembras del agente patógeno que exista en la conjuntiva previo examen microscópico directo de la secreción conjuntival en medio de cultivo sólido, suero coagulado, agar, sangre, etc.

Desarrolladas en la estufa á 37° abundantes colonias á las veinticuatro horas, á las cuarenta y ocho, ó á veces según el germen á los tres días, se procede á un nuevo examen microscópico de comprobación y confirmación del primeramente hecho. Verificada esta práctica se hace una emulsión del germen con agua salina estéril.

La vacuna es de gérmenes muertos, lo que se consigue destruyendo la vitalidad de las bacterias por medio del éter, comprobándose la muerte en virtud de nuevas siembras de la emulsión, con lo que queda hecha la vacuna, en la cual van no sólo los gérmenes sino también sus productos.

El modo de aplicación y dosificación lo hemos ajustado al criterio de que no produzca al organismo trastorno de importancia, para lo cual hemos comenzado por la inyección subcutánea de 0,5 c. c., (50.000.000) medidos con la jeringuilla, pues siendo una emulsión homogénea, es la única manera exacta de saber la cantidad progresiva de gérmenes que se inyectan.

El aumento de dosis en las inyecciones siguientes ha de estar supeditado al grado de tolerancia que origine á la dosis siguiente la anterior, pudiendo calcular dicho aumento en 2 ó 3 décimas de c. c., en cada inyección, excepto en los casos poco corrientes en que se produzca una reacción algo intensa. Entonces debe repetirse la última dosis, es decir, no se aumenta, con lo que se evita una nueva reacción.

El intervalo entre cada vacuna nos dice la vacunoterapia bacteriana en general que debe ser de seis á siete días para dar lugar á que el período de verdadera fase negativa, que suele durar ese tiempo y en el cual parece que se restan transitoriamente al organismo elementos defensivos, por el antígeno que se emplea, no actúe la vacuna. Esta fase va seguida de otra francamente positiva, en la que evidentemente aumentan aquellas defensas con el carácter de específicos.

No obstante, á pesar de manifestarnos esta norma de conducir la vacunoterapia, nosotros, por efecto del acúmulo de enfermos y de la impaciencia de éstos por operarse cuanto antes, siempre que no hemos observado reacción febril, en las veinticuatro horas después de poner la inyección, hemos practicado tres inyecciones por semana, inyectando la última dosis momentos antes de la intervención quirúrgica, sin que hayamos observado ninguna alteración en el organismo del enfermo, á pesar de repetir la vacuna en tan corto espacio de tiempo. Esto nos demuestra que todavía no podemos

considerar como perfectamente establecidas y sancionadas, algunas de las reglas que se vienen aplicando en la vacunoterapia.

La vacuna se distribuye en diez ampollas, que contienen 1 c. c. (cien millones de bacterias) cada una, con lo cual y teniendo en cuenta los aumentos progresivos de dosis hay la cantidad necesaria para aplicar al enfermo siete inyecciones antes de ser operado.

El problema de la vacunoterapia tiene gran importancia en la actualidad, porque si nosotros conseguimos con ella evitar la infección en la operación de la catarata, podemos decir que hemos dado un paso de gigante en la especialidad por ser la complicación más terrible que se nos puede presentar. Deseo que ensayen la vacuna autógena todos los oculistas en sus operados, cuando éstos tengan sus conjuntivas y vías lagrimales en estado patológico, para que después de contrastada en la clínica esta nueva medicación, sepamos si podemos contar con un tratamiento eficaz que evite la complicación más grave y temible que se nos presenta en la operación de catarata, después de la intervención. Si la experimentación clínica confirma mis observaciones el número de ojos perdidos disminuirá notablemente en las estadísticas de operados de catarata y la Oftalmología contará con un agente terapéutico moderno de gran valía en el porvenir.

Die praktische Ausnützung der Streustrahlung in der Tiefentherapie (Der Strahlensammler).

La utilización práctica de la irradiación difusa en la roentgenterapia profunda (El radiocolelector) ⁽¹⁾

Dr. Chaul (Mán. med. Woch., 1921, núm. 10, pág. 291 á 295)

POR LOS

DRES. RATERA

Resulta, además, que la distancia del colector de la superficie del cuerpo irradiado y la distancia del tubo del colector producen modificaciones en la intensidad adicional producida por el colector.

Por un gran número de mediciones iontocuántimétricas fué investigada la intensidad adicional obtenida por el colector en la superficie y á 10 centímetros de profundidad de agua. Al hacer esto se apreció el hecho sospechado ya antes de que la intensidad de adición producida por el colector, fué más pequeña en la profundidad que en la superficie, esto es, que el cociente de dosis había empeorado.

Esto nos condujo á modificar el modelo de manera que la intensidad de adición para radiaciones de diferente dureza y á diferentes distancias focopiel, quedase lo más constante posible y fuese compensado lo más posible el empeoramiento del cociente de dosis.

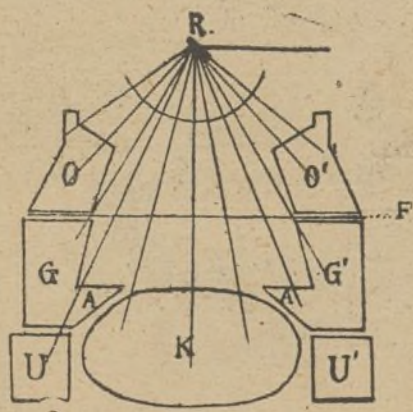
Para igualar las modificaciones de intensidad al hacer uso de rayos de diferente dureza, debió ser modificada la anchura de la luz del colector y las dimensiones de las paredes.

(1) Véase el número anterior.

Puesto que, además, se apreció que una modificación de la distancia del tubo al colector ó de éste al cuerpo, tenían como consecuencia alteraciones en la acción del colector, se ensayó el conservar distancias constantes en ambos casos por división en dos del colector, al hacer lo cual fué hecha actuar entonces la distancia del foco á la superficie del cuerpo por modificación del alejamiento de las dos partes del colector separadas.

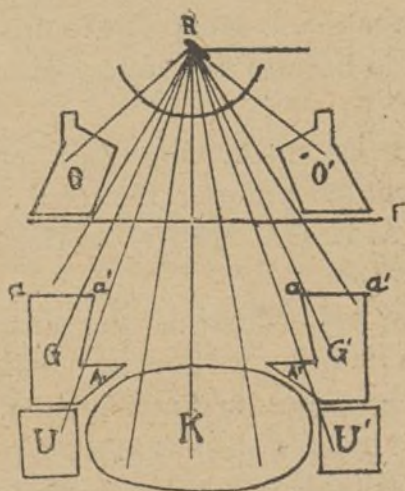
Por alejamiento de la parte superior del colector de la superficie del cuerpo es debilitada primariamente la acción del colector; sin embargo, es compensada de nuevo por el hecho de que ahora puede ser hallada una masa mayor de la parte inferior del colector por la irradiación directa (figuras 4.^a y 5.^a)

Para elevar la dosis profunda fué dispuesta la masa

Fig. 4.^a

difusora hacia abajo de manera que ella acompaña al segmento del cuerpo que se irradia. A la altura de la superficie del cuerpo fué hecha de tal manera, que iguala á la inclinación del nivel de la superficie del cuerpo en ambos lados (figs. 4.^a y 5.^a, A A').

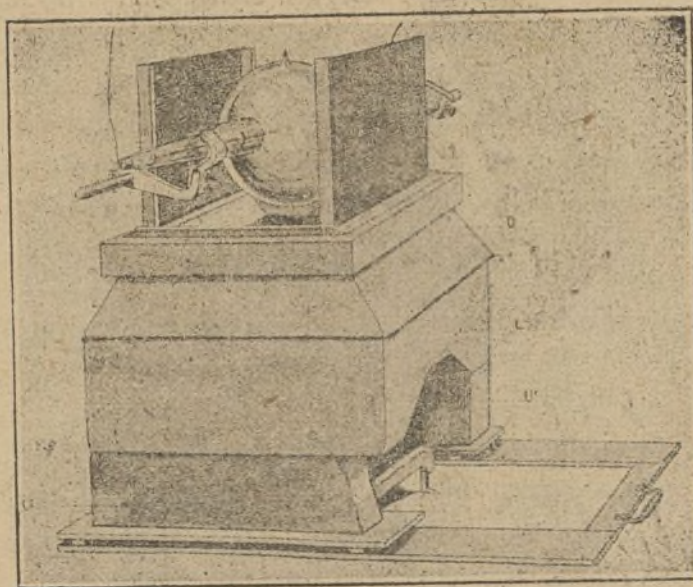
Después de numerosas investigaciones realizadas en unión de Winter, se ha hecho para el estudio de

Fig. 5.^a

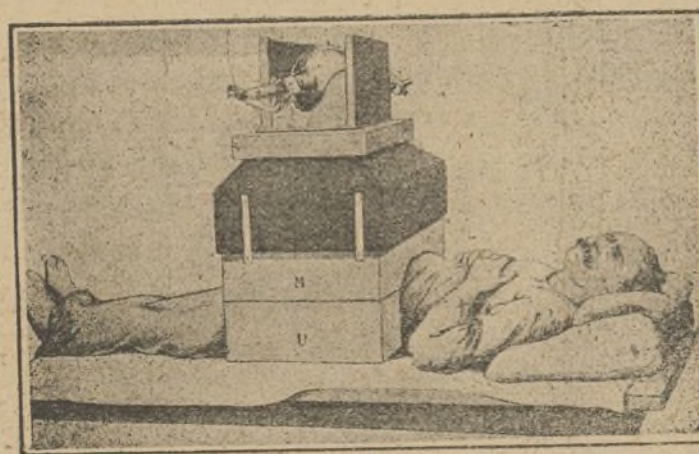
estas relaciones un número de modelos, de los cuales el que hoy se usa en la práctica parece llenar las condiciones de irradiación más favorables.

El nuevo modelo (figs. 6.^a y 7.^a) consta de dos partes. La superior (O) tiene la forma de una corta pirámide truncada de sección rectangular, cuyo hueco central parece igualmente la forma de una pirámide truncada. La anchura del orificio está calculada de manera que con una adecuada colocación del tubo las superficies

interiores son halladas abundantemente por rayos Roentgen. La parte inferior (parte fundamental) es

Fig. 6.^a

cuadrangular y consta de cuatro gruesas paredes, de las cuales dos, opuestas mutuamente, son más cortas y alcanzan hasta la superficie del cuerpo (L), mientras que las otras dos (M) son más largas y están destinadas para acompañar en ambos lados la parte del cuerpo que se irradia. Estas partes que acompañan al cuerpo tienen por objeto aumentar la intensidad de la

Fig. 7.^a

irradiación difusa, especialmente en la profundidad del cuerpo y en las partes laterales del mismo. Para el mismo fin lleva el modelo á la altura de la superficie del cuerpo en las partes laterales piezas adicionales en forma de cuña, salientes hacia adentro (figs. 4.^a y 5.^a, A A').

El tamaño del campo para la irradiación directa alcanza, aproximadamente, 20×20 centímetros. La distancia entre las dos paredes laterales, por debajo de las piezas cuneiformes, puede ser reducida ó ensanchada por desplazamiento de ambas paredes (V V') hacia adentro ó hacia afuera, según la anchura de la parte del cuerpo que se va á irradiar.

El cilindro de parafina, el cual primitivamente rodeaba al tubo, para aumentar la acción del colector, fué omitido á causa de los inconvenientes que iban unidos á él (fusión de la parafina por el calentamiento producido por el tubo).

El radiocolelector en el momento actual está construido de manera que es posible, por elevación ó des-

censo de la parte superior junto con el tubo, modificar la distancia foco-piel. Con el actual modelo pueden ser empleadas distancias foco piel entre 35 y 60 centímetros.

En qué relación a la intensidad de rayos Roentgen primarios se halla la intensidad de adición lograda por el colector en la superficie y en la profundidad intentaremos poner en claro en el siguiente

Julcio de la acción del radiocolelector.

Tres puntos de vista son de la mayor importancia para juzgar de la acción del radiocolelector:

- a) La intensidad de la adición en la superficie.
- b) La intensidad de la adición en la profundidad.
- c) La repartición de la dosis en el territorio irradiado.

Para poder hacernos una idea de la acción del colector debieran ser establecidos primeramente exactos valores para las relaciones sin colector, bajo determinadas condiciones, tomando como campo de irradiación uno de 20×20 centímetros.

Este campo pareció conveniente para la comparación porque es empleado generalmente en el método de los grandes campos (Krönig, Friedrich, Opitz, v. Jaschk y Siegel y otros), y corresponde aproximadamente al tamaño del campo que es expuesto a la irradiación directa primaria en el empleo del colector.

Todas las mediciones fueron realizadas con ionto-cuantímetro (electrómetro de Wulff con cámara de Friedrich). Con excepción de la cámara, fué protegida toda la conducción al electrómetro por una gruesa capa de plomo contra los rayos Roentgen. El instrumento mismo fué protegido por un grueso revestimiento y además por una pared de plomo contra los rayos Roentgen (fig. 8.^a).

Como fantoma utilizó el Dr. Chaoul un Wasserphan-

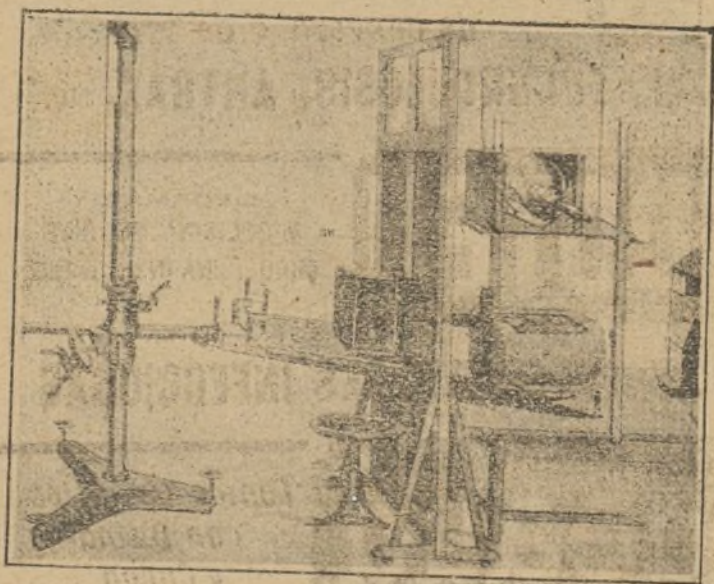


Fig. 8.^a

ton (fantoma de agua) hecho por él para este fin con el que se tendió a conocer las relaciones lo más análogas posibles a las de un segmento del cuerpo. El fantoma P (figs. 8.^a y 9.^a) consistía en un vaso lleno con agua, el cual aproximadamente poseía la forma y dimensiones del segmento inferior del vientre (18 centímetros de profundidad, 32 centímetros de ancho y 38 centímetros

de largo). Una de sus paredes era de plancha y llevaba un bastidor metálico adaptado, en cuyo centro estaba soldado un tubo de latón. Este estaba en el extremo que se introducía en el vaso protegido contra la entrada del agua por un adecuado dedil de goma. En este tubo fué

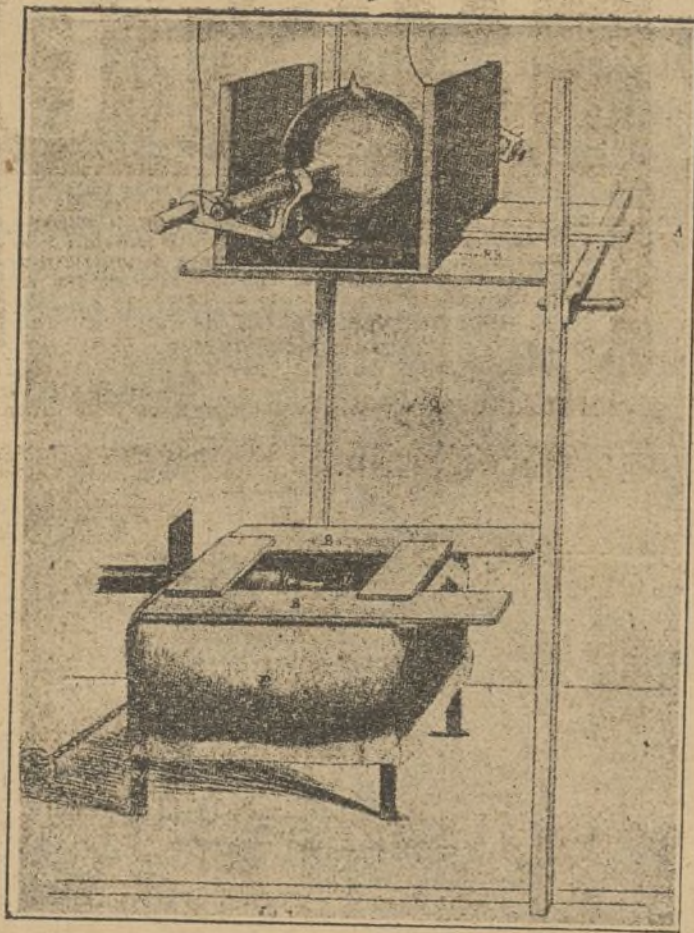


Fig. 9.^a

introducida la cámara, la cual se la hizo avanzar hasta el centro del fantoma.

El bastidor metálico permitía desplazar la cámara desde la superficie del agua hasta una profundidad de 10 centímetros.

El electrómetro estaba sobre un soporte móvil; de esta manera, cuando la cámara de ionización se la hacía descender, pudo hacerse descender también el electrómetro (fig. 8.^a).

Para hacer las mediciones utilizó el Dr. Chaoul el Intensif Reform del profesor Dessauer con tubos Colidge (de la A. E. G.), Müller (de Hamburgo), y Siemens-Halske.

Para que las mediciones de comparación quedasen lo más posible no influidas por las oscilaciones de la red y otras alteraciones de funcionamiento, fué fijado el tubo, que se hallaba en la caseta de protección, a la distancia que se tenía que hacer la medición y centrado sobre la cámara de medida. El colector mismo se hallaba sobre tabletas de madera desplazables. Poniendo y quitando repetidas veces y rápidamente el Radiocolelector entre el tubo y el accesorio de medida (fig. 10) pudo ser logrado un número grande de seguras mediciones de comparación con y sin colector.

En las mediciones de comparación sin colector (figura 9.^a) fué colocado cada vez por fuera del diafragma inferior (B) de 20×20 centímetros de abertura que estaba colocado sobre el fantoma, un diafragma regulable (R B) debajo de la caseta del tubo, el cual durante el

funcionamiento podía ser quitado desde un lado. Fue hecho siempre para cada distancia foco superficie del

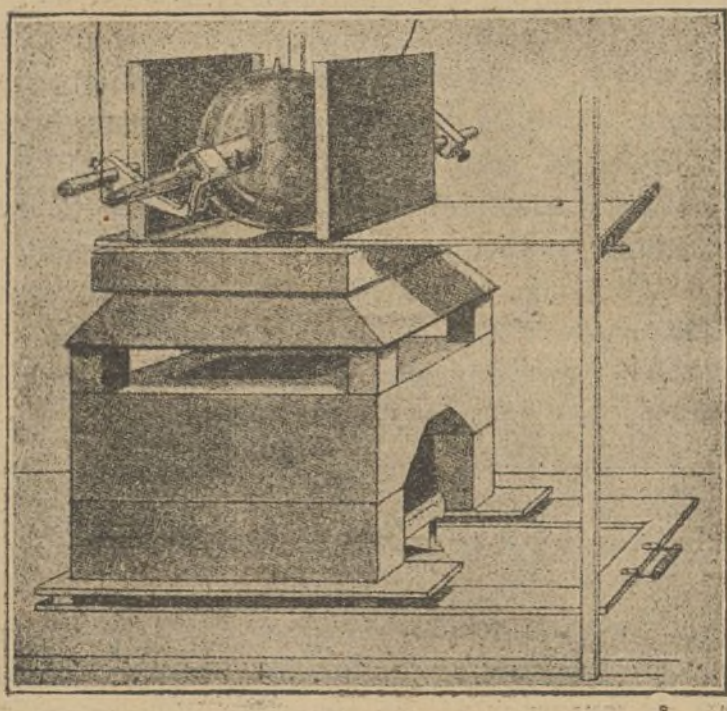


Fig. 10.

agua de tal manera que en la superficie del agua el campo que dejaba libre era algo mayor que la abertura del diafragma puesto sobre el fantoma.

(Continuará.)

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.

Los autores incluyen dentro de los efectos fisiológicos de la leche en inyección, el descenso de la presión sanguínea y la leucocitosis, por estímulo de la médula ósea, esta última.

Acción terapéutica.—La acción terapéutica de la leche en inyección, es tanto profiláctica como curativa, si bien este último poder es bastante más aparente y expresivo que el primero, aunque también aquél es innegable, como lo demuestra la clínica.

El poder curativo de la leche en inyección es extraordinario en las inflamaciones sépticas oculares (localizadas), y sólo comparable al de los sueros específicos de más reconocido valor terapéutico, como es el antidiftérico, en la difteria misma. El síndrome dolor y los caracteres del foco inflamatorio, son elementos que se reparten casi por igual los beneficios de esta misteriosa medicación.

La desaparición tan manifiesta y rápida del dolor es parecida a la que produce la morfina, con la fundamental diferencia de que la leche quita el dolor, porque cura y hace renacer inmediatamente la tranquilidad, el sueño y el apetito, en un todo fisiológicos, no volviendo

a presentarse si se continúa el tratamiento. Los violentos dolores de la queratitis serpiginosa de la córnea, de las infecciones postoperatorias, de las iritis agudas y de las iridociclitis, que no obedecen a ninguna medicación, desaparecen inmediatamente con ésta, ó no se presentan, si con anterioridad se ha comenzado a hacer uso de ella.

El mecanismo íntimo de la desaparición del dolor es difícil de explicar. Dos conjeturas se nos ocurren: la una, se la puede hacer depender de la rápida disminución ó desaparición de la infiltración de los mismos filetes nerviosos (neuritis), por atenuación ó muerte de las bacterias, ó neutralización de sus toxinas, al contacto del aumento de los fagocitos y de los fermentos defensivos del organismo y hasta por la misma fiebre, al influjo de la leche inyectada; la otra, pudiera interpretarse como efecto de la descompresión de los ramos nerviosos por la pronta reabsorción de los exudados inflamatorios, al aumentar la velocidad de la corriente sanguínea, la amplitud de los vasos y la emigración de leucocitos al objeto de arrastrar los detritus de la zona patológica; fenómenos todos que se producen en los focos inflamatorios, cuando la leche permanece en el interior del organismo, probablemente los dos mecanismos tendrán lugar.

Los focos inflamatorios sufren también sorprendentes modificaciones; pudiendo seguirse la evolución, en el órgano, que en un principio sirvió a Cohnheim (en 1867) y a Cajal (1880) para los estudios clásicos de la inflamación: la córnea. Las lesiones tanto supuradas y destructivas (úlceras serpiginosas), como las profundas y sin pérdida de sustancia (queratitis intersticial), no sólo pueden servir de modelos para este objeto, sino que mutuamente se completan, por ser muy aparentes los fenómenos en el epitelio en el primer caso, y en el tejido propio de la córnea en el segundo, dada la cualidad de esta membrana de ser transparente. Claro es que estas referencias han de ser meramente macroscópicas, pero cuya traducción a la histología es sencillísima, educados como estamos en su diaria interpretación.

Los fenómenos objetivos que se desarrollan en la úlcera serpiginosa de la córnea, por la acción de la leche en inyección, son ya aparentes a la quinta ó sexta hora, y consisten en un proceso doble a la vez de reabsorción y de proliferación celular. La infiltración purulenta de los bordes y fondo de la úlcera es sorprendida por una verdadera inundación de linfa y de fagocitos, que lava y arrastra mecánicamente aquélla, y engloban y digieren vitalmente éstos, los agentes infecciosos (Metchnicoff) llegados al foco por quimiotaxis positiva, para librar a los tejidos de tan perniciosos huéspedes; convirtiéndose de este modo las lagunas corneales en verdaderos ensanchamientos vasculares de circulación acelerada, donde rápidamente se hace la *toilette* de la región (1). Al mismo tiempo, el epitelio de los bordes de la úlcera prolifera activamente y va ocupando, de un modo concéntrico, las porciones saneadas de la pérdi-

(1) La hiperemia periquerática es muy perceptible a las seis u ocho horas de la inyección.

(1) Véase el número anterior.



da de substancia: fenómeno que está terminado á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas en los procesos benignos. El tejido de nueva formación es transparente en estos casos y traslucido en las lesiones más profundas.

En las infiltraciones parenquimatosas de la córnea, se observa una vascularización profunda de vasitos de nueva formación, de dirección paralela que han de conducir los elementos de reparación y de lucha que realizarán la disgregación primero y la reabsorción total después de los exudados intersticiales por el mismo camino de la fagocitosis, hasta la obtención de una total *restitutio ad integrum*.

Resumiendo, pues, vemos que los factores que integran el proceso de curación de los focos infecciosos, localizados, en virtud de la leche inyectada en el organismo, son: *la dilatación vascular, el aumento de velocidad de la onda sanguínea y de la diapedesis, la leucocitosis y fagocitosis, la producción de substancias bactericidas y la fiebre*: fenómenos todos de defensa del organismo contra las infecciones en general, sin estímulos artificiales de ninguna clase; viniendo solamente á hacer la leche el papel de excitante del sistema nervioso simpático-medular, regulador de esta alta función conservadora del individuo y de la especie.

Ahora bien: analizando aún más la cuestión se observará que la leche está compuesta de elementos distintos: agua, sales, fermentos, grasa, lactosa, caseína y albúmina (1). Los fermentos se destruyen por la ebullición prolongada á que se somete el líquido antes de inyectarlo. Las sales en disolución hacen la función del suero fisiológico. La lactosa es simplemente diurética. Luego el poder bactericida indirecto que posee la leche es debido, al menos en su mayor parte, á la albúmina, comprobándose aún más este aserto si en lugar de aquélla es esta última substancia la inyectada.

¿Y qué secretas influencias despierta la albúmina extraña al organismo al contacto con los elementos citológicos?

Este es ya un asunto que ha salido de los nebulosos linderos de las hipótesis, para entrar en el iluminado campo del laboratorio, donde se comprueban por distintos procedimientos (calor, dialización y polarización) los hechos que vamos á esbozar.

Es sabido que los animales de organización más sencilla, los unicelulares, que viven en continuo contacto con el mundo exterior, necesitan de dispositivos especiales, tanto para mantener su integridad cuanto para el mejor aprovechamiento energético y de su propia síntesis á expensas de las substancias que le rodean. Para ello poseen, de una parte, la membrana de envoltura, y de otra, la particularidad de formar productos capaces de desmoronar, oxidar y reducir, hasta transformarlas en cuerpos más simples y perfectamente idóneos á las células, aquellas mismas substancias, que de otro modo no podría aprovechar para su recambio nutritivo. Estos productos elaborados por las mismas células, al ser impresionadas por los agen-

tes exteriores, no son otra cosa que verdaderos *fermentos digestivos*, en un todo parecidos á los que poseen los animales superiores, que al fin y al cabo son la resultante de admirables asociaciones citológicas, de funciones perfectamente diferenciadas, y en las que las células creadoras de estos fermentos son las que únicamente se ponen en contacto con las substancias alimenticias.

Estas son, como sabemos, de naturaleza distinta, albuminoides, grasas ó hidratos de carbono, inadaptables en esta forma al cambio nutritivo y á la formación del propio cuerpo celular; obrando los fermentos de un modo específico sobre ellas, para la disgregación y obtención de principios de estructura más sencilla y próxima á la de los tejidos: ptialina, pepsina, pancreatina, tripsina, etc.

Pues bien; estos mismos fermentos, aquí perfectamente diferenciados y fabricados por células especiales, se encuentran confundidos en el sencillo cuerpo de los seres unicelulares, de función mucho más complicada, desde este punto de vista, que el de los animales superiores. Tanto en unos seres como en otros, estos fermentos juegan un doble papel de elaboradores indispensables á la nutrición, cuanto de defensa del organismo contra las substancias nocivas.

(Se continuará.)

Paraplejia postgripal por meningitis serosa circunscrita. Curación por la punción lumbar (1)

POR

GONZALO R. LAFORA

Director del Laboratorio de Fisiología Cerebral
del Instituto Cajal.

En el caso que vamos á describir, las opiniones de los diferentes especialistas que la vieron fueron muy divergentes, pero dominando la de que se trataba de una meningo-mielitis que debía tratarse exclusivamente por aplicaciones locales de calor y por el yoduro potásico al interior. Sólo un cirujano propuso, con gran acierto, la laminectomía exploradora en vista de la semejanza del cuadro clínico con el de los tumores medulares. Nosotros, sin desechar esta posibilidad, aconsejamos el empleo de la punción lumbar terapéutica, en vista de la localización baja de los síntomas, y sospechando, según comunicamos al esposo, que se trataba de una meningitis serosa circunscrita, en vista del curso de la enfermedad y de su iniciación á raíz de una afección gripal. Teníamos ya una experiencia bastante grande de casos de meningitis serosa cerebral consecutiva á la gripe, unas de forma difusa (hidrocefalia interna postgripal) y otras de forma circunscrita (ya como quiste aracnoideo de la convexidad ó ya como dilatación aislada de un solo ventrículo lateral con síntomas hemilaterales), que curaron mediante la punción ventricular, y esta experiencia anterior sobre la meningitis serosa cerebral postgripal nos hizo pensar en este mismo proceso espinal en el caso nuestro.

La historia del mismo es como sigue:

Caso I.—Paraplejia postgripal.—Meningitis serosa circunscrita.—Curación por la punción lumbar.

Señora de treinta y cinco años, casada, que años atrás

(1) Lactoalbúmina y lactoglobulina.

(1) Véase el número anterior.

había tenido trastornos neuróticos de tipo histérico. La enfermedad actual empezó en Febrero de 1920, á consecuencia de una gripe intensa, al parecer con bronconeumonía. Al tratar de levantarse de la cama, después de haber pasado la enfermedad gripal, notó que no podía andar bien y tenía que apoyarse en un bastón. A la vez notaba hiperestesia al tocarla de la parte inferior del tronco y de los miembros inferiores. La flojedad de piernas fué aumentando progresivamente, hasta ser imposible sostenerse en Abril de 1920. Entonces, además de su paraplejia se le produjeron síntomas de esfínteres, como retención de orina (sólo orinaba una vez al día) y marcado estreñimiento. Tenía parestesia (hormigueos, acorchamiento) de las piernas y de las plantas de los pies, sobre todo del izquierdo, que además estaba algo hinchado (trastornos vasculares). Estando acostada sentía dolor en la región lumbosacra, que aumentaba al pretender moverse. No sentía, por el contrario, dolor en las piernas, excepto un dolorimiento vago en las rodillas. Los movimientos le provocaban una raquialgia intensa que ascendía hasta el occipucio. Dice también que al principio tuvo algo de flojedad en los brazos y manos, pues se le caía el tenedor al comer.

Cuando vemos á la enferma por primera vez al año de estar enferma (8 de Marzo de 1921) no puede andar, teniendo que ser trasladada de un sitio á otro entre dos ó tres personas y sufriendo grandes dolores al menor movimiento, lo que le hace quejarse de continuo. Acostada en la cama es difícil poderla volver boca abajo ó de lado por los dolores que experimenta. La misma exploración neurológica de los reflejos constituye para la enferma un verdadero martirio. Sólo puede mover bien los brazos, pues hasta los movimientos del cuello le son dolorosos.

El examen neurológico da el siguiente resultado: Reflejos patelares exaltados, sobre todo el izquierdo; los de Aquiles también están exaltados. Hay clonus del pie izquierdo. No hay Babinski, ni Mendel-Bechterew, ni Strümpell. Tanto al flexionar el cuello hacia delante, como al levantar la pierna en extensión, se producen dolores raquialgicos (síntomas de Brudzinski y Lasague modificado) por movilización de las meninges. Trastornos de sensibilidad (hiperestesia é hiperalgesia), correspondientes parcialmente á las raíces 12.^a dorsal primera, segunda y tercera lumbares, y cuarta y quinta sacras, pero de distribución anómala (véase fig. 1.^a). No hay disociación de la sensibilidad.



Distribución de los trastornos sensitivos (correspondiendo parcialmente á las raíces dorsal 12.^a, lumbar 1.^a y 2.^a y sacras 3.^a, 4.^a y 5.^a). A, zona hiperalgésica; B, zona hiperestésica.

Ningún síntoma somático de brazos, tórax ó cabeza.

Wassermann, muy débilmente positivo; Sachs-Georgi, negativo.

Análisis de sangre: 5 millones de hemáties; 8.500 leucocitos, 42 por 100 de hemoglobina. Fórmula leucocitaria: polinucleares basófilos, 0 por 100; ídem eosinófilos, 1 por 100; linfocitos pequeños, 40 por 100; linfocitos grandes, 9 por 100; mononucleares, 6 por 100; formas de tránsito, 2 por 100; Arneht, normal.

Radiografía de columna lumbar.—Nada anormal.

Diagnóstico.—Posible tumor espinal ó probable aracnoiditis espinal circunscrita.

La falta de síntoma de lesión del haz piramidal (sólo tiene síntomas irritativos), que demuestra el Babinski negativo, y la falta de síntomas de lesión intramedular, tales como la disociación de la sensibilidad, nos hacen admitir que se trata de un proceso extramedular. Entre éstos quedan excluidos los procesos óseos, en vista de la radiografía normal. Restan, por tanto, como procesos más probables, el del tumor extramedular, ó el de la meningitis serosa circunscrita. Esta última es la lesión más verosímil, dada su frecuencia, después de la gripe, y el haber ocurrido en la enferma consecutivamente á esta enfermedad.

Aconsejamos la punción lumbar con un fin principalmente terapéutico (punción probable del quiste aracnoideo) y con la idea de obtener algún dato del análisis del líquido en caso de que se tratase de un tumor espinal, tales como la xantocromía y coagulación en masa (síndrome de Froin) tan frecuentes en las compresiones medulares.

Curso.—Se practicó la primera punción lumbar el 17 de Marzo de 1921, extrayendo 20 c. c. de líquido.

El análisis del líquido cefalorraquídeo (Dr. Mouriz) da sólo ligerísimo albuminosis y alteración de la curva de Lange. El resultado es el siguiente: cuatro linfocitos por milímetro cúbico; globulinas negativas (Nonne, Noguchi); cloruros, 0.8 por 1.000; glucosa, 0.20 por 1.000; albúmina, 0.55 por 1.000; Wassermann, negativo; Sachs-Georgi, negativo; Lange, 3333311000.

A los trece días (30 de Marzo) le hacemos nueva exploración, notándose ya mejor la enferma. No le duele la exploración de los reflejos rotulianos; el derecho es ya normal y el izquierdo aún está ligeramente exaltado. Tampoco se queja al provocar el reflejo plantar, que es normal. Las zonas de hiperestesia é hiperalgesia han cambiado algo de distribución, que es menos extensa, y además es menos intensa; la exploración es menos desagradable y dolorosa para la enferma. La enferma puede ser movida en la cama sin sentir tantos dolores como antes. Puede mover algo espontáneamente la pierna izquierda.

La segunda punción lumbar se practicó el 5 de Abril, día en que se encontraba aún algo mejor que el 30 de Marzo. Se le extraen 15 c. c. de líquido. Vuelta á explorar el 14 de Abril aparece ya normal la sensibilidad, habiéndose borrado las zonas de hiperestesia é hiperalgesia que aun se mantenían en la última exploración. Mueve ya bastante la pierna y pie izquierdos y puede sentarse en la cama. Nota ya lo que pisa. Ha desaparecido la retención de orina. La exploración demuestra que aún está algo más exagerado el reflejo rotuliano izquierdo; los de Aquiles están iguales y la sensibilidad es normal, como hemos dicho.

Algunos días después la enferma se levanta y pasea ya por la calle, notándose aún algo débil por el año que ha permanecido en cama.

En Agosto de 1921 volvemos á verla totalmente restablecida.

Restáanos, para terminar, indicar como conclusiones: 1.^o, que la gripe es causa frecuente de meningitis serosa espinal y cerebral; 2.^o, que los quistes aracnoideos espinales se forman casi siempre localmente por la irritación de la aracnoiditis.

des y plamadre, consecutiva á procesos infecciosos generales, como la gripe, ó á procesos traumáticos y purulentos próximos; 3.º, que la sintomatología de los quistes aracnoides espinales difiere poco de la de los tumores espinales, y que las diferencias más importantes son: la iniciación bilateral de los síntomas y extendida á diversas raíces, la no progresión de los límites superiores de los síntomas, el curso más rápido y las variaciones diarias en los síntomas dolorosos, vasomotores y tróficos; 4.º, que como tratamiento debe intentarse la punción del quiste, el cual en ocasiones puede curar al enfermo, como sucedió en nuestro caso primero, antes de decidirse á hacer una laminectomía.

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

Ahora bien: esta estimulación se consigue con dosis muy pequeñas, y con ello se evita la conmoción neuro-vascular, á veces intensísima, que las dosis más altas determinan, las cuales no pueden considerarse como inofensivas para el sensible organismo de estos enfermos. Insisto tanto en ello, que yo, desde luego, jamás empleo la inyección intravenosa, por parecerme, aun á dosis pequeñísimas, siempre imprudente; y la inyección subcutánea la hago casi siempre diluyendo la dosis en 150 á 250 c. c. de suero glucosado; la introducción del fármaco se hace así muy lentamente, y el peligro antes mencionado desaparece por completo. El repetir mucho las inyecciones no representa inconveniente grave para el organismo, principalmente para el sistema vascular, como se suponía antes.

Estas precauciones indicadas para los casos de auténtica astenia addisoniana, son todavía mucho más dignas de tenerse en cuenta cuando se trata de otra clase de astenias, como las que presentan muchos enfermos debilitados y neuróticos. En estos casos, el sistema nervioso simpático suele tener una aptitud reaccional muy inestable, á veces violenta, y dosis casi insignificantes de adrenalina en inyección pueden provocar reacciones neuro-vasculares de teatral intensidad, no peligrosas, á pesar de su apariencia, pero desde luego, inútiles. No raramente he visto enfermos de este género á los que han sido prescritas inyecciones de adrenalina, y en los que la primera de ellas ha determinado el aparato síndrome emocional, tantas veces descrito, muy interesante desde el punto de vista reactivo, pero de ningún modo aprovechable para el tratamiento.

En el segundo grupo de casos, en el asma, la adrenalina obra como yugulante del acceso, por mecanismo todavía discutible. Es necesario en estos enfermos emplear las dosis un poco mayores que en los asténicos, dosis, generalmente, de un miligramo, y sin diluir, pues precisamente la mejoría sobreviene en medio de esa conmoción neuro-vascular que otras veces queremos evitar. En general, no suele ser preciso repetir demasiado la inyección, pues cuando el asma empieza á hacerse muy rebelde es porque al factor neurótico primitivo se empiezan á añadir elementos lesionales, res-

piratorios y circulatorios, y entonces la adrenalina empieza á dejar de ser eficaz.

En cuanto al empleo de la adrenalina en la tercera categoría de indicaciones como *cardiotónico*, que es, entre nosotros, su aplicación más popularizada, hemos de distinguir dos casos: cuando se trata de depresiones circulatorias atribuibles á insuficiencia suprarrenal, y cuando la causa estriba en una lesión propiamente circulatoria, vascular ó cardíaca. En el primer caso se encuentran las *insuficiencias suprarrenales agudas* de las enfermedades infecciosas, las *formas fulminantes de la insuficiencia suprarrenal* (casi siempre, lo repetimos, indistinguibles) y, según los estudios modernos, los *estados de shock* (traumático, post-operatorio, peritonítico, etc.). En todos estos casos está por descontado justificada, con indicación específica y perentoria, la inyección de adrenalina, aunque siempre en dosis pequeñas y diluidas en suero, como más arriba hemos explicado. Y hemos visto también que estas dosis pueden repetirse cuanto sea preciso.

Pero en los estados de depresión circulatoria de origen vascular ó cardíaco, como son las *hiposistolias* de los enfermos con lesiones de orificio, de miocardio, de vasos ó de riñón, en las *miocarditis infecciosas* y, sobre todo, en las lesiones agudas ó crónicas del aparato respiratorio con alteraciones circulatorias secundarias, el empleo de la adrenalina en inyección está, á mi juicio, formalmente contraindicado. Con gran frecuencia he visto, sobre todo durante la gran epidemia de bronconeumonías gripales de los años pasados, enfermos de este tipo, en los que la adrenalina se inyectaba copiosamente, alternando con la digital y el aceite alcanforado, ó sustituyéndolos por completo. Y es preciso saber que la adrenalina, inyectada bruscamente, tiene en primer lugar, una acción circulatoria muy fugaz y, por lo tanto, poco útil, y, además, aunque, en efecto, eleva la presión arterial, es principalmente á costa de una vasoconstricción periférica que no es en ningún caso útil á un corazón enfermo; pero, sobre todo, la adrenalina tiende á la producción del edema pulmonar; si la circulación pulmonar está incólume, se requerirán, desde luego, dosis relativamente grandes para que esto ocurra; pero nuestra experiencia nos ha enseñado que si existen lesiones crónicas y, sobre todo, agudas de dicho aparato, como la neumonía y la bronconeumonía, el edema pulmonar podrá provocarse con pequeñísimas dosis del remedio. Tanto insisto sobre este punto, que, á mi juicio, aun en los casos en que más indicada parezca la inyección de adrenalina, la coexistencia de un proceso pulmonar de esta índole constituirá siempre una contraindicación formal para su empleo.

Dos palabras sobre los sueros antiglandulares. En la práctica sólo se usa uno: el *antitiroideo*. No es esta ocasión de entrar en la crítica de las explicaciones que se han dado del mecanismo de su modo de obrar, algunas tan ingeniosas como la de Murillo. Yo, que quizá no estoy convencido de ninguna de ellas, me rindo, sin embargo, ante el hecho empírico de que estos sueros alivian positivamente los estados de hipertiroidismo, sobre todo en ciertos casos, que, por cierto, no se pueden prever de antemano. Mi experiencia es lo suficientemente dilatada—pasan de mil los hipertiroideos así tratados—para poder proclamar la utilidad de este remedio, aun teniendo en cuenta las causas de error que supone el carácter espontáneamente pasajero de muchos de los estados de hipertiroidismo y la fácil sugestionabilidad de estos enfermos.

Como se ve, es muy limitada todavía la terapéutica operatoria propiamente dicha, y aunque muchas de estas limitaciones serán, seguramente, subsanables en el porvenir, su

(1) Véase el número anterior.

aplicación se reducirá siempre á un número reducido de afecciones endocrinas: las hipofuncionales. Por fortuna, *la opoterapia y los sueros antiglandulares no representan, teóricamente, más que un sector del tratamiento endocrino, y tal vez, con el tiempo, el sector de menos importancia.* En un porvenir quizá no muy lejano es de presumir que en los síndromes de tipo hipofuncional la opoterapia sustitutiva será reemplazada por el injerto, que ya ha empezado á ensayarse en la clínica humana en casos de insuficiencia tiroidea, ovárica y testicular, ó bien otras intervenciones quirúrgicas, como la ligadura de los cordones, propuesta por Steinach para regenerar el tejido endocrino del testículo, á costa de su tejido exocrino. Y en cuanto á los síndromes hiperfuncionales, las ligaduras de vasos, resecciones y extirpaciones del parénquima y las prácticas de la terapéutica física, sobre todo la radioterapia, nos proporcionan ya recursos importantes con que ayudar á los remedios internistas habituales. De este tipo de remedios no opoterápicos hay algunos importantísimos y cuya eficacia no ha sido bien medida todavía. Tal ocurre, por ejemplo, con los *regímenes alimenticios* y con la *psicoterapia*. La influencia de un régimen alimenticio apropiado debe ser, teóricamente, fundamental en las enfermedades de estas glándulas, que de modo tan profundo afectan á la marcha del metabolismo; en la enfermedad de Addison, en la de Basedow, hemos insistido hace mucho tiempo en la necesidad de tener en cuenta, con toda minuciosidad, la alimentación del paciente, y ahora, tras de práctica larga de ambos procesos, podemos asegurar su efectiva utilidad. Y en cuanto á la *psicoterapia*, será inútil insistir sobre el lugar importante que debe ocupar en el tratamiento de estas enfermedades si se recuerda la íntima conexión con que funcionan el sistema endocrino y el sistema nervioso, y el papel que ambos juegan en el mecanismo de la emoción. Estas circunstancias, en efecto, nos explican, de una parte, la gran importancia que los traumatismos psíquicos tienen en la patogenia de las enfermedades endocrinas, y por otra parte, nos indican la utilidad de los recursos psicoterápicos en el tratamiento de las mismas. Sobre todo, es esto evidente en los estados hipertiroideos; se trata, en general, de enfermos eminentemente sugestionables, hasta el punto de que, así como la menor emoción los empeora, echando por tierra los beneficios del tratamiento mejor dirigido, en cambio, la tranquilidad moral, el reposo psíquico, la permanencia en un ambiente intelectual y afectivo gris, bastan, sin más, para curarlos por completo. Esto explica el aparente éxito de tantas y tantas medicaciones como han sido propuestas y celebradas en la enfermedad de Basedow, y nos enseña á ser muy reservados al juzgar, en los efectos de nuestros planes terapéuticos, lo que se debe directamente á un medicamento ó á un recurso dietético y lo que ha de atribuirse á un puro efecto sugestivo.

A este respecto, y para terminar, quiero recordar que uno de los cargos que en estos últimos tiempos se han hecho á la opoterapia ha sido precisamente el que, refiriéndose con frecuencia sus mejorías ó curaciones á síntomas subjetivos, podrían achacarse, en parte ó en todo, á un fenómeno de sugestión. Cuanto acabamos de decir confirma esta objeción, que, ya lo hemos dicho, no hay que perder nunca de vista tratándose de enfermos endocrinos, pero no limitándola á la opoterapia, sino extendiéndola á todas las terapéuticas empleadas, incluso las intervenciones quirúrgicas, que, por lo que tienen de aparatosas, hieren con mayor intensidad el espíritu, tan propicio á la sugestión, de estos enfermos. Muchas de las mejorías fulminantes obtenidas por los cirujanos en el tratamiento de ciertos hipertiroideos me han hecho siempre la impresión de que debían referirse á

este mecanismo; y en los resultados de la operación de Steinach para el rejuvenecimiento orgánico y sexual del hombre, que con tanto entusiasmo han sido acogidos en todo el mundo, ¿cuánta parte no habrá que dar á la sugestión, ya que ésta actúa, como en ninguna otra esfera de la vida, sobre las sensaciones de la actividad sexual? Un autor reciente (1) afirma á este respecto haber logrado los mismos efectos que consigue Steinach con sus ligaduras de los cordones con otras operaciones banales de la región genital, como la cura radical del hidrocele, etc. La misma explicación podemos dar al feliz resultado que se logra muchas veces en neurópatas con falsas impotencias, operando el varicocele de que son tan frecuentemente portadores, hecho sobre el que ha insistido mucho entre nosotros Ortiz de la Torre; ó bien dilatando una estrechez uretral, etc., etc.

(Continuará.)

Bibliografía.

LES DIARRHÉES CHRONIQUES, étude clinique, coprologique et thérapeutique, por el Dr. Louis Timbal. Un tomo de 270 páginas, con figuras; Masson et C.^{ie}, editores, 1922; precio, 12 francos.

Actualmente la diarrea ha descendido de su antigua posición elevada de verdadera enfermedad, para ocupar más modestamente en la Patología un lugar secundario en el capítulo general de los síntomas; sin embargo, la significación del síntoma de hoy ha adquirido una importancia incomparablemente mayor que cuando su nombre representaba una enfermedad. En efecto, se admite generalmente que la diarrea es un síntoma, ó si se prefiere un síndrome, que obedece á multitud de causas, muchas de las cuales hay que buscarlas fuera del intestino mismo. Por esta razón el autor del libro de que damos cuenta comienza definiendo la diarrea como «la evacuación demasiado rápida de heces demasiado líquidas», especie de fórmula que expresa escuetamente el hecho objetivo que constituye la diarrea, fórmula que se debe al Dr. J. Ch. Roux, autor del prólogo del libro de Timbal. Sentado este punto, no es de extrañar que Timbal coloque entre las diarreas crónicas á las disenterías, puesto que al estudiar el fenómeno diarrea desde el punto de vista que él lo hace, nada importa á la denominación general del fenómeno en sí la localización orgánica de la lesión causal; por la misma razón se comprende que el libro esté dedicado á todos los médicos en general y no de un modo exclusivo á los especialistas.

Se trata, por tanto, de un estudio completo de las numerosas variedades de diarreas crónicas del adulto (con exclusión total de las diarreas infantiles), variedades que se han establecido sucesivamente, á medida que se han estudiado con detenimiento las variaciones de la digestión intestinal, y á medida también que se han perfeccionado y multiplicado los análisis de heces.

El libro está dividido en tres partes. La primera se refiere á los métodos de diagnóstico y comienza por un estudio de conjunto de las causas y el mecanismo de la diarrea, fijando bien el concepto de las falsas diarreas, que muchas veces no son en realidad más que expresiones paradójicas de un estreñimiento. En otro capítulo se ocupa el autor del examen clínico (interrogatorio, exploración metódica del aparato digestivo y examen de los principales órganos del

(1) Romeis, *Steinach's Verjüngungsversuche*, Münchener med. Wochens., núm. 67, 1920. Otros muchos autores llaman la atención, en la misma Alemania, sobre la gran parte que probablemente hay que atribuir á la sugestión al juzgar de los efectos de estas operaciones en el hombre; tal Liek, *Zu den Steinach'schen Verjüngungsversuchen*, Deuts. med. Wochens., núm. 46, 1920, y otros.

organismo). Al examen coprológico dedica Timbal otro extenso capítulo, haciendo resaltar la importancia que encierra esta investigación para el diagnóstico etiológico de la diarrea. Además de exponer con precisión y claridad los datos que pueden obtenerse por el simple examen macroscópico ó exterior de las heces, enseña la técnica necesaria para verificar un análisis microscópico y químico de las mismas, y se detiene sobre todo en el estudio del valor semiológico de los elementos revelados por el examen coprológico. Sin duda alguna, una correcta interpretación del examen de las heces puede bastar para precisar el estado de las funciones motoras del intestino y para determinar el punto de partida de una diarrea. Así lo demuestra Timbal especificando el diagnóstico coprológico de la diarrea, de su naturaleza funcional ó inflamatoria, de las diversas variedades de diarreas funcionales y de diarreas inflamatorias, etc. Terminan la primera parte del libro los capítulos relativos al examen radiológico y rectoscópico. La parte más extensa de la obra de Timbal es la segunda, que en realidad es la parte original del autor; está consagrada totalmente á la descripción de los principales tipos clínicos, en cuya clasificación se ha adoptado el criterio etiológico, estudiándose sucesivamente las diarreas *funcionales* ó *dispepticas* (de origen gástrico, consecutivas á la gastroenterostomía, de origen hepático, pancreático, diarreas de fermentación y putrefacción); las diarreas de *origen mecánico* (síndromes intestinales de origen cardiovascular); las diarreas *tóxicas* (formas digestivas de la insuficiencia renal); las *infecciosas* (colitis infecciosas crónicas); *parasitarias* (amibiasis intestinal crónica, lambliosis, enteritis por tricocéfalos); *específicas* (diarreas de los tuberculosos, tuberculosis intestinal, formas intestinales de la peritonitis tuberculosa y sífilis intestinal); finalmente, las diarreas de *origen nervioso y reflejo* (diarreas tabéticas, trastorno gastrointestinal del bocio exoftálmico, diarreas reflejas y neuropáticas). En cada una de estas variedades se estudia la descripción clínica, etiología, patogenia, diagnóstico clínico, químico, coprológico y radiológico, y por último, el tratamiento. Sin embargo, todavía cree Timbal indicado presentar un cuadro de conjunto de los métodos de tratamiento, dedicando á este objeto la tercera parte del libro, y ocupándose en ella de la higiene general del enfermo, del régimen alimenticio, de la terapéutica medicamentosa (medicación calmante, antiséptica, opoterápica y específica) y de la terapéutica por los agentes físicos y curas hidrominerales.

Creemos, por lo expuesto anteriormente, que el libro de Timbal, aparte de su indudable valor intrínseco en lo que representa de obra científica y personal, es una obra de utilidad práctica, que orientará con facilidad á los médicos generales, ya que no tiene pretensiones de servir para especialistas, cuando se encuentren delante de aquellos casos clínicos, en los que con frecuencia la única manifestación sintomática que preocupa al enfermo es la diarrea.

Al final de cada capítulo ha colocado Timbal la bibliografía más importante correspondiente.

EMILIO LUENGO.

Periódicos médicos.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Neuritis óptica filicica. — El Dr. D. Sinforiano García Mansilla publica la siguiente nota clínica:

En 20 de Mayo de 1921 se presenta á consultarnos P. L., de treinta y nueve años, natural de Carmona (Toledo), de oficio panadero, manifestando que su vista había disminu-

do mucho desde hacía unos diez meses que había tomado grajeas tenífugas de helecho macho y calomelanos para eliminar la tenia que padecía.

En Mayo del año anterior tomó algunas grajeas de dicho medicamento y sólo eliminó algunos anillos de tenia; después usó las pepitas de calabaza, con lo cual también eliminó otros anillos, y, por fin, nuevas dosis de grajeas de helecho macho determinaron la eliminación completa de dicho parásito, con su cabeza, quedando el paciente libre de tan molesto huésped á últimos de Junio del año próximo pasado.

A los cuatro días de eliminar la tenia con las grajeas tenífugas notó una neblina en ambos ojos, que le impedía ver los objetos con claridad, lo mismo á distancia que de cerca. Dicha neblina ha ido aumentando paulatinamente durante diez meses, hasta el punto de que cada vez ha encontrado más dificultades para trabajar en su oficio de panadero, y en la actualidad le es absolutamente imposible hacer pan.

Este enfermo no ha tenido sífilis ni sufrido ninguna afección, y aunque era algo bebedor, hace varios meses que suprimió por completo toda bebida alcohólica, sin que haya mejorado su visión, que, por el contrario, ha descendido cada vez más, hasta llegar al estado de casi ceguera en que se encuentra actualmente.

El examen oftalmoscópico pone de manifiesto una papila blanca sin excavación; los vasos, tanto arteriales como venosos, están muy reducidos de calibre, siendo claros sus bordes, como igualmente los de las papilas. No se aprecia diferencia entre la papila derecha y la izquierda.

La visión es, sin embargo, diferente en ambos ojos:

O. D. = 1/10, O. I. = 1/6.

De cerca lee con dificultad el número 6 con el ojo derecho, y el 5 con el izquierdo. Hay ligera reducción del campo periférico de la visión. El sentido cromático normal.

Con los antecedentes expuestos, y no habiendo otra causa á que atribuir la lesión del nervio óptico de este enfermo, la consideramos producida por el helecho macho, en un individuo predispuesto tal vez por idiosincrasia especial y por las bebidas alcohólicas que usan en general los obreros panaderos.

La neuritis óptica filicica es análoga á la producida por la quinina y por la etilhidrocupreína cuando se usan á grandes dosis ó se trata de personas que tienen una predisposición especial.

Esta fatal circunstancia que tiene el nervio óptico para ser atacado por el helecho macho, nos obliga á ser muy prudentes en las dosis que se usen de dicho medicamento cuando se emplea como tenífugo, llegando algunos autores á señalar la dosis que debe emplearse para que no sobrevengan los trastornos oculares mencionados.

La neuritis óptica filicica es muy rara, pues en 22.000 mineros sometidos á tratamiento por el helecho macho para combatir la anquilostomiasis por Stuelp, solamente en cuatro pudo comprobar la ceguera permanente, y aun en estos casos eran enfermos anemiados por la acción de los parásitos intestinales.

Sidler Huguenin ha reunido 78 casos con trastornos visuales, y de éstos, 44 con carácter permanente; 18 casos eran de ceguera unilateral, y los restantes bilateral.

Nosotros creemos que los trastornos oculares que se presentan suelen ser más frecuentes de lo que se cree; pero, en general, son poco intensos, pasan desapercibidos para los médicos generales, que son los que usan el helecho macho, y solamente acuden los enfermos al oculista cuando la intensidad de los trastornos visuales, y sobre todo su permanen-

cia, llaman la atención del médico de cabecera y del paciente.

Cuanto á las lesiones que se han observado en los casos en que han podido hacerse estudios histológicos, son muy parecidas á las que se producen en la intoxicación por la quinina. Se ha observado estrangulación del nervio á nivel del agujero óptico, lesiones de índole vascular, degeneración de las fibras del nervio óptico, etc. Según Nuel, la esclerosis intersticial es la terminación de todo el proceso.

Se atribuye por los autores, á la filicina ó al ácido filícico, principio activo del helecho, la acción tóxica sobre las fibras del nervio óptico. Según otros, dicha acción tóxica se localiza en las células visuales de la retina. (*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 29 de Abril de 1922.)

2. Las pomadas en terapéutica ocular, por M. Toulan.—Según el autor, la vaselina empleada como excipiente de las pomadas es irritante para las membranas del ojo dando lugar á enrojecimiento y lagrimeo, por lo que cree ventajoso reemplazarla por la manteca benzoinada, de las vegetales, á condición de no utilizar más que preparaciones frescas.

Serán preferibles las pomadas á los colirios como revulsivas (pomada al óxido amarillo) en el tratamiento de las cataratas recientes, de las inflamaciones corneales y de las conjuntivitis flictenulares. Como antisépticas (calomel, yodoformo, xeroformo) en las blefaritis. Como excitantes de las úlceras tórpidas (óxido amarillo). Como analgésicas (yodoformo).

La pomada vehículo de alcaloides no se halla exenta de inconvenientes; con frecuencia se nota intolerancia. Curiosa paradoja: cuanto más homogénea sea la pomada y más cuidadosa la porfirización, menos marcados son sus efectos. (*La Medicina*, Enero de 1922).—T. R. Y.

PARASITOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Lumbricosis del canal de Wirsung; pancreatitis hemorrágica, por J. Sabrazès, A. Parcelier y H. Bonnin.—Se han señalado muchas observaciones de lumbricosis pancreática, pero los autores no han visto mencionada la eventualidad de una pancreatitis aguda hemorrágica. Refieren el siguiente caso de este género: Hombre de treinta y un años; específico antiguo, bien tratado, sin otros antecedentes patológicos importantes. Este sujeto fué atacado de dolores abdominales atroz, con hipo y retención de materias y gases fecales. El estado era de los más graves, y al ingresar en el hospital, estaba indicada la intervención. La facies no era peritoneal y el pulso era de 60. Laparotomía. Se observaba un derrame serosanguinolento en la serosa, infiltraciones hemáticas de las vísceras, y particularmente del páncreas, con algunas manchas sospechosas de esteatonecrosis. Nada en las vías biliares ni en la vesícula. Sobreviene la muerte en el mismo día. La autopsia demuestra que la litiasis biliar no era la causa. Las lesiones correspondían á las de la pancreatitis hemorrágica. Se encontraron, claramente, manchas de necrosis blanca en el epiplón. Al examen microscópico el síndrome era completo, pero aún demasiado discreto; ectasias y hemorragias en el páncreas y en el bazo, territorios marginales pancreáticos necrosados; congestión del hígado. El examen de los vasos reveló una trombosis reciente de la esplénica y de las venas pancreáticas; su calibre era triple del normal. Las mesaraicas y la vena porta estaban repletas de sangre y muy distendidas. Al nivel de los canales hepático y cístico, la vena porta presentaba una disminución de calibre de un tercio, y su pared era más firme en este punto. Explorando microscópi-

camente cortes del canal de Wirsung, se encontró que estaba obstruido por un gusano, cuyo espesor era de milímetro y medio á 2 milímetros y que comenzaba á 3 centímetros de la ampolla de Vater, llegando hasta la cola del páncreas. Había determinado lesiones, seguramente recientes, del revestimiento epitelial, por todas partes descamado y disociado. Los autores piensan que la emigración de este gusano desde el duodeno hasta el canal pancreático, ha sido el *primum movens* del drama pancreático; se podía admitir que por ser vector de gérmenes microbianos, de líquidos biliares ó de enteroquinasa, ha suscitado una alteración del estado anatómico y fisiológico del páncreas; la protripsina sería activada por las condiciones antes enumeradas; tuvo lugar la proteólisis sobre la misma glándula, y de ahí, las erosiones, hemorragias, trombosis, ellas mismas también hemorrágicas y necrosantes, y las acciones tripticas y lipásicas á distancia. Todo esto se producía en el curso de violentos ataques de cólicos pancreáticos suscitados por la presencia del gusano en el canal de Wirsung y poco después de una comida. La clínica realizaba en este caso una experiencia fisiológica, á saber: que para lograr éxito con las inyecciones intrapancreáticas de bilis y de jugo duodenal susceptibles de provocar una pancreatitis hemorrágica, el animal debe estar en periodo de digestión. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, 1922, núm. 3, 21 de Enero.)—LUENGO.

MEDICINA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre la ausencia de peligro y las ventajas de la administración abundante de cuerpos grasos á los diabéticos acetónicos en estado de desnutrición nitrogenada. Consideraciones sobre la profilaxia del coma diabético, por F. Maignon.—El autor ha publicado hace más de diez años sus investigaciones experimentales y clínicas sobre el papel de las grasas en la glucogenia y sobre el tratamiento de la diabetes por el régimen graso. En los diabéticos sometidos á este régimen, consistente en la sustitución más ó menos completa de los alimentos hidrocarbonados de la ración alimenticia, por alimentos grasos, la acidez urinaria aumenta y al mismo tiempo la acetona. Pero está demostrado por numerosas observaciones clínicas que basta impedir el aumento de la acidez urinaria mediante la administración de bicarbonato de sosa para ver disminuir la acetona urinaria, en lugar de aumentar. La acidez urinaria y la acetonuria son dos fenómenos íntimamente ligados entre sí. Recientemente F. Allen se ha levantado contra la administración de grasa á los diabéticos, basándose en que la administración de esta clase de alimentos á individuos hechos experimentalmente diabéticos por una extirpación parcial del páncreas, aumenta la acidosis, lo cual está en abierta contradicción con lo afirmado por Maignon. Pero es fácil explicar esta diferencia. La extirpación de una gran parte del páncreas acarrea una mala utilización de las grasas ingeridas y, por consiguiente, una formación anormal de cuerpos acetónicos á expensas de los ácidos grasos. Está demostrado, en efecto, que el páncreas no interviene solamente en la digestión de las grasas por su secreción externa, sino también en la asimilación, la utilización y el metabolismo de estas últimas por su secreción interna. Por el contrario, los individuos con diabetes espontánea, en la gran mayoría de los casos, digieren, asimilan y utilizan perfectamente las grasas y en ellos disminuye la acetona en lugar de aumentar, con el régimen graso, cuyos efectos hiperácidos son neutralizados por la administración de bicarbonato sódico. Las investigaciones del autor sobre el papel de las grasas en la utilización de los

albuminoides y el metabolismo nitrogenado, explican los beneficiosos efectos de la administración de los cuerpos grasos en todos los casos de desnutrición, sea ésta de origen diabético ó tuberculoso. Estas nuevas nociones permiten preconizar las grasas, en lugar de prohibirlas en los diabéticos en estado de fuerte desnutrición nitrogenada y amenazados de coma. Se sabe hoy que el coma diabético es una consecuencia de la desnutrición nitrogenada y que se debe á una intoxicación polipeptídica por los productos que resultan de esta desnutrición. Lo que hay que combatir en el diabético amenazado de coma, no es la acidosis, sino la desnutrición nitrogenada, y para lograr este resultado, según el autor, no hay nada más eficaz que el régimen graso. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 4, 28 de Enero de 1922).—LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La epicondilitis de los sportmans, por J. Laurence.**—Esta curiosa enfermedad presenta la particularidad de ser desconocida por la mayoría de los médicos, no obstante haber sido objeto de varias publicaciones en los últimos veinticinco años. Está caracterizada por un dolor muy vivo, que aparece á nivel del epicóndilo después de un ejercicio violento y prolongado, el cual, en lugar de desaparecer, como las agujetas, es extremadamente tenaz, prolongándose semanas y meses y recidiendo al repetir el ejercicio que le ha provocado. Es un gaje molesto de varias profesiones, y en especial de dos sports: la esgrima y el tennis.

La epicondilitis sobreviene con ocasión del cansancio de los músculos epicondíleos en los sujetos de mediana edad. Los movimientos usuales desarrollan más los músculos flexores del antebrazo que los extensores, por lo cual en todos los oficios en que estos últimos sean sometidos á un trabajo desacostumbrado habrá peligro de que su cansancio se manifieste por dolor epicondíleo. Todas las paradas en sexta, á la derecha, en esgrima y todos los golpes de revés en el tennis, requieren un poderoso esfuerzo de extensión de la mano, por lo que nada tiene de extraño que padezcan esta enfermedad con más frecuencia que nadie los profesionales de estos ejercicios, en los cuales la espada ó la raqueta, cogidas con toda la mano, han de ser maniobradas por movimientos alternos de flexión y extensión de la muñeca. Los pescadores de caña, pianistas y violinistas también padecen esta enfermedad, aunque con menos frecuencia, y más excepcionalmente aún las lavanderas, los cocheros, los curtidores de pieles, vareadores de nueces, fregadores de vasos, los cirujanos, etc. Por estas nociones etiológicas se comprende que el hombre sea más atacado que la mujer, y más el brazo derecho que el izquierdo; pero lo que no se explica ya tan fácilmente es la preferencia habitual de esta enfermedad por los sujetos de edad media y fuerte musculatura. Entre los sportmans la epicondilitis no es enfermedad de principiantes (que tantos esfuerzos inútiles hacen), sino de campeones, que la tiemblan mucho.

La enfermedad se establece de ordinario de un modo progresivo, aunque también puede hacerlo bruscamente. En el período de estado, la *sintomatología* es notablemente constante y se reduce á una sola cosa: *dolor*, sin otras manifestaciones generales ni locales objetivas; nada de hinchazón, nada de tumefacción ósea, nada de equimosis. Este dolor no existe espontáneamente, reapareciendo con la presión y los movimientos. En el período de máxima intensidad la impotencia del miembro es casi absoluta, pues basta el menor movimiento del antebrazo ó de la mano para provocar dolor, cuya localización es entonces difícil de precisar. Cuando al cabo de unos días de reposo los síntomas se atenúan,

puede apreciarse por palpación toda la región externa del codo algo sensible á la presión; pero colocando el dedo sobre un punto muy localizado de la cara anterior del epicóndilo, se provoca un dolor insoportable; tal punto doloroso corresponde con el de inserción en el húmero del tendón epicondíleo, común á los músculos radiales y extensores de los dedos, por lo que todos los movimientos que ponen en tensión dichos músculos son también dolorosos, con intensidad proporcional á dicha tensión.

La *evolución* de la enfermedad es mucho más lenta de lo que podía haber sospechar la ausencia de toda modificación objetiva. El período agudo, guardando el enfermo reposo, apenas se prolonga más allá de una á dos semanas; pero á partir del momento en que la atenuación del dolor permite la utilización del miembro, la enfermedad puede durar meses, con períodos de alivio y recaída, y aun adquirir una tenacidad desesperante, de años, en los enfermos impacientes que reemprenden demasiado pronto el ejercicio de su sport favorito.

¿A qué lesión exacta corresponde el dolor de la epicondilitis? Según unos, es una neuralgia; según otros, una ruptura del tendón epicondíleo, una osteitis reumática ó postgripal, una deformidad articular del codo, estadio inicial de una artritis deformante, y por último (lo que parece más verosímil), una osteitis ú osteoperiostitis del epicóndilo.

El *diagnóstico* es de los más fáciles á condición, se entiende, de tener conocimiento de la enfermedad, pues ignorándola pudiera confundirse, en un principio, con una simple agujeta, y más tarde, con una osteitis tuberculosa, dando lugar en ambos casos á situaciones enojosas para el médico.

El único *tratamiento* eficaz es el *reposo*, precisamente lo más difícil de imponer á un hombre de sport, pero el reposo prolongado, debiendo dejar pasar varias semanas desde la desaparición completa del dolor hasta reemprender el ejercicio provocador del primer ataque. Todos los analgésicos y todos los revulsivos han sido vanamente ensayados. La electricidad, en sus variadas formas, á unos ha proporcionado éxitos, y á otros, fracasos. Como tratamiento de excepción, Franke ha intervenido con éxito en un caso quirúrgicamente, resecando el epicóndilo.

Para terminar, merece párrafo aparte el empleo del masaje frecuentemente prescripto, el cual no sólo es inactivo, sino francamente perjudicial, á más de doloroso. (*Journal de Praticiens*, núm. 10, 11 de Marzo de 1922).—T. R. Y.

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Glándula tiroides y anafilaxia, por A. Lanzenberg y L. Répinow.**—Hechos clínicos hacen suponer que la glándula tiroides no es extraña á ciertas manifestaciones de inmunidad; para dilucidar este punto, los autores han emprendido una serie de investigaciones; los primeros resultados se refieren en el trabajo que resumimos. Aquéllas han recaído sobre el estudio del choque anafiláctico en los animales privados de tiroides. Las conclusiones son: 1.ª Los animales tiroidectomizados no presentan choque anafiláctico cuando la extirpación del tiroides ha sido total y practicada antes de la sensibilización. 2.ª La tiroidectomía practicada en los animales, ya sensibilizados, no impide el choque. La ausencia del choque en los primeros ¿se debe á que el cobaya operado es incapaz de ser sensibilizado, o bien á que el cobaya, aunque se sensibilice, no puede reaccionar por el choque? En el resultado de nuevas experiencias, que publicarán los autores próximamente, se podrá dilucidar esta cuestión. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 4, 28 de Enero de 1922).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

En la Real Academia Nacional de Medicina. — Asamblea de médicos del Registro civil. — Acto solemne.

Como era de esperar, han continuado los rumores, comentarios y agitaciones, acerca de los reales ó supuestos sucesos ocurridos en la Real Academia Nacional de Medicina. Tiene ésta, como todas sus congéneres, el privilegio, no sabemos si triste ó envidiable, de provocar de un modo desproporcionado el interés de las gentes á quienes de ordinario no les va ni les viene nada por la vida de tales instituciones, de las que suelen hablar con tonillo despectivo; porque *ellos* (los que hablan), no han creído nunca que *ellas* (las Academias), sirvieran para nada, ni merecieran ocuparse en ellas.

No hace todavía un mes, los periódicos que andan á caza de noticias impresionistas, anunciaron que en la Real Academia Española había ocurrido un gran escándalo entre los padres graves, quienes habían estado á punto de venir á las manos, por si el diccionario que aquélla redacta se había de llamar «de la lengua castellana», como querían los viejos, ó «de la lengua española», como pretendían los que presumen de reformistas. Díjose á este propósito nada menos, «que los vecinos del barrio pacífico en que el clásico edificio está implantado, habían salido á sus balcones alarmados por las voces y amenazas de los *inmortales*».

Pues bien, nos consta (porque *Decio Carlán* se mete en todas partes), que no ocurrió tal cosa ni nada que se le pareciera, y sí solamente que al subir á sus coches respectivos dos académicos, íntimos y cariñosísimos amigos (uno de ellos *Decio Carlán*), se dijeron de ventanilla á ventanilla, dos ó tres cuchufletas relativas al acuerdo que se acababa de tomar, con toda la seriedad que en aquella Academia se procede. Esto fué todo, y lo bastante, por lo visto, para que al día siguiente los informadores de la opinión hablasen de escándalo, alboroto é improperios, con asombro de los académicos que en un 80 por 100 ignoraban completamente lo ocurrido.

Pues bien, algo análogo debe ser lo acontecido en nuestra Academia por lo que se ve; pues las *caritativas* y *cariñosas* y *desinteresadas* propalaciones que de un disentiimiento más ó menos acalorado se han hecho por las gentes de fuera y por los periódicos también de fuera, que sin duda tienen pocas cosas positivas dentro de qué ocuparse, no vemos

que hayan interrumpido el curso sereno de los trabajos íntimos de la Academia.

En la Junta de gobierno celebrada en la tarde del miércoles, se nos dice y transcribimos con satisfacción y alborozo, que fué nombrado académico honorario con arreglo á los Estatutos, el exministro de Instrucción Pública y de Gracia y Justicia, nuestro compañero de redacción y paladín elocuente de los intereses de las clases médicas en el Congreso, Excmo. Sr. D. José Francos Rodríguez.

La votación del acuerdo dió por resultado la unanimidad aprobatoria, acudiendo á la sesión y adhiriéndose á las cinco formas reglamentarias, los Sres. Fernández Caro, Pulido, Goyanes, Carracido, Elizagaray, Hergueta, Simonena, Murillo, Tapia, Fernández Sanz, Bayod, Isla, Morejón, Decref, Criado Aguilar, Díaz Villar, Mollá, Huertas, Espina, Mariscal, Cisneros, Martín Salazar, Pérez Valdés y otros que no recordamos, adhiriéndose en correcta carta el Sr. Marañón y lamentando su inasistencia por enfermedad el presidente Sr. Cortezo.

En el Salón de actos de la Real Academia Nacional de Medicina, cedida amablemente para ello, se ha celebrado el jueves 25 la sesión inaugural de la primera Asamblea de Médicos del Registro civil de España.

Ocuparon la presidencia, el excelentísimo señor ministro de Gracia y Justicia Sr. Ordóñez, acompañado del vicepresidente de la Real Academia Nacional de Medicina, Excmo. Sr. Dr. Fernández Caro, y del presidente honorario del Cuerpo de Médicos del Registro civil, Excmo. Sr. Dr. D. José Francos Rodríguez.

Abierta la sesión por el señor ministro, el presidente efectivo de la Asamblea, Dr. D. Eduardo Masip Budesca, leyó el discurso inaugural, inteligente exposición de la historia, formación, labor y aspiraciones de este organismo técnico de importantísima función y que tan necesitado está de ensanchamiento y atención especialísima de los Poderes públicos.

La disertación del Dr. Masip, seguida con concentrada atención por todos los presentes, fué premiada con unánime alabanza y el nutrido aplauso de los asambleístas.

Acontinuación el Sr. Francos Rodríguez, con su fácil comprensión y exposición incomparable, hizo un cuadro sintético especialmente dedicado al mi-

nistro en que al lado de la labor hecha por él durante su actuación, como ministro de Gracia y Justicia, señaló con emoción palpitante la que está falta aún de realizar y encomendaba á la clara inteligencia, voluntad y acierto del Sr. Ordóñez.

El discurso del Sr. Francos fué interrumpido varias veces por el aplauso y al final largamente acompañado por él.

Al levantarse el señor ministro de Gracia y Justicia fué saludado por la Asamblea con una cariñosa ovación en que iba el agradecimiento por el interés demostrado en la gestación de la Asamblea y su presencia en el acto inaugural.

Recogió el Sr. Ordóñez cuanto dijeran el señor Massip y el Sr. Francos, y alentó á los asambleístas en su labor de que debe hacerse gran propaganda social para el conocimiento y divulgación de la importancia capital de la función del médico del Registro civil, y sin comprometer promesas fáciles, adelantó que espera las conclusiones derivadas de los trabajos de la Asamblea, con sincero deseo de acoger cuantas sean inmediatamente aplicables á la práctica y plantear las que su índole especial no permita resolver de momento, dejando la semilla que fructifique al calor de la opinión pública ya señalada en las esferas de cultura y necesaria de hacer brotar en todas las capas sociales.

La organización de la Asamblea ha sido un completo éxito y pueden estar orgullosos sus iniciadores. Los resultados aún no conocidos prometen ser grandes por la índole de los trabajos presentados y la probada inteligencia y conocimiento de los problemas en los que han de desarrollarlos.

Daremos cuenta de ellos según vayan haciéndose públicas sus discusiones, en los números sucesivos.

DESIO CARLAN

CARTA ABIERTA

Nuestro redactor el ilustre médico del Hospital provincial y actualmente senador por la Real Academia Nacional de Medicina, nos envía la siguiente carta, rogándonos su publicación y sugerida sin duda alguna por la lectura de los comentarios que hacíamos acerca de la asendereada cuestión del supuesto escándalo en dicha Academia:

Madrid, 21 de Mayo de 1922.

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Mi querido amigo y director: Acabo de leer EL SÍGLO MÉDICO y no puedo menos que alabar el tacto con que habla usted de lo ocurrido en nuestra Real Academia; pero es tan grande y sincera la estimación en que le tengo y considero que es tan extraordinario el bien que ha prestado usted á nuestra entidad desde la presidencia y de un modo muy singular con el sistema ideado por usted y seguido por la inmensa mayoría de los señores académicos, merced al cual

tenemos de compañeros reputaciones que, de seguir el sistema antiguo, ó sea el de comprometer, pidiendo ó rogando, el voto á los académicos á raíz de la vacante y hasta con desusada frecuencia en el propio entierro del desgraciado compañero que la ocasionó, todavía no habrían probablemente ingresado, que me decido á escribirle la presente, rogándole que la publique, ya que yo no pude asistir á la reunión extraoficial, para hacer constar que su sistema de usted ó su procedimiento no han fracasado, puesto que lo ocurrido en aquella reunión fué debido precisamente á que no se siguió su excelente procedimiento, sino, precisamente también, el antiguo de comprometer los votos como antes he referido. Para seguir fielmente el sistema de usted, debían quedar automáticamente borrados de la propuesta los nombres que habían seguido el sistema antiguo. Tengo una inmensa confianza en usted, en su procedimiento y en la Academia, y espero que lo ocurrido servirá para demostrar una vez más lo peligroso del sistema antiguo y las excelencias del procedimiento moderno cuando se sigue con fidelidad.

Queriéndole muy de veras le abraza su admirador y amigo,

JOSÉ CODINA.

AZÚA HA MUERTO

Azúa ha muerto, y como obligación sacratísima, la Sociedad Española de Dermatología, de la que fué su fundador y presidente hasta su muerte, le ha dedicado una sesión necrológica en su honor que se celebró el pasado jueves en el Colegio de Médicos.

Los dermatólogos españoles, que todos, directa ó indirectamente, somos discípulos de él, acudimos como era de esperar á ella, para perpetuar con un recuerdo la memoria del que fué nuestro maestro; pero los que como yo saben sentir, además del agradecimiento por lo que nos enseñó, el orgullo de la labor realizada por el gran Azúa, honra y gloria de la Medicina española, vimos con pena, por no decir otra cosa, el aislamiento en que nos encontrábamos. Estábamos, sí, los suyos, los continuadores de su obra, los que conocedores de él bien éramos sus más fervientes admiradores, pero ni una sola representación del Colegio de Médicos, de la Médico Quirúrgica, de la Real de Medicina, ni médicos que no fuéramos dermatólogos, ni público. Es una pena, en verdad, pasarse toda una vida trabajando en bien de la patria, de la ciencia y de la humanidad, para después, cuando se va á juzgar su labor, nadie se lo sepa agradecer... En fin, corramos un velo sobre la actitud de la clase médica en general y de las Sociedades científicas en esta ocasión y demos á conocer para que no se quede también en el secreto el homenaje póstumo que la Dermatología Española ha hecho á su primer maestro.

Abrió la sesión el Dr. Castelo, compañero suyo desde hace cuarenta años, y con emoción, que apenas podía contener, nos leyó unas cuartillas en que se condensaba la vida del Dr. Azúa como médico de Hospital. El Dr. Castelo nos va relatando el maravilloso esfuerzo de voluntad y trabajo no igualado por nadie aún del pobre Azúa, desde que empezó su actuación en el Hospital Provincial hasta que sufrió su primer ataque cerebral hace ya cinco años. Yo no he conocido á nadie, exclama el Dr. Castelo, que le haya superado en la laboriosidad y noble ambición para llegar cuanto antes al pináculo de la celebridad. Él decía que el médico de Hospital puede elegir ó determinar, dentro de lo reglamentario, la hora de comenzar la visita, pero que jamás debe pensar ó fijar la de su terminación; por eso Azúa reconocía deter-

nidamente á los enfermos, empleando todo el tiempo necesario para observarles y no omitiendo ningún medio para conseguir el diagnóstico exacto. Nos relata después el doctor Castelo la serie de estudios hechos por Azúa en su Hospital de San Juan de Dios, siendo uno de los primeros el examen clínico de la linfa de Koch á raíz de darla á conocer al mundo científico el sabio bacteriólogo.

Hace mención, por fin, de los éxitos de Azúa ante dermatólogos extranjeros de fama mundial como Unna y Hallopeau con motivo del Congreso Internacional de Medicina que se celebró en Madrid el año 1903, y termina lamentando de corazón la pérdida irreparable del maestro.

Habla á continuación el Dr. Fernández Criado, uno de sus discípulos íntimos más predilecto y quizá uno de los que más admiración y cariño sentían por él, para leernos la biografía hecha por el propio Azúa días antes de morir, á petición de un compañero muy querido por él; razones íntimas y de carácter familiar, al parecer, impiden publicarla íntegra por ahora, al menos, ya que está destinada con prioridad para otras publicaciones, pero no hemos de ocultar la nota que sobresale en toda ella traducida por el cariño intenso que al escribirla ponía en su San Juan de Dios el pobre Azúa.

Continúa Criado hablándonos de Azúa bajo el aspecto íntimo, y así nos cuenta y refiere hechos y anécdotas en que demuestra plenamente el falso error del carácter fuerte y áspero de que gozó fama injustamente.

Por último, lee unas cuartillas del Dr. Pardo Regidor, tan llenas de emoción, sinceridad y verdad, que no puedo menos de transcribirlas: «La muerte de Azúa ha originado una vacante en la Dermatología española que pasarán muchos años sin que se pueda ocupar.

Era Azúa un sifiliógrafo y un dermatólogo, como pudiera haber sido un ingeniero, un abogado, etc., pues en todos los órdenes del saber donde hubiera puesto su portentosa inteligencia y su férrea voluntad, allí hubiera brillado, allí hubiera ocupado el número uno.

Es muy difícil que concurren en el mismo sujeto las condiciones que Azúa reunía; pero en aquel en quien se suman, germina el talento, aletea el genio y determina en el ánimo de los demás cierta admiración reveladora de la superioridad intelectual de que fué dotado.

El talento de Azúa era de tal magnitud que desvanecía ante las gentes otras condiciones de carácter por todos copasando sus fronteras y haciendo saber fuera de España que aquí se rendía culto, aunque modesto, á las especialidades médicas.

Pero le estaba reservado á Azúa ser el portaestandarte de aquella gradación lógica entre los tiempos de los maestros citados y los nuestros. El era el llamado á enfocar aquella corriente iniciada y constituir el florido ramillete, que lleno de perfume y ambrosía, ha de transmitirse á las generaciones venideras, para que cual faro resplandeciente, ilumine el campo aún muy oscuro de la Dermatología y sirva de punto de partida á las enseñanzas del mañana. nocidas, y á propósito del carácter de Azúa se han dicho muchas cosas, todas ellas en mi sentir erróneas.

Azúa protestaba de las injusticias, de las deficiencias sociales, de la ignorancia, con tan ruda franqueza y tal violencia, que parecía la protesta mucho más llena de encono de lo que en realidad era.

En más de cincuenta años de trato escolar y profesional, después sin solución de continuidad en la amistad y en el trato, me autoriza á tener sobrados motivos para conocer el carácter de Azúa, y puedo afirmar que, aparte de esa rudeza empleada habitualmente, siempre en su enojo había un

fondo de verdad y de justicia que tenía su origen en el incumplimiento de deberes ó de defectos sociales, que él en su vuelo ascensional lo veía todo mezquino, pobre, ruin. No sé cómo le juzgará la Historia; yo así le juzgo, sin favor ni elogios póstumos, inspirándome tan sólo en la imparcialidad y en la justicia.

La labor científica de Azúa ha sido intensa y provechosa. Ha creado Escuela Dermatológica Española y en el Hospital de San Juan de Dios un vivero de especialistas, que ahora regentan dos retoños que él cultivó y dirigió ó, por lo menos, á su lado se desarrollaron y fructificaron.

Cuando este hospital estaba en el vetusto caserón de la calle de Atocha y llamaban practicantes á los que hoy se denominan internos, no era en verdad muy lucida la labor científica que allí se realizaba por parte de este personal subalterno, contrastando con lo que hoy hacen sus hermanos en la Sociedad Dermatológica, en el hospital, en el laboratorio; y en este amor al trabajo, en este deseo de saber y en este afán incesante de escudriñar, yo veo aquí la obra de Azúa, que ha tenido el poder de inocular, á todo el que le rodeaba, lo que él sentía, lo que se agitaba en su alma, lo que latía en su corazón: el trabajo, y así vemos hoy el Hospital de San Juan de Dios convertido en un centro de enseñanza, transformación realizada en muy pocos años por la influencia de Azúa. Él hizo la Sociedad Dermatológica, él hizo las Actas Dermatosifiliográficas, publicación que hoy tiene artículos muy estimables y de una gran originalidad y de un sabor clínico excelente, pues en ellas cada cual aporta el fruto de sus observaciones. Él hubiera hecho una escuela española de la especialidad si la fatalidad no le hubiese colocado en el duro trance de casi inutilizarle para la vida profesional y para todas las vidas.

¡Pobre Azúa! Una vida de trabajo no interrumpido luchando titánicamente con las amarguras de la profesión, bien merecía un goce final que le hubiera permitido el descanso rodeado del bienestar y de la gloria que á tan duro coste ha conquistado, pues no cabe bienestar donde la salud está troncada, donde la amenaza de la muerte súbita estaba cerniéndose constantemente sobre su cabeza. Sin embargo, seguía luchando; trabajaba en la clase, trabajaba en su consulta, enseñando á la juventud y dando consuelo á los enfermos.

¡Pobre Azúa! Él que era todo actividad y energía, cuánto habrá sufrido al verse imposibilitado de andar, de hablar, de oír, de ver; y á pesar de esta inmensa desgracia, de esta cruel desgracia, conservaba aún los destellos de aquella grandeza intelectual y no escaseaban en él algunos chispazos de buen humor con que salpimentaba su conversación, sin que por esto pasara desapercibido para el que de cerca le observara aquél dejo de amargura y de negro pesimismo que su semblante retrataba.

Seríamos injustos si no incluyésemos á Olavide, Castelo, Bombín y otros, como impulsores gloriosos de la Dermatosifiliografía, española quien con sus enseñanzas y trabajos, llenaron un vacío que se hacía sentir en nuestra Patria tras-

Lástima que Azúa no haya dejado escrita alguna obra didáctica donde consignado hubiera sus observaciones y su concepto acerca de la materia. Esta obra, sin disputa, hubiera tenido un sabor netamente español de lo que en verdad carecemos, y á más de las enseñanzas que hubiera difundido, nos hubiera recreado saborear algo español, que ya es hora que comencemos á abandonar y prescindir de esos andadores, de esa tutela extranjera que en todo es molesto, pero en la Ciencia es bochornoso.

A vosotros sus discípulos, miembros de la Sociedad Dermatológica, os corresponde continuar la labor iniciada por vuestro preclaro maestro. Él os ayudará, su espíritu no os

abandonará y desde las regiones del infinito vendrá á colaborar con vosotros, porque Azúa no ha muerto, Azúa vive, ó no es cierta aquella máxima que dice: «No muere aquél que cuando vuelve al barro de donde procede, sigue haciendo el bien más allá de su tiempo». Contestad vosotros, discípulos de Azúa, hasta cuándo estaréis recibiendo los beneficios intelectuales que Azúa os legara.

Acordaos de él, no le olvidéis, todos sois jóvenes y tenéis bríos y energías para luchar, ya sabéis su santo y seña cuál era: trabajo, trabajo y trabajo.

No abandonéis la trinchera que ocupaba Azúa y luchad valientemente como él lo hizo defendiendo la ciencia, la verdad y el progreso y recibiréis en recompensa á vuestra labor las bendiciones de la Patria, de la humanidad y de la historia.

El Dr. Covisa da término á esta sesión triste leyendo un trabajo sobre Azúa como maestro, imposible de resumir siquiera, ya que este relato se haría interminable, pero coincidiendo todo él, con el cariño grande que el Dr. Covisa siente por el maestro, con la admiración ante su labor, trabajo personal, compenetración con sus discípulos todos, condiciones personales que reunía, etc., etc., terminando con éstas bellas palabras: «Los que fuimos sus condiscípulos y colaboramos modestamente en su labor, le lloraremos eternamente; se ha ido para siempre nuestro padre espiritual, nuestro maestro, nuestro educador, á quien consultábamos nuestras dudas, el que nos aconsejaba en nuestras vacilaciones.

Ha muerto, como esperábamos, trabajando hasta la última hora de su vida y ha sido enterrado rodeado de discípulos llorosos en una tarde triste y lluviosa en el Cementerio de la Almudena, dirigiendo su mirada yerta al Hospital de San Juan de Dios, el más tierno y arraigado de sus amores».

Con ello se dió fin á la sesión, todos hubiésemos hablado pero, ¿para qué? Los Dres. Castelo, Criado y Covisa, habían sabido exteriorizar bien lo que todos en aquellos momentos sentíamos; sobaban, pues, las palabras ya que al unísono hablaban los corazones, y tras una y otra mirada al retrato del pobre Azúa, que nos presidía, nos fuimos todos, resignados sí, pero también con la protesta en los labios por no poder volver á dar vida al maestro de todos que para siempre se nos ha ido.

DR. BARRIO DE MEDINA.

HOMENAJE A LAZARO

La Comisión nombrada para iniciar el homenaje al doctor Lázaro é Ibiza, integrada por los farmacéuticos doctores Casares, decano de la Facultad de Farmacia de Madrid; Rivas Mateos, Folch y Rodríguez (M.), catedrático de la misma; Herrero, vicepresidente de la U. F. N.; Fernández de Rojas, farmacéutico mayor de Sanidad Militar; Morales, presidente del Real Colegio local de farmacéuticos de Madrid, y el señor Gil Sastre, presidente de la Asociación de estudiantes de farmacia, ha cambiado impresiones y acordado seguir estudiando los medios que conduzcan al mejor éxito del objeto para que se constituyó.

En principio se intenta la erección de una estatua que perpetúe la memoria del glorioso botánico Dr. Lázaro, y se pretende que su emplazamiento sea en un jardín público de Madrid, á ser posible.

Deseando que este homenaje sea digno, tanto de la ilustre figura á quien se dedica, cuanto de la clase farmacéutica, que honrando á aquella se honra á sí misma, se harán las

invitaciones para contribuir á los gastos que la realización de tal idea origine con un criterio amplísimo, que comprenda desde los auxilios que se pudiesen lograr del Estado y del Municipio madrileño á los de todas las Corporaciones oficiales ó particulares integradas por farmacéuticos (Academias, Consejos, Facultades de Farmacia, Asociaciones farmacéuticas oficiales y particulares, farmacéuticos civiles, militares, de hospitales, profesores de laboratorios, etcétera, etcétera), contándose ya con adhesiones y ofrecimientos tan espontáneos como valiosos.

La Comisión espera fundadamente lograr el fin que se propone confiando de modo principal en la cooperación individual de cuantos se honran con el título de farmacéuticos, ya que una de las necesidades mayores de éstos es demostrar á la faz pública sus prestigios científicos; y nadie con mejores motivos que el venerado maestro D. Blas Lázaro podría ostentar la justicia de este calificativo, que mundialmente se le otorgó á pesar de su exagerada modestia.

HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
Suma anterior.....	6.597,50
D. Adolfo Cejudo.....	25,00
D. Salvador Caracul, de Villamanta.....	5,00
D. Pablo Deó, inspector provincial de Sanidad de Tarragona.....	10,00
D. Teófilo Moraleta, de Pedro Bernardo.....	10,00
D. José María Coderque, de Andorra.....	5,00
D. Pedro Zorillo, de Santa Marta.....	5,00
D. Rodolfo L. Figueredo.....	25,00
TOTAL.....	6.682,50

(Se continuará.)

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

Méjico, 30 de Abril. —Ayer se efectuó en la Universidad Nacional un importante Consejo universitario, y en él fué presentada la proposición, que suscribieron varios miembros de dicho Consejo, para que se hiciera doctor *honoris causa* de la Universidad Nacional de Méjico al eminente sabio español D. Santiago Ramón y Cajal.

Después que se dió lectura á la citada proposición se designó una Comisión para que presentara el dictamen respectivo, dictamen que será dado á conocer en el próximo Consejo, que debe efectuarse el miércoles de la semana entrante.

A juzgar por las opiniones de la mayoría de las personas que integran el Consejo universitario, la proposición será aceptada por unanimidad.

La Academia Nacional de Medicina celebró asimismo anoche una interesante sesión.

Se procedió á dar lectura á la proposición suscrita por los señores doctores Perrín, León, Cicero, Castillo, Najera, Monjaraz, Land, Rojas, Delez, Aragón Izquierdo y otros connotados profesionistas, solicitando que la Academia hiciera miembro honorario suyo al eminente sabio español D. Santiago Ramón y Cajal.

El Sr. Dr. León, presidente de la Academia, hizo

uso en seguida de la palabra, poniendo de relieve las cualidades científicas del Sr. Ramón y Cajal, y todo lo que había hecho en pro de la ciencia.

Una vez que terminó la Academia, resolvió abreviar los trámites de rigor y hacer miembro honorario de ella al Sr. Ramón y Cajal,

En la misma noche el señor presidente de la Academia, el secretario y titular de la misma le enviaron el siguiente telegrama:

«Cajal. Calle Alfonso XII, núm. 62, Madrid.

Academia Nacional de Medicina, votación unánime, nombró á V. E. miembro honorario.— León, presidente; Perrín, titular; Izquierdo, secretario.

El diario *La Raza* publica hoy las siguientes líneas:

«Es seguro que el éxito corone los esfuerzos de un hombre de ciencia, como el Dr. Tomás G. Perrín, que, además, es un caballero tan efusivo que, parafraseando á nuestro gran Cervante, podíamos decir que en su corazón tiene asiento todo sentimiento noble; pero ese éxito no queríamos nosotros que fuese solamente económico. Nada importa la cantidad; para todos los que admiramos al gran español Ramón y Cajal, el mayor placer sería que esa suscripción tuviera carácter popular y que á su solo anuncio se ofreciera espontáneamente un pequeño óbolo que demostrase la simpatía y el cariño que á todos merece el venerable anciano.

Las cantidades recibidas hasta la fecha son las siguientes:

D. Adolfo Prieto, 1.500 pesos; *La Raza*, 250; doctor Tomás G. Perrín, 300; D. Lino Pardueles, 1.500; don Eugenio Alvarez, 1.000; Banca Asturiana, 1.000; D. Manuel Arregui, 500.— *W. Blasco*.—(A B C, 19 de Mayo.)

TRABAJO DE LOS LOCOS EN LOS FRENOCOMIOS

Un asunto que suele olvidarse en algunos tratados del régimen interno á seguir en los Frenocomios es el relativo al trabajo de los locos. Entendemos por locos en el sentido legal los internados en los establecimientos de Salud para albergue de dementes declarados tales ó en observación, librándonos muy mucho de aplicar esa palabra en sentido denigrativo, como el vulgo generalmente la emplea. Además, que ciertamente, como ya tuvimos ocasión de decirlo hace algunos años en que escribimos un largo artículo laudatorio del Frenocomio que á cargo de los Hermanos de San Juan de Dios funciona en Ciempozuelos, Madrid, allá por el año 14, y que se publicó en el *Correo Español*, periódico entonces de inmensa circulación y popularidad, decimos que muchos de los albergados en esos establecimientos son realmente *locos cuerdos*; y aunque esto parece una paradoja, lo expliqué creo que suficientemente en aquél artículo, al cual remito al lector curioso. Y por el contrario, á muchos de los que andan fuera, por las calles, y hasta ocupando envidiables puestos en la sociedad se les puede aplicar el bivocablo anterior, pero trastocando sus componentes, es decir, que debe llamárseles *cuertos locos*. El que no lo comprenda á primera inten-

ción, que se tome la molestia de revisar aquél artículo citado más arriba.

Explicada la palabra, entremos de lleno en el desarrollo de nuestra tesis. Primeramente preguntaremos y contestaremos afirmativamente: ¿Los *locos*, ó sea los internados en una Casa de Salud, sean de la clase económica que quieran ó puedan, deben trabajar? Sí, señor. En términos generales deben trabajar. Así, ni menos ni más, TRABAJAR.

¿Por qué deben trabajar? Porque aparte de la consideración transcendentalmente filosófica, racional y generosa y de Consejo Evangélico que nos manda ganar el pan nuestro de cada día, los *locos*—claro está, los que puedan, que son la mayoría,—deben trabajar. Además de esas condiciones generales de las cuales no deben eximirse los locos que puedan, existen muchas razones justísimas, todas ellas que aconsejan la práctica del trabajo apropiado á las condiciones individualmente biológicas de cada internado en los Frenocomios. Por qué; pues por la sencillísima razón de que el trabajo, bien ordenado, dirigido y proporcionado y estimulado, contribuye poderosísimamente á lograr la curación en la mayor parte de los casos en que es aplicado como agente principal terapéutico del *loco*; y en otros muchísimos casos, por lo menos el alivio, la atenuación del mal, la disminución de su agudización; y aún por lo menos, la modificación de la enfermedad, lo cual es mucho, tratándose, por ejemplo, del caso más grave, de un agresivo, un insociable absoluto, pues si conseguimos que modifique su trayectoria morbosa derivándose en un sentido más benigno, ó totalmente pacífico, hemos conseguido mucho, lo más; pues de un inútil, de un perjudicial, hemos logrado un manso, y á mayor abundamiento un hombre útil, hasta beneficioso. Y en otro caso, muy frecuente, el de un triste, un melancólico vulgarmente llamado, un deprimido, un candidato á veces á la mayor de las transgresiones de la Ley, un suicida, lograremos con el trabajo y los demás medios terapéuticos suministrados por la Caridad, la mayor Ciencia, y la Ciencia humana, otra redención, si no siempre absolutamente deliberatriz, sí suficiente para representar un positivo progreso en el individuo morbo, comparangonando su estado actual con su estado anterior al ingreso en el Frenocomio. De tal manera que en esos dos casos, los más graves, pues se trata de un acometedor impulsivo y de un deprimido, que también derivan muchas veces en atacadores irracionales del prójimo y de las cosas; si conseguimos, habiendo puesto como remedio primordial el régimen del trabajo, la atenuación del mal, hemos, repetimos, alcanzado lo más. Después de ahí, podemos decir que es cosa de coser y cantar si tenemos prudencia con el enfermo y no le hacemos salir prematuramente trastornándole con el cambio brusco de ambiente, de medio, y á veces hasta de la misma clase de trabajo, y, sobre todo, muchísimas veces con el régimen atrozmente homicida del no trabajo; es decir, de no dejarle trabajar en la sociedad, ya por estúpidos prejuicios pseudo-aristocráticos de sus familiares, dados á veces las condiciones limitadas del sujeto, y otras el mismo hábito y pericia siste-

matizado en una profesión u oficio adquirido en el Frenocomio; ó por no ser posible fuera externado encontrando ocupación igual á la ejercida durante el internamiento, ni con tanta comodidad—pues aquí no se le puede apurar,—ni á veces con tanta simplicidad ó mediocridad, pues fuera ya se sabe que la sociedad que lo paga, exige, sin caridad casi siempre, la obra sea de la clase que sea, casi perfecta, quedando el que no logra esa excesiva perfección y rapidez al margen del camino de la vida, no racional realmente, sino egoísta, de la sociedad.

Pero las condiciones del trabajo de los locos son difíciles de determinar y de aquí la necesidad de que los directores del Frenocomio, no sólo establezcan bases generales para atender al Frenocomio bajo ese respecto, sino que deben descender con cada individuo puesto á su cuidado, á particularidades hasta minuciosas, teniendo en cuenta no sólo la índole de sus facultades para aprovecharla, sino hasta la misma índole de su enfermedad y sus causas productoras ó coadyuvantes.

En muchos casos un individuo debe aprender profesión nueva ó aplicar alguna de él ya conocida, pero que no sea la habitual. Por ejemplo. Nosotros conocimos un joven de diez y siete años con una afección nerviosa complicada con alucinaciones y hasta delirios leves de grandeza que traía lastimado su cerebro y sus órganos auditivos, por el atronador ruido que se experimenta en una sala de máquinas de una imprenta moderna. Lo primero que le dijo el doctor fué que variase de trabajo y buscase oficio en donde realmente no se sintiese ni el aleteo de una mosca si posible fuera. Esto aunque no fuese más que temporalmente. Fué llevado, se dejó llevar sin violencia, por persuasión, á una casa de salud y salió curado á los seis meses; pero durante este tiempo estuvo totalmente alejado de la práctica de su profesión habitual. Es un caso. Otro por ejemplo es el de un loco pintor al que pudieron apreciársele trastornos nerviosos y cerebrales producidos ó agravados por las intoxicaciones con las sales de plomo emanadas de las preparaciones de sus colores. Debe alejársele en el tratamiento al menos de toda aspiración de aquellas sales. Por ejemplo, dedicarlo á la fabricación del pan ó á la alpargatería. Ni siquiera la zapatería. Debe sanearse todo lo posible el ambiente que aspire. Y si se presta, debe enviársele á trabajar en el campo.

Pero no es solamente el cambio de oficio cuando esté indicado, sino que hay que tener en cuenta en estos casos otras muchas cosas para ofrecer trabajo á los locos.

Como el fin principal perseguido debe ser el alivio del enfermo, al recomendarle y estimularle al trabajo prescindiendo de todo interés lucrativo, hemos de escoger aquéllos trabajos que por sus condiciones generales y hasta por su instrumental ofrezcan el mayor coeficiente de eficacia terapéutica y el menor peligro posible. Por ejemplo; el trabajo de minas subterráneas, construcción de atarjeas, pozos, alcantarillas, limpieza de chimeneas, etc, debe ser absolutamente proscripto. Eso que lo hagan los *cuerdos*.

Nosotros debemos escoger para nuestros *locos* y

mientras lo están, trabajos sencillos, sin graves complicaciones y en los que el instrumental sea el menos peligroso y pesado. Tres oficios manuales se nos ocurren así, sin buscar mucho, en los cuales podrían emplearse todos ó casi todos los acogidos en un Frenocomio que no buscasse más que la curación y alivio del enfermo. Uno es el de la panadería. No necesita instrumental apenas peligroso. Una simple cuchilla que debe correr á cargo del maestro, que debe ser cuerdo; más es, ni aun eso, pues con una divisora mecánica estaría evitado el uso del cuchillo.

Harina, agua, artesas, amasadoras, transporte de sacos llenos, conducción de lo elaborado y acarreo de las primeras materias; lo único peligroso es el fuego; con la vigilancia del maestro, éste se hará inofensivo. Además, que hay hornos modernos tan excelentes, que no toleran ni el extravaso del combustible encendido ni siquiera la volatización de cenizas. A mayor abundamiento hay hornos eléctricos. Pero se me objetará que el pan que pueda consumir un Frenocomio, aunque contenga 2.000 plazas, lo pueden producir ocho personas con los auxiliares necesarios al corretaje. Muy bien; pero es que como hablamos de trabajo terapéutico, si se me permite la frase, y redención de todo espíritu mercantil ó industrial, debería establecerse una gran panadería ó varias en el Frenocomio pudiéndose lanzar al mercado el producto acaso en mejores condiciones de baratura que el que pudiese presentar el más práctico de los patronos panaderos.

Así se lograrían, la eficacia terapéutica de ese trabajo y otras cosas—precisamente ahora tenemos conflictos diarios por la falta de pan—como que siendo género fácilmente vendible y remuneratorio generalmente, el enfermo empleado habría de beneficiarse enormemente, pues claro está que habría que guardársele el jornal íntegramente para su salida ó para que atendiese á su familia desde su reclusión y para mejorar su situación económica. Debe desaparecer completamente la explotación inconsiderada del loco. Claro está que el loco, como no se le puede ni debe exigir. Le tanto trabajo ni tan perfecto como al cuerdo, no podrá generalmente alcanzar el mismo jornal que éste. Pero sí debe formársele un fondo de reserva sin tacañería ni codicia. ¡Esto se hace en los presidios!

Otro oficio: La chocolatería, apenas exige instrumental peligroso.

Otro: La cerámica, aunque sea burda como la fabricación de la trillo y teja plana y pucheros toscos. Muy poca cosa: un velador rotativo, horno de alfarero y un palito modelador; lo demás, unas sachas planas para amasar el barro. No hay necesidad de amasar con los pies. El acarreo precisamente en Ciempozuelos es fácil. Una de cauville que llega á Ciempozuelos, propiedad de una Azucarera próxima, pasa á pocos metros de colosales depósitos de la primera materia que el Jarama vino trayendo siglos y siglos; hace acaso providencialmente y acumulándolo al lado derecho de su corriente, barriza maravillosa, y tan pura y preparada, que acaso necesite ya mezcla de alguna sílice. Una grandiosa alfarería debería tener el Frenocomio de

Ciempozuelos; y cuanto adelanto por la disminución de costo y solidez en país precisamente en que no hay canteras de berroqueña, para las constantes mejoras que deben realizarse.

La cordelería y la cestería fina tampoco exigen graves instrumentos ni punzantes ni contundentes. Después, todos los que ya se vienen ejerciendo, pero que por sus condiciones de exigir mucho instrumental peligroso, como la carpintería, herrería, zapatería, hojalatería, la misma pintura, por sus múltiples sustancias tóxicas, los hacen más ó menos inasequibles á muchos, además de que esos oficios suelen ser, aun de obra basta, de una exigencia intelectual onerosa para enfermos de la mente.

En cuanto á los mismos instrumentos empleados por los *locos* en cualquier oficio manual, no deben ser iguales á los empleados por los cuerdos; ¡cal!, nada de eso. El instrumento utilizado por el *demente* debe reunir condiciones para producir manufactura, pero su medida y peso debe ser rebajado. Casi, casi instrumental, como para niños, si son niños. ¡Esas bárbaras carretas, esos azadones tan brutales, esos picos tan pesados, proscriptos! Instrumentos casi de jardín, y por de pronto ningún instrumento excesivamente peligroso como la hoz. Da horror ver á un pobre enajenado manejando la hoz, y da aún más horror salir á la siega después de hacerles ingerir su cuarteron de aguardiente. Esas cosas proscriptas. Son fuera, se practican fuera, que no es lo mismo que decir que deben practicarse; en cuanto al alcohol ingerido en ayunas, ¡qué horror!

Todavía nos resta algo que decir respecto al trabajo de los *señoritos*, es decir, la ocupación que deben practicar los que puestos en una clase económica más holgada, ó por ser intelectuales no ejercen oficios manuales. ¡Qué han de hacer estos! Pues deben hacer tanto ó más que los otros. Causa espanto, asco, vergüenza el ver á tantos *señoritos*—esta palabreja la empleo con ironía—sólo ocupados en el manejo de los *naipes* todo el día y de las fichas sucias y mal olientes del dominó. ¡Qué asco! ¿No pueden hacer algo? Sí pueden hacer mucho. ¡La escultura, la pintura fina y no fina, la enseñanza! ¡Cuántos analfabetos—tocáramos pronto el punto de la instrucción y reeducación—podrían redimirse de su ignorancia por el afán generoso de un pensionista! ¡No pueden dedicar una hora siquiera á enseñar al que no sabe!

Aun prescindiendo del estudio continuado, intenso, metódico, activo, al que pocos pueden llegar en los Frenocomios, entre otras razones porque no hay acceso fácil de instrumentos de trabajo intelectual y hasta falta papel á veces, aparte de esa labor específicamente intelectual; ¡en cuántas cosas puede emplearse el *loco rico*! el hombre que sabe leer y pueda, debe hacerlo. Para eso debe proporcionársele el acceso á las bibliotecas, y éstas deben estar dotadas lo mismo que se dota el botiquín, igual. En este asunto se suele hacer muy poco, y á nosotros nos ha costado gran trabajo conseguir para cierto Frenocomio de provincia, del Consejo de administración la suscripción á dos revistas, *La Ibérica* y *Hormiga*.

Dos revistas por junto. Libros solo he tenido ocasión de observar una adquisición.

Pero además hay mil trabajillos, y teniendo los talleres en condiciones pueden tener acceso á ellos, con la debida vigilancia, los más delicados pensionistas. Un precioso oficio para éstos es el de impresor y otro el de relojero. Qué cosas más bonitas y entretenidas; y hasta el de encuadernador. Ocupación, trabajo, entretenimiento, alejamiento de la ociosidad será un medio eficaz, reconccidísimamente eficaz, de contribuir á la curación del loco, por lo menos de su alivio y modificación como hemos dicho más arriba y, por tanto de su redención absoluta ó parcial de su lamentabilísimo estado, que es el fin único á que debe atenderse en esos establecimientos para dementes llamados Frenocomios.

BERNARDINO LABARTA.

Licenciado.

27 Abril, 1922.

Academias y Sociedades.

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

Acta de la sesión celebrada el 5 de Abril de 1922, bajo la presidencia del Dr. José Bourkaib.

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

Se pone á discusión el tema presentado por el Dr. García Luquero sobre «El método de Doyen en las fístulas vesico-vaginales».

Dr. García Arias.—En lo que á fístulas se refiere tengo gran experiencia, pues yo solo he operado más casos que todos los ginecólogos españoles juntos. De tan elevado número de casos (450), solo 19 fueron fístulas post-operatorias; las demás fueron producidas por causa obstétrica. Las seis primeras que operé curaron por primera intención.

El éxito de la operación por fístula depende no solo de la habilidad manual, sino también de la paciencia que se tenga en el acto operatorio y de los cuidados que se tengan con la enferma. Es indudable que Doyen era un hombre genial y un gran operador, pero es indudable también que su operación para tratar las fístulas vesico-vaginales sólo sirve para los casos de fístulas pequeñas, que no tengan un diámetro máximo de 5 milímetros. No lo he empleado más que una ó dos veces y no estoy satisfecho de sus resultados é insisto en que sólo en las fístulas muy pequeñas sirve; en las demás, que son la mayoría, no es nada eficaz.

Dr. Bourkaib.—Comienzo por confesar los malos resultados que he obtenido con todos los procedimientos operatorios en los casos de fístulas, y creo que todo el mundo tendrá más fracasos que éxitos, dependiendo éstos, naturalmente, no sólo de la técnica, sino de los cuidados ante y postoperatorios y de la clase de fístula de que se trate. Como caso curioso recuerdo que hace ya bastantes años operé en el Hospital General una fístula enorme por el método de desdoblamiento, y á pesar de que la enferma no fué atendida después con los cuidados debidos, curó perfectamente. Hice el método de desdoblamiento y coloqué sonda permanente. Desde luego, y aunque de él no tengamos experiencia, juzgamos el método de Doyen con la modificación de García Luquero, como de gran valor. De todos modos, no cabe duda que hoy día, el tratamiento de éxito de las fístulas vesicovaginales es el profiláctico y en este sentido debemos reconocer que todos los médicos rurales y no rurales hacen hoy una labor meritoria, pero creo que no estará de más insistir ante las comadronas en la necesidad de que la cabeza fetal no esté en el mismo sitio durante muchas horas, ya que esta es la causa más frecuente de la producción de las fístulas.

Dr. García Arias.—No he hablado antes del método de Doyen, modificado por García Luquero, por no conocer la modificación de éste. Como he dicho antes, he operado 450 fístulas vesicovaginales y no tengo más de un 2 por 100 de

fracasos. Recuerdo un caso de fístula producida después de una aplicación de fórceps que por el método del desdoblamiento curó la primera vez, quedándole sólo unos 5 centímetros de útero y 4 de vagina. Al cabo de un año de la intervención, intenté la histerometría y me fué imposible, pero al día siguiente de este intento lo pude conseguir y á los nueve meses de introducir el histerómetro, dió á luz esta enferma mediante una operación cesárea que tuve que practicarle por la oposición que presentaba al paso del feto el tejido cicatricial.

Recuerdo también otro caso de la sobrina de un médico que tuvo una fístula por haber permanecido la cabeza fetal en el mismo sitio durante tres días. En la primera intervención que le hice tuve que dejar abierta la comisura derecha de la fístula, en una extensión de 3 á 4 milímetros por temor á coger el úterus con los puntos. Posteriormente, esta pequeña abertura cerró perfectamente por medio de dos puntos de sutura que di sobre ella. Por último, quiero también mencionar un caso que operé de una fístula sumamente difícil en la que practiqué un desdoblamiento con avivamiento del labio posterior. Al quinto día de la operación salía orina por un pequeño orificio que quedó, pero que se curó espontáneamente por segunda intención.

Dr. Luque.—Puesto que se ha planteado el problema de la curación de las fístulas vesico vaginales, yo estimo conveniente que se hable de la curación de aquellas fístulas que se producen á consecuencia del tratamiento radioactivo de los cánceres de cuello y vagina.

Dr. Recaséns (L.).—Creo que las fístulas pequeñas y sencillas se curan bien con cualquier procedimiento y que, en cambio, las grandes y difíciles curan sólo á costa de grandes trabajos en los casos que por fin se obtiene la curación. Desde luego en ésta interviene de un modo casi decisivo la paciencia con que se operen, quitando un punto que no haya quedado del todo bien para sustituirlo por otro más perfecto, etcétera, y además, los cuidados pre y postoperatorios. En los casos difíciles creo que es imposible metodizar la intervención, sino que se hace lo que buenamente se puede. En los casos de fístulas por radio á que se ha referido el doctor Luque, desde luego no tienen arreglo posible y sólo debemos aconsejar el empleo de orinales vaginales como los ideados por el Dr. Becerro de Bengoa, de la Argentina.

Dr. García Luquero (rectificación).—Creo que el método de Doyen se puede practicar en la mayoría de las fístulas, aunque sean de un tamaño mayor al admitido por el doctor García Arias. Además, lo juzgo el mejor desde el punto de vista anatómico por ser el que mejor consigue la unión de las fibras circulares de la vejiga.

Dr. García Arias.—Nunca, y se lo demostraré á S. S. con dibujos.

Dr. García Luquero.—A pesar de la opinión del Sr. García Arias, insisto en lo que acabo de decir y juzgo el método de Doyen el mejor anatómicamente considerado, por lo cual lo recomiendo á todos los señores académicos, á los cuales les agradezco muy de veras la intervención que han tomado con motivo de mi modesta comunicación. Terminaré insistiendo en la necesidad de evitar la obstrucción de la sonda permanente, pues esto da lugar á fracasos.

Por ser la hora reglamentaria se levanta la sesión.

Madrid, 19 de Abril de 1922.—*El secretario de actas.*

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GUERRA

REAL DECRETO

De acuerdo con Mi Consejo de Ministros,

Vengo en autorizar al ministro de la Guerra para que presente á las Cortes un proyecto de ley concediendo recompensa al comandante médico del Cuerpo de Sanidad Militar D. Luis Aznar Gómez por los méritos contraídos como autor de una obra y servicios extraordinarios prestados en hospitales militares desde Julio de 1916 á Octubre de 1918.

Dado en Palacio á 3 de Mayo de 1922.—ALFONSO.—El ministro de la Guerra, *José María de Olaguer-Feliú.*

A LAS CORTES

El teniente coronel médico jefe del primer grupo de hospitales de Ceuta cursa con favorable informe en 2 de No-

viembre de 1918, la obra titulada «Estadística operatoria del primer grupo de Hospitales militares de Ceuta», redactada por el capitán médico D. Luis Aznar Gómez, en la que se hallan detalladas 268 operaciones quirúrgicas realizadas por el citado oficial desde Julio de 1916 á Octubre de 1918, con razonada exposición de las más salientes.

El jefe de Sanidad de aquel ejército informa haciendo suyo el anterior informe, por ser de público dominio en la plaza, no solamente entre el elemento militar, sino entre el civil, las excepcionales aptitudes de este oficial como cirujano y como profesor de los cursos de ampliación reglamentarios.

El comandante general de Ceuta cursa el referido trabajo, para la resolución que proceda, y el general encargado del despacho en el Ejército de España en África informa de acuerdo con los juicios emitidos reconociendo el mérito del capitán médico Sr. Aznar.

La Junta facultativa de Sanidad Militar, como resumen de su informe, emitido en 22 de Marzo de 1919, dice que el capitán médico Sr. Aznar ha realizado una brillante, asidua é inteligente labor al frente de la Clínica quirúrgica de los Hospitales de Ceuta demostrando, además, una extraordinaria aplicación al redactar el trabajo que presenta, considerándole por ello acreedor á recompensa.

La Junta de secretaría del Ministerio de la Guerra, en 12 de Junio de 1920, acordó que, en premio á los citados méritos, se propusiera la concesión al capitán médico D. Luis Aznar Gómez, de la Cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco, pensionada con el 10 por 100 del sueldo del empleo en que la obtenga hasta su ascenso al inmediato.

El Consejo Supremo de Guerra y Marina, previo nuevo informe de la Junta facultativa de Sanidad Militar, estimando los méritos referidos dignos de recompensa, propuso que, en lugar de la pensión indicada, se concediese al citado oficial la de 1.000 pesetas anuales, sea cualquiera el empleo en que obtenga la recompensa hasta su ascenso al inmediato.

En su vista, el ministro que suscribe, teniendo en cuenta o dispuesto en los preceptos de la ley de 29 de Junio de 1918 y Reglamento de recompensas en tiempo de paz, aprobado por el Real decreto de 26 de Mayo de 1920; de acuerdo con el Consejo Supremo de Guerra y Marina, del de señores ministros y previa la autorización de S. M., tiene el honor de someter á la deliberación de las Cortes el siguiente

PROYECTO DE LEY

Artículo único. Se concede al comandante médico del Cuerpo de Sanidad Militar D. Luis Aznar Gómez la Cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, pensionada con 1.000 pesetas anuales hasta su ascenso al inmediato, en recompensa á los méritos contraídos como autor de la obra titulada «Estadística operatoria del primer grupo de hospitales militares de Ceuta» y por los servicios prestados en los citados hospitales desde Julio de 1916 á Octubre de 1918.

Madrid, 11 de Mayo de 1922.—El ministro de la Guerra, *José María de Olaguer-Feliú.* (*Gaceta del 13 de Mayo.*)

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Ilmo. Sr.: Remitido á informe del Consejo de Instrucción Pública el expediente de que se hará mérito, la Comisión permanente de dicho Cuerpo consultivo ha emitido el dictamen siguiente:

«D. Juan Ramón Polo, súbdito peruano, en instancia firmada en París en 14 de Febrero del presente año, manifiesta: Que hallándose en posesión del título de médico francés, solicita ser admitido á los ejercicios del grado de

licenciado para obtener el título español de licenciado en Medicina y Cirugía.

Acompaña á la solicitud un diploma de médico colonial de la Universidad de París, expedido en fecha 20 de Diciembre de 1921, con sus correspondientes legalizaciones, y además su traducción al castellano certificada por la Interpretación de Lenguas del Ministerio de Estado español.

El Negociado y la Sección estiman que no hay inconveniente en que se acceda á la solicitud, pero no obstante proponen que se consulte á la Comisión permanente del Consejo de Instrucción Pública para que emita el informe que estime procedente.

Estudiado el expediente, resulta:

1.º Que el diploma de médico colonial no es un título de Estado, sino un diploma universitario, para cuya obtención no se exigen los mismos estudios que para el de doctor en Medicina del Estado francés.

2.º Que el título de médico colonial no habilita para el libre ejercicio profesional en Francia, sino exclusivamente en sus Colonias.

3.º Que preceptuando el art. 96 de la ley del año 1857 que para la incorporación de estudios y grados, se tenga en cuenta la extensión de materias y tiempo de enseñanza, condiciones que no reúne el diploma presentado.

4.º Que siendo el espíritu del Decreto de 6 de Febrero de 1869 el de que el título presentado para su incorporación esté habilitado para ejercer libremente la profesión en el país de origen, requisito que no cumple el diploma de médico colonial presentado por el Sr. Polo,

Esta Comisión opina que no procede acceder á la solicitud de D. Juan Ramón Polo de incorporar en España su título de médico colonial francés mediante el examen de los ejercicios del grado de licenciado.»

Y conformándose S. M. el Rey (q. D. g.) con el preinserto dictamen, se ha servido acordar como en el mismo se propone.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 11 de Abril de 1922.—Montejo.—Señor subsecretario de este Ministerio. (Gaceta de 5 de Mayo.)

Subsecretaría.

Ilmo. Sr.: Visto el expediente incoado con ocasión de la provisión de la Cátedra de Psicología experimental, vacante en esa Universidad,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido resolver lo siguiente:

1.º Que dados los informes emitidos por las Facultades de Ciencias y Filosofía y Letras, y la aquiescencia que supone el silencio de la de Medicina, debe considerarse que la asignatura de Psicología experimental continúa con los planes de estudios vigentes en la forma que hoy lo está.

2.º Que por tratarse de asignatura perteneciente al Doctorado debe proveerse con arreglo á lo dispuesto en el art. 22 del Real decreto de 30 de Abril de 1915.

3.º Que por no ser de nueva creación y haberse provisto anteriormente por el turno primero, ó sea el de oposición entre doctores, debe anunciarse ahora su provisión por el turno segundo, es decir, por concurso entre catedráticos numerarios.

4.º Que por ser la Psicología experimental disciplina que se cursa en la Licenciatura de Filosofía y Letras, en el Doctorado de Ciencias Naturales y en el Doctorado de Medicina, es equitativo que se admita al concurso a los catedráticos numerarios de Filosofía y Letras, Ciencias Naturales y Medicina que hayan cursado esa asignatura.

5.º Que se desestimen las instancias de los Sres. López

Espinosa y Rodrigo Lavín, así como también las mociones de las Facultades de Ciencias de Barcelona, Valladolid y Murcia.

De Real orden comunicada por el señor ministro, lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 29 de Marzo de 1922.—El subsecretario, Zabala.—Señor rector de la Universidad Central. (Gaceta del 28 de Abril.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,7, ídem mínima, 703,7; temperatura máxima, 30°,2; ídem mínima, 15°,1; vientos dominantes, E. S. E., E. N. E.

El aumento de la temperatura con el consiguiente cambio de hábitos ha ocasionado ligero aumento en los afectos catarrales agudos de las vías respiratorias. Se observan estados gastrointestinales inflamatorios por abusos de bebidas frías. Los estados congestivos de los centros nerviosos no acusan variación.

La coqueluche ha aumentado notablemente en los niños. De enfermedades eruptivas sigue el sarampión predominando.

Crónicas.

Unión Sanitaria Valenciana.—En las elecciones verificadas para la designación de la Junta directiva de la Unión Sanitaria Valenciana, ha quedado constituida en la forma siguiente:

Presidente, D. Francisso Moliner Alfo, médico.—**Vicepresidentes:** D. Francisco Torrens Roig, farmacéutico; D. Juan Peset Aleixandre, médico; D. José Orensanz Moliné, veterinario; D. Alfredo Ibáñez Algarra, odontólogo; D. Juan Dolz Porta, precticante, y doña Filomena Guilló Barón, matrona.—**Secretario,** D. José Moncho Herrando, farmacéutico.—**Vicesecretarios:** D. Andrés Martín Sancho, veterinario, y D. Ramón Mateu Pascual, practicante.—**Tesorero,** D. Ricardo Muñoz Carbonero, médico.—**Contador,** D. Enrique Marzo Carsí, practicante.—**Bibliotecario,** D. Tomás Alcober Alafost, médico.—**Vocales:** Excmo. Sr. D. José Sanchis Bergón, médico; D. Enrique Gay Méndez, farmacéutico; D. José Ejarque Villar, farmacéutico; D. Rafael E. Martínez Sabater, médico; D. Alfredo Moscardó Valero, farmacéutico; D. Daniel Fenollosa Aloy, farmacéutico; D. Angel Payá Espinós, médico; D. Juan B. Marco Navarro, médico; D. Alfredo Vallino Balaguer, odontólogo, y doña Vicenta Torres Navarro, matrona.—**Redactor jefe del Boletín,** D. Alejandro García Brustenga, médico.

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

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

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

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

Admisión de extranjeros en las Universidades alemanas.—La Embajada alemana en Madrid ha comunicado al Ministerio de Estado que las disposiciones que regulan la admisión de extranjeros en las Universidades alemanas han sido modificadas y que la reglamentación actual simplifica considerablemente las formalidades de ingreso.

Los extranjeros son admitidos en las Universidades alemanas para hacer estudios, á condición de que la situación de la Universidad elegida lo permita y de que el país del estudiante conceda la reciprocidad á los estudiantes alemanes. La petición de admisión deberá dirigirse, con la mayor antelación posible, á la Universidad en que el peticionario desee hacer sus estudios, manifestando su nacionalidad y la

clase de estudios que desea seguir. La petición debe ir acompañada de los documentos siguientes:

Primero. Una relación detallada de las ocupaciones anteriores, estudios, etc.

Segundo. El título (original y traducción legalizada) que en el país del demandante autoriza a seguir estudios universitarios y que debe corresponder al Bachillerato alemán.

Tercero. Certificado de estudios universitarios, caso de haberse hecho.

Cuarto. Un certificado de que el solicitante posee medios suficientes de vida; y

Quinto. Un certificado de conocimiento de la lengua alemana. Los estudiantes extranjeros que no conozcan suficientemente el alemán para seguir los cursos en esta lengua no podrán ser admitidos más que en calidad de oyentes («Hospitanten»), hasta que adquieran ese conocimiento. En algunas Universidades se han organizado cursos especiales de alemán para extranjeros. La Universidad comunicará al solicitante la decisión que recaiga respecto a su petición. Una vez concedida la admisión, el solicitante podrá pedir el visado de su pasaporte a las autoridades consulares alemanas.

La Embajada de Alemania añade que las peticiones de los estudiantes españoles serán atendidas con especial benevolencia y con el deseo de facilitar la admisión siempre que sea posible.

Incendio de un hospital en Roma.— En las primeras horas de la noche del día 17 se declaró un violento incendio en el local donde se hallan instalados los lavaderos del hospital del Espíritu Santo.

El fuego se propagó al pabellón de incurables, pereciendo carbonizados algunos y siendo retirados con graves heridas otros.

A la una y media de la madrugada, los bomberos consiguieron dominar el incendio.

El pabellón donde se hallaban los incurables se hundió con gran estrépito a las dos y media hora a la cual habían sido retirados ya de los escombros 13 cadáveres.

A pesar de los heroicos esfuerzos de los bomberos quedaron totalmente destruidos los pabellones del hospital.

Se logró, con grandes dificultades, salvar de los efectos del fuego a las casas inmediatas.

Roma 18 (7 tarde).— A las cuatro de la madrugada habían sido extraídos 16 cadáveres de entre los escombros de los pabellones destruidos por el incendio en el hospital del Espíritu Santo.

Esta mañana la Reina de Italia y la princesa Yolanda estuvieron en el lugar de la catástrofe, y luego visitaron a los heridos.

El Rey de Italia, al regresar a Roma de Padua y Venecia, se dirigió a los hospitales para confortar a los heridos.

Colegio de huérfanos.— En la última visita hecha por el Sr. Sanchis Bergon, acompañado de su señora y el presidente del Patronato, entregó el primero 50 pesetas como donativo para el Colegio.

Se ha recibido también un cheque de 50 pesetas del doctor García Ronquillo, de Fregenal de la Sierra.

Todas estas cantidades han sido entregadas al tesorero Dr. Isla.

Tenemos noticias del envío directo a dicho señor de 25 pesetas por el Dr. Antequidad, de Béjar (Salamanca).

El libro sobre Cajal.— Los artículos, que desde hace mes y medio venimos publicando, debidos a la pluma de nuestro director D. Carlos M.^a Cortezo y dedicados a la explicación y vulgarización de la obra genial del ilustre histólogo Ramón y Cajal, se publicarán, con los que han de ser su complemento, en tomo aparte, cediendo a los insistentes pedidos que se nos hacen. Como desde su pensamiento inicial este trabajo pretende ser un homenaje íntimo, a parte de todo otro, la edición será corta costeada por EL SIGLO MEDICO, el producto de su venta se dedicará a la institución Cajal y el precio del volumen, que llevará la última fotografía del eminente sabio con cariñosa dedicatoria al autor del libro y que tendrá también una artística cubierta que hemos encargado al inspirado dibujante Sr. Pellicer, será de 10 pesetas.

Repetimos que la edición ha de ser muy corta y que los pedidos son numerosos.

Oposiciones a médicos.— Para Sanidad Militar, de la Armada, Inspectores provinciales, Sanidad Exterior, Médicos de Prisiones, Forenses, Higiene, Marina Civil y Benefi-

cencia municipal, todas muy próximas. Textos, programas y requisitos, Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

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

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.

NIÑOS.— FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES, después del brote en las **ERUPTIVAS**, estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles a base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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