

EL SIGLO MEDICO

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

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
	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 proteinoterapia parenteral en las enfermedades del aparato digestivo y nociones generales sobre esta terapéutica de estímulo celular, por el Dr. José María Rosell.—Acerca de la uremia, el edema y su tratamiento, por el Dr. C. R. Schlayer.—Sueros antitóxicos, por el Dr. Tomás Marzal.—Estado actual de la doctrina de las secreciones internas, por el Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo.—Nota sobre las sales de bismuto empleadas en el tratamiento de la avariosis.—**Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Asamblea de médicos del Registro civil de España, por F. J. C.—D. Diego Lastras, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Homenaje á Cajal.—Marruecos la perversa, por el Dr. César Juarros.—Tercer Congreso Internacional de Historia de la Medicina.—Sociedad Española de Higiene.—**Sección oficial:** Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios

CAJAL

Su personalidad, su obra, su escuela ⁽¹⁾

POR EL

DR. CARLOS M.^a CORTEZO

Confirmadas las investigaciones y los descubrimientos llevados á cabo en la retina, en el cerebelo, en los lóbulos ópticos y en los cordones medulares, viendo repetido y confirmado en todos estos casos el elemento independiente bio histológico que en todos los órganos investigados y en la evolución embriológica, se repetía de un modo constante y ya indudable en contraposición con lo hasta entonces admitido de la comunicación circulatoria de los últimos elementos nerviosos y de la supuesta demostración material de la construcción reticular, necesariamente debió sentir Cajal el anhelo de comunicar al mundo científico la persuasión de aquella evidencia, que ante sus ojos se imponía y que abría ante su inteligencia horizontes no sospechados en la Histología y en la Fisiología del sistema nervioso y particularmente del sistema nervioso central.

Mientras la tarea dependió de él solo, fué grande, pero resultó vencida por el convencimiento y la perseverancia; pero ¿cómo llevar este mismo convencimiento al ánimo de los demás?

Había que confesar, ante todo, que el público de

los estudiosos á quienes estos asuntos interesaban ha sido siempre y era entonces mucho más escaso, diseminado y difícil de atraer, por la diversidad de idiomas, en que sus publicaciones se llevaban á cabo; entre estos idiomas, el menos usado por fisiólogos, y sobre todo por histólogos, era el español, pues ni en nuestra Península, ni en las naciones por nosotros civilizadas, se había iniciado todavía en esta fecha el trabajo y la publicación de asuntos relativos á estas difíciles cuestiones, y apenas si un contado número de personas, dedicadas al profesorado ó precursoras de un movimiento más activo y eficaz, leían en España las publicaciones hechas en el extranjero sobre este asunto.

Todo el movimiento histológico y fisiológico relativo al sistema nervioso, se reducía por los años del 70 al 85 de la pasada centuria, á las publicaciones de Maestre de San Juan y á las tentativas investigadoras que se reflejaban en los trabajos preparatorios de las oposiciones á cátedras, llevados á cabo por jóvenes, muchos de los cuales han ampliado y confirmado después aquellas sus aficiones meritorias, mientras que otros, absorbidos por la vorágine de la práctica profesional ó anestesiados por el rutinario ambiente, dejaron perecer en germen, la que debió ser fecunda semilla.

Trabajar é investigar en una rama del saber que absorbe entera la vida de un hombre y trabajar en un país desprovisto de atmósfera y alicientes que estimulen el personal esfuerzo; trabajar para no ser conocido de los propios, por no estimar el traba-

(1) Véase el número anterior.

jo, y de los extraños por no tener de él noticia, es una empresa verdaderamente hercúlea y merecedora de toda ponderación, que la posteridad, ya que no los contemporáneos, no podrá dejar pasar sin reconocimiento y sin premio, tanto más cuanto que la índole del trabajo realizado no puede llevar en sí misma la esperanza del provecho material que al fin y á la postre puede en otros asuntos ser el premio, la recompensa del esfuerzo.

Sin duda alguna debieron en el ánimo de Cajal luchar estas ideas é imponerse estas razones; sin duda también, por encima de todas ellas dominaba y se imponía la esperanza y el convencimiento del éxito, cuando sin más recursos que su modesto sueldo de catedrático, que en aquella época apenas llegaba á 40 duros mensuales, habiendo constituido ya una familia y necesitando de auxilios materiales para sus trabajos, que por nadie se le ofrecían, llevó á cabo la empresa más atrevida á mi juicio de cuantas en toda su vida ha llevado á realización: la creación de su *Revista Trimestral de Histología*, periódico que era seguro que en España no había de ser leído y que era muy dudoso que lo fuera en el extranjero, donde no tenían el hábito de buscar escritos en nuestra lengua, otras cosas que las de carácter literario, de polémica política, de historia y de informaciones periodísticas.

La *Revista Trimestral* era un esfuerzo que podía agotar los recursos del que lo llevaba á cabo y frustrar para lo porvenir toda la obra de esperanzas que después se han visto realizar. Aquellos 60 ejemplares de que constaba la edición, salían cuatro veces al año buscando quien quisiera enterarse del hecho inverosímil de que existía en España un investigador modesto y aislado que pretendía acudir al palenque internacional, en que se debatían los más arduos problemas, sin llevar aún en sus armas mote ni empresa alguna, pero movido por un entusiasmo y una sensación del propio valer y una seguridad en el éxito, que fueron, antes de todo y por encima de todo, la garantía de lo que hoy todos aplaudimos.

Este momento de la vida de Cajal merece ser muy estudiado, pues de su estudio pueden los españoles sacar el convencimiento de toda la escasa valía y el relativo poder que tienen todos esos argumentos de la «falta de medios», «las deficiencias del auxilio del Estado», «la penuria de los recursos», etc., etc. Si muchos de los actuales catedráticos que cobran sueldos de 12.000 pesetas y disfrutan de comisiones pródigamente remuneradas en el extranjero y cuentan con laboratorios lujosos y bien provistos, ¿qué, decimos muchos?, si algunos de esos catedráticos dieran de sí una labor proporcional á la llevada á cabo por el modesto profesor de Valencia y Barcelona que de sus 40 ó 50 duros mensuales sacaba para sostener su familia, comprar libros, aparatos y medios de experimentación, y aún publicaba una revista en cuyo éxito científico podía tener fe, porque era un sabio, pero en cuyo éxito económico no podía tenerla, porque no era un necio; si pudiéramos ver hoy estos resultados en nuestro Profesorado que tanto lleva en los labios la palabra investigación, como proscribía de su conducta todo lo que á investigación ó trabajo eficaz transcienda, ¿qué país podría compararse con el nuestro? ¿En

qué rama del saber no habríamos llegado á ser los primeros y los más festejados?

Porque, justo es confesarlo; no á todo el mundo le es dado ser un Cajal, pero para serlo, lo primero que hace falta es quererlo ser y después procurar serlo al través de penurias, esfuerzos y dificultades. Todas las protecciones y prodigalidades del Estado no hubieran llegado á descubrir el más pequeño é insignificante de los hechos que Cajal descubrió luchando con obstáculos, deficiencias materiales, desconocimientos de la ignorancia ajena y acciones á veces inspiradas por la envidia recelosa de los que no creyéndose capaces de ser activos, desean que todos sean como ellos, perezosos.

Aquella apelación dirigida por nuestro sabio amigo al mundo científico en forma de publicación periódica, no produjo el efecto que debiera, si había de estar en relación con lo que merecía como galardón á un esfuerzo sobrehumano. En España nadie se enteró de la existencia de tal periódico, y en el extranjero pocos se dieron cuenta de que la lengua de Cervantes se había puesto al servicio de una empresa de experimentación científica y que el cerebro de un español se había consagrado á otra cosa que á aventuras de conquista, empresas guerreras ó conspiraciones políticas y trabajos filosóficos bizantinos.

Era necesario, ó declararse rendido y esperar en la ventura de tiempos mejores, ó hacer otro esfuerzo jugándose el todo por el todo. El gran aragonés optó por esto último y jugó el albur arriesgado de un viaje á la capital de Alemania, que para él representaba entonces una expedición polar y que muchos al leer estas líneas considerarán como hiperbólica en la calificación, pero si bien lo reflexionan verán que no lo era en la realidad.

Por primera vez iba Cajal al extranjero, no para estudiar á costa del Estado y con merma de los servicios á que éste tiene perfecto derecho; no á aprender directamente lo que de relación podía tener conocido y había aprendido, sino á vencer, á presentar lo por él descubierto y conquistado, á sentar de solo un golpe, el sello de ciencia histológica española al nivel y aún por encima de los demás países cultos.

Ofreció ocasión propicia á este gentil alarde de la confianza en sí mismo y del deseo del ajeno reconocimiento, la reunión que la Sociedad Anatómica Alemana debía celebrar en la primera quincena de Octubre de 1889.

Este momento trascendental y crítico de la vida de Ramón y Cajal es digno de ser conocido en sus antecedentes y en sus detalles, y como nuestro propósito consiste en informar del modo más exacto posible, á los lectores españoles, de cuál es la obra y de quién y como es el autor, dejamos la descripción de este pasaje á su mayor y más cordial amigo, el ilustre profesor Olóriz y á un testigo presencial, el profesor Van Gehuchten, el famoso profesor de Lovaina quien veinticuatro años después de ocurrir el sencillo episodio en la apariencia, lo refería en ocasión tan solemne como la de su jubileo en el profesorado, incluyéndole en el discurso que entonces leyó y dando con esto la mejor prueba de la importancia definitiva que á la aparición de Cajal se dió por los sabios europeos, al poder éstos juzgar

personalmente de sus preparaciones y sus trabajos.

Oigamos primero á Olóriz:

«No puede exigirse al sabio más desinteresado y modesto el que vea impasible cómo el fruto de sus vigiliat va á perderse en una atmósfera de glacial indiferencia, y si no es la vanidad herida, será el temor de que su obra quede estéril para el bien común que le excite á romper el hielo con que la ignorancia de los más y el silencio intencionado de los menos, van sepultando al nacer aquellos hijos de su entendimiento, engendrados tan laboriosamente en la austeridad de una vida obscura de ansias sublimes, alternadas con prosaicas estrecheces.

Por eso Cajal, á quien pudo convenir al principio el reposo de que gozó en Valencia y el aislamiento en que lo dejó el ambiente comercial de Barcelona, para entregarse más libremente á sus estudios, no se pudo contentar, después de sus primeros y más interesantes descubrimientos neurólogos, con la mermada atención que le prestaran los escasos lectores de sus artículos, ni con el tibio aplauso de los mal preparados oyentes de sus lecciones, y buscó en el extranjero la sanción de sus descubrimientos. Por el pronto debió sentir el angustioso temor de que fueran éstos desdeñados como fantásticos por deberse á un desconocido sin historia ni autoridad, que surgía de improviso en el rincón de Europa, menos fértil en cuanto á producción científica, y porque contradecían las doctrinas mejor sentadas sobre puntos muy difíciles, en cuya dilucidación habían fracasado los más hábiles investigadores. Y aquí se manifiesta nuevamente el carácter firme y la indómita energía del gran aragonés: puesto que no bastaba haber visto la verdad para ser creído, él la haría ver á los incrédulos, y ya que su voz no era escuchada desde España, él la alzaría en Berlín, cátedra del mundo sabio. Verdad que para llevar sus preparaciones histológicas á la capital de Alemania, y para enseñar á los anatómicos más ilustres allí congregados el modo de comprobarlas, necesitaba dinero, que el Estado no le concedió; mas ¡qué importaba!, aún disponía de 500 pesetas, y, lo que era de mucho más valor, tenía junto á sí quien, inspirada por el amor y ansiosa de gloria para el hombre amado, supo alentarle y prescindir de aquella suma, tan grande para la contabilidad doméstica, como pequeña para la entidad de la empresa.

Y allá fué en 1889, como caballero andante de la ciencia, sufriendo privaciones y acariciando esperanzas, á imponer sus doctrinas con las armas incontrastables del razonamiento y la demostración, y allá venció los prejuicios de los neurologistas más insignes, convertidos noblemente desde entonces en divulgadores de las nuevas verdades y en admiradores entusiastas de su descubridor.

Aquel triunfo de Cajal en Berlín es, á mi juicio, el más grande de los muchos que después ha obtenido y el que más debe haberle satisfecho, pues hubo de luchar para lograrlo: con la Naturaleza, que guarda sus secretos; con los hombres, rehacios en proclamar el mérito, y hasta con la desconfianza de sí mismo, á que le hubiera arrastrado la desconfianza de los demás, á no hallarse fortalecido por la fe en la eficacia de la observación bien dirigida y comprobada.»

Veamos ahora lo que en 1913 decía Van Gehuchten en el discurso de la fiesta de su jubileo:

«Los hechos descritos por Cajal en sus primeras publicaciones resultaban tan extraños, que los histólogos de la época—no pertenecemos felizmente á este número—los acogieron con el mayor escepticismo. La desconfianza era tal, que en el *Congreso de anatómicos* celebrado en Berlín en 1889, Cajal, que llegó á ser después el gran histólogo de Madrid, encontrábase solo, no suscitando en torno suyo sino sonrisas incrédulas. Todavía creo verlo tomar parte á Kölliker, entonces maestro incontestable de la Histología alemana, y arrastrarle á un rincón de la sala de demostraciones, para mostrarle en el microscopio sus admirables preparaciones y convencerle al mismo tiempo de la realidad de los hechos que pretendía haber descubierto. La demostración fué tan decisiva, que algunos meses más tarde el histólogo de Würzburg confirmaba todos los hechos afirmados por Cajal.»

Para comprender el éxito rápido y casi inaudito de nuestro compatriota, hace falta tener cierta costumbre de asistir á aquellos Congresos científicos que se celebraban antes de la funesta fecha de 1914. Eran (y no volverán á ser en mucho tiempo) estas reuniones verdaderas confraternidades, en las que al cabo de algunos años los sabios de todos los países, y sobre todo de los europeos, se encontraban, se conocían, se comunicaban sus impresiones y adelantos, no sólo con la solemnidad oficial y pública de lo que había de figurar en las actas, sino con el carácter confidencial y consultivo de las comunicaciones y relaciones privadas, y se llegaba á olvidar en ellas quién era alemán, quién francés ó quién italiano, pero se sabía siempre quién era Laveran, quién Behring y quién Bizzozero. El núcleo constante de esta familia internacional, lo constituía un como centro de hombres selectos y el penetrar en él (sin que nadie intencionalmente se opusiera) costaba generalmente muchos y repetidos viajes y llegar á recibir una especie de consagración de la legión selecta, alrededor de la cual pululaba en cada Congreso una muchedumbre, en cierto modo allegadiza y variable, según circunstancias de lugar, de asunto y aun de estación anual.

Llegar á alguna de estas reuniones, sin que precediese al novicio una reputación resonante ó sin que le garantizara el patronazgo de una gran figura, era puramente llegar á ser *tinta neutra*, *tono de fondo* para ayudar al resalte de las figuras protagonistas.

La iniciativa convencida de Cajal, consiguiendo en algunos minutos la aprobación primero, y después la presentación encomiástica de Kölliker, colocó á nuestro amigo de un solo salto en el punto culminante, desde el cual él deseaba demostrar las verdades que hervían en su cerebro y los prodigios de habilidad de sus manos habilísimas.

Desde este momento Cajal ha sido revelado al mundo entero de la Ciencia; ya no cabe sino comentar su obra, referir sus progresos, admirar su actividad incansable, rendirse ante la evidencia de sus doctrinas.

La proteinoterapia parenteral en las enfermedades del aparato digestivo y nociones generales sobre esta terapéutica de estímulo celular

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA ROSELL

De Barcelona.

I

Habiendo sido EL SIGLO MÉDICO quizá la primera revista médica española que ha publicado trabajos originales sobre proteinoterapia, y utilizando nosotros desde hace algún tiempo este tan fecundo como revolucionador nuevo campo terapéutico y deseando contribuir con nuestro óbolo al mayor conocimiento de esta terapéutica, que lleva conquistadas muchas glorias positivas y presenta aún amplias perspectivas de explotación, ofrecemos hoy esta primera comunicación sobre los resultados que nosotros hemos podido observar en nuestra práctica con la aplicación terapéutica de los cuerpos proteínicos.

No siendo en nuestro país aún muy conocida la estimulo-terapéutica reaccional, ó terapéutica protoplasmática no específica ó terapéutica de aumento de defensas, á pesar de que en otras lenguas van publicadas más de dos centenares de comunicaciones, en los seis años que es de dominio público, creemos serán bien recibidas algunas noticias sobre su evolución, concepto y desarrollo actual.

Rudolf Schmidt, de Praga, en 1916 sintetizó con el nombre de proteinoterapia á esta terapéutica, al comunicar por primera vez los resultados y fundamentos de sus inyecciones de leche.

Pero si el nombre, pronto generalmente aceptado, de *proteinoterapia no específica*, fué entonces nuevo, la proteinoterapia se venía aunque inconscientemente practicando, como *proteinoterapia específica*, desde que la teoría de los anticuerpos, la antigenoterapia con antiponzoñas, con fermentos, vacunas de todas clases, proteínas bacterianas, toxinas, tuberculinas, aglutininas, lisinas, precipitinas, opsoninas, etc., y otras formas de terapéutica de estímulo defensivo, habían tenido entrada en la Medicina.

El progresivo conocimiento del mecanismo de acción de la terapéutica antigenante, que los amplísimos estudios sobre inmunidad experimental y clínica ponían cada vez más en claro, fueron enseñando que no era todo por acción específica, lo que como inmunización y terapéutica específica se conocía. La *isoterapia* con isotoxinas, isovacunas, isoprecipitinas, perdió en gran parte su base exclusiva, cuando el cúmulo vastísimo de experiencias de la clínica y biología experimental, amontonaba hechos, que enseñaban que acciones iguales que las que se obtenían con las llamadas sustancias ó agentes específicos, las daban también sustancias antigenantes (aunque hoy no sea ya tampoco en su primitivo significado como se usa este nombre), de grupos bacterianos ó sus productos metabólicos, vecinos y hasta alejados. Así de la isovacunoterapia, de la bacterioterapia homóloga é igualmente de la sueroterapia homóloga ó específica, se fué pasando á la bacterioterapia de grupo, á la bacterioterapia polivalente, á la *heterobacterioterapia* que tanta extensión ganó durante la guerra pasada. Y de la sueroterapia específica y polivalente, á la *heteroseroterapia*, y por fin, con segura exageración, al suero no específico ó suero equino normal, incluso en las infecciones en que se poseía sueros positivamente específicos.

Mattes en 1895 llamó la atención sobre la desconcertante

semejanza que había entre la acción de las inyecciones de tuberculina y las de deuterioalbumosas. Desde entonces, exteriorizaciones análogas han salido de varios investigadores; R. Schmidt, Lüdke, Klemperer, Krehel, y otros, y sabemos cuanto se ha llegado á escribir y á discutir sobre este mismo tema y el del mecanismo de acción de las diferentes tuberculinas y por igual tenor de otros antígenos específicos.

Así á las terapéuticas específicas fueron añadiéndose por unos, probablemente los más acertados, y sustituyéndose por entero (quizá con exageración) por otros, las *terapéuticas no específicas*, que parecían dar, y en parte sin ninguna duda daban y dan, en muchos casos, los mismos resultados que aquellas.

La terapéutica de las albumosas de Lüdke y Moller para el tifus, disentería, tétanos, sepsis, difteria, escarlatina, gripe, la del suero no específico, para muchas infecciones, las de nucleínas, las de trombinas, las de toda clase de suspensiones coloidales, cuyo efecto, hoy, basándose en ensayos experimentales, es atribuido por muchos, no al metal coloidal, sino á la proteína que mantiene al metal en suspensión y envoltura coloidal, las de trementina, todas las de vacunas heterólogas: flagogen, antialfa, etc., y, en fin, muchas otras, incluso las de muchos agentes fisioterápicos y radioterápicos, á todas las que se les ha podido atribuir efectos terapéuticos, los más variados, muchas veces potentes é innegables, no explicables por efectos químicos farmacodinámicos, son englobadas hoy entre las *terapéuticas no específicas con acción protoplásmica universal ú omnícélular*, debida á efecto propio y exclusivo de los cuerpos proteínicos, que constituyen la esencia de estos agentes ó son generados por ellos en el organismo.

R. Schmidt, el primero en sintetizar la idea que el agente terapéutico universal en estas distintas formas de terapéutica era la proteína, y englobarlas con el nombre de *proteinoterapia* y deseando utilizar ya las proteínas como fuente directa y sin intermediarios ó formas paliadas ó diluídas, tuvo la muy feliz y fecunda idea de recurrir á una fuente práctica de proteína: *la leche*.

Seguidamente se publicaron resultados cautivantes de las inyecciones de leche en diferentes enfermedades, especialmente por Schmidt y su asistente Kaznelson y Saxe, de Viena, en el tifus y en la erisipela. Publicó el primer autor citado la historia de 44 casos de esta última enfermedad, erisipela de la cara, tratados con inyecciones de leche, de los cuales 27 quedaron apiréticos el primer día de la inyección, ocho al segundo día, siguiendo la misma marcha la dermatitis, inflamación y los otros síntomas de la enfermedad; cuatro al tercer día y cinco en los que la fiebre duró más de tres días, siendo estos últimos casos complicados con angina, linfadenitis, herida flemonosa en el cuero cabelludo, etc.

Pronto el interés despertado por esta nueva concepción terapéutica y, sobre todo, por los no dudables resultados que con ella se obtenían, fué universal, y de casi todas las clínicas universitarias alemanas y austriacas al principio, y en publicaciones norteamericanas, italianas y francesas después, llovieron comunicaciones con resultados curativos, rápidos y sorprendentes en muchas afecciones unos (y estos al revisar la bibliografía se verá que son los más), menos entusiastas algunos y hostiles ó despectivos otros, si bien con mucho, los menos.

Al propio tiempo, de laboratorios experimentales han ido surgiendo en estos cuatro ó cinco últimos años, trabajos casi en legión, ocupándose bajo los más distintos aspectos, de las bases científicas ó biológicas de esta nueva terapéutica y procurando establecer sobre ella cuerpo fundado de doctrina.

Es ciertamente grande el estudio hecho y la experiencia obtenida ya hasta hoy, sobre la proteínoterapia parenteral intramuscular ó intravenosa. Ríos de leche han circulado por debajo de la piel humana, según decir de un conferenciante en el Congreso XXXII de la Medicina Interna, en Dresden el año 1920, desde que R. Schmidt inauguró este tratamiento, denominado después con los nombres de *terapéutica de estímulo protoplasmático* ó de *activación celular*: Weichhardt, *terapéutica celular no específica*; Schäffer, *terapéutica de reacción inflamatoria curativa*; Bier, *terapéutica de reacción específica, por medios no específicos*; Citron, *terapéutica de aumento de resistencia*; Pfeiffer, *terapéutica de fiebre provocada*; Paltauf, *terapéutica de inflamación provocada*; Bessau, *terapéutica de estímulo hematopoyético*; Delcastello, *terapéutica provocatriz de crisis curativas*; Lüdke, etc., y cierto es que son legión los enfermos de muchos campos patológicos que han beneficiado de esta nueva manera de curar, cuya exacta indicación en cada caso y dosificación individual, no está fijada con prescripciones exactas, debiendo á ello los fracasos ó falta de éxito que obtendrá cada médico en muchos de sus enfermos, al lado del mayor número aún de curaciones que obtendrá con los otros.

Pero las ventajas de su casi absoluta inocuidad y aplicada atendiendo lo más posible á las indicaciones que hoy cada día mejor se van conociendo, hacen de esta terapéutica, en nuestro concepto, el arma de uso más amplio y en muchísimas circunstancias nosológicas, la más rápida y eficaz y exclusiva terapéutica que poseemos.

No deja de admirar lo poco extendida que está aún en nuestro país, si bien los interesantes artículos acabados de publicar por el Dr. Marin Amat, en esta revista, sobre un solo campo de aplicación médica, el de la oftalmología, al mismo tiempo que enseñan elocuentemente lo que en éste, y por deducción de mecanismo patológico y efecto terapéutico en muchos otros, puede conseguirse y aguardarse con esta terapéutica, demuestran, igual que algún otro trabajo aparecido en nuestro idioma, haberse iniciado entre nosotros un estudio serio sobre las posibilidades de utilización de la proteínoterapia. De varios otros compañeros de nuestro país que piensan dar á conocer sus experiencias con esta terapéutica he oído la misma opinión de concepto entusiasta y la admiración de no ver más extendida entre nosotros esta terapéutica.

Aunque al final de este artículo indicamos algunos de los principales trabajos que en otros idiomas han aparecido sobre este sistema terapéutico, y en los que podrán encontrarse las ideas generales respecto al mismo, su extensa bibliografía y los campos terapéuticos en los que más poderoso auxilio proporciona, antes de referirnos á nuestra propia experiencia con esta terapéutica, damos algunos datos generales que ayuden á mejor conocerla.

Hechos clínicos.

La inyección parenteral (intramuscular ó intravenosa), de cuerpos proteínicos en un organismo afecto de infección, provoca aumento de algunas funciones, principalmente de las funciones de defensa: reacción mieloide de la médula ósea, aumento notable de leucocitos, movilización de las células plasmáticas, manifiesta formación de anticuerpos, precipitinas, aglutininas, lisinas, etc., específicas para el agente infeccioso de la enfermedad: antitíficas, antidisentéricas, antidiftéricas, antigripales, antigonocócicas; aumento de índice opsonico fagocitario, aumento del fibrinógeno en la sangre, etcétera. Estos hechos se habían observado ya con cierta analogía en el efecto curativo de vacunaciones intravenosas, al principio coli y pioceaneus, y luego con las vacunas de bac-

terias más distintas, así como con otros cuerpos, por ejemplo, deuterioalbuminas, histaminas, extractos de plaquetas de la sangre, suero sanguíneo normal, sustancias coloidales, trementina, ácido nucleínico á altas dosis, etc., para las más variadas infecciones, tifus, afecciones gonocócicas, difteria, gripe, escarlatina, etc., y más tarde para los más variados procesos inflamatorios y sus secuelas.

Estas inyecciones de proteínas no específicas provocan reacciones físicas; hiperemia, congestión activa, y reacción histológica inflamatoria, y luego desaparición de las tumefacciones inflamatorias, absorción de exudados, eliminación de focos de pus, notabilísimo efecto epitelializante, curación rápida de úlceras y erosiones mucosas, efecto notable sobre muchas dermatosis, fusión de tejidos neoplásicos. Poseen efecto estíptico y constituyen quizá el más potente medio de acción contra muchas hemorragias. Se ha creído además ver en ellas efecto diurético, efecto antidótico contra intoxicaciones externas, estriquina, é internas: uremia, acetonemia, intoxicación, anafilaxia digestiva, provocan fiebre é igualmente la hacen desaparecer en muchísimos casos acabando la infección. Confieren, según se acepta, inyectadas profilácticamente, inmunidad contra infecciones, especialmente contra la infección puerperal y otras infecciones sépticas. Acompañan muy á menudo á las inyecciones de proteínas varias manifestaciones sintomáticas objetivas y subjetivas, como son aumento de la capacidad de trabajo muscular y nervioso, producir sedación y sueño, dar sensación de bienestar, como igualmente pueden en algunos casos y aplicadas á dosis excesivas, provocar profundo malestar más ó menos rápidamente pasajero, y alguna rarísima vez ocasionar reacción de anafilaxia y eosinofilia.

En individuos que han pasado infecciones anteriores, aumentan el título aglutinante que el suero sanguíneo posee para aquella enfermedad (despertamiento de capacidades celulares adquiridas), y en la sífilis, por ejemplo, pueden hacer positiva la reacción de Wassermann que se había hecho negativa. Despiertan reacciones demostrables y sensaciones subjetivas pasajeras, en grupos celulares que alguna vez estuvieron dañados, por ejemplo, en regiones alguna vez lesionadas por un golpe ó una inyección, sensación conjuntival cuando se ha sufrido antes una conjuntivitis ó se halla la conjuntiva sensibilizada por el polen primaveral, etc.

En individuos sanos ó con alteraciones puramente funcionales, así como en individuos enfermos de procesos infecciosos, lesionales ó inflamatorios, curables con este tratamiento, pueden dejar de producir reacción ó efecto alguno, por causas aún no bien dilucidadas, como tampoco no sabemos por qué no todos los individuos en algunos períodos de su vida ó en todos, no son infectables por determinados agentes de infección. Igualmente pequeñas cantidades de proteínas ó de leche producen en algunos individuos curación y fuertes reacciones que, repetidas más allá del efecto terapéutico, pueden ser perjudiciales é incluso llegar á caquexia albuminosa si se prolongara excesivamente un tratamiento no tolerado. En otros individuos sólo dosis mayores y repetidas llegan á dar reacción terapéutica. El análisis globular de la sangre y exámenes serológicos marcan casi siempre el grado de las reacciones.

Nosotros podemos atestiguar ya aquí que en algunos individuos hipertensos crónicos se obtiene *disminución notable* de la tensión arterial que jamás hemos visto con ningún otro medio terapéutico é igualmente hemos observado cambiar notablemente el carácter desfavorable de las reacciones digestivas de algunos enfermos, sobre todo en niños.

Forman, como hemos dicho ya, una montaña bibliográfica.

fica, las comunicaciones clínicas de buenos orígenes que exponen los hechos citados y resultados los más sorprendentes y satisfactorios en los demás diferentes terrenos de la Medicina. Casi puede decirse que de todos ellos se han recibido comunicaciones de buenos efectos de esta medicación, algunas casi difíciles de admitir, si no fuera por el número de casos sobre que parecen estar basadas y por la procedencia casi siempre oficial de los comunicados. Pero aparte del crédito que pueda dárseles á muchos comunicados, la realidad de los hechos que cada cual tiene en su mano comprobar, no permite despreciar el alto valor terapéutico ya bien probado de esta terapéutica que nosotros consideramos ha dado más que ninguna otra hasta la época actual de la Medicina. Mucho habrá también de ilusorio en los resultados que de ella se citan. Tiene igualmente sus fracasos porque seguramente todo no lo curan los cuerpos proteínicos, y puede ofrecer, como toda terapéutica sus peligros, sobre todo por no adecuada aplicación, como, por ejemplo, un caso de peritonitis mortal por aplicación mal calculada de fuertes dosis de leche en un absceso peritífico que llevó á rotura intraperitoneal, sin que pueda asegurarse no obstante que por ser por *post hoc* fuera *propter hoc*.

En las infecciones, principalmente en la erisipela, en la neumonía, en el tifus, en las infecciones puerperales, en las complicaciones blenorragias, en la gripe, en la escarlatina, en las forunculosis y abscesos sépticos, y en muchas otras se han relatado, y por muy diversos lados, los más sorprendentes resultados de las más importantes clínicas universitarias de distintos países.

En el nuestro acaban de leer los lectores de EL SIGLO MEDICO las comunicaciones, tan notables y numerosas como detalladas, del Dr. Marín Amat, de la Clínica Oftalmológica de la Universidad Central, y las de los Dres. Pérez Cano, Solves, Solá, Rodríguez, Díaz y otros, en las afecciones oculares, en la gripe, bronconeumonías, neumonías, complicaciones blenorragias, infecciones intestinales de los niños, é incluso peritonitis.

En Alemania, Austria, Norteamérica, Italia, Francia, pero especialmente en los primeros países, está este tratamiento incorporado en el arsenal terapéutico de las clínicas universitarias y como uno de los más poderosos y el único para muchas afecciones, especialmente para las de procesos infecciosos é inflamatorios oculares, para las ginecológicas, y como profiláctico contra la infección puerperal en las intervenciones ginecológicas, ídem por conceptos parecidos á las quirúrgicas, y de éstas en las afecciones articulares de todos los orígenes. Incluso en la clínica de Bier se recomienda (véase bibliografía), con alguna probabilidad de éxito, como ensayo para autolización y aumento de defensa contra neoplasias inoperables.

Se le reconoce como único remedio para la hemofilia y púrpura y como hemostático. Igualmente se le atribuye gran valor terapéutico para un gran número de dermatosis, así como para otros campos de los más variados, nefritis, urenias, epilepsia, especialmente epilepsia orgánica, jacksoniana, para los procesos lesionales de las arterias y centros nerviosos; podría en una palabra decirse para todas las posibilidades lesionales, infecciosas ó de inferioridad funcional orgánica, donde reacción ó reactivación histológica local, aumento de fuerzas defensivas ó estímulo de función por enfermedad protoplasmática pudieran surtir efecto terapéutico. La exposición sistemática más completa sobre clínica proteinoterápica la da en nuestro concepto la obra norteamericana, recién aparecida, de Petersen & F. William y J. L. Miller, que probablemente no tardará en ser traducida á nuestra lengua, *Proteinotherapy and non specific resistan-*

ce (Proteinoterapia y resistencia no específica) (1). Estos autores, que en distintas otras publicaciones han demostrado su experiencia clínica y su conocimiento científico en la proteinoterapia, después de estudiar en las dos primeras partes de su obra las bases científicas de la proteinoterapia, distinguiendo sus posiblemente distintas maneras de acción, dedican la segunda parte práctica á la exposición de la aplicación clínica en cada uno de los siguientes campos de la Medicina: De enfermedades infecciosas: tifus abdominal, gonorrea y sus complicaciones, pústula maligna, difteria, disenteria, erisipela, gripe, encefalitis letárgica, parotitis y orquitis gonocócica, neumonía cruposa, infecciones puerperales, escarlatina, septicemia, viruela, tétanos, tuberculosis, tifus exantemático, fiebre recurrente, angina de Wincent, enfermedad de Weil, sífilis y malaria. Luego en las artropatías reumáticas, gotosas, gonocócicas, tuberculosas, sépticas y deformantes. En el asma, en el edema angionéutrico, anemias secundarias y perniciosas, en la diátesis hemorrágica (hemofilia, púrpura, peliosis, escorbuto). En las nefritis, pielitis, neuritis, parálisis, tabes, epilepsia y neoplasmas, dedicando un capítulo al tratamiento proteinoterápico de cada una de estas entidades nosológicas. En otros se ocupa de la proteinoterapia en las inflamaciones, en la oftalmología, otorrinología, dermatología y enfermedades de la infancia.

¿Podría pedirse un elemento terapéutico de campo más vasto? Y no obstante, en estudios más recientes se prevén para esta terapéutica otros campos de aplicación como elemento de diagnóstico, de pronóstico, de despertamiento de capacidades orgánicas latentes y de conocimiento de constituciones. Sobre estos puntos de vista pueden orientar especialmente, así como sobre los estudios más exactos de dosificación, el trabajo de F. Glasser, del Hospital Augusta Victoria, de Berlín (véase bibliografía) y los trabajos de carácter general muy recomendables sobre proteinoterapia y sus perspectivas de Loewenhard y Hans Much (véase bibliografía).

(Continuará.)

Acerca de la uremia, el edema y su tratamiento.

POR EL PROFESOR

DR. C. R. SCHLAYER

Del Augusta Hospital de Berlín. (2).

Señores académicos: señores.

Permitidme que, ante todo, manifieste mi más sincero respeto á la ilustre Sociedad de la Real Academia Nacional de Medicina. No se me oculta que es un gran honor el que se me hace al permitirme tomar la palabra aquí para ocuparme de la uremia y del edema. Se explica que me atreva á hacerlo, por el número de investigaciones clínicas y experimentales que tengo hechas en uno y otro terreno.

Cuando pretendemos conocer detenidamente una enfermedad y poner en claro sus causas, la mejor manera que tenemos de hacerlo, es analizar su sintomatología clínica y tratar de encontrar por esta vía datos diferenciales. Se da el caso notable de que este procedimiento antiguo no haya sido empleado en los dos trastornos más importantes de los consecutivos á las

(1) MacMillan Company, Nueva York, 1922, 314 páginas.

(2) Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina el 20 de Abril de 1922.

alteraciones renales, como ocurre en el edema, ó se haya empleado hace muy poco, como sucede en la uremia.

Vamos á ver hasta qué punto este procedimiento de la escisión nos permite avanzar en el conocimiento, y, por tanto, también en el tratamiento de los dos procesos á estudiar.

Por lo que se refiere á la uremia, Ascoli primero y más tarde Reiss y Volhard, han establecido una división sintomática en tres formas. En la primera forma, la de la uremia eclámpsica aguda, el enfermo, que aparentemente se encuentra en perfecto estado de salud, cae bruscamente atacado de convulsiones eclámpsiformes, y este es el motivo de que se llame uremia eclámpsica. A veces se presenta sin que se encuentre en el riñón el menor indicio de insuficiencia; depende más bien de influencias nerviosas que de perturbación ó mejoría de la función renal. Se encuentra de preferencia en las nefropatías agudas.

En cambio, en la segunda forma, la llamada uremia crónica, las convulsiones constituyen un síntoma secundario y hasta pueden faltar en absoluto. En este caso predominan los síntomas de la intoxicación crónica grave: vómitos, náuseas, cefalea, atontamiento, respiración profunda, etc. Siempre va unida á una insuficiencia renal y se presenta con predilección en las formas crónicas de las nefropatías, sin que esto signifique que no se pueda presentar también alguna vez en las formas agudas.

La tercera forma, la de la uremia psíquica de los enfermos de esclerosis cerebral, se encuentra exclusivamente en personas de edad avanzada con gran esclerosis é hipertensión. En ella no se encuentra síntoma alguno de intoxicación urinosa, ni siquiera convulsiones. Predominan los síntomas psíquicos, y entre los orgánicos, el asma nocturna, la respiración y el vértigo periódicos, los vómitos sin náuseas y, por último, las hemorragias retinianas de naturaleza esclerótica. No hay el menor indicio de la insuficiencia renal y hasta puede ocurrir que el riñón parezca perfectamente normal.

Establecidos los cuadros sintomáticos con diferencias tan terminantes y realmente se encuentran en la práctica en tal estado de pureza, surge en seguida la idea de considerarlos sencillamente como síndromes independientes.

Las condiciones fundamentales para que se produzca cada una de estas formas son tan distintas, que dan tentaciones de achacarlas á causas diferentes. Así se llega á la conclusión de que la última forma, la de la uremia cerebroesclerótica, no tiene absolutamente nada que ver con el riñón, sino únicamente con la esclerosis de los vasos cerebrales y, por tanto, no es una uremia verdadera, sino una pseudoureemia.

La diferenciación, por lo que se refiere á las otras dos formas, es más difícil: la uremia crónica llamada también silenciosa ó larvada, corresponde al cuadro típico de la intoxicación urinosa y efectivamente va acompañada siempre de insuficiencia renal, de modo que indiscutiblemente tiene un origen renal y merece el nombre de uremia verdadera.

En cambio, las relaciones de la uremia eclámpsica con el riñón son muy imprecisas. En efecto: esta forma la encontramos con insuficiencia renal y sin ella, pero, desde luego, siempre en individuos enfermos del riñón, con la única excepción de las parturientes, con cuya eclampsia tiene mucha semejanza el cuadro clínico de la uremia eclámpsica.

Traube buscó, ya en tiempos, la explicación de este síndrome en una hinchazón del encéfalo, y Volhard ha insistido en esta doctrina porque ha encontrado con frecuencia en tales enfermos, hinchazón del encéfalo y aumento de la presión intrarraquídea. Estos dos fenómenos se encuentran, en efecto, pero no de una manera tan constante que nos autorice á ver en ellos el factor patogénico, sino únicamente los síntomas de acciones neurocentrotóxicas muy intensas.

La realidad de los hechos es probablemente la que sigue: la llamada uremia crónica verdadera sería quizás una uremia pura por retención, puesto que se presenta con iguales caracteres en el hombre y en los animales privados de riñones, de modo que la presencia del riñón mismo no es imprescindible para el desarrollo de dicho síndrome. En cambio la uremia eclámpsica parece estar relacionada de algún modo con la enfermedad del riñón, sin que, para que se presente, sea imprescindible la retención. De modo que su causa la constituirán probablemente productos tóxicos de descomposición que tengan su punto de partida en el riñón. Es muy notable la frecuencia con que se encuentra esta forma en la nefritis edematosa. Yo no recuerdo haberla visto jamás en estado de pureza en casos de nefritis sin edemas, y con respecto á esto debemos de prestar atención á una observación ya bastante antigua, la de que cuando más se presentan los accesos eclámpsicos es en el período de evacuación de los edemas, á menudo con una diuresis excelente. Este hecho se explica así: los productos de descomposición procedentes de los riñones enfermos y depositados en los tejidos, determinan el acceso en cuanto llegan al torrente circulatorio. Inmediatamente surge la comparación con las convulsiones de la tetania. Así como en ésta es la dimetilguanidina la que crea la diátesis espasmofílica, en aquella son los productos de descomposición de los riñones enfermos los que la crean. Así se explicaría la producción de accesos eclámpsicos por excitaciones, que no son fáciles de comprender, si se admite exclusivamente la teoría de la retención. Así se explica también la frecuencia con que encontramos combinaciones de la uremia verdadera, ó sea de la retención con la uremia eclámpsica.

En la uremia verdadera ó por retención, las cosas suceden de una manera muy distinta. En este caso, la génesis de los venenos tiene que ser extrarrenal. No guarda la menor relación con el edema, pero en cambio salta á la vista su frecuencia en los casos de lesiones inflamatorias ó escleróticas de los vasos renales. Esto hace pensar en que las lesiones de los últimos son las que preferentemente dan lugar á que se estancuen en el organismo los productos urenígenos de retención, y seguramente desempeña en ello un papel importan-

te la naturaleza de la lesión, pues en la amilosis y en la nefrosis también se encuentran alterados los vasos y, sin embargo, no se produce uremia.

Pero, ¿de qué sustancias se trata? ¿La urea? La experiencia enseña que, en efecto, en los casos de esta forma de uremia se encuentra siempre aumento de la cantidad de urea en la sangre, pero de ningún modo se puede decir que la urea sea la causa de la uremia, ni siquiera que represente un índice de la magnitud de la retención, según resulta de las razones que expuse ya hace unos días en la Facultad de Medicina. Es más razonable buscar la causa en el sobrante del nitrógeno residual, cuando se ha restado de él el que corresponde a la urea, como lo ha hecho v. Monakow, pues este sobrante es el que más parece llevar una marcha paralela a la uremia. Pero estas aseveraciones necesitan confirmarse todavía más. La observación de Becher y Rosenberg tiene un interés esencial. Consiste en que en la uremia verdadera se produce una descomposición tóxica de la albúmina, análoga a la que encontramos en las enfermedades infecciosas, en las cuales es muy corriente atribuirle a efectos anafilactoides.

Si partiendo de este concepto de la uremia, abordamos la cuestión práctica de cómo podemos distinguir clínicamente las diferentes formas de la uremia, es indudable que por hoy no disponemos sino de las diferencias del cuadro clínico, que hemos expuesto en un principio. Evidentemente, este cuadro clínico tiene mucho de subjetivo en las fases iniciales y en los casos de mezcla de formas diferentes. De aquí que se tienda siempre a establecer una medida objetiva que permita, no sólo determinar de una manera exacta el comienzo de la uremia, sino que constituya también una base objetiva sólida para la diferenciación de la forma. Cuando en colaboración con Straub conseguí demostrar objetivamente la acidosis en la sangre de los urémicos, creí que por este camino se podría llegar a establecer la medida deseada. Pero las investigaciones ulteriores me han demostrado que las cosas no ocurren de una manera tan sencilla. Esta acidosis procede, según todas las probabilidades, de una retención de sustancias ácidas, porque el riñón enfermo pierde la propiedad de mantener la isoionización de la sangre. Esta incapacidad es la causa de las alteraciones de la respiración externa e interna, que encontramos en los casos de uremia grave, semejantes a los que se observan en los diabéticos, sólo que en este último caso no se trata de una acidosis por retención, sino por producción. En el nefrópata grave esta incapacidad de mantener la isoionización de la sangre, se manifiesta por un exceso de álcalis en ésta, cuando abundan en la alimentación las sustancias alcalinas. Con lo cual queda dicho que la medida de la reacción de la sangre no nos proporciona dato alguno acerca de la uremia.

De todo lo que antecede, resulta que para diagnosticar la uremia con precisión nos vemos reducidos a una observación atentísima de los síntomas, y ahora la cuestión está en saber cuáles son los síntomas a que tenemos que prestar mayor atención. Indudablemente la condición previa más importante para todo diag-

nóstico diferencial de la uremia, es la determinación exacta del estado del riñón. Los medios de que nos podemos valer para ello, los he expuesto ya en otro lugar. Los demás síntomas son bien conocidos, pero de todos modos, quiero llamar la atención sobre la exaltación grande de la excitabilidad del sistema nervioso, a la que seguramente se concede todavía demasiada poca importancia para el diagnóstico de la uremia incipiente. Es muy frecuente que se encuentren desde los primeros momentos, fenómenos de Babinski, y clonus de la rodilla y del pie, así como exaltación de la excitabilidad mecánica de los músculos, aunque ciertamente esto se encuentra lo mismo en la uremia verdadera que en la eclámpsica.

Todo lo que acabamos de exponer influye, naturalmente, sobre el tratamiento de la uremia. Dicho tratamiento tiene que ser esencialmente diferente, según la forma de uremia de que se trate. En toda exposición referente a terapéutica, y por consiguiente también en la mía, entra por mucho el factor subjetivo, aunque el cúmulo inmenso de observaciones hechas por todos los médicos alemanes en muchos miles de nefritis de la guerra, por lo que se refiere a los edemas y a la uremia, han elevado a la categoría de hechos reconocidos casi por todos, muchos conceptos que antes parecían fruto de juicios subjetivos.

El caso más sencillo es el de la pseudoureemia de los cerebroescleróticos. Una disminución notable de la ingestión de líquido hasta un litro a lo sumo, la diuretica administrada a diario, de cuando en cuando una sangría abundante, la regulación de las deposiciones y una alimentación estrictamente sujeta a las necesidades del enfermo, todo esto, unido a una disminución de su trabajo, bastan casi siempre para suprimir los síntomas subjetivos. No participo en modo alguno del miedo que se tiene a la administración de digital en estos enfermos, sino que, por el contrario, soy partidario de administrarla de una manera continua, aunque a dosis pequeñas.

La uremia eclámpsica es mucho más difícil de combatir. En esta forma, lo que hay que cuidarse de hacer es la profilaxia. Por eso tiene importancia librar a los edematosos de las excitaciones demasiado intensas, y además, no dejarlos que se deshidraten con demasiada rapidez. Aparte de esto, la experiencia de la guerra nos ha demostrado que el transporte de los enfermos en estas condiciones es un agente provocador muy importante de la uremia eclámpsica. Quiero mencionar la frecuencia con que he visto aparecer el primer acceso eclámpsico, a consecuencia de procedimientos de sudación, por lo que ahora prescindo en absoluto de ellos. Por último, estoy de acuerdo con Volhard, en considerar que la dosis de líquido que se debe permitir a estos enfermos no conviene que sea mayor de un litro a litro y cuarto, en las veinticuatro horas, pues las cantidades grandes de líquido aumentan evidentemente la predisposición a los accesos. Me parecen superfluas otras medidas dietéticas, mientras no estén justificadas por la presencia de edemas. Una vez que se ha declarado un acceso, tengo la costumbre de ha-

cer una sangría abundante, pues tengo la idea de que impide la repetición de los accesos, especialmente si en los días inmediatos damos dosis mínimas de luminal. La punción lumbar no me ha dado grandes resultados. Al más absoluto reposo, los primeros días después del acceso y hasta al aislamiento, les concedo una gran importancia. En mi opinión, la administración de diuréticos en estas formas es tan insensata como la instauración de una dieta hiponitrogenada y otras medidas por el estilo.

El tratamiento de la uremia verdadera es el más difícil de todos por causas que se comprenden con facilidad. En esta forma, el punto capital está en el tratamiento de los riñones; se procurará restablecer su capacidad funcional, ó por lo menos mejorarla, hasta un punto que sea compatible con las necesidades del organismo. Creo que el procedimiento que hay que seguir para esto debe ser diferente, según la índole de la enfermedad que se desea tratar. Los métodos y las probabilidades de resultado son muy diferentes, según se trate de nefritis aguda, de retracción renal secundaria ó, por último, de una glomerulonefritis crónica ó de una retracción renal arterioesclerótica.

(Continuará.)

SUEROS ANTITÓXICOS

POR EL

DR. TOMAS MARZAL,

de Barcelona.

Desde remotos tiempos, ha sido preocupación constante la busca de remedios adecuados para combatir los accidentes patológicos conocidos por envenenamientos, esforzándose la inteligencia humana por encontrar en cada caso de intoxicación el correspondiente antídoto que neutralizara sus perniciosos efectos.

Por falta de conocimientos científicos, sabemos que la única manera de encontrar estos remedios deseados, era el tanteo y el empirismo, hasta que el florecimiento actual de la Biología y sus ramas auxiliares, nos enseñan cada vez más ensanchado el cuadro nosológico de las intoxicaciones, ya por accidente, ya por enfermedades (infecciones), demostrándonos también el modo racional y científico de combatirlas, apoyándose en la base firme de la experimentación.

No dudamos en afirmar que estos conocimientos constituyen el capítulo más importante de la Patología humana y zoológica, cuyo estudio es labor constante de eminentes biólogos que, periódicamente, van enriqueciendo el arsenal terapéutico con sus valiosas experiencias.

Del gran avance de la bioquímica nació la sueroterapia, que constituye un medio excelente para combatir una serie de dolencias hasta ahora poco menos que inabordables; y unos breves comentarios sobre la evolución de este procedimiento con relación á la tuberculosis es lo que mueve nuestra pluma, contando con el beneplácito de nuestros lectores.

En el año 1877 se realizaron los primeros ensayos por Mauricio Reynam para la transfusión de la sangre de animales previamente vacunados, á otros que no lo habían sido, con objeto de inmunizarles contra determinadas enfermedades infecciosas.

Posteriormente, Ogata y Bouchard enriquecieron con notables trabajos la teoría de dicho procedimiento, cuyo sentido práctico fué confirmado más tarde por Behring y Kitasato, aplicando los sueros antitóxicos y curativos obtenidos de animales inmunizados contra la difteria y el tétanos.

Las investigaciones de Roux y Martín en 1894, llamaron poderosamente la atención en el Congreso de Budapest, las cuales demostraban de una manera definitiva la curación de la difteria y del tétanos con sueros antitóxicos.

No faltan tampoco hombres de laboratorio en Europa que se dediquen á tan importantes trabajos, dirigidos, unos á conseguir sueros antitóxicos contra las enfermedades exantemáticas (sarampión, tifus, escarlatina, viruela, glosopeda, etc.), dedicados otros á obtener sueros antitóxicos aplicables á la tuberculosis, dolencias todas ellas que hasta hoy no hallaron defensa en la sueroterapia.

Respecto á los sueros antiexantemáticos, los biólogos Sagrañes y Riera Vaquer han sido los primeros que empleando novísimos procedimientos biológicos, han llegado á obtener un suero de gran potencialidad curativa contra los exantemas.

Teniendo en cuenta las afinidades observadas en la génesis y desarrollo de las infecciones exantemáticas, consideramos muy racionales y adecuados los fundamentos científicos en que apoyan los citados biólogos la elaboración de su suero, constándonos, además, por experiencia propia, el resultado favorable que se obtiene con ellos en la clínica (1).

Larga es la serie de hombres de ciencia que han intentado por diversos procedimientos biológicos la obtención de sueros antitóxicos que pudieran llenar de un modo eficaz las indicaciones en la clínica tuberculosa (Redón y Chenot, Viquerat, Barnet, Maragliano, Marmorek, Ferrán y otros) cuyos trabajos no han dado el resultado definitivo que era de esperar de tan laudables propósitos.

A no dudar, este fracaso demuestra que los procedimientos empleados no se adaptaban estrictamente á los principios biológicos sobre los que descansa esta rama importante en bacteriología llamada sueroterapia, adaptación necesaria para una buena formación de anticuerpos en el organismo.

Todos los sueros antitóxicos tuberculosos conocidos hasta el día, con la excepción que después mencionaremos, se han obtenido de animales poco ó nada refractarios á la tuberculosis, actuando de antígeno las sustancias derivadas del bacilo Koch, en condiciones de preparación distintas y en dosificaciones variadas, lo que demuestra la falta de criterio científico bien

(1) Véase el trabajo "Suero antiexantemático," por Sagrañes y Riera Vaquer.

orientado en función tan importante como la elección de antígeno.

Fácilmente se nos alcanza, que la gran dificultad estriba en la complicada toxicología bacilar; y así lo entendieron los biólogos Sugrañes y Riera Vaquer, dedicando largos años sus actividades á este interesante problema y logrando por nuevos procedimientos, la separación de las variadas toxinas, las que actuando sobre animales altamente refractarios (palmípedos), obtienen tres sueros antitóxicos, que neutralizan las toxinas solubles, las endotoxinas y las necrosantes, atendiendo en sus procedimientos á lo preceptuado por la famosa ley de abilateralidad de Hoffmann, formulada por el sabio maestro con el enunciado siguiente:

«Un organismo sometido simultáneamente á la acción de varios antígenos, responderá con sus defensas formando anticuerpos neutralizantes para uno de ellos, pero no para los restantes.»

Se comprende que esta ley, pletórica de enseñanzas, señala, en primer término, una nueva orientación sueroterápica, poniendo de relieve, al propio tiempo, la razón de los fracasos obtenidos á base de antígenos de pluralidad tóxica.

Si á un organismo se le inyecta cultivo de Koch, que, como es sabido, contiene toxiproteínas, toxialbúminas, toxinas necrosantes y otros principios tóxicos volátiles, responderá formando un anticuerpo neutralizante del grupo tóxico más atacable, que en este caso es la toxiproteína, de modo que se conseguirá únicamente la antitoxiproteína, ó sea un neutralizante de las toxiproteínas; pero no se obtendrán los anticuerpos de los demás tóxicos inyectados.

¿Qué sucede en estos casos?

Que las endotoxinas no atacadas por las defensas celulares se van acumulando en el organismo sucesivamente, hasta producir por su exceso (sobrecarga) el envenenamiento mal llamado anafilaxia, desórdenes funcionales, caquexia, etc., etc., observado en los enfermos sometidos durante períodos prolongados al tratamiento tuberculínico.

Forzoso es reconocer, que los sueros antitóxicos de Sugrañes y Riera Vaquer están exentos de estos peligros y de estos inconvenientes porque, observadores entusiastas sus autores á lo preceptuado por la Ley de Hoffmann, obtienen sus sueros antituberculosos de animales refractarios á la infección fímica, previamente tratados con antígenos tuberculosos tóxicos y endotóxicos, por separado en diferente animal.

En estas condiciones, no es extraño que dichos sueros obren en el organismo del tuberculoso como una albúmina homóloga, sin ocasionar jamás la anafilaxia, por la sencilla razón de que neutralizan químicamente con sus anticuerpos los venenos tóxicos y endotóxicos existentes en el organismo enfermo, que constituyen la verdadera causa de la anafilaxia observada con deplorable frecuencia con el uso de sueros cuya acción neutralizadora para dichos tóxicos es incompleta, pues dejan siempre uno ó más tóxicos libres cuya acumulación ha de llegar á producir el envenenamiento celular general.

Además, por condición natural inherente á las *palmípedas*, resultan estos sueros muy cargados de fermentos lipásicos, que atacan y disuelven la capa cética que recubre al bacilo de Koch, propiedad que facilita la acción bacteriolítica á los anticuerpos que contienen. (S. Matalnikow, «El Problema de la Tuberculosis», Paris, 24 de Abril de 1921, «La Nature»).

Con todo lo dicho, basta para comprender que los sueros antitóxicos Sugrañes y Riera Vaquer reúnen condiciones capaces de satisfacer al clínico más exigente; y aunque nos consta que en la clínica obtienen resultados muy satisfactorios, bueno es advertir, que en casos muy avanzados, cuando el proceso ha llegado á destruir el estroma de los diferentes órganos en que radica, no se pueden esperar resultados positivos; pero sí obtener un alivio en los enfermos, que no se consigue con ningún otro elemento de los muchos que suelen indicarse, bien sean de orden farmacológico ó sueroterápico.

Además, como no se trata de discutir entelequias, sino de hechos estrictamente experimentales ante cuya elocuencia no caben dudas, no es difícil proporcionarse alguna experiencia propia contribuyendo con ello á la solución y difusión del problema más grande de Medicina social.

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

Recordemos tan sólo, aunque resulte innecesario para la mayoría de los aquí reunidos, sus primeros trabajos sobre *Anatomía e histología de los corpúsculos paratiroides*, cuyos resultados se apreciarán en su justo valor con sólo reproducir las palabras que, en el *Tratado de Endocrinología*, de Pende, dan comienzo al estudio morfológico del tejido paratiroideo del hombre y de los animales. Escribe el ilustre patólogo italiano (pág. 560, t. I, edic. 1920): «Un eccellente e minutissimo studio anatomico delle paratiroidi umane è stato fatto, negli ultimi tempi, da Marañón, al cui lavoro rimandiamo il lettore, per tutti i dettagli di Anatomia macroscópica e microscópica di queste ghiandole». Recordemos luego las investigaciones sobre la fórmula leucocitaria en los estados endocrinos, en particular, del grupo simpático-tónico (hipertiroidismo, hipersuprarrenalismo), que, como Borchardt, Buscaino, Pende y otros muchos reconocen, han llevado á una concepción nueva de tales estados hemáticos, interpretados por Marañón como resultados de una reacción general de los tejidos leucopoyéticos á las excitaciones de la actividad endocrina perturbada en su equilibrio hormonal, y no como un síntoma hipertiroideo conforme á la antigua concepción de Kocher. Renunciamos de momento á comentar la importancia extraordinaria que han adquirido estos

(1) Véase el número anterior.

El más Poderoso de los Reconstituyentes

HISTOGÉNOL

Naline

« El HISTOGÉNOL NALINE se emplea con el mayor éxito contra la Debilidad general, la Tuberculosis, las Bronquitis crónicas, la Anemia, la Neurastenia, la Diabetes, la Escrófula, el Linfatismo y el Paludismo, y en todos aquellos casos en que se necesita de un reconstituyente energético. »

El HISTOGÉNOL NALINE se expende en todas las Farmacias y Droguerías, y al por mayor, en el Laboratorio del

HISTOGÉNOL, en VILLENEUVE-la-GARENNE, près SAINT-DENIS (Seine) Francia.

Antisifilítico muy poderoso

GALYL

ADOPTADO por NUMEROSOS HOSPITALES CIVILES y MILITARES

Más activo y mejor tolerado que el 606 y el neo-606 (914)

DOSIS FRACCIONADAS: 20 a 30 centig. cada 4 días (15 a 20 inyecciones para una cura).

DOSIS MEDIAS: 30 a 60 centig. cada 6 ó 8 días (1 a 15 inyecciones para una cura).

MUESTRAS Y LITERATURA: Laboratorios del GALYL, 12, Rue du Chemin-Vert, VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine) Francia.

Oficialmente aprobado por el "Local Government Board" para el Tratamiento y la Profilaxia de la Sífilis en Inglaterra.

NOVARSENOBENZOL BILLON

Adoptado por los Hospitales Civiles y Militares en Francia y los países aliados

SÍFILIS, TIFO RECURRENTE

ANGINA DE VINCENT, PALUDISMO

Máximo de seguridad

Sumamente sencillo

Literatura a disposición de los Sres médicos.

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES

92, Rue Vieille-du-Temple, 92 — PARIS (3^e)

Depositarios para España: J. A. RIERA, S. en C. — Nápoles, 166. — BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

YODOGENO CUBAS



Generador de vapor de yodo inyectable. Poderoso, infalible é insustituible antiséptico, que reemplaza ventajosísimamente al yodo y yoduros, en sus múltiples indicaciones, por ser su acción más eficaz y no determinar trastornos de yodismo.

Declarado de petitorio oficial en los Hospitales Provinciales, según acuerdo de la Excm. Diputación provincial, en su sesión del 23 de Febrero de 1916, en vista del éxito obtenido en las Clínicas de los doctores D. Francisco Huertas, D. Enrique Capdevila y D. Laureano Olivares, según informe oficial de los referidos doctores, con el V.º B.º del Dr. D. Enrique Isla, Decano del Cuerpo.

Recomendado con éxito eficaz para combatir el artritisismo, la arterioesclerosis, tuberculosis quirúrgica, bien sea de localización cutánea (lupus), sinovial, ósea, articular, ganglionar, glandular, las neurosis de origen artrítico, bronquial, gástrico y cefalea crónica; las litiasis y nefritis crónicas, cirrosis hepática y lesiones cardíacas compensadas, lesiones cerebrales y medulares crónicas, y, en general, en todas las enfermedades en que el tratamiento del yodo y sus sales están indicadas.

Caja de ampollas, 5 pts.—Aparato yodonizador, 3,50.—Provincias, 0,50 de aumento.

Pedidos de prospectos y muestras á YODOGENO CUBAS, S. A., Luis Vélez de Guevara, 4.—MADRID

estudios en relación con las hemopatías en general, y, en particular, con aquel grupo de enfermedades de la sangre que demuestra con mayor evidencia la íntima conexión etiológica entre los trastornos de las glándulas de secreción interna y las alteraciones de los tejidos hematopoyéticos, del plasma y de las paredes vasculares: el grupo de las hemodistrofias. El estudio de la hiperclorhidria en el hipertiroidismo; el hallazgo y la descripción de la reacción emotiva á la acción de la adrenalina, fenómeno por vez primera puesto de relieve por nuestro nuevo compañero, y que será fuente de otras interesantísimas pesquisas experimentales sobre la intervención de los factores viscerales de la emoción; las investigaciones acerca de la diabetes insípida de origen hipofisario, y, por fin, las finas observaciones clínicas, guiadas por una aguda penetración psicológica, en torno de la *edad crítica* en la mujer y en el hombre, constituyen, á más de gran número de trabajos y publicaciones no menos apreciables, una aportación personal de singularísimo mérito al progreso de la Medicina y de la Biología.

*
* *

Prescindiendo del supremo interés que ofrece en la fisiopatología humana la Endocrinología, su estudio y el conocimiento cada día más fino, más exacto, de las actividades celulares de las glándulas de secreción interna y de su enorme influencia sobre los procesos anabólicos y catabólicos de la nutrición, sobre el crecimiento, sobre la vida sexual, sobre la emoción, sobre el equilibrio del sistema nervioso, sobre la actividad de los demás parénquimas y sobre las células germinativas en que han de fijarse por herencia los caracteres específicos y familiares, sugieren una larga serie de problemas de Biología general, con los cuales el estudio de la Endocrinología se halla íntimamente enlazado. A la resolución de estos problemas, ó, cuando menos, á su planteamiento adecuado y á la definición de alguno de sus factores esenciales, habrán contribuido en gran medida, con una aportación empírica en apariencia, y, en realidad, de un extraordinario valor científico, las agudas y diligentes observaciones de los clínicos, que, como ha dicho con gran acierto Marañón, han construido, con materiales extremadamente difíciles de reunir, los cimientos y las recias paredes de un edificio cuya expresión arquitectónica, merced á los fisiólogos, constituye la doctrina de la Endocrinología normal y patológica.

Entre estos problemas de Biología general hay algunos sobre los cuales yo quisiera insistir brevemente, y que, desde hace tiempo, me han interesado sobre manera, por distintos motivos. Me refiero en primer lugar á *las relaciones entre las hormonas y las vitaminas*; en segundo lugar, á *los límites anatomofisiológicos del tejido endocrino*, ó mejor dicho, de los tejidos dotados de actividades endocrinas; finalmente á *la intervención del equilibrio ó desequilibrio endocrino en la fijación de los caracteres bioquímicos y morfogenéticos del individuo, por medio del plasma germinativo, como condición y fundamento de la herencia de caracteres adquiridos*.

Las tres cuestiones han sido tocadas magistralmente por nuestro nuevo compañero.

El problema de las relaciones entre las vitaminas y los productos de la actividad de las glándulas de secreción interna puede, en uno de sus aspectos más interesantes, formularse de esta manera:

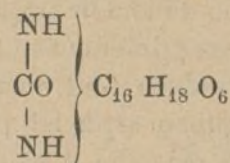
¿Es el organismo capaz de elaborar la síntesis de las hormonas con cualquiera de los materiales ingeridos y desintegrados durante el proceso nutritivo, á partir de los tres grupos primarios de las albúminas, de las grasas y de los hidra-

tos de carbono, á más de las sales? O bien, ¿necesita agrupaciones moleculares preformadas, quizá procedentes, como los aminoácidos, de las albúminas de otros seres vivos, bien vegetales, bien animales, é identificables, al parecer, con los «materiales accesorios» á los cuales Casimiro Funk dió, en el año 1914, el nombre comprensivo de *Vitaminas*?

*
* *

Los trabajos de Funk han sido sometidos durante estos últimos años á una crítica severa. No podemos afirmar, ciertamente, que el problema de la constitución bioquímica de las llamadas vitaminas esté resuelto. Pero, en cambio, hállase definitivamente confirmado el punto de vista fisiológico, que, á partir de las primeras investigaciones de Eijkmann sobre la polineuritis por carencia, hasta las de Holst y Frölich sobre el escorbuto, planteaba la cuestión de la existencia de un factor alimenticio indispensable para el crecimiento y para el desarrollo normal de la vida, independiente de las cantidades de proteínas, de hidratos de carbono y de grasas ingeridas.

Casimiro Funk logró aislar de la cáscara del arroz una base pirimídica que funde á 233°, y que posee la propiedad de curar los accidentes nerviosos de la polineuritis beribérica experimental. Trátase, al parecer, de un compuesto definido, cuya fórmula es



y que presenta las reacciones de los cuerpos alcaloídicos. Es precipitable con el ácido fosfotúngstico y por otros reactivos de los alcaloides.

Los trabajos posteriores de Roberto Willams, de Seidell, de Voegtlin y otros tienden á demostrar que las vitaminas, ó, por la menos, algunas sustancias identificables por sus acciones terapéuticas con las vitaminas, se hallan dotadas al propio tiempo de acciones tóxicas cuando se administran en dosis excesivas.

Lumière ha insistido recientemente sobre la semejanza extraordinaria entre estos cuerpos vitamínicos y los alcaloides, los cuales, como es sabido, ejercen especialmente su acción por medio de excitaciones específicas sobre las glándulas de secreción interna. Estas sustancias, de tipo alcaloide, no ejercen acción favorable sobre el crecimiento de los vegetales. La necesidad de factores accesorios ó complementarios para el crecimiento y el equilibrio energético y plástico de los vegetales ha sido estudiada en estos últimos años, sobre todo por Bottomley, quien dió el nombre de auximones á estas sustancias, comparables con las vitaminas, en lo que atañe á los animales (1). Sin embargo, los trabajos recientes de Lumière parecen demostrar en modo terminante que vitaminas y auximones no son en modo alguno indispensables al crecimiento y á la nutrición de los vegetales, confirmandose de este modo, por una vía indirecta, la capacidad de síntesis orgánicas de que se hallan dotados los organismos vegetales respecto á los animales, los cuales necesitan alimentarse, por lo menos en parte, de materiales albuminoideos preformados (2).

(1) W. B. Bottomley, *Some accessory factors on plant growth and nutrition*, Proc. R. Soc. London Biolog. Sciences, 1914, págs. 237 á 240.

(2) A. Lumière, *Influence des vitamines et des auximones sur la croissance des végétaux*, Ann. Inst. Pasteur, Enero, 1921.

Los trabajos de Abderhalden y de su escuela (1) han contribuido considerablemente a aclarar el problema del metabolismo de las albúminas en el organismo humano, y una exposición completa, estrictamente científica, de esta cuestión, en sus relaciones con las vitaminas, puede hallarse en el excelente Tratado de Química fisiológica de Mathews (2).

Las investigaciones de Osborn y Mendel, Hopkins y Willcock, de Totain, de Abderhalden, Einbeck, Hopkins y Ackroyd y muchos otros han establecido la importancia fundamental del contenido en aminoácidos de las sustancias albuminoideas. Entre estos aminoácidos hay algunos como el triptófano, la lisina, la cistina, la arginina y la histidina, que deben considerarse como indispensables para asegurar un crecimiento normal y un entretenimiento plástico y energético del organismo humano. He aquí por qué el concepto cuantitativo en la ración albuminoidea ha perdido casi enteramente su valor, y debe ser sustituido por un criterio cualitativo.

Las experiencias de Hopkins y Willcock dejaron sentado en modo definitivo que la ausencia de triptófano, y, probablemente, de la lisina y la cistina, acarrea la muerte de los animales alimentados con un régimen privado de esas sustancias, por ejemplo, con la ceína del maíz. En efecto: el proceso hidrolítico de la ceína produce casi exclusivamente arginina, histidina, ácido glutámico, fenilalanina, prolina y ácido aspártico; no se forma ni glicocola ni tirosina ni triptófano. Por el solo hecho de añadir triptófano al nutrimento de los animales de experimentación (ratones), estos últimos, que sucumbían alrededor del dieciseisavo día cuando eran sometidos a un régimen artificial que no contenía otra sustancia albuminoidea más que la ceína, mejoraban notablemente y alcanzaban una época mucho más adelantada de su desarrollo.

Los materiales vitamínicos extraídos de la levadura de cerveza, dotados de propiedades *neurotropas* muy acentuadas (del grupo de las antiberibéricas), corresponden también, al parecer, a los ácidos aminados peculiares del metabolismo celular del *Saccharomyces*.

Los trabajos recientes de Pierre Thomas (3) sobre las proteínas de la levadura de cerveza han demostrado la presencia en las células de *Saccharomyces* en proporciones considerables de una *fosfoproteína* llamada por Thomas *zymocaseína* por sus afinidades con la albúmina de la leche, y de una albúmina propiamente dicha, la *cerevisina*, las cuales contienen histidina, arginina y lisina, sobre todo, grandes cantidades de este último cuerpo, y producen también, por hidrólisis, gran cantidad de triptófano (1,51 por 100 de la *zymocaseína*; 2,28 por 100 de la *cerevisina*). Se trata, por tanto, de materiales proteicos que encierran proporciones crecidas de los más importantes entre los aminoácidos, muy en particular el más interesante de los ácidos monoaminados, esto es, el triptófano, que se consideran hoy día por una numerosa escuela de fisiólogos y químicos como los soportes verdaderos, indispensables, de la actividad sintética de las células animales, y que algunos estiman como idénticos en sus acciones anabólicas a las llamadas vitaminas de Funk.

(1) Véanse estos trabajos en Zeitschr. f. physiolog. Chem., 1905-1912. Son de gran interés también los estudios de Mendel, *Theorien des Eiweissstoffwechsels nebst einigen praktischen Konsequenzen derselben*, Ergebn. d. Physiol., 1911; el libro de Chittenden, *Physiological Economy in Nutrition*, 1905, y el de H. C. Serman, *Chemistry of Food and Nutrition*, New York, 1918, Mac Millan C.º, edit.

(2) Albert P. Mathews, *Physiological Chemistry* (A text-book and Manual for Students), London, Baillière, Tindall & Cox, editor, 1916.

(3) Ann. Inst. Pasteur, Enero, 1921.

En los animales alimentados con materiales que carecen de algunos de los factores accesorios, esto es, de las vitaminas, en el sentido de Funk, se ha observado durante la época del crecimiento una desaparición precoz del timo y, en algunos casos, una atrofia muy acentuada de la hipófisis, del cuerpo tiroides y de las glándulas genitales. Los observadores que han puesto de relieve estos hechos se han preguntado desde hace tiempo si las vitaminas no actuarían acaso en forma de hormonas exógenas, probablemente en cualidad de materiales indispensables para la formación de las moléculas de los hormonas propiamente dichos, por parte de los tejidos endocrinos (1).

He aquí, expresada con sus mismas palabras—que son del año 1913,—cuál era ya entonces la opinión de Funk acerca del origen de los trastornos nerviosos y distróficos de los animales sometidos a régimen de carencia (avitaminosis experimental) y, probablemente, de los enfermos de beri-beri:

«El organismo posee siempre un resto, un sobrante de vitaminas en sus propios tejidos; vitaminas procedentes de su régimen normal anterior.

»En el régimen de carencia, este resto es empleado, y se consume, por las necesidades del metabolismo. El animal le toma, sin duda, primero en los músculos, por ejemplo, cuyo papel fisiológico absoluto es menos importante. Cuando ha dado fin a esta reserva, extrae la sustancia de otros órganos. Cuando el animal no encuentra nada más a su disposición, recurre al sistema nervioso central, que contiene buena cantidad de vitamina, como ya he demostrado, y a los nervios periféricos. Pero parece que es precisamente en estos órganos en los que juega un gran papel la vitamina. Entonces sobrevienen los síntomas característicos del beri-beri y de la polineuritis. En efecto: encontramos en el sistema nervioso, en estos casos, fenómenos degenerativos que no faltan nunca. Sabemos, por otro lado, que la vitamina se encuentra localizada sobre todo en los órganos conocidos por ser ricos en lipoides. Biológicamente, al menos, si no químicamente, la vitamina se encuentra asociada a los lipoides. El hecho de que los animales caigan enfermos después de un lapso de tiempo más ó menos largo encuentra, quizá, su explicación por el grado de vitaminas almacenado en los órganos. Soy también del parecer de que la vitamina sirve de sustancia fundamental para la elaboración de otros productos: hormonas, fermentos y secreciones de las glándulas endocrinas».

Tres argumentos principales tienden, por tanto, a demostrar la afinidad entre las hormonas y los materiales accesorios de la alimentación, que seguiremos indicando con el nombre de vitaminas:

En primer lugar, la semejanza de los síndromes avitaminósicos y de ciertos síndromes endocrinos; en segundo lugar, la semejanza de acción en los ensayos experimentales entre hormonas y vitaminas; en tercer lugar, la semejanza de constitución química entre estas sustancias, que, a su vez, las acerca extraordinariamente a los alcaloides, como han demostrado numerosas y recientes investigaciones.

En lo que atañe al aspecto clínico de la cuestión, ya tratado por Marañón en su discurso, no hay para qué insistir, como no sea para poner de relieve la frecuencia de la asociación patogénica de una carencia alimenticia (avitaminosis) y de un trastorno previo, á veces insignificante ó inapreciable, de la actividad endocrina, que podríamos designar desde ahora en adelante con el nombre genérico de *dishor-*

(1) Véanse los trabajos de Mac Collum, Davis, Simmonds, Pitz (Journ. Biol. Chem., 1914-1918; Mendel, Osborn, Robertson, Pearl, etc, ibidem, y Amer. Journ. of Médic. Sc., 1917).

monia. Avitaminosis y dishormonia son, por tanto, factores recíprocamente indispensables para la producción de un grupo de síndromes clínicos, entre los cuales, algunos han sido descritos hasta ahora como avitaminosis puras, y otros como trastornos endocrinos puros.

(Continuará.)

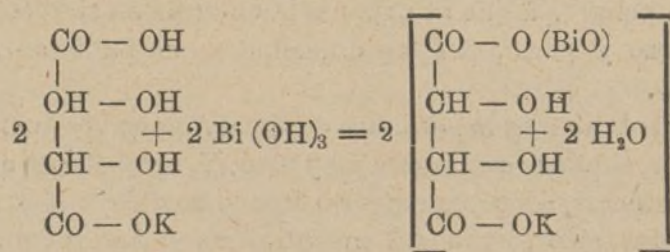
Nota sobre las sales de bismuto empleadas en el tratamiento de la avariosis.

Todos los preparados empleados por vía hipodérmica hasta hoy son insolubles, desde el año 1897 que Masusset empleó el protoioduro bismútico hasta los trabajos actuales sobre el trepol (tartrato bismútico potásico), muthanol (óxido bismútico radífero porfirizado) y quinium-bismuto (ioduro de bismuto y quinina).

En el *Journal de Pharmacie et de Chimie*, del 16 de Abril, aparece un artículo sobre la obtención del citrato y tartrato bismuto, descrita por el profesor Fabre, de la Escuela de Medicina y Farmacia de Marsella. Este señor obtuvo estas sales partiendo del citrato ó tartrato de sosa y del nitrato neutro de bismuto disuelto en ácido acético. Describe la manera de operar en todo su detalle para que cualquier farmacéutico pueda obtener citratos y tartratos de bismuto amónico, sódicos ó potásicos á su voluntad.

En mi modesto laboratorio por el farmacéutico Sr. Pozuelo se ha obtenido el tartrato bismutico sódico y el tartrato bismútico potásico que responde á la fórmula siguiente:

TARTRATO-BISMÚTICO-POTÁSICO



El procedimiento de obtención consiste en tratar el hidróxido de bismuto reciente por el bitartrato potásico; la manera de operar análoga á la de los demás tartratos.

El producto que se obtiene se disuelve bien en el agua (5 en 100). La hidrólisis que todas las sales de bismuto experimentan en contacto del agua es poco perceptible con dicha concentración; sin embargo, se nota bien.

El producto se disuelve completamente en la proporción de 10 en 100 de agua, pero en estas condiciones la hidrólisis se acentúa y al poco tiempo aparece el hidróxido de bismuto precipitado.

Manera de evitar la hidrólisis de dicha sal. Estudiada la cantidad mínima de álcali necesaria para mantener dicha solución límpida y completamente transparente, resulta que una solución de tartrato bismútico potásico al 5 por 100 queda en las condiciones dichas añadiéndole 50 centigramos de hidrato sódico.

También puede impedirse la hidrólisis en medio ácido. Por falta de tiempo nos queda por terminar el grado de alcalinidad que la solución lista para inyectar, presenta.

Según indica la fórmula química con arreglo á la cual la reacción se efectúa, 1 gramo de tartrato bismútico potásico contiene 0,5073 gramos de *bismuto metal*.

Las ampollas preparadas por la solución dicha se pueden esterilizar á la autoclave de 115 á 120° sin sufrir ninguna alteración.

Lo importante es que el tartrato obtenido por nosotros es soluble en soluciones ácidas, básicas, y el punto á dilucidar por los señores médicos es la cantidad de alcalinidad que resiste el hombre al introducir la solución en las venas. Hemos preguntado á varios doctores amigos este dato y ninguno nos ha contestado categóricamente.

Bibliografía.

LA MEDECIN DEVAT L'ASSISTANCE ET L'ENSEIGNEMENT PSYCHITRIQUES, por el Dr. H. Damaye. — Un tomo de 125 páginas. — Maloine fils, editores, 1922.

El Dr. Damaye ha escrito un libro interesantísimo, por permitir conocer bien el estado actual de la asistencia psiquiátrica en Francia y por marcar derroteros muy merecedores de ser tenidos en cuenta, en países como el nuestro, donde aún no se dió ni el primer paso, en el camino de la resolución de tan importante problema.

En la vecina república, según la titula el desesquinado lugar común, no existen sino Asilos públicos para alienados y Casas de Salud particulares, ó lo que es lo mismo, los psiconeuróticos no tienen aún á su disposición establecimientos gratuitos, excepción hecha de los servicios de Dejerine y Abadie. Los hospitales comunes no los reciben.

No terminan aquí los abandonos, pues la Beneficencia pública de París no cuenta todavía con un solo servicio hospitalario destinado á la Psiquiatría. Con tan defectuosa y pobre organización, contrasta un inexplicable exceso de Sociedades Psiquiátricas.

Si se descende á examinar la estructura íntima de los Asilos, se recibe la poca grata sorpresa de ver que al médico se le mantiene, sistemáticamente, alejado de los engranajes del artilugio administrativo. Ello influye considerablemente en la mala distribución de los departamentos que según Damaye debiera ser:

Observación de entrados.

Agitados.

Semiagitados.

Con gatismo; pero no encamados.

Encamados con gatismo.

Epilépticos trabajadores.

Epilépticos con gatismo.

Viejos tranquilos.

Niños idiotas é imbeciles.

Trabajadores tranquilos.

Trabajadores incompletamente tranquilos.

Enfermería.

Lazareto.

La explicación de tales defectos es, exactamente como en España, que la Psiquiatría constituye la especialidad menos conocida, menos apreciada y menos buscada. El internado de los Asilos es el menos solicitado, hasta el extremo de obligar, en 1910, á la Universidad de Lille á renunciar al concurso, por resultar inferior el número de aspirantes al de plazas vacantes. Por otra parte, los Asilos viven con costumbres totalmente diferentes á los Hospitales, lo que desorienta no poco á los estudiantes.

Otro nuevo factor hay que hacer entrar en juego si se quiere llegar á las entrañas de la cuestión, y este factor es la ignorancia del público en todo lo referente á tales asuntos. La masa no se halla suficientemente convencida que el cerebro es un órgano como los demás, ni de que no tienen nada de deshonrosos sus padecimientos.

Los mismos médicos permanecen excesivamente al margen de la Psiquiatría, no obstante resaltar con claridad la

conveniencia de que todos los prácticos posean unas cuantas nociones fundamentales.

En un lugar podría contar la especialidad con palenque donde conquistar adeptos y granjearse respetos y pleitesías: en los Tribunales de justicia; pero por una parte la falta de preparación de los jueces y por otra el delicado tema de la responsabilidad, destruye todas las ventajas. Serena y científicamente examinada la discusión, no cabe discutir como toda la razón está de parte de Ballet, negándose á hablar de responsabilidad, por no ser ésta una cuestión médica, sino metafísica.

Pero prácticamente, el eludir el asesoramiento no puede conducir sino á restar prestigio al peritaje.

Unase á esto el escepticismo de la mayoría de los profesionales acerca de la eficacia de la terapéutica en las dolencias mentales y se tendrá un cuadro de conjunto de las causas del raquítico desarrollo alcanzado en Francia por la asistencia psiquiátrica.

Los remedios han de ser á base de la creación de hospitales psiquiátricos que permitan reincorporar la psiquiatría á las normas de la Medicina general. Claro que paralela á la institución de dichos hospitales ha de ir un profundo trastorno de los puntos de vista de la actual legislación.

Como aledaño á estos propósitos de mejora figura la creación de Ligas de higiene mental, que persiguen disminuir los progresos de la locura, aun exponiéndose á alarmar á los que fingen creer que disminuir la cantidad de los enloquecidos equivaldría á hacer descender el nivel mental del mundo. Al hablar de profilaxis de la locura, Damaye insiste en que es totalmente inútil intentar nada fuera de la infancia, donde acaso sea lo de más óptimos resultados ir contra el internado.

Finalmente Damaye insiste en las ventajas de fomentar la Psiquiatría militar. «El Psiquiatra será siempre un agente de humanidad, de orden y de beneficencia para los oficiales, las clases y los soldados, contribuyendo á mejorar la disciplina».

Este es en breve síntesis el tuétano del libro, cuya lectura resulta sugestiva y cuajada de beneficios para los médicos todos.

DR. CÉSAR JUARROS.

Periódicos médicos.

OBSTETRICIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Accidentes gravídocardíacos en una primeriza de veintiún años de edad.—Los Dres. Chamorro, Folco y Dacharry publican la siguiente historia clínica:

En el mes de Octubre del año próximo pasado, vino á nuestro consultorio una enferma enviada por su médico, el Dr. Folco. Esta paciente hallábase por primera vez en estado interesante, en el cuarto mes de su embarazo, y, días antes, con motivo de un esfuerzo, había tenido un ataque de sofocación, acompañado de tos y esputos espumosos y sanguinolentos.

Dicha señora—y esto lo supimos después—padecía de una afección cardíaca congénita y ya el facultativo aludido había insinuado al esposo que no convenía una gestación, porque en caso de constituirse una preñez, ella podría provocar sus síntomas, no obstante la perfecta compensación del miocardio.

Los esposos—recién casados—no oyeron este consejo

previsor, siendo luego sorprendidos al ponerse de manifiesto el primer accidente. Conjurado éste, por un tratamiento oportuno, la enferma vino á nuestra consulta en demanda de nuevos consejos; ¿debía ó no continuar con su embarazo? ¿Cuál la conducta para el porvenir y muy especialmente para el parto, supuesto el caso de que la gestación llegara al término?

Con franqueza declaramos que, en un principio, mal interrogados los cónyuges, más un examen algo difícil, en un día de esos tan malos que los médicos solemos tener, nuestra visita no fué de mayores resultados, incurriendo en un error de diagnóstico. Es que veíamos una mujer joven muy pálida, con taquicardia, alguna disnea y estertores en el pulmón derecho. Fácilmente se comprende que, no profundizando más allá, equivocáramos el camino.

Menos mal que nuestro colega lo comprendió, é insistiendo de nuevo, proporcionó la oportunidad de un mejor examen, en el cual buscamos con detalles, no sólo los síntomas del embarazo y la edad antes citada, sino también la verdadera causa de los fenómenos pulmonares que aún se oyeran, estertores de una congestión pasiva, cuyo origen debía atribuirse á una estrechez mitral típica, ya bien diagnosticada por su médico de cabecera.

Atentos por el error cometido, no titubeamos en cambiar nuestra conducta, ajustándonos al caso para hacer las prescripciones: reposo absoluto, evacuación intestinal, régimen lácteo, ventosas, digitalina y teobromina. Tales fueron las medidas que tomáramos, observando entonces una franca mejoría.

Ante este hecho, y siendo los cónyuges recién casados, creímos oportuno tentar la suerte á fin de que el embarazo llegase al término. Así lo aconsejamos, haciendo resaltar la conveniencia de una observación constante é insistiendo sobre los peligros á que se exponía la enferma en el resto del embarazo y parto, por las dificultades que pudieran presentarse.

Al séptimo mes la perdimos de vista. Alguna vez, incidentalmente, supimos que seguía muy bien. Y, no obstante nuestra insistencia, sobre un mayor cuidado médico en los últimos meses, sólo volvimos á encontrarla en pleno trabajo de parto. De ello resultó interrumpida nuestra acción, malográndose, no sólo el programa que nos trazáramos, sino también que el parto vino á sorprenderla sin que supiéramos cuál era su estado actual obstétrico.

El 20 de Marzo, á las seis y treinta, recibimos telefónicamente el aviso de que la paciente estaba con dolores desde la madrugada. Se nos hizo saber, además, que el trabajo no ofrecía nada de particular y que este aviso sólo tenía por objeto advertirnos para que estuviésemos listos, dado el caso que fuera necesaria nuestra presencia.

Una hora y media más tarde éramos llamados con urgencia, concurriendo en el acto al domicilio de la enferma. Supimos entonces que toda la noche había estado incómoda y con ligeros dolores. Luego, á eso de las tres, el carácter de las contracciones, por su intensidad y frecuencia, cambió, iniciándose un franco trabajo de parto; pero, y esto fué lo particular, cada dolor era acompañado de un deseo irresistible de esfuerzo.

De esta suerte el parto siguió su curso hasta las ocho de la mañana. En esta hora, y de golpe, la enferma sintióse acometida por una tos seca y continua, motivada por una sensación de escozor en la garganta; tos que, agregada á los dolores pujantes, hacía difícil la respiración de la paciente, transformando sus facciones, que pronto adquirieron un aspecto pletórico con marcado tinte cianótico. El corazón también había alterado su ritmo y frecuencia, llegando el pulso á un número superior de 140 latidos por minuto. Tal era el cuadro

de alarma y los fenómenos que en conjunto habían venido á dar por tierra con la calma precedente, imponiendo nuestra visita de urgencia.

Un examen veloz permitiéndonos oír una lluvia de estertores finos y húmedos en ambos pulmones, cuyo carácter y rápida aparición nos hizo formular el diagnóstico de congestión y edema agudo pulmonar, sin duda alguna de origen cardíaco, desde que el corazón debió flaquear fatalmente ante los esfuerzos extemporáneos que durante horas hiciera la enferma.

Mientras esperábamos la concurrencia de dos colegas en consulta, practicamos á la paciente repetidas inyecciones (aceite alcanforado, cafeína, digalena, etc.); la hicimos sentar en su lecho, se le aplicaron ventosas y también, por sus síntomas pulmonares y para calmar el trabajo y su carácter patológico, hicimos una inyección de morfina, cuyo resultado fué excelente.

Conjurado en parte este grave momento, aprovechamos el primer instante de tregua para efectuar el examen obstétrico; la presentación era de vértice I. A. y sin encaje; los latidos fetales regulares y en número de 146. La vulva y el periné resistentes, la vagina ídem, la excavación tactábase parcialmente ocupada; el cuello borrado, de bordes muy finos, tenía apenas 2 centímetros de dilatación. La bolsa era plana, pero había alguna pérdida de líquido; la cabeza no encajada, de fontanelas y suturas amplias, era móvil y se desplazaba con facilidad.

En resumen: nos hallábamos ante una paciente portadora de un corazón enfermo que, estando en las primeras fases del trabajo, venía á tener un desfallecimiento de su miocardio, haciendo su asistolia en el pulmón.

El embarazo se había dejado llegar al término ante el deseo de poseer un hijo. La vida de la madre fué expuesta con ese fin y ahora se hallaba seriamente comprometida. ¿Era conveniente dejar correr las cosas, ó era mejor poner fin al parto? Tal era la pregunta que nos formuláramos y que luego repitiésemos á nuestros colegas en consulta.

Pasado el primer momento de estupor, y ya más hechos á la situación, vimos bien que la paciente había conseguido vencer en parte su peligro inmediato y, también, que ello coincidía con una calma de sus dolores. Para que el parto llegase por lo menos á dilatación completa, era menester que los dolores reaparecieran y que reaparecieran sin pujos, todo lo cual significaba un tiempo de varias horas, ¿Cuántas? No lo sabíamos. He ahí la primera parte del problema, que, de realizarse, iba á permitirnos la segunda una aplicación de fórceps en condiciones aceptables y, seguramente, con una mayor garantía para el feto.

Esta idea, bien madurada, dominó en nosotros y así lo expusimos á nuestros colegas, pues nada nos aseguraba contra los fenómenos consecutivos á una decompresión abdominal brusca, si el caso era intervenido de inmediato, siendo entonces posible que el corazón cayese por completo. Además, la vida del niño también era de tenerse en cuenta y ella hubiese corrido un mayor riesgo, evacuando precozmente al útero. Niño que, en este caso, tenía un valor incalculable, siendo su existencia de necesidad casi imperiosa.

El acuerdo sobre estas medidas fué completo, resolviendo los tres hacer guardia firme á la paciente, á la vez que nos declaráramos solidarios y responsables de los hechos que ocurrieran.

Después de una hora y media de calma, las contracciones reaparecieron; su duración y frecuencia eran normales habiendo perdido su carácter de esfuerzo. Vigilábamos atentamente. Hicimos algunas inyecciones tónicas más. Y, desde temprano, dimos comienzo á los preparativos para la futura,

intervención, á fin de que nada nos faltara, poniendo, cada uno de nosotros, á ciencia y conciencia, la mejor voluntad.

A las 14, la enferma rompió la bolsa de las aguas después de un tiempo total de diez horas de período dilatante. Rotura que fué precedida de algunos pequeños pujos y con manifestos progresos de la presentación, pero sin haber llegado á atacar el estrecho inferior. De buena fe, fuimos á practicar un tacto, creyendo al cuello completamente dilatado, mas nada de ello resultaba así: el orificio cervical ya no era delgado como antes, su labio anterior estaba algo edematoso y la luz del cuello no era mayor de 5 centímetros.

Este contratiempo no impidió la ejecución de la segunda parte de nuestro programa, segunda parte que se imponía por las horas que habían pasado; y porque el feto, en la frecuencia é intensidad de sus latidos, no parecía hallarse muy cómodo, exteriorizando su sufrimiento por una franca pérdida de meconio, síntoma éste que apreciáramos al transportar la paciente á la mesa de operaciones.

Sentada y bien tenida la enferma, punzamos entre la 4.^a y 5.^a lumbar, cayendo de primera intención en el canal raquídeo. Diez centigramos de novocaína, diluidos en el líquido obtenido por la punción, fueron inyectados de inmediato. La paciente permaneció semisentada, con una cabecera *ad hoc* y, al cuarto de hora, más ó menos, la raqui-anestesia nos permitía dar comienzo á la intervención; primero dilatamos digitalmente, haciendo luego una aplicación de fórceps en el diámetro oblicuo derecho. Al llegar el vértice al suelo perineal, suprimimos esta resistencia con una episistomía amplia, para abreviar el acto operatorio y también en obsequio al feto, cuya vida, lo repetimos, nos interesaba particularmente.

Cuando la cabeza se desprendió, un ayudante procedió á comprimir el abdomen; compresión que se hizo de un modo constante y regular hasta dar por terminado el parto. El alumbramiento debió ser acelerado mediante expresión uterina y tracciones del cordón, porque la enferma perdía gran cantidad de sangre (desprendimiento parcial del anexo é inercia uterina); y luego, después de asegurar el útero, rápidamente restauramos el periné incindido, finalizando el acto operatorio con la colocación de varios rodillos de algodón sobre el abdomen y encima de ellos una venda de cuerpo bien apretada.

La raqui-anestesia nos había permitido realizar el parto, eximiendo á la paciente de difíciles horas dilatantes y de un imposible período expulsivo. Su efecto fué magnífico, y, salvo cierta palidez y algunos mareos, nada aconteció á nuestra enferma quien, aislada por una pantalla, asistió á la operación sin tener noción de lo que ocurría.

El niño que se extrajo era del sexo femenino; tenía una circular del cordón en el cuello y pesaba (á cálculo) algo más de 3.000 gramos. Se reanimó fácilmente y vive en las mejores condiciones.

El puerperio en esta paciente también fué feliz; el útero involucionó rápidamente; no hubo fiebre y la cicatrización del periné fué total. En cuanto á su corazón, el reposo, el régimen lácteo y la insistencia en algunos tónicos cardíacos más y la aplicación de ventosas, pronto llevaron al miocardio á mejor orden: 80 pulsaciones por minuto, regulares y tensas, seguidas de una diuresis amplia y desaparición — no total — de los fenómenos pulmonares, pues, á este respecto, aun se oyen algunos estertores en su vértice derecho, estertores que preocupan, por lo cual hemos creído prudente no aconsejar la lactancia materna, lactancia que era difícil y escasa.

Tal era el caso clínico que exponemos. Su historia adolece de muchos datos, habiéndonos visto obligados á confia-

en nuestra memoria; pero sus líneas han sido trazadas estando la enferma en asistencia y en vísperas de ser dada de alta.

Nada de particular tendría esta relación, si no fuera que creemos poco frecuente la asistencia del médico en el parto de las cardíacas; y, sobre todo, dentro de las condiciones en que hemos debido actuar, pues era bien sabida la lesión de esta paciente que, al contraer matrimonio, estaba perfectamente compensada. Lesión cardíaca que, luego, al cuarto mes del embarazo, deja constancia de su existencia a raíz de un esfuerzo, para después quedar inadvertida hasta el parto donde, de nuevo, su manifestación de insuficiencia es categórica para dar origen á la conducta que hemos expuesto y á las líneas que tenemos el placer de suscribir.

Historia tanto más interesante, porque en esta clase de complicaciones no puede ser mucha la experiencia, ó por lo menos en nosotros es escasa; y de ahí las dudas y tanteos para resolver el problema, cuya solución debe quedar librada al buen sentido común. Y seguramente que hemos de terminar nuestra misión médica sin adquirir esa experiencia, de que antes habláramos, y no porque la casuística en nuestras manos no abunde.

También esta historia es original, porque dada la lesión cardíaca y su estado, al contraer matrimonio la enferma, nada hubiese justificado una prohibición del estado gravídico, desde que era una estrechez mitral congénita, en una mujer joven y sin síntomas anteriores, lesión que permitía el matrimonio y el embarazo.

Sin embargo, hubo en esta paciente una aparente incongruencia de hechos, que parecería desmentir todos los juicios—*á priori*—en las cardíacas compensadas en estado de casarse y de posibles mujeres fecundas. Pero bien se ve y el lector lo habrá comprendido, que esta enferma cayó en el embarazo y en el parto, porque en ambos momentos se le exigió al corazón un despliegue de energías superior á sus fuerzas. Despliegue de energías que fué mucho mayor en el trabajo, dado que éste se iniciara y continuase durante horas en condiciones anormales, anticipándose el esfuerzo, cuyo efecto pernicioso debió ser impedido á toda costa, porque precisamente en ello estaba el peligro para un corazón imposibilitado por su lesión orgánica.

Luego, la incongruencia sólo fué aparente, pues nada dice que en esta señora no estuviese permitido el matrimonio, como también su embarazo, desde que ambos accidentes fueron provocados: el primero, por imprudencia de los esposos; el segundo, porque la enferma no fué auxiliada oportunamente por el médico, único capaz en esas circunstancias de juzgar y proceder según lo exigía el caso.

Finalmente, si el embarazo pudo ser permitido en una primera vez, en un corazón que no había dado señales de fatiga, hoy ya las cosas han cambiado, y, nosotros, creyendo cumplir con una prescripción, al retirarnos del domicilio, hemos prohibido otra preñez, á fin de evitar males mayores, pues estamos convencidos de que esta mujer dió cuanto pudo para ser madre y ahora se debe á su hija y á sí misma. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 7 de Abril de 1922.)

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Erisipela postoperatoria grave, curada por la streptovacuna.**—El Dr. Antonio Millares Mañana publica el siguiente caso clínico que tiene importancia, por la gravedad que revistió y por lo bien y rápidamente que prestó obediencia al tratamiento por la streptovacuna.

Agripina Romero Martín es una mujer de sesenta y cua-

tro años de edad, casada, natural y vecina de esta villa de Gibraleón, provincia de Huelva, con domicilio en la calle de la Fuente, núm. 4, de la misma. De regular estatura y de igual estado de nutrición, pero bien conformada y conservada para tal edad. No nos dió antecedentes hereditarios dignos de mención, ni personales, por lo menos, en el interrogatorio que le hicimos para fundamentar, entre otros datos y síntomas, el juicio diagnóstico que nos mereciera el proceso que nos consultaba en el mes de Enero próximo pasado. Primera menstruación á los once años y siempre bien reglada. Casada á los veinticuatro, sin hijos. Su período catamenial desapareció insensiblemente hace diez años. Las funciones de sus distintos aparatos se han verificado normalmente, y blasona de no recordar cuándo necesitara un purgante.

Nos dijo que hacía unos once años notó en su mama izquierda un tumor del tamaño de una almendra, duro, movable é indoloro, que no determinaba cambios de color en la piel; tumor al que no dió importancia, á pesar de su crecimiento, y por el que no hubiera consultado á médico alguno, si éste no se hubiera hecho doloroso. En este estado nos pide opinión.

Reconocida, resulta apreciársele una mama bien desarrollada y de normal tamaño en relación con la del lado sano. Por debajo de la aréola y también en la parte superoexterna de ella se aprecian dos agujeros del tamaño de un centímetro de diámetro de extensión aproximadamente, rodeados de una zona inflamada, rojiza y dolorosa. Fluye por ambos orificios un líquido seropurulento y fétido. A la palpación se nota que casi toda la mama está ocupada por un tumor duro, adherente á la piel, y movable en relación con los planos profundos. Dolores paroxísticos, fuertes y espontáneos, aqueja desde hace algún tiempo, principalmente desde que se produjeron la inflamación y las ulceraciones. Nada á nuestra exploración encontramos que nos delate infartos ganglionares axilares, infra y supraclaviculares ni de la región del cuello.

Teniendo presente la lentitud en el desarrollo del referido tumor, la ausencia de dolores durante el mismo, su falta de adherencia á los planos profundos en su ya largo tiempo de formación, la no existencia de infartos y el buen estado general de la paciente, nos daban una sospecha optimista, y hasta nos explicábamos las ulceraciones é inflamación que restaban, como consecuencia de que una infección del pezón ó periareolar hubieran determinado un absceso entre los espacios libres de un adenofibroma; pero la edad de la sujeta, la adherencia de la tumoración á la piel y la saniosidad que fluía por las ulceraciones ya referidas; así como la destrucción del tejido, que corroía en profundidad muy significativamente, inclinaban á formular un diagnóstico más sombrío, pensando en la existencia de un carcinoma. De todos modos, y en la imposibilidad de un diagnóstico histopatológico, por carecer de medios, hicimos ver á la enferma la necesidad de una inmediata intervención, accediendo á ello.

Así las cosas, procedimos á la operación, y cumplidos los preliminares de rigor, se llevó á cabo la ablación total de la mama izquierda, por el método clásico, el día 31 de Enero, á las once y media horas de la mañana, operación que fué felizmente terminada en unos veinte minutos próximamente. Debemos advertir que para garantizar mejor el desagüe, por razón de la infección del tumor, colocamos dos tubos; uno en la axila y otro en el ángulo inferior de la herida. Cura seca.

A las doce horas de la intervención, aparecen vómitos y un movimiento febril de 37° 5, 37° 8 y 39° 1, todo ello desde

el tiempo referido hasta la tarde del día 1.º de Febrero, y lo que al principio nos pareció como protesta orgánica consecutiva á la anestesia y al traumatismo quirúrgico, nos hizo temer en otro origen, y buscamos seguidamente el estado de la herida.

Levantado el apósito, ésta apareció infectada notablemente, y apenas saliendo un poco de pus por ambos tubos, pero los labios hinchados, y á punto de ser estrangulados por la sutura. Por toda la longitud del externo, y hasta unos siete centímetros por fuera de él, se notaba la continuación de la zona inflamada, que se delimitaba, muy claramente con la piel sana, por un rodete violáceo.

Fueron quitados todos los puntos, entreabiertos los extensos labios, limpiada cuidadosamente la herida, y hecha una cura húmeda con oxicianuro al 1 por 1.000.

Complicación, erisipela postoperatoria.

No pudimos proveernos de suero antiestreptocócico polivalente, fresco, por no encontrarlo en la localidad.

Día 2.—La zona erisipelatosa se había extendido notablemente por todo el plano costal izquierdo, hasta la región escapular. La fiebre decreció en este día á 38°,5 y 38°,4, seguramente por la abertura de la herida, su cuidadosa limpieza, la cura antiséptica.

Día 3.—Aumenta la fiebre á 38°,8 por la mañana. La erisipela continúa extendiéndose por la espalda, y se agrava el estado general. Nos proporcionamos 20 c. c. de suero antiestreptocócico polivalente de Marmorek, que se inyectan. Continúan las curas húmedas, mañana y tarde, con oxicianuro. Fiebre por la tarde, 39°,2.

Día 4.—Mejora la enferma ligeramente de su estado general y de su fiebre que desciende á 38°, pero la placa erisipelatosa continúa en su avance ocupando en este día toda la espalda, desde la nuca hasta los lomos y llegando á la paletilla derecha. Inyección de 20 c. c. de suero antiestreptocócico polivalente Ibis. Ascende la fiebre de nuevo á 38°,5 por la tarde, y vuelven á inyectarse otros 20 c. c. Ibis. Olvidábamos decir, que desde el día 4 fué embrocada toda la zona de dermatitis con colodión ictiolado y ácido bórico.

Día 5.—Empeora la enferma de su estado general y local porque la placa se extiende á la cara posterointerna del brazo izquierdo. La fiebre, mañana y tarde en 39°,2 y 39°,1. Se inyectan nuevamente 20 c. c. de suero. Lleva inyectados desde el día 3 al 5 por la mañana (unas sesenta horas) 80 c. c. de suero antiestreptocócico.

Día 6.—La fiebre desciende por la mañana á 38°, pero el estado general y local continúa agravado. Aparecen vómitos alimenticios y biliosos. Análisis de orina, que contiene albúmina. Por la tarde 39°,2. Orina disminuida. Deposición normal. Continúan los vómitos y la lengua se hace saburrosa. Delirio.

Día 7.—Por la mañana 39°,1. Por la tarde 39°,5. El estado general el mismo. La erisipela continúa extendiéndose por el plano costal derecho hasta bordear la mano de este lado. Así las cosas, preveíamos un próximo y funesto desenlace, sin encontrar á mano un recurso que pudiera presentarse específicamente contra la infección que complicaba el acto quirúrgico ejecutado; y teniendo en nuestro domicilio algunas muestras, que la casualidad había traído á nuestro poder de vacunas hermes, con mucho miedo y mayor desconfianza de sus resultados, echamos mano de una caja de ampollas de streptovacuna polivalente, cuya fecha de expedición era la del 28 de Febrero de 1921.

Suspensión de las curas de oxicianuro, que se cambian por toques de la herida con tintura de iodo oficial y cura húmeda con agua hervida, é inyección por la tarde de este día de 1 c. c. de vacuna (cada ampolla lleva 2 c. c.) correspondiéndole 5.000.000 de gérmenes.

Día 8.—Temperatura de 39°,2 por la mañana. Se nota algo marchita la placa erisipelatosa. Desaparecen los vómitos. Estado general idéntico. Temperatura por la tarde 39°,3. Inyección 10.000.000.

Día 9.—Mañana 38°,2. Contenida la placa y más marchita. Orina con menos albúmina. Estado general mejor. Por la tarde 39°,3. Sigue mejorando el estado general. Inyección, 25.000.000.

Día 10.—Mañana 37°,7. Alivio notable del estado general y local. La herida buen aspecto. Temperatura vespertina 38°,9. Inyección 50.000.000.

Día 11.—Temperatura de la mañana 37°,3. Sigue la mejoría. Desaparición de la albúmina, así como de la zona erisipelatosa, que se conserva únicamente en los brazos y pecho derecho. Inyección 100.000.000. Temperatura de la tarde 39°,2.

Día 12.—Mañana 36°,5. Tarde 38°,2. Continúa la mejoría.

Día 13.—36°,6 por la mañana. Tarde 36°. Inyección 150.000.000.

Día 14.—36° mañana y 36° tarde.

Día 15.—36° mañana y 36°,1 tarde.

Día 16.—36°,3 mañana y 36°,2 tarde.

Se inicia la alimentación. La erisipela completamente desaparecida. A los tres días siguientes la enferma abandona el lecho.

Sólo queda hoy de la herida operatoria, cicatrizando por segunda intención, una parte como una moneda de 5 pesetas.

En la curva térmica obtenida durante el curso de la enfermedad, se aprecia una disociación de la temperatura y el pulso, sin que se hayan podido recoger datos ni alteraciones que la expliquen, y que, hoy, curada, continúa.

Nos conviene hacer constar también que la vacuna fué inyectada siempre por la tarde, y que la elevación de la curva corresponde á cada veinticuatro horas, seguramente, como manifestación general de la fase negativa.

Otro dato muy digno de tener en cuenta es el de que, buscando las causas que determinaron la complicación, venimos en averiguar, que esta enferma tuvo una erisipela de la cara hace doce años, como también que la mama, mientras estuvo en nuestras manos, se cubrió perfectamente de compresas esterilizadas, después de la cuidadosa preparación de todo el campo operatorio.

Conclusiones: 1.ª Hay que aquilatar en todo interrogatorio y búsqueda de antecedentes, el haber padecido con anterioridad procesos infectivos, capaces de ser tratados, inmunizando previamente á los operados.

2.ª Que la acción de la streptovacuna en el caso que nos ocupa, ha sido totalmente demostrativa, y

3.ª Que es absolutamente cierto que la actividad de ésta se encuentra perfectamente conservada. (*Federación Sanitaria*, 9 de Abril de 1922.)

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Dipsomanía y dipsotimia, por R. Benon.**—La dipsomanía es fácil de diferenciar del alcoholismo crónico. Sin embargo, la parte psicológica del alcoholismo crónico está poco precisada en los espíritus. El estado de alcoholismo crónico traduce la impregnación orgánica con signos objetivos y subjetivos. El móvil del alcoholismo crónico, el más frecuente con mucho, es ocasional al *surmenage*, debido al ejercicio de ciertas profesiones. Otra causa (aquella, cuando existe, representa el móvil activo por excelencia), es la pasión del individuo por las bebidas alcohólicas. Si el indivi-

duo es un resistente, puede incluso no presentar los estigmas de la intoxicación alcohólica crónica. La pasión por las bebidas espirituosas, el gusto pronunciado por los alcoholes, se manifiesta bajo la forma de ideas y de tendencias propias; manda y dirige la actividad general del individuo; es la única capaz de procurarle las sensaciones de voluptuosidad que busca. El autor ha creado la palabra *dipsotimia* para expresar este estado pasional especial, este apetito singular, de observación común, que tan pronto se desenvuelve en pleno día, con escándalo, tan pronto se satisface en el misterio de la bodega, ó de la habitación. El dipsotímico es difícil de distinguir del dipsómano cuando la observación de éste revela accesos frecuentes, mensuales, si no semanales.

La dipsomanía difiere aún de la sed periódica, y no parece ser, como algunos autores han sostenido, una forma de la psicosis periódica. El autor refiere la siguiente demostrativa observación: Hombre de cuarenta y seis años, con dipsomanía desde hace quince años; acceso en Septiembre de 1914 (un acceso por año); comienzo lento, de dos ó tres días; fenómenos paratímicos á base de alegría; apetencia para los alcoholes, primitiva; síntomas de depresión, secundarios y no iniciales; luchas, temores, aislamiento; individuo consciente de lo extraño de su estado. Sed ardiente, imperiosa é invencible. Terminación rápida. Un tío, por la parte materna, afecto probablemente de dipsomanía. El enfermo, una vez terminado el acceso, describe con precisión sus crisis de dipsomanía. El comienzo del acceso es rápido más bien que brusco; el acceso no sobreviene sin causa alguna, como sobreviene un fenómeno periódico, y la depresión (ó astenia) acusada por el paciente parece, desde luego, ser un estado secundario y no primitivo. El enfermo declara que su acceso se produce, sea con motivo de fastidio, sea á consecuencia de un estado de *surmenage*, sea en el transcurso de una fase de inactividad, ó sea aun con motivo de una pequeña fiesta ó de un rejuvenecimiento; estando fastidiado, ó triste, va al café y toma algunos aperitivos; si se encuentra con alegre compañía, se deja arrastrar; en ambos casos tiene tendencia á pervertirse; esto constituye una atracción, es un gran atractivo... Experimenta un apetito por los alcoholes que á él mismo le sorprende; encuentra un placer vivo y singular en consumir aperitivos. El enfermo resume: «Sí; esto es una atracción, un gran atractivo, un placer; pero es también una necesidad terrible.» Él se da cuenta del peligro que corre; juzga su conducta indigna, absurda, insensata; lucha, huye, se aísla. Pero siempre experimenta un malestar invencible, una sed ardiente, con epigastralgia, sequedad de la garganta, opresión, dolor de cabeza, etc. Se acuesta; enervado, se levanta para ir de nuevo á beber. Quedan suprimidos el hambre y el sueño. El enfermo no encuentra un bienestar real más que en la absorción de bebidas fuertemente alcohólicas. En el período de estado, la sed imperiosa continúa invencible; la facies está embrutecida. El hombre sigue la corriente, y á una embriaguez sucede otra. Es el abandono total á la terrible pasión; el individuo no lucha ya; descuidado, rueda de cabarets en cabarets; le llevan á casa en estado de embriaguez, como muerto. Esto puede durar dos ó tres días. Si duerme, es presa de escalofríos, de calambres. Las pituitas, al despertar, son atroces, constituyendo un temor especial para el enfermo.

Después de varios días de embriaguez, fatigado, cansado, se duerme durante diez ó doce horas; el acceso ha terminado. Avergonzado de su conducta, vuelve al trabajo con ardor. Durante algunos días, orina abundantemente (cerca

de tres litros). La observación precedente aparece como un hecho típico de dipsomanía; analizando los elementos constitutivos del acceso, pueden precisarse los puntos siguientes: 1.º La dipsomanía (impulsión intermitente á absorber bebidas alcohólicas) se diferencia desde luego del alcoholismo crónico, síndrome orgánico ante todo. El sujeto que ha llegado á ser un alcohólico crónico tiene ordinariamente el hábito de la bebida, por razón de su oficio, ó por ocasiones profesionales. Más raramente se trata de un bebedor que tiene la pasión de los líquidos espirituosos y que solamente encuentra en ellos las últimas sensaciones voluptuosas. En este último caso, el sujeto, que no siempre ofrece al examen los estigmas del alcoholismo crónico, presenta un estado mental y emocional especial, que constituye lo que el autor ha denominado dipsotimia; esta pasión por los alcoholes, que aparece como un apetito exagerado, es duradera, constante, permanente; por el contrario, la dipsomanía se manifiesta por accesos. En la dipsomanía, el deseo de las bebidas alcohólicas es imperioso, formidable; pero al mismo tiempo el paciente tiene conciencia de que hay algo de absurdo, de insensato, en su impulsión á beber; la absorción de las bebidas alcohólicas le procura una sensación de bienestar, pero no parece que esta sensación iguale á la voluptuosidad confesada y experimentada por el dipsotímico. 2.º La dipsomanía no es la sed periódica. La sed periódica, como el hambre periódica, la náusea periódica y las emociones afflictivas periódicas (enervamiento, ansiedad y pesar periódicos, etc.), presenta un comienzo brusco, sin causa aparente, mientras que la dipsomanía se señala en el origen por un período de invasión que dura dos ó tres días, y por otra parte, parece que el acceso se presenta siempre con motivo de un pequeño hecho moral sensible ó agradable. El sujeto afecto de sed periódica no es atraído por las bebidas alcohólicas más que por los demás líquidos; la necesidad de beber es imperiosa, exige ser satisfecha inmediatamente, sin dilación; pero no importa cuál sea el líquido que apaga la sed de los enfermos; ingieren á veces agua del arroyo, tinta, orina, etc. La sed periódica no se acompaña de embriaguez; termina bruscamente, del mismo modo que comienza. Es de corta duración; las crisis son frecuentes, y no raras, como en la dipsomanía. 3.º El autor no cree que la dipsomanía sea una forma de la psicosis periódica. Los fenómenos depresivos que en ella se experimentan (fenómenos de orden asténico) no son síntomas primitivos, sino secundarios; aparecen cuando la fase de comienzo está ya constituida; es decir, cuando el paciente trata de resistir á su apetencia ya viva para las bebidas alcohólicas. Esta depresión ó astenia es normal, no es de orden patológico; está determinada por el estado emocional doloroso. La dipsomanía, como otras impulsiones, evoluciona bajo la forma de accesos intermitentes; pero éstos, por su naturaleza y sus caracteres, difieren de las psicosis ó mejor de las distenias periódicas. 4.º Consideradas desde el punto de vista psicopatológico, la dipsomanía y la dipsotimia parecen ser manifestaciones distímicas de la sed; la dipsomanía sería una paratimia y la dipsotimia una hipertimia. Se podría designar á la dipsomanía con el nombre de dipsoparatimia y la dipsotimia con el de dipsohipertimia. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 7, 22 de Enero de 1921).—LUENGO.



HIPNOTICO

SEDANTE NERVIOSO

VERONIDIA

Sus dos formas:

SOLUCION O COMPRIMIDOS

Su composición:

0,25 gr. de Veronal asociado á Extractos de plantas sedativas por cucharada de las de sopa de **Solución** ó por **Comprimido**.

Sus indicaciones:

Insomnios.

Neuropatías.-Histeria.

Temblores.-Mareo de mar.

Fenómenos convulsivos.

Sus dos dosis:

Hipnótica: 1 á 2 cucharadas de las de sopa ó 1 á 2 comprimidos por la noche antes de acostarse.

Sedante: 1 cucharada de las de café por la mañana y tarde.

Muestras y Literatura, dirigirse á los **ESTABLECIMIENTOS ALBERT BUISSON**, 157, Rue de Sèvres.—PARÍS

Granulos de Catillon

STROPHANTUS

0,001 EXTRACTO
NORMAL de

0,001 EXTRACTO
NORMAL

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, Paris 1889.

Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazon debilitado, disipan

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES,

Cardiopatías de los NIÑOS y ANCIANOS, etc.

Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia.

**GRANULOS
DE CATILLON**

0,0001

STROPHANTINE

CRISTAL

**TÓNICO DEL CORAZON
POR EXCELENCIA**

NO DIURÉTICO. — TOLERANCIA INDEFINIDA

Muchos Strophantus son inertes, las tinturas son ineficaces; exigir la firma CATILLON,
Premio de la Academia de Medicina de Paris, por "Strophantus y Strophantine".

Medalla de Oro, 1900, Paris, 3, Boul^d Saint-Martin.

Adoptada en los Hospitales de Paris y de la Marina.

POLYO DE PEPTONA CATILLON

Producto SUPERIOR, PURO, INALTERABLE, de gusto agradable.
Alimento de los Enfermos que no pueden digerir.
Reemplaza la carne cruda y el regimen lacteo.

VINO DE PEPTONA CATILLON

Restablece las fuerzas, el apetito, la digestion.
El MEJOR CONFORTATIVO de los DEBILITADOS
niños, ancianos, enfermos del estómago, pecho, anemia, etc.

OBESIDAD, MIXEDEMA, HERPETISMO, PAPERAS, etc.

Tabletas DE Catillon

iodo-THYROÏDINE

0gr.25 cuerpo tiroides
Titulado, Esterilizado, bien tolerado, muy eficaz

— PARIS, 3, Boul^d St-Martin.

ESTREÑIMIENTO TRATAMIENTO FISIOLÓGICO

Extracto total de las Glándulas del Intestino-Extracto Biliar-Agar-Agar-Fermentos lácticos

TAXOL

LABORATOIRE DE BIO-CHIMIE APPLIQUÉE · J LEGRAND Pharmacien · 21, rue Théodore de Banville, PARIS (17^e)

AGENTE: Laboratorio MIRABENT Y C^{ia}, S.C., BARCELONA

REUMA

Artritis, gota, calculos, se curan con la

PIPERAZINA VILLEGAS

Plaza del Angel, 16; Alcalá, 72.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

La ley en farfara.—En honor del Dr. Cospedal.

El miércoles, día 31 de Mayo, fué leído el proyecto de ley de Enfermedades evitables en la Alta Cámara; en el mismo día hicimos, á pesar de las dificultades con que ahora tropiezan los trabajos tipográficos extraordinarios, una tirada especial dedicada á nuestros suscritores, del referido proyecto; pues bien, al día siguiente, viernes, se reunieron en una sesión de la Alta Cámara del Senado los individuos que por ser médicos, farmacéuticos y veterinarios se consideraron interesados en el conocimiento y tramitación del proyecto.

A la citación hecha por el veterano de ellos, Dr. Cortezo, acudieron solícitos los Sres. Conde de Gimeno, Martín Salazar, Pulido, Maestre (D. Tomás), general Alfau, Carracido, Ortega Morejón, Codina y algunos otros, conviniéndose en que, distribuidos los ejemplares del proyecto y estudiado éste durante los tres días de vacación parlamentaria consiguiendo, volverían los senadores á reunirse diariamente hasta dar por estudiado el asunto y convenidos los términos en que había de efectuarse la discusión pública, con objeto de que si el asunto tropezaba con aplazamientos y demoras, no pudieran éstas ser atribuidas á disensiones, divergencias, ni deseos de exhibiciones oratorias por parte de los que tienen el arraigado convencimiento de la necesidad de dotar á nuestro país de un código sanitario y fundamental sobre el cual puedan injertarse y distinguirse las leyes, los reglamentos y las ordenanzas que puedan constituir en breve tiempo un Cuerpo legal suficiente á responder á las necesidades de la salud pública, de las profesiones sanitarias y del decoro y buen nombre de nuestro país.

El martes, miércoles y jueves de esta semana se han venido celebrando, con entusiasmo perseverante, las espontáneas reuniones de nuestros representantes en el Senado, y por su parte, establecido ya el debido acuerdo, no hay dificultad alguna para que el proyecto del Gobierno marche desembarazadamente por el camino parlamentario.

Falta ahora que los elementos extraños (si extraño puede haber alguno en esta vital cuestión) imiten la conducta plausible de los médicos y sanitarios, y sin mermar en lo más mínimo los fueros y derechos de una discusión aclaratoria, no acudan a triquiñuelas embarazosas que en las circunstan-

cias críticas en que las bases de ley se presentan pudieran determinar un efecto definitivamente perjudicial en el éxito de las mismas.

Por de pronto, según nuestras noticias, la Secretaría de la Cámara no ha remitido todavía á la Comisión permanente de Gobernación el proyecto para que ella informe, ó, por lo menos, dicha Comisión no se ha dado cuenta de haberlo recibido, pues no se ha reunido para formular su dictamen.

Entretanto, es de esperar que la prensa profesional y la política, las colectividades y las individualidades médicas y farmacéuticas den muestra pública de la sinceridad de sus deseos en favor de la legislación sanitaria; pues muy fácil es afectar aptitudes escépticas y abstenciones cómodas, para luego decir que nadie hace nada y con términos vagos é indecisos asegurar que es necesario llevar á cabo reformas, que se guardan muy bien de enumerar los vociferadores y que es preciso hacer lo que ellos nunca han hecho ni sepan ellos mismos lo que quieren que sea, agravando de pasada á los que durante toda su vida han dado muestras públicas y constantes de estas tres cosas: 1.^a, de conocer al día los problemas de que se trata; 2.^a, de no haber desperdiciado ocasión ni momento para intentar las reformas reconocidamente útiles, y 3.^a, la de no esperar ni hoy ni mañana provecho alguno de tales reformas ni de cualesquiera otras que se pudieran plantear.

Vamos á ver si por una vez siquiera quieren hablar claro y sin vaguedades esos sibilísticos *licurgos* que tan recónditamente guardan los pensamientos como vaciamente prodigan las flatuosidades, los aspavientos y los mal formulados propósitos.

En el Colegio Médico se celebró la noche del miércoles 7, una velada de homenaje al eminente ginecólogo Dr. D. Antonio María Cospedal, con motivo de haber sido jubilado por edad, dejando el cargo de decano del Cuerpo de la Beneficencia general en el cual, desde hace cerca de cuarenta años, ha venido siendo una de las figuras más sobresalientes por sus dotes técnicas, docentes y sociales.

Lleno estuvo el salón, viéndose allí gran parte del personal de la Beneficencia y del Hospital, que rigió noble y acertadamente durante varios años, después de la muerte del inolvidable Dr. Berruero, su antecesor; y presidieron el acto el Dr. Bourkaib,

presidente de la Sociedad, teniendo á su derecha al protagonista Sr. Cospedal y al Sr. Isla Bolomburu, doctor hace poco jubilado también en su cargo de decano del Cuerpo Médico de la Beneficencia provincial, y á su izquierda al Dr. Recasens, decano de la Facultad de Medicina, y al Dr. Pulido como representante de la Academia de Medicina y del Consejo de Sanidad.

Fueron varios los que leyeron cuartillas y pronunciaron discursos con este motivo. Los hermanos Dres. Sres. López Rodríguez expresaron con intensa, conmovedora y razonada elocuencia, y en buena crónica, la obra interesante que ha realizado el ilustre ginecólogo. Hablaron luego, pronunciando discretas y cálidas improvisaciones, el Dr. Blanc y Fortacin, vicepresidente del Colegio Médico, Isla Bolomburu, Pulido y Recasens y cerró la serie de alabanzas, tan bien expresadas como hondamente sentidas, el Dr. Bourkaib con otro discurso, el cual hubo de terminar leyendo la Real orden con que el ministro de la Gobernación comunicaba que Su Majestad el Rey y el Gobierno habían concedido la Gran Cruz de Beneficencia al hombre que es espejo de excelencias y de méritos.

Antes y después fueron leídas cartas y adhesiones, siendo la más conmovedora la del Dr. Cortezo, ilustre decano un día del mismo Cuerpo que ahora ha dejado por conjuro de edad, más no por impotencias de achaques, el muy simpático y amado Dr. Cospedal.

Las oraciones todas han expresado, de común y natural acuerdo, aquellas dotes cesáreas que han caracterizado y caracterizan la personalidad médica del renombrado cirujano. Modestia, caballerosidad, cultura, capacidad técnica insuperable, espíritu docente, respetos en los tratos sociales y profesionales, desinterés, amor á los pobres, los desamparados..., es decir, aquel conjunto de cualidades que han dado á Cospedal la merecida reputación de ser un hombre modelo: un *vir bonus* en su más perfecta acepción.

La Sociedad Ginecológica acordó fuese ella la que costeara por suscripción las insignias de la Gran Cruz con que ha sido favorecido el Dr. Cospedal.

De todo corazón se asocia EL SIGLO MÉDICO á este homenaje, rendido á un hombre, del cual jamás se ha referido rasgo alguno que hiciera entrever soberbia, vanidad, desconsideración ni motivo alguno de molestias ni irrespetuosidades contra nadie, carácter no abundante, en verdad, ahora.

DECIO CARLAN

Asamblea de médicos del Registro civil de España ⁽¹⁾

El día 30 de Mayo se efectuó en el Ministerio de Gracia y Justicia, el acto de entregar al Sr. Ordóñez las conclusiones votadas por la Asamblea de médicos del Registro civil.

Formaban la Comisión el Excmo. Sr. Dr. D. José Francos Rodríguez, el Dr. D. Eduardo Masip Budesca y los Sres. San Pedro Anchochury, Bobo-Díez, Cuenca, Torres, Lagarda y Cortezo (F. Javier).

El señor ministro recibió á los comisionados con su amabilidad acostumbrada y mostrando marcado interés en que se vean realizadas cuantas aspiraciones han determinado los trabajos de la celebrada Asamblea.

El Sr. Francos Rodríguez entregó al ministro las conclusiones acordadas, haciéndole una razonada recomendación del valor de cuantos puntos se especifican en ellas y la necesidad de resolver en plazo inmediato varias de ellas.

El Sr. Ordóñez contestó haciendo nuevamente ver lo interesado que está en realizar cuanto le sea posible en sentido del indudable beneficio al país que estas reformas suponen.

Los fotografías de la Prensa impresionaron varias placas del acto, que terminó con el agradecido saludo de los comisionados al señor ministro.

He aquí las conclusiones entregadas para estudio al Sr. Ordóñez:

- 1.^a El servicio de médicos del Registro civil se hará extensivo á toda España.
- 2.^a La entrada en el Cuerpo de Médicos será por oposición.
- 3.^a La comprobación de los recién nacidos se verificará por los médicos mencionados.
- 4.^a Las poblaciones de más de 100.000 almas se regirán por el Arancel establecido para Madrid y Barcelona.
- 5.^a El plazo de reconocimiento de cadáveres será ampliado hasta las veinticuatro horas de haber ocurrido el óbito.
- 6.^a Los médicos del Registro civil deben ser autorizados para intervenir, sin pérdida de momento, en los casos de muerte de señora en estado de gestación con viabilidad del feto.
- 7.^a Que se considere á dichos funcionarios como autoridades judiciales y tengan representación en los actos oficiales, con derecho á ostentar alguna insignia ó distintivo en el ejercicio del cargo.
- 8.^a Que la Real orden de 12 de Abril de 1921 se haga extensiva á todas las poblaciones donde exista este servicio.
- 9.^a Que las actuales disposiciones que rigen en el Cuerpo se transformen en leyes aprobadas por las Cámaras.
10. Caso de hacerse obligatorio el reconocimiento de cónyuges se limitará éste por el momento al varón y el dictamen será secreto, excepto para la contrayente

(1) Véase el número anterior.

su representante legal, siempre que lo solicite al señor juez municipal.

11. Cuando un lesionado grave fuere asistido por el médico forense, éste lo comunicará al juez municipal correspondiente para conocimiento del médico del Registro civil en caso de que el lesionado falleciere.

12. Se formará el escalafón único del Cuerpo con arreglo á las bases propuestas por la Asamblea.

13. Se declara obligatoria en todos los reconocimientos, la verificación de la reacción de Lecha-Marzo.

14. Los inspectores de Sanidad no podrán ordenar los enterramientos prematuros durante las épocas de epidemia ó enfermedades infecto-contagiosas, mientras no esté comprobada la muerte por el médico del Registro civil.

15. Cuando un médico propietario solicite excedencia su cargo será ocupado interinamente por un suplente, el cual cesará en el desempeño de la plaza al terminar la excedencia concedida al médico propietario.

16. Las excedencias se limitarán á un año prorrogable por otro.

17. Las permutas se regirán con arreglo á lo dispuesto sobre este asunto en los demás Cuerpos del Estado.

Bases para el escalafón general.

1.^a El escalafón estará integrado por todos los médicos propietarios que hay en España, empezando en orden de antigüedad por los de Madrid, á los que seguirán los de Barcelona, detrás de los cuales se irán colocando los funcionarios que figuran en las restantes poblaciones, las que se escalafonarán con arreglo al número de habitantes de cada una y siempre de mayor á menor; inmediatamente después del último médico propietario, figurará el primero de los suplentes seguido de sus restantes compañeros y colocados en el escalafón con arreglo al mismo orden expresado para el de los propietarios.

2.^a Antes de celebrarse las oposiciones de ingreso en el Cuerpo, caso de que así lo acuerde la Superioridad, las plazas de nueva creación se concursarán primero entre los actuales médicos propietarios y después entre los suplentes.

3.^a Los médicos suplentes que no optasen á las plazas de nueva creación quedarán inscriptos en las poblaciones donde actualmente prestan sus servicios, en cuyos puestos permanecerán hasta ocupar las vacantes que vayan ocurriendo de médicos propietarios en dichas poblaciones.

4.^a Cuando los actuales suplentes hayan ascendido á propietarios, las vacantes sucesivas se cubrirán por concurso entre médicos propietarios de todas las poblaciones, y sus resultas por los médicos suplentes ingresados en virtud de oposición.

5.^a Una vez aprobado el ingreso en el Cuerpo mediante oposición no podrá acordarse ningún nombramiento de médico suplente sin cumplir el requisito de la oposición.

El miércoles 31 se reunieron en Tournié los representantes de provincias que formaban la Comisión y

obsequiaron con un almuerzo al Sr. Francos Rodríguez como muestra de afectuosa despedida.

Transcurrió el almuerzo en un ambiente de franca cordialidad, y á su final el Sr. Francos hubo de repetir á los presentes lo satisfecho que se encuentra por la labor realizada con la Asamblea y la seguridad de que habrán pronto de verse logradas las mejoras estimadas necesarias, despidiéndose de todos con frases de alentador optimismo y sincero y firme interés.

Con este acto podemos suponer terminada la labor de la Asamblea, y como final de la crónica señalaremos el evidente y justo triunfo que supone su brillante realización para los organizadores, en especial para el doctor Masip Budesca, que con noble afán y voluntad recia y consciente ha encauzado tantas actividades y ha logrado el admirable cuerpo de doctrina y organización que representa el acta de la Asamblea.

Los médicos del Registro civil han acordado el nombramiento del Dr. Masip como su presidente en toda España y testimoniar su agradecimiento firmando un pergamino en que conste artísticamente tal acuerdo; justo es el galardón y bien habla del noble sentir del Cuerpo de médicos del Registro civil el unánime reconocimiento del mérito y esfuerzo de su presidente.

Nuestra enhorabuena á todos.

F. J. C.

DON DIEGO LASTRAS

POR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

Para los lectores de mis Cartas Vienesas el nombre de D. Diego Lastras era familiar. Para cuantos españoles han visitado la hermosa ciudad del Danubio, fué D. Diego Lastras más que un amigo y un consejero, fué una verdadera providencia, y como entre estos viajeros que acudían á Viena en los años de su máximo esplendor los médicos formaban el grupo más numeroso, estamos seguros de que, al leer el nombre que encabeza estas líneas, más de un colega habrá experimentado una grata emoción.

D. Diego Lastras no era médico, pero por las razones dichas, me parece que en una revista médica encajan algunos de sus datos biográficos con mayor razón que los dedicados á ciertos magnates de la Medicina quienes sólo han aprovechado su título para llenarse de oro los cajones de la mesa del despacho, ignorando á sus compañeros, menospreciando su carrera y su país.

Era D. Diego salmantino y desde un pueblecito remoto entró en una comunidad religiosa donde pasó algunos años. Muy joven aún le enviaron á Palestina, y en el Asia Menor permaneció un par de lustros edificando á todos con su devoción y asombrándolos con su talento, porque en él se despertó un don de lenguas maravilloso, hablaba corrientemente el árabe, el turco, el ruso, los distintos idiomas eslavos del Oriente de Europa y los dialectos corrientes en los Santos Lugares.

Trasladado á Viena, sus ocupaciones como traductor le obligaron á abandonar la vida monacal y fué durante el tiempo que allí vivió, el brazo derecho de todos los representantes de España en Austria. Además del brazo derecho fué también, en más de una ocasión, su cerebro. Porque D. Diego era todo un carácter y en todo un corazón que sentía el patriotismo, esa cosa rara de la cual no se habla en España por miedo al ridículo, pero que late en muchos pechos y guía á muchos españoles alejados de su tierra.

Para que haya de todo en este mundo y no se pueda hacer afirmación rotunda sobre nada, D. Diego que pasó los mejores años de su existencia en lucha homérica con la necesidad, trabajando para vivir una vida muy modesta, muy humilde, debió su fortuna... Á su HONRADEZ!!! y en los últimos años, D. Diego Monseñor Lastra era en Viena un gran personaje, era escuchado con respeto por todas las autoridades, y al prestigio de las cosas que fueron, añadió el ganado por su solo esfuerzo aportando grandes cantidades para aliviar las miserias de los pobres niños vieneses.

D. Diego había visto mucho, había tratado á muchísimas gentes y había acumulado una experiencia de mundo y de sociedad que hubiera podido sernos muy útil si en España se aprovecharan los valores positivos. D. Diego era una esperanza, y muy joven aún, un padecimiento agudo le ha arrancado al cariño de cuantos alguna vez le encontraron en su camino.

Pobre D. Diego, con él se va uno de los encantos de Viena, que conocía mejor que nadie. Con él desaparece un hombre bueno que sirvió á todo español en país extraño. Descanse en paz.

HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
<i>Suma anterior.</i>	6.977,00
Alcaldía constitucional de Béjar.....	50,00
Dr. D. Antonio Marco, de Soria.....	5,00
TOTAL	7.032,00

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

El Jardín Cajal.

El Ayuntamiento de Méjico acaba de rendir justo homenaje á Ramón y Cajal.

Un fragante y alegre jardincito, en el paseo de la Reforma, frente á la estatua de Guanhtemoc, se llamará desde hoy Jardín Santiago Ramón y Cajal.

La ceremonia fué solemne, y en ella se exteriorizó la gran estimación en que es tenido en Méjico el genio del sabio español.

El presidente del Municipio pronunció un sentido discurso en el que enalteció los méritos de Cajal. El

Dr. Perrín habló después, y dijo, entre otras cosas bellas:

«El Cabildo metropolitano, en un gentil ademán gallardo, concede hoy á este pedazo de tierra, enjorado por los fastuosos esmaltes de las flores de Mayo, el bello nombre de Jardín Cajal. Nada más grato á los benditos ojos del sabio anciano—ojos sagrados que aún buscan la verdad, y por los que España se asoma al mundo con triunfal arrogancia—que ver su gloria circundada por esos pequeños seres que llamamos las flores, los pájaros, los niños... Perfumes, cantos y gorjeos. ¡Qué más fragante mirra para este altar!»

«Sobre este pedazo de tierra, dos veces bendito por ser mejicano y por llevar el nombre de Cajal, ha de alzarse algún día—nuestro patriotismo sabrá probarlo—la amada efigie del sabio español; y así á uno y otro lado de la brava figura de Guanhtemoc, se alzarán las apacibles de dos genios de la ciencia, de dos esclarecidos ciudadanos de la Humanidad.

Por largos años, cuando vuestros residentes regresen de sus cotidianas altísimas labores al simbólico Alcázar de Chapultepec, se alzarán frente á ellos, como un símbolo, estas tres gigantes representaciones: el respeto a la tradición indígena, reciamente vinculado en el bronce del indomable Emperador azteca: la gratitud y la admiración para la noble Francia, pródiga fuente de cultura, dignamente compendiada en la figura augusta de Pasteur, y el amor al pasado español, si no como obra de conquista, como obra de civilización y de progreso, luminosamente evocado por la figura excelsa de Cajal.»

Aplausos atronadores cerraron la última frase de D. Tomás Perrín, y acto continuo quedó al descubierto la lápida que ostenta el nombre de nuestro glorioso don Santiago.

WENCESLAO BLASCO

Méjico, Mayo 1922.

(A B C, 2 Junio.)

Señor director de EL SIGLO MÉDICO.

Madrid.

Tengo el honor de comunicar á usted que con esta fecha le envío por giro postal la cantidad de 50 pesetas con que este Ayuntamiento ha acordado contribuir para el homenaje al sabio Dr. D. Santiago Ramón y Cajal, lamentando no haber podido votar una cantidad mayor para tan humanitario y patriótico fin, en vista de la precaria situación porque desgraciadamente atraviesa la Hacienda de este Municipio.

Dios guarde á usted muchos años. — Béjar, 25 de Mayo de 1922,

CLEMENTE GONZÁLEZ

El Dr. D. Pascual G. Ferreiro nos remite con una amable carta el oficio de la Alcaldía de Corella (Navarra) en que se participa á dicho señor haber, accediendo á su solicitud, acordado sustituir el nombre á la

calle Verde por el de D. Santiago Ramón y Cajal. Al mismo tiempo le notifican haber sido encargada ya la lápida en que ha de constar dicho nombre. El Dr. Pascual G. Ferreiro desea costear la ejecución de dicha lápida.

Enviamos nuestra felicitación al Ayuntamiento de Corella por acuerdo que tanto honra á su cultura y felicitamos al Dr. Ferreiro por el buen éxito obtenido en su propuesta.

MARRUECOS LA PERVERSA⁽¹⁾

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Existen verdades violentas, crujidoras, que no cuesta trabajo hacerlas desprenderse de los labios y volar. Se sabe de antemano que las gentes han de alzar la cabeza para verlas pasar y que muchas manos han de juntarse en aplausos ofrendados al lanzador. Hay otras, en cambio, humildes, modestas, silenciosas, que obligan á dudar antes de soltarlas á merced de los vientos, pues se corre el riesgo de que no sean tomadas como tales verdades.

Es el caso de la idea eje, núcleo de estas cuartillas. ¿Cómo decidirse á clarinear que la guerra de Marruecos, nuestra guerra, esa sangría de oro, mocedades y energías, que está acabando con la Nación, es la más bella pelea bélica que conocieron los humanos?

Una guerra con desastres como el Barranco del Lobo y Annual; una campaña cuajada de rubíes rojos de heroísmos individuales, pero falta de aquel firme y seguro enhebramiento de victorias que corresponde á los países civilizados, cuando disputan con otro inculto, decadente, no parece que pueda considerarse estética, y mucho menos superior, en este sentido, á los admirables cuadros épicos, bruñidos por la leyenda, que trazaron soldados españoles en Numancia, en Bailén, en Rocroy, al pie de los muros bermejos de Granada y en tantos y tantos lugares ungidos con la sangre generosa del pueblo, que más honda y arbitrariamente supo sentir la poesía de las batallas.

Sin embargo, la VERDAD, la definitiva VERDAD, dicha ha sido ya. No figura en los archivos empolvados de la Historia, guerra alguna que sea tan bella como ésta de Marruecos.

Quien lo presente escribe, saboreó este encanto, lo rumió, y, después de madurar mucho el concepto, de buscar y hallar la expresión sintética, la expuso á sus buencs amigos, el sargento Ferroni, aviador italiano durante la guerra de Albania, Austroitaliana y de Fiume, y al rechoncho y aburguesado Otto, el sonriente; y ellos, que son profesionales internacionales de toda milicia enardecida, me han declarado que esta empresa bélica, sin resonancia allá en la patria, sin mimos de la Intendencia ni grandes concepciones estratégicas

del Estado Mayor, les gusta mucho más que la otra, aquélla donde tomaron parte la casi totalidad de los países.

El año siete, en Casablanca, mientras el cabo Hamu tiraba, escondido entre unas ruinas, sobre un rebelde de la Chauia, emboscado entre otras ruinas, recibí por vez primera la luz de tan interesante verdad. El tiempo, nuevas estancias en Marruecos y lecturas heterogéneas, han realizado luego el, ya mucho menor, prodigio de que la idea eche raíces en mi espíritu, y así, mis últimos meses de Africa me han hecho efecto de mosto, manteniéndome en constante y peligrosa emoción lírica.

La guerra de Marruecos sabe á fruta ácida, á queso fermentado, á labios mal pintados, á aliento de ramera, á perversión y decadencia. Es sensual, no con la sensualidad brutal de las mozas garridas de aldea, en quienes un novio lejano encendió las hogueras del instinto. Su sensualidad tiene color amortiguado de lirio, como ojerías de desposada no desilusionada aún. No es el sabor amargo y medicinal de la cerveza caliente que se toma en las cantinas; no el exotismo pegajoso del whisky ni la rudeza anestesiadora del Chinchón ó el Cazalla tragelados entre el estruendo de la diana; no sabe á pueblo, como el peleón; sabe á un licor muy extraño, en que hubiera lágrimas de madre y sangre de los brazos de la Deseada. Sensación triste, melancólica; pero atractiva, como el último é imposible amor de una hetaira pobre. ¿Por qué resulta tan delicada, tan enfermiza el alma de la guerra de Marruecos? ¿Por qué huele tanto á mujer? ¿Por qué tiene un poco de paladar á pescado pasado, y otro poco á salsa de hotel francés, y otro poco á la caricia turbadora de una cabellera mal teñida de rubio? ¿Por qué recuerda al «cabaret» este luchar en paisajes de desolación, sin agua, ni árboles, ni casas, ni habitantes? ¿Dónde puede residir la causa de tal falta de ambiente ascético, en un combatir que tan dentro de sus entrañas lleva un residuo, un sedimento de odios religiosos ancestrales?

Varios son los motivos, y bien estará hacerlos desfilar, ya que tan tremenda incompreensión se cierne sobre este desdichado y entenebrecido problema de Marruecos.

Destaca en las avanzadas la carencia del apoyo moral de un espíritu belicoso en los compatriotas civiles. En la guerra europea, desde las trincheras se percibía claramente el latido del corazón de la patria entusiasmada.

Aquí, no; aquí, en estos campos pelados, secos é inhospitalarios, se pelea en plena orfandad sentimental. El pueblo no siente la guerra; la tolera á regañadientes, y en voz baja la maldice. El militar no tiene atmósfera de héroe, sino de víctima.

A los soldados no se les envidia; se les llama ¡pobrecitos!

Con lo cual, el jugarse la vida pierde todo su carácter de espectáculo tentador, cobrando inesperado aspecto de misticismo militar; se depura y ennoblece.

Exponerse á las balas; soportar el hambre y el sueño; sentir estremecida la piel por los escalofríos de la

(1) Crónica que ha obtenido el premio, en el concurso abierto por el diario *La Libertad*, de Madrid, para premiar la mejor crónica de la guerra.

fiebre cuando allá, en la tierra donde se nació, las multitudes vibran de entusiasmo, no tiene mérito alguno. Nada emborracha tanto como saberse encarnando un ideal popular.

En Marruecos es otro el cantar: ó se pelea por cumplir un deber legal de mocedad, ó se saborea la seducción tóxica de comerciar líricamente con la propia existencia. ¡Luego ese sol!

En Francia se hablaba del cieno, del agua, del frío, de la nieve, del estruendo de los cañones, del zumbido de los aeroplanos; pero no se hablaba del sol. De esta luz cegadora, que taja las sombras, que congestiona, que convierte cada gota de sudor en un alfiler; de esta luz que siembra de extrañas rebeldías arteriales el cerebro y afloja las articulaciones; que posee la maga virtud de despertar las más imprevistas evocaciones; que tiñe de violeta las laderas de Gorgues. Sol aislador de la personalidad, que envuelve como un manto de fuego, y hace desfilas, por el fondo de los ojos entornados, estrellas de oro refulgentes, chispas de fragua, miradas de hembra morena, enloquecida por los celos.

Y en estas condiciones ha de disputarse el terreno á un enemigo siempre inferior en número; pero ágil, artero, sobrio, tenaz, que hace de la defensa un deporte.

¡Burdo y fácil entusiasmo el de Wellington al ver avanzar á los coraceros de Napoleón! Pobre y vulgar emoción, incomparable á ésta de apenas divisar al enemigo, de no encontrarle jamás propicio al cuerpo á cuerpo, de esperar la muerte y no saber de dónde ha de venir.

Es el azar, con todas sus seducciones, con todas sus injusticias y todas sus burlas; nunca más exacto lo de «jugarse la vida».

¿Vas percibiendo, lector, de dónde procede el encanto brujo de perversión y de decadencia de los combates de Marruecos?

Embriaga el sol, desalienta la falta de ambiente popular y siembra los instantes de inquietud la aparente irrealidad del enemigo. La lucha es en estas tierras poco estruendosa y, sobre todo, nada clásica. Así, con tal mezcla de estímulos contrapuestos, se experimenta una sensación agri dulce. Agria como lágrimas de mujer que encuentra su primera cana; dulce como el beso de una hija. Todo ello, exquisito cual la piel de algunos hombres femeninos de adolescente, suena como sonaría un curso de Religión explicado por la «Maja desnuda», de Goya.

Finalmente, los Regulares hacen todavía más penetrante esta sensación alambicada; pelean por el placer de pelear, sin sentir dolor alguno de su cainismo. Con la Policía van muchos que tan pronto están con nosotros como contra nosotros. Hamido el Sucam, el guerrillero recién muerto, había sido sargento nuestro.

Es, sin duda, esta falta de atmósfera de nacionalidad exaltada, la que hace tan exquisita la guerra. No se siente la virtud de la guerra, sino el vicio de la guerra. Se entra en fuego con la conciencia colectiva dormida. Acaso por ello, no siempre resultan las acciones tan perfectas como debieran.

Ya dijo Goethe: «Para que al hombre le salgan bien

las cosas, necesita quien le excite y se interese por él».

Guerra ingrata, sin aureolas ni palios, sin poetas ni marchas triunfales, ni muchedumbres vitoareadoras; guerra sin ciencia, sin torneos pecho á pecho, sin botín y sin ciudades conquistadas donde arrastrar el sable sobre aceras solitarias; y, sin embargo, ¡qué atractiva, qué perseverantemente atractiva! Manjar fuerte y quintaesenciado, como licor oriental hallado entre ruinas seculares, envuelto en telas nupciales.

Por eso, los Cuerpos de choque, Legionarios y Regulares, cuentan con tantos voluntarios. Es el contagio, en las lindes de lo morboso, de la pipa de opio, del ajeno y de las caricias sádicas.

En el fondo, en el arcón del ara, voluptuosidad acre, tóxica y onírica, que sólo el pueblo español podría gustar. Cualquier otro tipo de guerrear no sería ya España.

Guerra de azar y emboscadas, arte, más que ciencia; pero poblado de poesía; diamantes en la arena de una marisma; guerra como para una raza toda imaginación, que lleva sobre los hombros el fardo de sus culpas, cual si llevara un trofeo.

Tercer Congreso Internacional de Historia de la Medicina

LONDRES 15 Á 22 DE JULIO DE 1922

Presidente honorario, Sir Norman Moore, Bart., M. D.

Vicepresidentes honorarios, Sir D'Arcy Power, K. B. E., F. R. C. S., profesor Ménétrier, profesor Jeanselme, doctor Tricot-Royer.

Presidente del Congreso, Charles Sinser., M. D.

Tesorero, W. G. Spencer, O. B. E., M. S.

Secretario general, J. D. Rolleston, M. D.

La Sociedad Internacional de Historia de la Medicina, se fundó en París el 8 de Octubre de 1921. El objeto que persigue, es el estudio de la Historia de la Medicina en todas sus ramas y la coordinación de los trabajos sobre estos asuntos.

En París ha sido establecido un Comité permanente, constituido por delegados nombrados por las Secciones de la Sociedad en diversos países.

La Sociedad se reunirá en Congreso cada tres años, y ha sido decidido que el próximo Congreso tenga lugar en Londres, desde el día 17 al 22 de Julio de 1922. Las sesiones se celebrarán en la Royal Society of Medicine, el Royal College of Physicians, el Royal College of Surgeons, el Wellcome Historical Medical Museum, y en otros. Habrá exposiciones especiales de objetos relacionados con la Historia de la Medicina, Cirugía y ciencias afines. El Comité Ejecutivo apreciará grandemente toda colaboración.

Los miembros están invitados á hacer comunicaciones sobre toda clase de asuntos relativos á la Historia de la Medicina en todas sus ramas.

Los temas siguientes han sido propuestos para su comunicación y discusión, pero esto no significa la exclusión de trabajo sobre cualquier tema de interés general, en relación con la Historia de la Medicina.

1.º Principales focos de las enfermedades epidémicas y endémicas en Occidente y en Oriente, durante la Edad Media, incluyendo la Peste, el Ergotismo gangrenoso, la Lepra y el Paludismo.

2.º Historia de la Anatomía.

3.º Renacimiento de los conocimientos médicos durante el siglo XVI.

Las comunicaciones deberán dirigirse al secretario general: Dr. J. D. Rolleston, 21, Alexandra Mansions, King's Road, London, S. W. 3.

Las cuotas de suscripción son las siguientes:

Para los miembros de la Sociedad Internacional de la Historia de la Medicina (incluida la cuota anual): 40 francos franceses.

Para los miembros del Congreso de Londres solamente: 50 francos franceses.

Para los asociados (estudiantes ó familia de los miembros congresistas): 10 francos franceses.

Las cuotas, por giro postal, ó cheque Lloyd's Bank, deberán enviarse al tesorero: W. G. Spencer, Esq., O. B. E., F. R. C. S., 2, Portland Place, London, W. 1.

Academias y Sociedades.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del día 4 de Abril de 1922, bajo la presidencia del Excmo. Sr. Dr. D. Angel Fernández Caro.

Léida el acta por el secretario Sr. Mañueco, fué aprobada.

El señor presidente en sentidas frases dió cuenta del fallecimiento de nuestro querido consocio D. Luis Fatás, que víctima de su deber adquirió el tifus exantemático.

El Dr. Velasco Pajares dice que vive alejado de la Sociedad de Higiene en contra de su voluntad, y que en nombre de sus compañeros los inspectores de salubridad viene á expresar el sentimiento y la pena causada por esta desgracia que ha tenido la tristeza de presenciar. Ha muerto gloriosamente en el ejercicio de su profesión, contagiado al reconocer los enfermos pobres de la calle de Francia, por impedir la difusión de la enfermedad. Deja á su viuda con cinco hijas.

El Dr. Franco levanta su voz como amigo que era de Fatás. Ha muerto en la lucha con ese enemigo invisible que se llama el microbio, en esas casuchas donde no había elementos de defensa. Nació en Sarriena, estudió su carrera con escasos recursos, médico de la Armada primero y luego de la Beneficencia municipal llegó al cargo de inspector concejal, diputado después, y por último, senador del Reino; jamás fué para él la política motivo de lucro, sino motivo de trabajo en pro de la Higiene y de la Medicina.

El Dr. Espina recuerda que Fatás trabajó en su clínica del Hospital no como alumno, él nunca ha tenido alumnos sino amigos que con él colaboraban. Los médicos que se han dedicado á la política han sido calificados de locos, vanos ó ambiciosos. La Sociedad de Higiene debe acudir al Ayuntamiento pidiendo una recompensa para la viuda y las hijas y al ministro de la Gobernación la Gran Cruz de Beneficencia *post mortem*.

El Dr. Decref habla en nombre de la prensa profesional y la política. Acusa á las autoridades por negligencia en no proporcionar á los médicos todo lo necesario cuando se les obliga á prestar estos servicios peligrosos.

El Dr. Fatás pidió en esta Sociedad la Cruz de Beneficencia para un alcalde y él lo combatió. Un médico había dicho al alcalde que si no quemaba el asilo de Tovar habría una epidemia; el asilo no se quemó y la epidemia se produjo. En tonos enérgicos defiende la necesidad de que se exija una recompensa para la familia, y dice que siente una gran indignación por la injusticia con que se trata á los médicos.

La Sociedad acuerda elevar estas peticiones á la Superioridad.

Después de esto continúa la discusión de las conclusiones presentadas por el Sr. Nicolau sobre el saneamiento de las aguas de Madrid, poniéndose á discusión la 4.ª. Interviene el Dr. Yagüe (D. José) y dice que debía figurar algo sobre filtros, si no para el presente para el porvenir, y que debía añadirse un lago de aguas limpias de fondo granítico ó silíceo.

El Dr. Franco dice que debe hacerse una cloración de las aguas y desea saber por qué procedimiento.

Hablan además los Dres. Espina, Decref, Bascuñana y Olea, después de una explicación del Sr. Nicolau insistiendo en los argumentos expuestos al discutirse la totalidad, afirmando que los embalses deben hacerse lo más perfectos posible y que afortunadamente para el Lozoya poseen embalses ideales que la naturaleza ha deparado.

Respecto á cómo debe hacerse la cloración, opina que hace falta ensayos previos concienzudos con una técnica de experimentación: 1.º, con hipoclorito de cal; 2.º, con cloro líquido de más resultado en los Estados Unidos y en Europa, y 3.º, el procedimiento alemán del hipoclorito de sosa y la electrolisis. Unos opinan que después de la sedimentación y de la filtración debe hacerse la cloración. Lo general es inyectarlo antes de la sedimentación ó 30 millas antes de llegar al consumidor para que pierda todo sabor que algunos muy delicados alcanzan á percibir.

La conclusión quedó aprobada tal como estaba redactada; dice así: «Para la purificación de las aguas de ríos destinadas al abastecimiento de Madrid se considera aceptable y digno de recomendación el plan que para las del Lozoya se halla en vías de realización, y que fundamentalmente consiste: en la supresión de las turbias; en las medidas de todo orden que reduzcan cuanto sea posible la contaminación de las corrientes alimentadoras; en la constitución de un gran lago artificial de aguas, destinado á su auto-depuración, en que sólo se admitan las más claras y puras; en la aireación; y, finalmente, en el tratamiento por el cloro mediante los ensayos que comprueben que su eficacia esterilizante no es incompatible con su buen sabor.»

Puesta á discusión la 5.ª conclusión, el Sr. Olea habla de la necesidad de preservar las aguas de la contaminación.

El Sr. Nicolau dice que si las aguas de la cuenca no se pudieran en absoluto contaminar, no harían falta los medios de depuración de que se ha hablado. Las autoridades sanitarias que denuncian las faltas deberían castigarlas y á ser posible evitarlas.

El Dr. Mariscal ha visto el pantano del Norte de Palencia en el que han de desaparecer ocho ó diez pueblos, y en la cuenca del Lozoya deberían desaparecer todos y establecer una guardería á una y otra orilla.

El Sr. Nicolau cree como Mariscal que esto sería una gran medida, pero exige un desembolso imposible. Ha sido preciso apelar á una obra más modesta que la expropiación.

Quedó aprobada la 5.ª conclusión que dice: «Conviene que las autoridades gubernativas y sanitarias, de conformidad con los cometidos que les asignan las disposiciones vigentes, contribuyan por su parte á la protección de las aguas superficiales de las cuencas alimentadoras aplicando las sanciones previstas á las transgresiones reglamentarias que se les denuncien, impidiendo además, en cuanto de ellas depende directamente, toda causa de contaminación, investigando y descubriendo los casos de invasión de enfermedades susceptibles de propagación mediante el agua entre la población que habita aquellas cuencas, suprimiendo la formación de focos y procediendo rápidamente á su extinción si no se consiguiera impedirlos con la aplicación oportuna, severa y perseverante de las medidas aconsejadas para tales casos por la policía y técnica sanitarias».

Habiendo pasado las horas de reglamento, se levantó la sesión.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Resultando que con fecha 11 de Abril de 1921 se convocaron oposiciones para el ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, para la provisión de cinco plazas vacantes de oficiales segundos de Administración civil, dotadas con el haber anual de 1.000 pesetas, y de aquellas otras que se declarasen afectas á las mismas hasta el día en que terminasen los ejercicios:

Resultando que durante dicho período han sido declaradas afectas á las mismas otras nueve plazas de igual categoría y clase:

Resultando que en los citados ejercicios fueron aprobados y propuestos para el ingreso en el expresado Cuerpo los aspirantes D. Federico Beato González, D. Antonio Bencomo Maciá, D. Isidoro Barrientos García, D. Donato Fuejo García y D. Donato Albela Ande, según el acta y propuesta remitidas por el Tribunal que ha juzgado dichas oposiciones:

Resultando que remitido el expediente de las mismas al Real Consejo de Sanidad para que informara sobre la tramitación de aquél, dicha Corporación, en sesión celebrada el día 9 del actual, lo ha dictaminado en el sentido de que procede aprobar el expediente de referencia por haberse observado todos los requisitos prevenidos,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propuesto por esa Dirección general, ha tenido por conveniente aprobar las oposiciones de que se trata y disponer que sean declarados individuos del Cuerpo de Sanidad exterior con categoría de oficiales segundos de Administración civil, los aspirantes aprobados D. Federico Beato González, D. Antonio Bencomo Maciá, D. Isidoro Barrientos García, D. Donato Fuejo García y D. Donato Albela Ande.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 27 de Mayo de 1922.—*Piniés*.—Señor director general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Asociado nuestro país al acuerdo internacional de prestar asistencia médica gratuita á los tripulantes de todas las nacionalidades afectos de formas ambulatorias de enfermedades venéreasifílicas, y correspondiendo á las autoridades sanitarias de los puertos, según determina el Reglamento vigente de Sanidad exterior y disposiciones que lo complementan, todo lo que afecta á la higiene, salubridad y régimen sanitario en la zona marítimoterrestre adscrita á su jurisdicción,

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

1.º En todas las Estaciones Sanitarias de puertos se habilitará un local para la asistencia médica gratuita de los tripulantes cualquiera que sea su nacionalidad, afectos de formas ambulatorias de enfermedades venéreasifílicas.

2.º La asistencia que en estos locales se preste estará á cargo del personal médico asignado á la Estación Sanitaria.

3.º En los laboratorios químicobacteriológicos afectos al servicio de Sanidad exterior se practicarán los análisis clínicos que sean precisos para la seguridad de los diagnósticos y la orientación de los tratamientos. Las Estaciones Sanitarias que carezcan de elementos de análisis acudirán á los labora-

torios municipales ó provinciales, los que gratuitamente atenderán estos servicios.

4.º Los médicos encargados del servicio llevarán en cada Estación Sanitaria un registro especial de asistencias y análisis clínicos, debiendo figurar en la Memoria destinada al «Anuario de la Dirección general de Sanidad» una estadística resumen de los trabajos realizados durante el año.

5.º Solamente tendrá el carácter de gratuita la asistencia prestada en los locales que en cada Estación Sanitaria se destinen á este servicio.

6.º Por este ministerio, y con cargo á los créditos que aplicables á este objeto consignen los presupuestos del Estado, se dotará á las Estaciones Sanitarias de puertos del instrumental de laboratorio, material de curas y medicamentos que se consideren precisos, en relación con la importancia del tráfico en cada puerto.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 27 de Mayo de 1922.—*Piniés*.—Señor director general de Sanidad. (Gaceta del 28 de Mayo.)

Habiéndose formulado quejas varias sobre la forma de organizar las Brigadas sanitarias provinciales y siendo de gran interés para el servicio de la Sanidad pública que, ya sea por incapacidad de los unos ó por incompreensión de los otros, no se malogre el pensamiento de crear un organismo sanitario colectivo provincial, que moviéndose rápidamente pueda acudir con toda clase de medios á sofocar cualquier foco de enfermedades epidémicas que se presenten en los distintos pueblos de la provincia, se hace preciso dictar reglas de carácter general, á las cuales han de sujetarse la constitución y régimen de dichas Brigadas. Y, en su consecuencia, de conformidad con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad,

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

1.º Ajustándose estrictamente á los límites de sus respectivos presupuestos, las plantillas del personal deberán reducirse al minimum, ó sea, á lo absolutamente preciso; dedicando la mayor parte de los fondos á la adquisición de material de desinfección, de transporte, de aislamiento de enfermos, de repuesto de vacunas, sueros y demás medios profilácticos y curativos.

En la elección y nombramiento de dicho personal se tendrá principalmente en cuenta su mayor competencia sanitaria en los asuntos en que han de entender las Brigadas.

2.º Para simplificar en cuanto sea posible los gastos, se utilizarán preferentemente los laboratorios existentes en la capital de las provincias donde los haya: á los cuales se les encargarán los trabajos de diagnóstico y demás funciones auxiliares que exija la Brigada, evitándose de este modo la duplicidad de dispendios de personal y material que representaría el crear laboratorios especiales para cada Brigada.

3.º Los inspectores provinciales cuidarán de reducir al minimum los gastos de funcionamiento de la Brigada, utilizando en los pueblos el personal de la Sanidad y Beneficencia municipales, y los medios que puedan ofrecer los Ayuntamientos para combatir las epidemias; rindiendo así respeto y atención á los médicos titulares, y funcionando para mayor eficacia, en colaboración con las autoridades municipales.

4.º Con el fin de evitar que el material de transporte de personal pueda ser utilizado para otros usos ajenos á la Brigada, se señalarán los coches y demás material de la misma con grandes rótulos exteriores expresando el nombre de BRIGADA SANITARIA PROVINCIAL.

En ningún caso los coches automóviles serán de los modelos de turismo, sino del tipo de los de ambulancia que usa la Cruz Roja ó la Sanidad Militar dispuestos para adaptar camillas, conducir enfermos y transportar el personal sanitario indispensable.

5.º La adquisición de material deberá hacerse con arreglo á las normas que se señalen por el Parque Central de Sanidad, con el fin de que, en cuanto sea posible, haya uniformidad en los tipos del material que se adquiera, pudiendo demandar del director de dicho parque los necesarios antecedentes, y pedir la comprobación ó centro que las Juntas técnicas de las Brigadas crean precisas para asegurarse de la bondad del material antes de adquirirlo.

6.º Para mayor garantía de acierto y la debida sanción de los acuerdos de las Juntas administrativas, se someterán á la aprobación de la Dirección general de Sanidad todos los reglamentos de las Brigadas, incluso sus plantillas de personal, redactados por dichas Juntas, entendiéndose que se declararán nulos y sin validez alguna los que no hayan obtenido esta aprobación.

Toda reforma ulterior de dichos reglamentos será igualmente sometida á la aprobación de la Dirección general de Sanidad.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos que se indican. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 18 de Mayo de 1922.—*Piniés*.—Señores gobernadores civiles é inspectores provinciales de Sanidad. (*Gaceta* del 20 de Mayo).

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Subsecretaría.

CIRCULAR

La Junta nacional organizadora del homenaje que, con motivo de su jubilación, se prepara al catedrático de la Universidad Central D. Santiago Ramón y Cajal, se ha dirigido á este Departamento solicitando su cooperación para que en todos los Centros oficiales de enseñanza se haga figurar una reproducción fotográfica, con un autógrafo, del insigne Maestro.

Debido es este tributo de admiración á los méritos y servicios de Cajal, figura insigne del Profesorado español, que debe ser grabada en la memoria de nuestros escolares como ejemplo fecundo de una vida entera consagrada al trabajo y al progreso de la cultura, y como el día 1.º de Mayo próximo debe ser decretada aquella jubilación, en cumplimiento de preceptos legales ineludibles, es ahora oportuno que la Administración de la enseñanza enlace su actividad con aquellas iniciativas para dar testimonio de la gratitud merecida por el insigne Maestro.

Fundadas son estas consideraciones para que la Subsecretaría espere obtener la colaboración eficaz de todos los señores jefes de los Centros de enseñanza que dependan de este Departamento en esta obra de cultura, y así ha resuelto recomendar á su atención con todo encarecimiento el deseo expresado por la Junta nacional del homenaje que se prepara á D. Santiago Ramón y Cajal, y autorizar á V. S. para que pueda realizar la adquisición de aquella reproducción fotográfica á que se refiere la expresada Junta, é incluir el importe de los gastos de adquisición con cargo á las consignaciones de material ordinario de ese Centro docente.

Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 18 de Abril

de 1922.—El subsecretario, *Castel*.—Señores rectores de las Universidades del Reino y jefes de todos los Establecimientos que dependen de este Ministerio.

Dirección general de Primera enseñanza.

CIRCULAR

La Junta nacional organizadora del homenaje que, con motivo de su jubilación, se prepara al catedrático de la Universidad Central D. Santiago Ramón y Cajal, se ha dirigido á este Departamento solicitando su cooperación para que en todas las Escuelas graduadas se haga figurar una reproducción fotográfica, con un autógrafo, del insigne Maestro.

Como este propósito tiene por fin una obra interesante de cultura y un rendido homenaje de admiración al insigne Cajal, que ha consagrado su vida entera al trabajo docente con tanta gloria para España, esta Dirección general, secundando aquella iniciativa y teniendo en cuenta lo acordado por el señor subsecretario de este Departamento con fecha 18 del actual, ha resuelto interesar de V. S. que dé conocimiento de aquella disposición, inserta en el *Boletín Oficial* de este Ministerio, á todos los señores maestros directores de las Escuelas graduadas de esa provincia, significándole que esta Dirección general interesa de su celo por toda obra de cultura la adquisición de aquella reproducción fotográfica con el autógrafo del sabio catedrático para que sea colocada en el local de la Escuela como ejemplo elocuente que ofrecer á la contemplación de los escolares, á cuyo fin quedan autorizados los señores maestros para incluir en sus cuentas de material los gastos de estas adquisiciones.

Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 19 de Abril de 1922.—El director general, *Enríquez*.—Señores jefes de las Secciones administrativas de Primera enseñanza de todas las provincias.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,1; ídem mínima, 702,5; temperatura máxima, 26°,0; ídem mínima, 14°,4; vientos dominantes, S. E. SE.

El estado favorable que se observó en la salud pública durante las dos semanas anteriores ha experimentado algún retroceso en la que acaba de terminar, habiendo aumentado el número de los afectos catarrales del aparato respiratorio y de los estados congestivos del mismo y de los centros nerviosos.

En los niños se han observado anginas catarrales y algún aumento en los casos de sarampión.

Crónicas.

Defunción.—Ha fallecido el día 3 del corriente, en Miranda del Castañar (Salamanca), á los sesenta y siete años de edad, D. Francisco García de Castro, médico titular que fué muchos años de aquella villa, muy estimado del vecindario. Reciban nuestro sentido pésame su viuda doña Rosalía García Rivero y sus hijos, y también nuestro compañero D. Félix Antigüedad, hermano político del fallecido.

Oposiciones.—Los señores opositores á la Cátedra de Patología médica, vacante en la Universidad de Sevilla, deberán presentarse el día 15 del corriente, á las tres de la tarde, en el Salón de actos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, para dar comienzo á los ejercicios, y

entregarán al Tribunal en dicho día un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura.

El cuestionario para los dos primeros ejercicios estará expuesto en la Secretaría de la expresada Facultad ocho días antes del anunciado para dar comienzo á las oposiciones.

El libro sobre Cajal.—Los artículos, que desde hace mes y medio venimos publicando, debidos á la pluma de nuestro director D. Carlos M.^a Cortezo y dedicados á 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 á los insistentes pedidos que se nos hacen. Como desde su pensamiento inicial este trabajo pretende ser un homenaje íntimo, aparte de todo otro, la edición será corta costeada por EL SIGLO MEDICO, el producto de su venta se dedicará á 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.

De oposiciones.—Terminadas las oposiciones al Cuerpo de Tocológicos de la Beneficencia municipal, de Madrid, han correspondido los seis puestos de numerarios á los doctores: Recasens, Haro, Carreras, Sánchez, Blanco y Velasco; y los 10 de supernumerarios á los Dres. Macau, López, García, Jiménez, Muñoz, Sánchez, Rodríguez, Rodrigo, Maortua y Fernández. Han sido aprobados también los Dres. Izquierdo, Escanciano, Tena, Torres, Pérez y Balbin.

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.

Por las Clínicas de Europa.—El primer tomo de nuestro *Formulario* está al terminar de reimprimirse. Suponemos que podrá ponerse á la venta á mediados del corriente mes.

Son muchas las peticiones que tenemos para la adquisición del referido tomo, y sirva la presente de contestación á los que han expresado el deseo de que se le envíe. Los que lo tienen solicitado, tan pronto aparezca se le remitirá. Rogamos, para el mejor despacho de los ejemplares, que al pedir el tomo antes de la publicación lo hagan en nota aparte de la carta que nos dirijan con otro objeto. De estar á la venta cuando nos escriban, basta indicarlo en carta, sin necesidad de nota aparte.

Tenemos muchas peticiones también de páginas de dicho *Formulario*, tanto del primer tomo como de los sucesivos. Nuestro deseo sería proporcionarles las pocas que á cada cual les falten; pero son en gran número las agotadas, razón por la que no podemos atender los deseos de los solicitantes.

Números atrasados.—Con frecuencia solicitan nuestros suscriptores números muy atrasados que dicen no haber recibido. Queriendo siempre complacerles, pero en la imposibilidad de hacerlo cuando los números están agotados, agradeceríamos que á mediados de cada mes escriban una simple tarjeta manifestándonos los números que les falten del pasado (si es que no desean pedirlos cuando consideren que debieron llegar á su poder) y les serán remitidos.

Excipiente inerte.—¡Qué desventurada y qué digna de compasión es la infancia cuando se empeña en roer, con sus *dientecillos de leche*, el mármol y el bronce de las imágenes que encontró erigidas al venir al mundo! ¡Qué grotesca y qué cómicamente cursi resulta la juventud que supone que en el mundo no han existido problemas hasta que ella no se dignó aparecer en la esfera de la vida y creyendo montar en el poético cisne, para salvar á la Elsa de su leyenda, se deja arrastrar por cualquier ganso vulgar que le conduce á los peligros prosaicos de la cocina! ¡Qué tristemente cómico resulta el viejo que alardea de haber despreciado puestos que

nadie pensó en darle y honores que jamás le fueron ofrecidos!

(Ozertoc).

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

Firmugenol.—Al presente número acompañamos una hoja de papel secante, correspondiente al específico del escrofulismo.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

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 á 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 por la A. G. P para EL SIGLO MEDICO.

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