

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.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	S. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.

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.—Hiperclorhidria y úlcera péptica, por el Dr. González Campo.—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 profesor Dr. C. R. Schläyer.—Estado actual de la doctrina de las secreciones internas, por el Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Una información oficiosa, por C. M. C.—El Dr. Espina, por Carlos María Cortezo.—Homenaje á Cajal.—Remitido.—Instituto Médico Valenciano.—Academias y Sociedades.—Sociedad Ginecológica Española.—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

Después de examinar la medula espinal, Cajal continuó su exploración por los numerosos cantones del territorio complicado del sistema nervioso. Y siempre que se detenía en su viaje para observar con la curiosidad propia del que espera descubrir el velo que oculta alguna belleza misteriosa (y todo eran misterios en el dominio que exploraba) podía disfrutar del goce del deseo cumplido, reanudando su expedición con crecientes bríos, con el logro de nuevas adquisiciones (2).

En el lóbulo óptico de las aves (1889), confirma la disposición terminal por contacto, para el caso de las fibras ópticas, ó sea de los conductores sensoriales arribados de la retina, como lo había hecho en la medula para las fibras sensitivas y ésto le permite afirmar que *también en los centros sensoriales los impulsos aferentes se propagan por contacto desde las fibras centripetas ó retinianas á los penachos protoplásmicos y cuerpo celular de las neuronas centrales.*

Por la trascendencia que tuvo más tarde, merece consignarse también, el descubrimiento en este

mismo territorio de un tipo morfológico de neurona, caracterizado por ofrecer un axon singular, de forma recurrente y nacido en el trayecto de una dendrita, á gran distancia del soma. Tales elementos llamados *corpúsculos de axon en cayado, ó arciforme*, son muy importantes para la teoría de Cajal, pues prueban perentoriamente la conducción *axípeta* de las dendritas (fig. 21) como veremos más adelante.

Otro de los territorios en donde con más claridad vió Cajal comprobada su teoría de la transmisión de los impulsos nerviosos por contacto, fué en el bulbo olfatorio (1890). Allí demostró el sabio español el curso total de las fibras nerviosas olfatorias, desde la mucosa hasta su arribo al glomérulo del bulbo, donde terminan, no por redes como pensaba Golgi, sino por arborizaciones libres varicosas. Y trazó magistralmente el esquema dinámico del bulbo (véase la fig. 22), llamando la atención de los sabios sobre la necesidad de otorgar función conductora á las dendritas ó brazos protoplásmicos de las células mitrales y de las células empenachadas, que son las únicas partes celulares que penetran en los glomérulos y en contacto íntimo con las fibrillas olfatorias; puesto que, en contra de la aserción de Golgi, éstas últimas fibras no salen jamás del territorio glomerular, ni en él entran axones de origen central.

La historia de la interpretación fisiológica de la estructura del bulbo olfatorio ofrece un caso típico de la influencia paralizante de los prejuicios teóri-

(1) Véase el número anterior.

(2) Sólo durante el año 1890, publicó Cajal 14 monografías.

cos. En efecto; Golgi había descubierto antes que Cajal, los datos más importantes de la estructura de dicho centro, singularmente, el valiosísimo de la

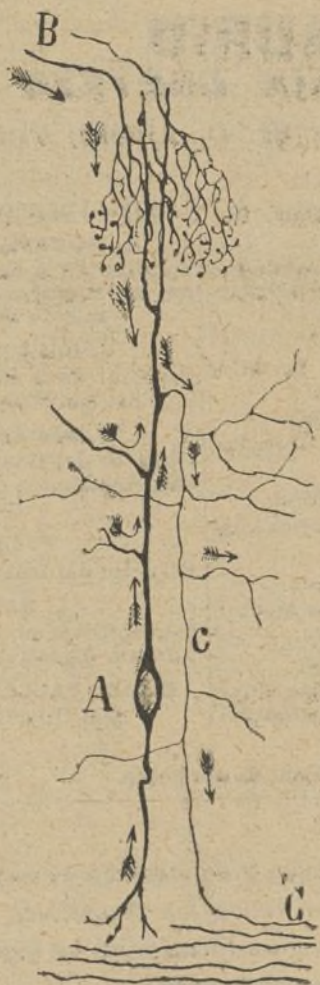


Fig. 21.

Lóbulo óptico del pájaro de pocos días. — A, Corpúsculo de axón en cayado ó arciforme; C, axón. Las flechas marcan la marcha del impulso nervioso.

conurrencia dentro de los glomérulos, de las fibras olfativas, por un lado, y del penacho dendrítico de las células mitrales por otro (fig. 22, a); pero su concepción rígida de la *red nerviosa difusa*, no le permitió comprender el gran alcance fisiológico de semejante disposición.

Estudió Cajal también (1891) la estructura del gran simpático, donde nuestro aragonés, influido en parte por la preocupación de las oposiciones a la cátedra de Histología de Madrid y por otra parte, dejándose llevar de su impaciencia, no recogió una cosecha de hechos tan brillante como seguramente hubiera cosechado, si la investigación hubiera sido desarrollada con la tranquilidad requerida.

«Ignorábase por aquel tiempo, dice Cajal, la verdadera morfología de las neuronas simpáticas. Diversos histólogos (Remak, Ranvier, Kölliker), habían reconocido en ellas expansiones dicotomizadas; pero reinaba la mayor incertidumbre acerca del carácter y paradero de las mismas. El corpúsculo simpático, cuya naturaleza motriz parecía indudable, ¿poseía en concordancia con el patrón morfológico común, legítimas dendritas y axón, ó más bien, según sospechaban ciertos neurólogos, todas sus prolongaciones celulares, tenían significación nerviosa, arborizándose en las fibras musculares lisas? ¿O constaba, más bien, según parecer algo indeciso de Kölliker (1890) de un grupo de axones y de un juego de dendritas?

Impaciente por llegar á la meta antes que nadie, exploré febrilmente los ganglios simpáticos de los

embriones de ave, consiguiendo por lo pronto establecer en sus neuronas la existencia de prolongaciones protoplásmicas genuinas, acabadas libremente en el seno de la trama ganglionar. Pero ofuscado por las apariencias, atribuí á cada célula dos ó más axones (en armonía con una opinión reciente de Kölliker), cuando positivamente sólo emite uno. Poco tiempo después, en trabajo especial recaído en los mamíferos, rectifiqué espontáneamente mi equivocación y formulé la verdadera disposición de los corpúsculos simpáticos (Diciembre 1891). Mas esta rectificación tardía deslució mucho mi labor y aunque mi nueva concepción morfológica vió la luz antes de la aparición de las observaciones de van Gehuchten, Luigi Sala, discípulo de Golgi y de

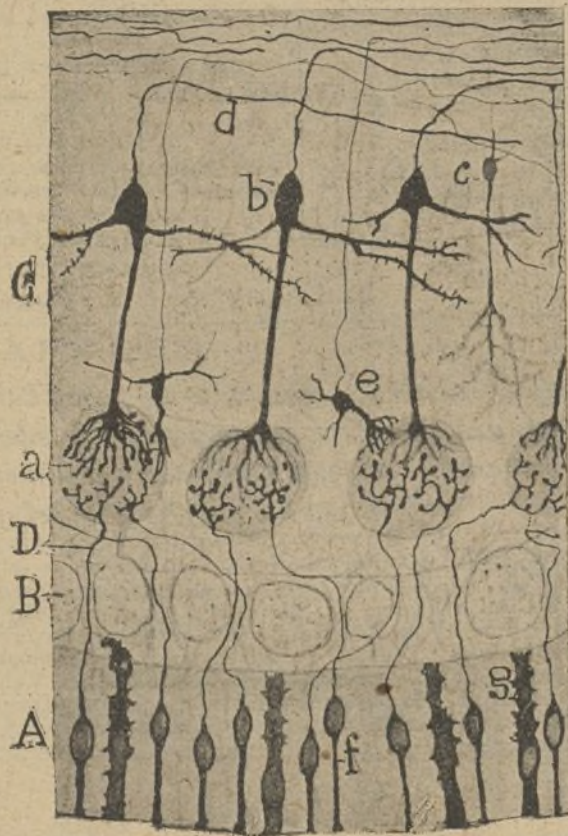


Fig. 22.

Figura semi-esquemática destinada á mostrar las articulaciones interneuronales en el bulbo olfatorio de los mamíferos. — A, mucosa olfativa; B, lámina cribosa del etmoides; D, fibra olfativa; C, célula mitral; a, glomérulo ó territorio de encuentro de las arborizaciones de las fibras olfativas y del penacho dendrítico de las células mitrales; f, célula bipolar olfativa; d, axón dirigido á la región esfenoidal del cerebro; e, células empenachadas.

G. Retzius, á quienes había yo sugerido la fórmula metodológica apropiada (proceder de *doble impregnación* al cromato de plata), no pude evitar se me reprocharan, con razón, mis titubeos y contradicciones, y se adjudicara á van Gehuchten el mérito de haber resuelto definitivamente el problema. Algo quedó, naturalmente, en mí activo; la existencia de las *colaterales de las fibras llegadas de la medula espinal* (fibras motrices de primer orden de los autores y cordones de unión longitudinal de los ganglios); los *nidos nerviosos pericelulares* de origen dendrítico; la determinación de varias modalidades neuronales (fig. 23).

Llegó el momento de que Cajal emprendiera el estudio de la estructura del cerebro. Fácilmente se sospechará que las dificultades de esta investigación tenían que superar con mucho á las que pudiera oponer el resto de los órganos del sistema nervioso, puesto que por los datos fisiológicos y clínicos se

conoce la elevación y el inmenso número de delicadas funciones que están encomendadas á la organización de la masa cerebral. Por la misma razón, es



Fig. 23.

Varias células simpáticas del ganglio cervical superior del perro adulto. — El axon único C, se distingue por carecer de ramificaciones. A, B, tipo de célula de largas dendritas; D, tipo de dendritas cortas; G, células cuyas dendritas forman nidos pericelulares.

lógico pensar que la estructura será variable en cada uno de los territorios cerebrales que tengan á su cargo una función diferente; no hay duda de que en el asta de Ammon, en el tálamo óptico, en el cuerpo calloso, etc. (todos ellos parajes que fueron objeto de concienzudas y fructíferas investigaciones de nuestro compatriota), se observarán agrupaciones de células nerviosas y disposiciones particulares de fibras totalmente distintas.

Sin embargo, la substancia gris de las circunvoluciones, lo que se llama en lenguaje algo literario, el *manto cerebral*, exhibe una textura fundamentalmente idéntica en los mamíferos y en cualquiera región cerebral que se estudie. Esta textura general ó esencial se refiere á la constitución de la *corteza típica*, ó de la *corteza general*, aunque justo es consignar que cada región exhibe algunas disposiciones específicas constitutivas de lo que se llama *corteza regional*. Según Cajal, la superioridad tan manifiesta del cerebro del hombre, sobre el de los animales, no depende en modo alguno de la morfología ni del enlace de las células, sino del número de éstas y de la mayor longitud y ramificación de las expansiones protoplasmáticas y colaterales nerviosas (1).

En la fig. 23 bis verán los lectores cómo se admitía la estructura de la corteza gris cerebral en la época de Luys (1882).

En 1890 publicó Cajal sus dos primeras monografías sobre la corteza cerebral de los mamíferos. En ellas se daba cuenta del descubrimiento, en la primera capa cerebral de estos seres, de unos corpúsculos nerviosos especiales, cuyas dendritas, larguísimas y horizontales, corren sobre extensión enorme de la superficie cortical; del hallazgo en la misma zona de varios pequeños corpúsculos de axon corto, desconocidos de los autores. Describió también Cajal en su primera monografía, la arbo-

rización final en la zona molecular, del tallo radial de las células piramidales, es decir, de una fronda ó capa terminal, que había escapado á la sagacidad de Golgi y sus discípulos. Estas primeras adquisiciones fueron confirmadas antes que por nadie, por Retzius, que designó las células especiales de la zona primera (células que él estudió minuciosa-



Fig. 23 bis.

Figura semi-esquemática de la corteza cerebral, con un aumento aproximado de 280 diámetros, que permite contemplar la disposición de conjunto de las diferentes zonas de células, de sus relaciones entre unas y otras, ó con la neuroglia ambiente. — La región A, corresponde al retículo sub meníngeo de la neuroglia; la región B, á las zonas sub meníngeas de las pequeñas células (región del sensorio común); la región C, es intermedia á las zonas sub meníngeas y á las zonas profundas de las células indicadas en D; en E, se nota la inmersión de los fascículos de substancia blanca en las redes de células corticales; F, representa un capilar en el momento en que penetra en las redes de la corteza.

mente en el cerebro humano), *células de Cajal* (*Cajal'sche Zellen*).

En la segunda comunicación del histólogo español, sobre la misma cuestión, se añaden con relación á la estructura de la corteza gris del cerebro, los siguientes datos:

- a) Se prueba que el axon de las medianas y grandes pirámides, así como el de las células polimorfas, penetra en la substancia blanca, donde á veces se bifurca.
- b) Se mencionan las espinas del tallo y penacho terminal de las pirámides.
- c) Se consigna que el cuerpo calloso consta de tubos directos y de colaterales de axones de pirámides de proyección ó asociación.
- d) Se descubren colaterales y bifurcaciones en las fibras del cuerpo calloso.
- e) Se confirma la existencia en los embriones y mamíferos jóvenes de células epiteliales, extendidas desde los ventrículos á la superficie cerebral.
- f) Se prueba que en el cerebro, como en la medula, muchas células neuróglícas, son elementos epiteliales dislocados y emigrados.
- g) Se sorprenden, con el método de Weigert, las estrangulaciones de los tubos nerviosos cerebrales, negadas por muchos, etc.

Hasta 1891, no vió la luz el trabajo fundamental de Cajal sobre la corteza cerebral. Utilizó en estas nuevas exploraciones reptiles, batracios y mamíferos, esperando poder determinar, en sus optísimos juveniles, el plan fundamental de esta zona del sistema nervioso, con la claridad con que lo había hecho en el cerebelo y en la medula. Pero el

(1) Parece como si esos Briareos manifestaran su mayor fortaleza en proporción con la longitud de sus brazos.

artificio soberano de la sustancia gris es tan intrincado, que desafía y desafiará por muchos siglos la porfiada curiosidad de los investigadores, como muy atinadamente hace notar nuestro sabio amigo. «Ese desorden aparente de la maraña cerebral, tan alejada de la regularidad y simetría de la medula espinal y cerebelo, esconde un orden sutilísimo actualmente inaccesible.»

Uno de los hechos mejor apreciados entonces por Cajal, fué la revelación de la existencia constante, en la corteza cerebral de batracios, reptiles, aves y mamíferos, del *corpúsculo piramidal*, que de nominó *célula psíquica*. Sus características son: forma alargada, más ó menos cónica ó piramidal; orientación radial; ostentar constantemente un penacho dendrítico extendido por la capa molecular ó tangencial del cerebro, y un axon ó expansión nerviosa dirigida á las regiones profundas donde constituye vías de asociación intercortical, ó córtico-medular (véase fig. 24). Encontró también, en la capa molecular del cerebro de los mamíferos (donde se

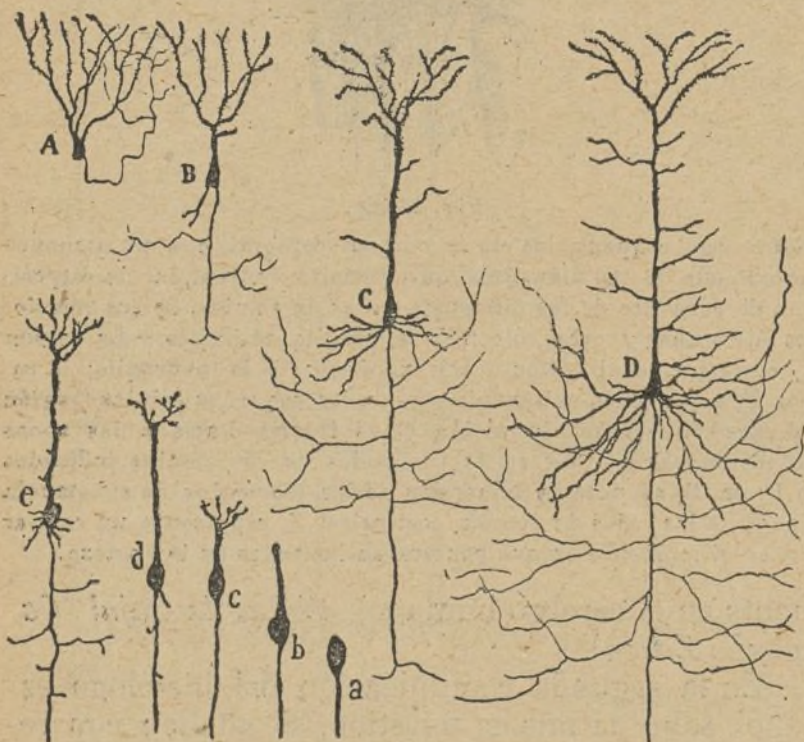


Fig. 24.

Esquema que muestra la evolución filogénica y ontogénica de la célula psíquica ó pirámide cerebral. —A, célula piramidal de un batracio; B, de un reptil; C, del conejo; D, del hombre; a, b, c, d, e, fases evolutivas de la célula psíquica en el embrión de mamífero.

suponían existir solamente corpúsculos neuróglícos y fibras nerviosas), numerosas *neuronas de axon corto*, terminado en el espesor mismo de dicha zona y clasificables en dos variedades principales (figura 25, a y b). Se describen *numerosas neuronas fusiformes*, existentes en todos los estratos de la corteza cerebral y caracterizadas porque su axon, de orientación ascendente, se arboriza en las zonas de las *pequeñas, medianas y grandes pirámides* (fig. 25, c, e). Se persigue por vez primera el curso de las fibras de proyección hasta el cuerpo estriado y se señalan sus colaterales para este cuerpo y para la comisura callosa (fig. 25, g). Descubrimiento de ciertas fibras gruesas, llegadas del cuerpo estriado y ramificadas libremente en las zonas de las pirámides (f). Tales fibras, confirmadas por Kölliker, que las llamó *fibras de Cajal*, representan probablemente, la terminación de la vía sensitiva central. Demostración de la terminación libre de las colaterales de los axones de las pirámides y de las ramillas nerviosas de los

elementos de axon corto (fig. 25, D). Observación de que las células de Martinotti, ó de axon ascendente ramificado en la capa molecular no viven sólo cerca

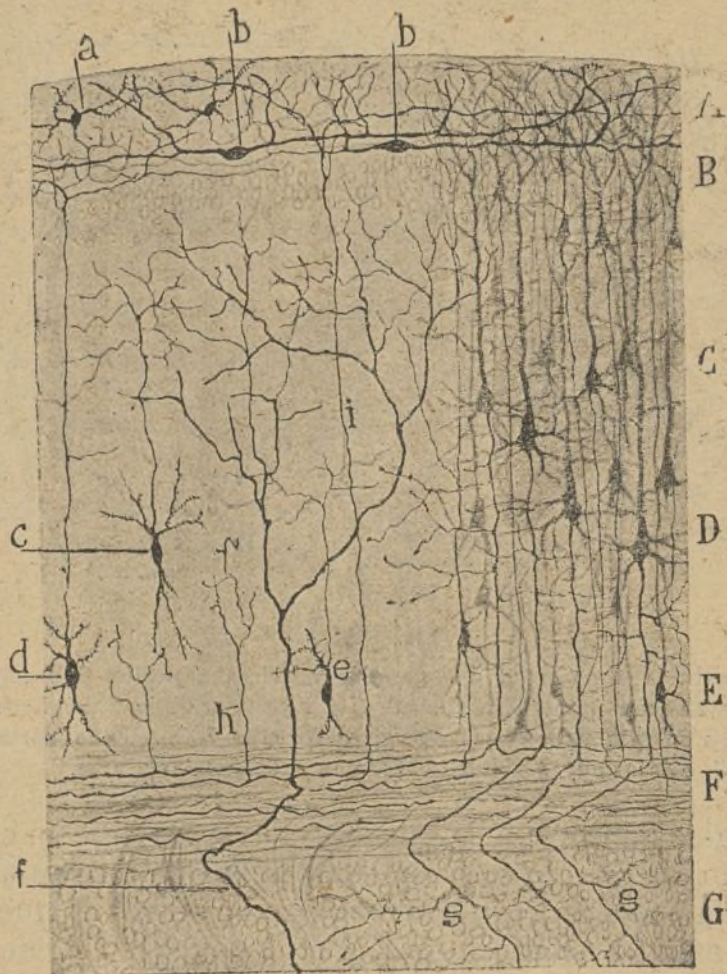


Fig. 25.

Esquema de una sección de la corteza cerebral de un mamífero de pequeña talla (conejo, ratón, etc.), a, células estrelladas pequeñas de la capa plexiforme ó superficial; b, corpúsculos fusiformes horizontales; c, elemento de axon ascendente arborizado en la zona de las medianas pirámides; d, neurona situada en la capa de corpúsculos polimorfos, cuyo axon se arboriza en la capa molecular; e, colaterales de la sustancia blanca; f, ramificación terminal de las fibras sensitivas; g, colaterales de los axones de las pirámides destinadas al cuerpo estriado. A, zona plexiforme; B, de la; pequeñas pirámides; C, de las medianas pirámides; D, de las pirámides gigantes; E, de los corpúsculos polimorfos; F, sustancia blanca; G, cuerpo estriado.

de ésta, sino en todas las capas de la corteza (figura 25, d).

Estas y otras observaciones se divulgaron rápidamente, por publicarlas su autor en francés, en *La Cellula*, revista histológica belga.

(Continuará.)

Hiperclorhidria y úlcera péptica

POR EL

DR. GONZÁLEZ CAMPO

El mayor contingente de las consultas de los médicos que nos dedicamos á la práctica de enfermedades digestivas lo suministran los ulcerosos del estómago y del duodeno, cosa nada extraña por saberse ahora la frecuencia con que se padece la úlcera péptica que hace algunos años sólo se diagnosticaba cuando se hacía ostensible por hematemesis ó melena. Las autopsias ponen de manifiesto el gran número de úlceras en actividad ó cicatrizadas en sujetos fallecidos á conse-

cuencia de ellas ó por otras afecciones, así como la observación de los enfermos, más provechosa desde que disponemos de elementos de investigación desconocidos antes, nos permite llegar al mismo resultado.

No es excepcional que reconozcamos individuos portadores de una úlcera péptica durante muchos años; entre numerosos casos á que podría referirme citaré sólo dos, explorados recientemente: un señor de sesenta y un años, que hace más de treinta sufre molestias de tipo ulceroso, análogas á las que en la actualidad le atormentan, características de úlcera yuxtapilórica: hemorragias ocultas en alguna ocasión reciente, espasmo mesogástrico, temporadas de dolor de tipo horario digestivo, que se calma instantáneamente con alcalinos ó alimentos, é hipersecreción. Otro señor, de ochenta y un años, que padece del estómago hace por lo menos cincuenta, con síntomas desde el comienzo del mal análogos á los actuales, y en el cual ahora existe intensa hiperclorhidria, crisis de hipersecreción, dolores de caracteres semejantes á los del enfermo antes aludido y sangre oculta en las heces. Tales casos demuestran la extraordinaria tolerancia del organismo para la lesión ulcerosa en determinadas ocasiones, y que contrasta con las hemorragias ostensibles gravísimas y las perforaciones que en ciertos sujetos tienen lugar á poco de significarse las molestias, y aun como primer signo de la dolencia.

Siendo tan frecuente la úlcera péptica, considero sobradamente justificado el insistir sobre los diversos aspectos de su patología, como lo vengo haciendo desde hace bastantes años en distintos trabajos, considerando beneficiosa tal insistencia, puesto que aunque en mínima parte, puede contribuir á que se vaya conociendo mejor de día en día una afección más común de lo que la generalidad de los médicos piensa.

Su sintomatología es extraordinariamente variable, en muchos casos seguramente la menos típica de la de las afecciones del aparato digestivo. Sin hablar de la latente, yo he visto úlceras indudables con toda clase de síntomas. Unas veces la úlcera es monosintomática acompañándose sólo de pirosis al cabo de una ó dos horas de la ingestión, ó de peso gástrico que por lo común aparece después también de una ó dos horas de la comida; en otras ocasiones no tiene más manifestación que el dolor iniciado igualmente un tiempo análogo en pos de la llegada de alimentos al estómago, calmándose mucho ó cesando en seguida de ingerir cualquier substancia alimenticia ó un alcalino. En muchos casos la úlcera es plurisintomática, asociándose varios de los citados síntomas entre sí ó á otros diversos: regurgitaciones comúnmente ácidas, distensión, vómitos, etc. La mayoría de las veces se acompaña de buen apetito, en ocasiones excesivo, y de estreñimiento, sin que falten enfermos de úlcera inapetentes, así como con diarrea.

En multitud de casos el diagnóstico es de extraordinaria dificultad, haciéndonos pensar mucho antes de decidirlo, y decidiéndolo alguna vez más por impresión que por convicción. Y creo que todos los que con detenimiento y sin pasión revisen el proceso mental

que siguen para llegar al diagnóstico de sus ulcerosos presuntos y expongan lealmente sus ideas, habrán de estar de acuerdo conmigo en este particular.

¿Cuántas veces ante un enfermo he dudado de si lo que padecía era una litiasis biliar ó una úlcera péptica? ¿Y cuántas no me he atrevido á definir si la dolencia que se me consultaba era un trastorno puramente funcional ó una lesión ulcerosa? Y cuanto mayor experiencia he acumulado, cuanto mayor número de enfermos he reconocido, cuanto más he leído de tanto como incesantemente se imprime en diversos idiomas acerca de la úlcera péptica, tanto más difícil me ha sido desvanecer las dudas en algunos determinados casos. No sé mucho hoy, pero cuando sabía aún menos, en los comienzos de mi práctica de especialista, los diagnósticos me parecían más fáciles y sencillos que ahora en que el juicio antes de decidirse tiene que sortear infinitos escollos representados por las dudas que suscita el fruto de la experiencia y el de las lecturas de libros y revistas.

Y conste que para aproximarme todo lo posible al diagnóstico he apelado y apelo á cuantos medios de exploración se conocen: interrogatorio cuidadoso, palpación y percusión minuciosas, investigación del quimismo y de las hemorragias ocultas en las heces, inspección radioscópica y estudio atento de las radiografías obtenidas, incluso recurriendo en algún caso á la prueba del hilo de Einhorn, al examen de la sangre y al cateterismo del duodeno con extracción del líquido duodenal. Aunque parezca mentira, á pesar de haber utilizado todos estos medios, en determinadas ocasiones no me atreví á formular un diagnóstico ó no quedé plena é íntimamente satisfecho y convencido del formulado.

Y á nadie se le oculta la trascendencia de su formulación; en efecto, si considerando no ulceroso al que lo sea le permitimos una vida activa, acaso agitada, y una alimentación mixta en lugar de aconsejarle una cura de reposo general y local y un tratamiento farmacológico adecuado, no evitaremos el que un día se vea sorprendido por una complicación que ponga en grave aprieto su vida, amargando nuestra conciencia que se sentirá responsable de aquella catástrofe. Además, yo considero más curable la úlcera cuanto más reciente sea, por lo que para lograr con mayor probabilidad su curación no quirúrgica, y aun para alcanzar con menos riesgo resultados operatorios útiles, conviene planear lo antes posible el tratamiento.

No tengo para qué decir que al hablar de dificultades diagnósticas, no aludo á los casos corrientes en que el diagnóstico es sencillo por presentar el paciente los síntomas y signos tenidos como clásicos. Me refiero á los más numerosos que los especialistas vemos á menudo en que las cosas no se presentan con esa simplicidad. Aparte las hemorragias ostensibles ú ocultas, no existe un síntoma inequívoco. Ocioso me parece decir ahora lo tantas veces repetido acerca de la necesidad de diferenciar las hemorragias gástricas de las de otra procedencia que pueden simular una gastrorragia, así como que la gastrorragia verdadera puede ser debida á

procesos distintos de la úlcera péptica; pero, por más que sea exponer lo ya sabido y consignado en otros lugares, sí debo insistir en que en la úlcera no es la hemorragia constante, y, por lo tanto, que el no encontrar sangre oculta en las heces no permite excluir la úlcera aunque una serie de exámenes sea negativa, por ser posible que no la haya en el período de tiempo en que hagamos las observaciones.

En los albores de la era radiológica, y aún después, en la época actual, por ciertos radiólogos dotados de una impresionabilidad exagerada, se creyó que los rayos de Roentgen eran capaces de patentizar todas las úlceras gástricas y duodenales. Los que desapasionadamente utilizamos este excelente medio de exploración sin dejarnos arrastrar por exageraciones y apriorismos, podemos decir, si como es nuestro deber somos sinceros, que en muchas ocasiones la úlcera péptica se traduce en la pantalla y en la placa por signos radiológicos directos ó indirectos, pero que muchas más no se revela por signo alguno, habiendo yo explorado un crecido número de ulcerosos evidentes, con gastrorragias considerables muchos de ellos y con comprobación operatoria no pocos, en que la imagen radiológica era constantemente normal en diversos exámenes y en distintas radiografías.

Esfumándose las esperanzas que en los rayos X se habían depositado para el seguro y cierto diagnóstico de todos los casos de úlcera, y habiéndose desvanecido las ilusiones que en el hallazgo de las hemorragias ocultas precisamente cuando se nos antojase investigarlas se habían fundado, ¿qué es lo que de verdaderamente útil nos queda para el diagnóstico? En algunos casos, nada; en otros, algo.

No en los nada raros en que apenas presenta síntomas el enfermo ó en que su dolencia, monosintomática, se traduce por uno solo, desprovisto de significación, sin elocuencia diagnóstica, sino en aquellos otros más numerosos en que la enfermedad se caracteriza por un síndrome, la observación me ha demostrado que éste es exactamente el que se asigna de ordinario á la hiperclorhidria.

La hiperclorhidria, como se ha dicho infinitas veces, no es una enfermedad, ni un síntoma, es un complejo sindrómico, y en una Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina el 14 de Abril de 1920, Conferencia que apareció en los días 1, 8 y 15 de Mayo siguiente en EL SIGLO MÉDICO, y en un artículo titulado «Wahrscheinliche Identität der Hyperchlorhydrie und des peptischen Ulcus», que vió la luz en los *Archiv. f. Verdauungskr.*, XXVIII, 1921, números 1 y 2, pág. 69, hice constar que, á mi juicio, el síndrome hiperclorídrico corresponde á la úlcera péptica. En los citados trabajos expuse los hechos que á mi entender justifican esta especial manera de pensar, y tengo la satisfacción de creer que un gran número de especialistas van con más ó menos rapidez y con distinguos más aparentes que reales, aceptando mi opinión.

Las principales razones en que baso ésta son las siguientes. Salvo la hemorragia, que es circunstancial, los síntomas que se han señalado en la úlcera gástrica

y en la del duodeno son exactamente los mismos que se consideran peculiares de la hiperclorhidria, sin faltar ni sobrar uno. Son innumerables los ulcerosos calificados de hiperclorídricos por los clínicos más eminentes de todos los países hasta el día en que una hemorragia hizo rectificar el diagnóstico. Hoy se sabe que las hemorragias visibles y las ocultas, como dejo expuesto, no se presentan siempre en las úlceras. Así Elsner dice que quizá en el mayor número de casos no son comprobables nunca; Rüttimeyer las ha visto en más del 50 por 100 de casos; Boas las encontró en el 71,4; Rosenthal afirma que sólo el 19 por 100 de sus ulcerosos tuvieron hemorragias visibles, y en ellos á lo más después de seis días de éstas desaparecía la sangre oculta; en el 77,3 por 100 de 323 casos de úlcera no había hemorragia latente. Y siendo éste el único signo diferencial entre la hiperclorhidria y la úlcera, bien se ve que cuando falte no cabe la distinción entre ambas, lo cual se explica mejor admitiendo que se trata de un proceso único, que considerando diferentes dos enfermedades que dan lugar exactamente á los mismos síntomas, cosa que no ocurre en ningún capítulo de la patología.

Schlesinger, en un trabajo publicado en 1921 en *Zeitschrift für Klinische Medizin*, Bd. 91. H. 1 u. 2, con el título «Hyperchlorhydrie und Ulcus duodeni» y del que tuvo la bondad de enviarme un ejemplar, reconoce que el término hiperclorhidria es impropio, y considera que el síndrome hiperclorídrico y la úlcera son dos etapas de un mismo proceso, que él propone sea designado con el nombre de *vagotonía péptica*, por ser el autor partidario de la doctrina patogénica nerviosa de la úlcera. Esta opinión se apoya en la identidad de síntomas de la hiperclorhidria y la úlcera que yo también señalé en la Conferencia de 1920 á que antes he aludido. Cree que la vagotonía péptica origina primero el síndrome hiperclorídrico caracterizado por síntomas leves, al que se añade después la úlcera que se manifiesta por síntomas más intensos, hemorragia y signos radiológicos. Se funda para esto en varios casos que detalla, análogos á otros muchos que todos hemos observado, en los que al principio la enfermedad se hacía patente por pirosis, dolor ligero en los períodos digestivos, etc., con las consabidas temporadas de aparente normalidad, y en los que ulteriormente se presentaron gastrorragias, nicho radiológico, espasmo, retención, etcétera. A mí me parece más lógico y más en armonía con la realidad, y así se lo manifesté á Schlesinger, que en tales casos la enfermedad sea úlcera desde el comienzo, dando lugar, en los primeros tiempos, por ser aún superficial, á síntomas ligeros (los llamados de hiperclorhidria), y luego, al hacerse más profunda, crónica, callosa, es decir, al agravarse y originar adherencias y trastornos motores, se agravan también los síntomas paralelamente al carácter de la lesión. Habla Schlesinger de los casos en que en un período hay síntomas leves, como de hiperclorhidria simple, y después de una tregua más ó menos larga aparecen síntomas característicos de úlcera, que hacen desechar el primer diagnóstico, para volver á ser leves en otro período de acti-

vidad. Esta alternancia de síntomas de intensidad distinta en diferentes períodos demuestra á mi juicio que la enfermedad tiene que ser la misma, pues es inadmisiblemente y absurdo que sea primero hiperclorhidria, luego úlcera, después de nuevo hiperclorhidria, etc. Parece más racional que en la úlcera sobrevengan mejorías temporales ó que por causas desconocidas los síntomas sean leves en unas épocas y graves en otras.

Lo poco que de la anatomía patológica de la hiperclorhidria se sabe, inclina el ánimo hacia el punto de vista que defiende, por haberse encontrado en el estómago de los hiperclorhídricos lesiones ulcerosas más ó menos graduadas pero indudables, ó alteraciones que como la hipersecreción ó la retención se consideran debidas á lesiones ulcerosas (Kuttner, Ostreich y Kemp, entre otros).

Nunca me cansaré de insistir en dos cosas que considero fundamentales. Una es que no pretendo afirmar que todos los ulcerosos sean hiperclorhídricos, pues sé bien que existen ulcerosos con clorhidria normal, disminuida y aun sin ácido clorhídrico, según yo mismo he visto y publicado; lo que afirmo es que el síndrome hiperclorhídrico acompaña á la úlcera. Y que los enfermos con este síndrome: pirosis, dolor gástrico que aparece de una á tres ó más horas después de las comidas y que se alivia por ingestión de alimentos ó alcalinos, vómitos en algunos casos, etc., son ulcerosos. Debo señalar que aun en sujetos que padecen úlcera sin hiperclorhidria la sintomatología es idéntica ó muy semejante á la de los en que existe este trastorno secretorio, cosa muy digna de que fijemos en ella la atención, pues parece indicar, de acuerdo con mi criterio, que la hiperclorhidria por sí sola no es nada, siéndolo todo la lesión ulcerosa; es decir, que la hiperclorhidria no produce síntoma alguno, y que siempre que se comprueben los síntomas calificados hasta ahora como propios de ella es porque existe una úlcera, lo mismo cuando el ácido está aumentado, que cuando es normal ó se halla disminuído.

(Concluirá).

La proteinoterapia parenteral en las enfermedades del aparato digestivo y nociones generales sobre esta terapéutica de estímulo celular ⁽¹⁾

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA ROSELL
De Barcelona.

Bases científicas de su clínica y posología.

Junto con el extenso estudio clínico de esta terapéutica y en parte en laboratorios de las mismas clínicas universitarias y hospitales de donde han salido las comunicaciones precedentes, se han hecho estudios de comprobación experimental y de experimentación biológica para averiguación del mecanismo de la acción terapéutica de estos tratamientos proteínicos y sujetarlos á doctrina científica.

Entre los trabajos más notables de experimentación, de-

ben ponerse los de la célebre escuela de Weichard y Sittelmhelm, de la Universidad de Erlangen, los de Citron, del Instituto Policlínico universitario de Berlín, los de Rodeborg, de la Universidad de Jena, Stracker, de la de Viena, Riedel, de la de Freyburg, Lindig, de la misma Universidad, Rudolf Salomón, en la de Giessen, los de Bier, de la Clínica Quirúrgica de la de Charité de Berlín, y los de Zimmer, de esta misma clínica de Bier, los de Loewenhard, de la Clínica Médica de Halle, los de Rosenthal y Holzer, de la clínica de Minkowsky, de Breslau, los de E. F. Muller, de la Universidad de Hamburgo, los de Muhlen, del Instituto Tropical de la misma ciudad, los de Abderhalden, Deetjhen, Starkenstein, los de Neuberg y Freund, los de Gobling, Petersen, Noffs Wrights, en Norte América, los de Hendershon, Delcastello, Paltauf, Dessau, Osforne y Vincent, y otros muchos que pueden encontrarse fácilmente revisando la bibliografía correspondiente.

Pero entre todos, los que en nuestro concepto más de cerca explican el mecanismo biológico de la acción de las proteínas, son los trabajos de comprobación oficial del departamento bacteriológico del Reichs Gesundheitsamt, de Prusia (antiguo Ministerio Imperial de Salud pública), comunicados á la Sociedad de Microbiología Alemana y publicados en dos etapas por los profesores W. Seiffert y Gildemeister (v. bibliografía).

Las conclusiones más importantes de estos trabajos de exclusiva experimentación biológica, serían en esencia las siguientes, que exponemos por parecernos las que más de cerca explican los hechos clínicos y biológicos y por estar además en bastante acuerdo con los resultados de la mayoría de los demás investigadores.

1.^a «Queda fuera de toda duda, que cuerpos proteínicos no específicos pueden excitar la formación de anticuerpos específicos (es decir, aumentar la función específica) en las células encargadas de esta función». Condición precisa es la existencia del agente específico que aquella formación inicie: infección, irritación, alteración celular, y que aquello no haya alcanzado el estímulo de paralización celular, muerte funcional de la célula. 2.^a «El cuerpo proteínico, excitante, que desde el plasma circundante llegue á la célula, no debe actuar con estímulo maximal, paralizante, sino que ha de poder ser aumentado aún (cantidad de dosis inyectada), sin paralizar la célula (aserción que hace igual la escuela de Bier al establecer para la proteinoterapia, la teoría de la *Schwellenswerte-reiztherapie*, terapéutica estimulante de estímulo no maximal; pero suficiente), que no es más que la comprobación de la ley biológica de Arndt y Hugo Schulz, nuestro maestro de terapéutica en Greifswald, sobre la dependencia entre el estímulo y la reacción.» 3.^a «Que la acción de los cuerpos proteínicos sobre las células, estímulo nutritivo, y aumento á su actividad propia específica (defensa, formación de anticuerpos, capacidad fagocítica, reacción inflamatoria curativa, depende para algunos grupos celulares, de su estado coloidal que debe hallarse alterado por enfermedad, lesión, inflamación, degeneración, etc.).» 4.^a «La capacidad de las células para responder con su trabajo específico de defensa ó reintegración protoplásmica, cuando se hallan irritadas por un agente patológico (estado de enfermedad), es igual para el excitante específico (antígeno específico) que para la proteína no específica». Esta conclusión confirma los trabajos de Bingel y Citron demostrando el hecho de continuación del estímulo de formación de toxina antidiftérica con aplicación de suero normal y los de Hoog obteniendo el mismo resultado con deuterq-albumosas al haber sido iniciado el estímulo con antígenos específicos. Hecho que se observa también en otra manera equivalente, al producirse

(1) Véase el número anterior.

por ejemplo, aumento de las aglutininas específicas del tifus, en un enfermo que pasó esta enfermedad y le sobreviene una neumonía aun pasado mucho tiempo de la infección eberthiana ó experimentalmente al inyectar ciertas sustancias, como la pilocarpina ó excitar el centro térmico (pica-dura de fiebre séptica de Aronson y Citron, etc.) Así también, por ejemplo, se explican las influencias curativas ó beneficiadoras de una nueva infección, erisipela, sobre lupus ú otras.

Los trabajos del Ministerio de Salubridad de Alemania han confirmado también la capacidad de las inyecciones proteínicas para aumentar la función específica de las células fagocitarias y con esto han dado una nueva demostración de la posibilidad de actuar como estímulo directo sobre la célula, con las proteínas introducidas por vía parenteral, pero no ha podido determinarse si esta acción nutritiva se verifica por estímulo celular exterior, extracelular, ó previa entrada de las proteínas en el cuerpo celular favorecida en los leucocitos por el movimiento amiboide, como se ha visto ocurrir en experiencias de control con amibas. Esta acción de aumento de la capacidad fagocítica la producen muy diferentes clases de proteínas. Los leucocitos poseen no obstante permeabilidad para las proteínas. Esta permeabilidad no la poseen las bacterias. Tampoco puede aceptarse como normal para todas las células del organismo. La permeabilidad normal para las proteínas en la célula sana, sólo parece estar demostrada para los leucocitos (trabajos de Pfeiffer é Issaef sobre el aumento de resistencia contra la infección en cobayas con inyecciones de proteínas intravenosas ó intraperitoneales). Otras conclusiones importantes de éstos comunicados, son las siguientes: 5.^a Se ha confirmado que efectivamente los cuerpos proteínicos poseen dos propiedades, una estimulante de los procesos de absorción celular, otra refrenadora de los de difusión y diálisis. 6.^a La acción de los cuerpos proteínicos es siempre local, esto es, que precisa del inmediato contacto con la célula, bajo cuyo estímulo reacciona, no debiendo, por lo tanto, hablarse de *activación* protoplasmática general, sino de *terapia celular no específica* y 7.^a, la importantísima conclusión, aclaración de muchos hechos clínicos no explicados, que: «es condición precisa para una posible acción terapéutica ó de estímulo específico de los cuerpos proteínicos sobre muchos grupos celulares, la *previa alteración físico-químico coloidal de la célula, característica del proceso inflamatorio ó de irritación química*».

Estas aportaciones experimentales de la Reichsgesundheitsamt sobre el mecanismo de acción de los cuerpos proteínicos comprobando en gran parte los de otros investigadores, han proyectado el foco principal de luz que era preciso para sentar sobre vías científicas esta terapéutica, y explican la mayoría de hechos sobre los efectos de este tratamiento, que clínicamente no eran del todo comprensibles, á pesar de las otras muy notables investigaciones publicadas por Weichhard, estableciendo la teoría de la activación protoplasmática general, las de Citron, considerando esta terapéutica como reacción de inmunidad específica de estímulos no específicos, las de Bier llamándola terapéutica de inflamación curativa, de Paltauf que la llama fiebre curativa, de Pfeiffer, terapéutica de aumento de resistencia, de Pick, Obermeyer, Delcastello, Pfaundler, etc.

La proteína heteróloga inyectada, obrando, pues, sobre la célula patológicamente excitada, sea como un antígeno estimulando ó activando la formación de anticuerpos ó su función específica, ó por cualquier otro mecanismo, exterioriza su acción en reacción local que casi siempre es reacción terapéutica, llevando á resolución el proceso flogístico y

disolución ó absorción de abscesos ó exudados, aumento del trabajo curativo inflamatorio, etc. La terapéutica hiperémica de Bier, la termopenetración, helioterapia y muchas otras terapéuticas hiperemiantes, obran por iguales mecanismos biológicos. Condición para éxito de estas terapéuticas, como para el de la proteinoterapia, es la capacidad de reacción del tejido y actuación de estímulo en dosis cuantitativamente terapéutica.

Los trabajos experimentales citados confirman lo que habían demostrado en la práctica los hechos clínicos; la capacidad de los cuerpos proteínicos para estimular la formación de anticuerpos específicos, su valía como importantísimo elemento terapéutico contra la mayoría de las infecciones, haciendo innecesaria la cantidad de las vacunas no específicas: vacunas mixtas de todas clases de floras; bronquiales ó intestinales, ó de infecciones sépticas, etc., que en último resultado no son más que proteínas más ó menos diluídas de cadáveres, de bacterias mucho menos aptas, como los hechos demuestran, para la terapéutica de reacción específica con elementos no específicos, que las proteínas de leche ú otras molecularmente apropiadas y que obran, y ésta es su característica en los que actúan con más intensidad terapéutica, y sobre todo, con más rapidez que aquellas llamadas vacunas mixtas ó heterovacunas, y siendo menos tóxicas por no contener los venenos bacterianos y cuerpos tomaínicos y otros alcaloides de proteolisis cadavérica. Igualmente simplifican en otros terrenos la terapéutica, sustituyendo ó pudiendo sustituir con ventaja tantos otros productos industriales: coloides metálicos de todas clases y nombres, nucleínicos, micélicos, etc., que tan innecesariamente complican la terapéutica de las infecciones y procesos inflamatorios.

La posible acción sobre los leucocitos y células mieloides sin previa sensibilización por infección, puede explicar la posibilidad de acción profiláctica que contra ciertas infecciones se atribuye á los cuerpos proteínicos.

En cambio, la sola posibilidad que actualmente se les conoce de obrar sobre la mayoría de los tejidos del organismo, al encontrarse éstos en estado de anormalidad coloide, por inflamación, lesión, degeneración ó daño tóxico ó químico, explica su modo electivo y local de actuar, así como las reacciones locales y manera de comportarse éstas y nos da la posibilidad de establecer indicaciones casi precisas, que podría decirse debieran ser tantas como procesos inflamatorios, infecciosos, lesionales ó degenerativos, se puedan presentar en el organismo.

Si esta suposición teórica llegara con el perfeccionamiento de esta terapéutica, aprendiendo mejorar en cada caso la conveniente dosificación é intervalo de aplicación, á ser una semirrealidad, podríamos casi creer en una piedra filosofal terapéutica.

Esta acción electiva exclusiva sobre la célula dañada, puede explicar también el por qué de la variedad de acción de una misma dosis, en diferentes enfermedades en un mismo individuo y hasta en una misma enfermedad, como nosotros hemos observado con gran sorpresa algunas veces.

Por los hechos científicamente comprobados hay que admitir que una cantidad n de cuerpos proteínicos actuará con más fuerza, existiendo un pequeño grupo de células lesionadas, ya que puede decirse que casi toda la masa de proteínas actuante quedará á disposición de las mismas (la célula sana hemos visto no las absorbe), que si existen extensos campos de inflamación ó lesión. El tejido inflamado es él solo permeable para albúmina, globulina, fibrinógeno A. Ostwald.

Ante la dificultad de deducir siempre en afecciones internas la extensión de un proceso patológico, se comprende

que la verdadera dosificación solo por tanteo puede muchas veces averiguarse, tanto más no conviniendo llegar á la dosis paralizante, ni quedarse por debajo de la capacitada para actuar en cuáles casos la acción terapéutica es nula, hecho que ocurre frecuentemente en las mismas enfermedades, y en los mismos individuos que en otros casos actuó con maravilloso resultado.

Quizá á este hecho de dosificación deba atribuirse que sean las especialidades de más fácil controlación del foco de lesión: oftalmología, ginecología, enfermedades venéreas, dermatología, en las erisipelas y enfermedades articulares, algunos de los campos donde esta terapéutica celebra los más gloriosos y regulares éxitos.

Los hechos clínicos enseñan, y nosotros lo hemos podido observar perfectamente, que en procesos inflamatorios agudos se precisan y toleran notablemente mayores dosis que en los crónicos, y asimismo al comenzar una infección, que en período adelantado de la misma.

Quizá tenga ello también explicación en el hecho que según parece demostrado, el tejido con inflamación aguda no está aún coloidalmente alterado y la proteína aquí sólo puede obrar por estímulo extracelular ó sólo en menor cantidad por no ser absorbida en tanta masa como en la célula dañada por inflamación crónica, más permeable, por lo tanto, á las proteínas inyectadas que le llegan con el plasma circulante.

Se comprende también que sea de más frecuentes resultados la terapéutica en casos agudos, donde es menos fácil que por exceso de material inyectado, se sobrepase por no absorberlo la célula, el grado de estímulo terapéutico.

La dependencia en que está la hemorragia del estado inflamatorio de las mucosas ó de su lesión, explicaría quizá el efecto estíptico tan regular que se obtiene con la proteíno-terapia, y este efecto más fácilmente controlable á la exploración, podría en parte servir de guía sobre la marcha curativa de la inflamación y de paso orientar la dosificación, ya que, paralelamente á la reducción de la superficie enferma, ha de irse disminuyendo la dosis de la proteína inyectada.

Algunas opiniones atribuyen, no obstante, el efecto estíptico de las proteínas á una acción mecánica coloidal parecida á la asimismo antiflogística que produciría el ion calcio.

Técnica del tratamiento proteínico.

No existen aún prescripciones fijas para la dosificación en cada caso é individuo. Las bases biológicas expuestas sobre que se funda esta terapéutica pueden ayudar á deducirlas. Por fortuna se han obtenido y se obtienen en la práctica los notabilísimos resultados clínicos conocidos, habiendo aplicado estas inyecciones sólo de una manera muy empírica. En general, se han aplicado y aplican cantidades de leche ó de sus correspondientes proteínas, en inyecciones intraglúteas desde 10 centímetros á $\frac{1}{2}$ ó $\frac{1}{4}$ de centímetro cúbico, cada dos á cinco días y en serie de dos ó tres á 10 ó 12 inyecciones el máximo que acostumbran á ser necesarias en los casos que su acción surte efectos. Con este tratamiento que cada clínico, en general, arregla á su gusto é instinto, se han obtenido en casi todos los campos de la medicina las sorprendentes curaciones que relata la bibliografía de terapéutica proteínica, pero también han dejado de producir efecto en casos en que aquél beneficio terapéutico era de aguardar. Lo más consolador en estos casos es que, en general, tampoco han dañado donde no han actuado terapéuticamente. En los casos en que esta terapéutica actúa y su dosificación no apropiada pudiera dañar, la reacción que se observa en el enfermo permite ponerse alerta para disminuir las dosis ó retardar la próxima aplicación.

Las prescripciones más precisas sobre dosificación las ha dado la escuela de Bier, estudiando y practicando esta terapéutica como *Schwellenreiztherapie* (terapéutica de estímulo conveniente), según la ley ya citada de reacción biológica fundamental de Arndt y Hugo Schulz y adquiriendo, por tanto, como escuela quirúrgica, más fácil comprobación terapéutica.

Parte esta escuela de la base de Weichard, que esta terapéutica consigue y persigue aumento de la actividad vital; pero no en el sentido generalista como esa escuela de Erlangen, sino localista reaccional, en cuanto al tejido enfermo capaz para recibir el estímulo proteínico y generalista sólo respecto á las funciones generales de defensa, especialmente las del sistema leucocitario y de células plasmáticas. Para dosificación terapéutica, la escuela de Bier se guía, según los siguientes postulados, que forman la base científica de la conocida doctrina de este investigador, sobre la hiperemia é inflamación terapéuticas.

(Se concluirá.)

Acerca de la uremia, el edema y su tratamiento.

POR EL PROFESOR

DR. C. R. SCHLAYER

Del Augusta Hospital de Berlín. (1).

En los casos de uremia verdadera en el curso de una nefritis aguda me parece oportuna una reducción de la alimentación, no sólo de los líquidos, sino también de los materiales sólidos. Al hacer esta reducción no me fijo, temeroso, en la cantidad de nitrógeno que la alimentación pueda llevar; me parece más importante una variación frecuente de la composición de la misma, por razones que he de exponer al ocuparme del edema. Muchas veces hemos obtenido buenos resultados con cambios de alimentación de manera tal, que se sometía al enfermo, tras de un día de frutas, á un día de hidratos de carbono (pan y pastas), y luego á un día de leche (litro y cuarto de leche en el día y nada más). En la nefritis aguda no tenemos reparo en purgar intensamente durante uno ó dos días.

Una medida común en el tratamiento de la uremia, que se aplica tanto á los casos agudos como á los crónicos de uremia verdadera, es la sangría, que todos ustedes conocen, y el empleo de los diuréticos. Ambos son remedios bien experimentados; sólo que se me permitirán algunas observaciones acerca de ellos. Nosotros nunca practicamos una sangría menor de 500 centímetros cúbicos, no sólo por la acción, algo problemática, de la descarga de sustancias tóxicas, sino porque las investigaciones modernas han demostrado que una sangría abundante tiene un efecto movilizador de los líquidos de los tejidos muy evidente. Ahora bien: estos líquidos parecen tener en la uremia verdadera un efecto antiurémico. La práctica nos demuestra también que la repetición demasiado frecuente de la sangría no tiene efecto beneficioso alguno.

El empleo de los diuréticos en la uremia constituye un capítulo especial que todavía necesita aclaración. Indiscutiblemente, las condiciones para que des-

(1) Véase el número anterior.

arrollen su acción son muy diferentes, según que se trate de procesos agudos, ó bien—y mejor dicho—inflamatorios del riñón ó de procesos escleróticos. La retracción renal arterioesclerótica es la que ofrece las mejores condiciones, según mi experiencia, para la acción de los diuréticos, especialmente cuando se emplean de un modo intermitente y alternando los distintos fármacos. Por lo demás, al ocuparme del tratamiento del edema insistiré sobre este punto. Desgraciadamente, nuestros diuréticos obran de preferencia sobre el agua y la sal, y mucho menos sobre las sustancias procedentes de la descomposición de la albúmina, cuya eliminación sería precisamente la que más nos interesaría.

Si ya en esto se manifiesta una diferencia en cuanto al tratamiento de la uremia verdadera en los casos de nefropatías agudas (inflamatorias), por una parte, y en los de retracciones renales arterioescleróticas, por otra, todavía se ha de hacer más patente esta diferencia en lo que se refiere á la dietética.

Así como en las glomerulonefritis agudas suelo disminuir la ingestión de líquido, en las arterioescleróticas la voy elevando desde un principio lentamente, pero de una manera sistemática, reduciendo mucho al mismo tiempo los alimentos muy nitrogenados y el cloruro de sodio, y administrando simultáneamente dosis pequeñas de digital, incluso cuando no hay indicios de insuficiencia cardíaca, porque nuestros experimentos en animales nos han demostrado que la digital, aparte de su acción cardiotónica, tiene una acción dilatadora de los vasos de los riñones enfermos. Si con estas precauciones la eliminación de orina sigue las oscilaciones de la cantidad de líquido ingerido, no solemos necesitar ya ninguna otra medida. Este es el camino más derecho para conseguir la evacuación de los residuos del metabolismo; pero se trata de un procedimiento que sólo se puede aplicar en los casos de corazón suficiente y cuando no hay edemas ni, principalmente, propensión á los accesos de disnea, etc., de manera que requiere una selección muy cuidadosa de los casos. Los resultados, á veces hasta para mí indiscutiblemente buenos, de los enemas puestos en el recto con soluciones de glucosa al 5 y al 6 por 100, según los aconsejó Reiss, tienen el mismo fundamento. A la sazón estamos ocupándonos de investigar si las inyecciones intravenosas de solución de glucosa al 25 por 100 pueden sustituir la sangría, como parece probable desde el punto de vista teórico. Para citar también algunas investigaciones de resultado negativo referiré que, aparte de las inyecciones de atropina, hemos inyectado también por vía intravenosa lecitina disuelta en aceite (preparada por Merk, de Darmstadt), porque parecía que esta sustancia tenía la propiedad de combinarse en el torrente circulatorio con determinados productos tóxicos. Estas investigaciones no han dado resultado.

De modo que esta forma de la uremia, en su estado avanzado, sigue ofreciéndonos pocos puntos accesibles al tratamiento. En cambio esta misma uremia, cuando se encuentra en sus comienzos, es muy agrade-

cida á la terapéutica, tanto en las lesiones agudas como en las arterioescleróticas. En estos casos podemos prestar grandes servicios terapéuticos.

Nuestras investigaciones ya citadas acerca de la acidificación ó alcalinización de la sangre en la uremia verdadera y la relación que establecemos entre estos trastornos y las alteraciones urémicas de la respiración nos han llevado á un tratamiento especial de estos trastornos respiratorios. Los americanos han observado que los trastornos respiratorios graves y el atontamiento de un urémico desaparecen con las dosis grandes intravenosas de alcalinos, pero los análisis de la sangre nos han demostrado que dichos trastornos respiratorios no sólo los determina la acidificación, sino también la alcalinización de la sangre. Por tanto convendrá no olvidar esta posibilidad. No puedo citar éxitos personales. De todos modos creo perfectamente permitido un ensayo de tratamiento mediante la administración intravenosa de alcalinos cuando haya trastornos respiratorios graves y tenaces, si bien al hacerle no debemos olvidar que practicamos un tratamiento monosintomático.

Nuestros conceptos acerca del edema nefrítico han sufrido una modificación muy importante, no sólo en su parte doctrinal, sino también en muchos puntos que se relacionan con el tratamiento. En cuanto á esto, también nos ha enseñado mucho la guerra con el gran cúmulo de nefríticos edematosos que ocasionó. Trataremos de seguir también en este estudio el camino del análisis clínico.

Clínicamente podemos diferenciar tres clases de edemas nefríticos. Ante todo, los edemas firmes, tensos y bastante duros, á veces dolorosos, que cambian de lugar con facilidad; son completamente independientes de la acción de la gravedad, á menudo se presentan difusos, pero pueden estar perfectamente limitados á la cara, al pecho, etc., encontrándose tan pronto en un sitio como en otro. Se presentan en las nefritis agudas y subagudas, así como en las crónicas inflamatorias, es decir, en las glomerulonefritis.

En cambio, los edemas de la segunda forma son muy blandos y se atienen en absoluto á las leyes de la gravedad; siempre se presentan difusos y sólo son más marcados en las partes más de clives. Son muy tenaces y constantes. Los encontramos con caracteres típicos en las llamadas nefrosis y en la amilosis, así como en las formas de glomerulonefritis de curso especialmente lento. Por último, la tercera forma es muy diferente de las anteriores. La piel está extraordinariamente seca, pero de todos modos encontramos edemas insignificantes en las piernas y en la cara que pasan inadvertidos muy á menudo. A todo esto el enfermo presenta todos los síntomas de la uremia incipiente ó constituida. Este es el edema de la fase terminal, especialmente de las retracciones renales, tanto las secundarias como las primitivas. Me importa insistir, sobre todo, en que es totalmente independiente de la insuficiencia cardíaca. No faltan, desde luego, combinaciones de las tres for-

mas de edemas, pero se encuentran con bastante frecuencia las que hemos descrito, en estado de pureza.

¿Es posible admitir que estas tres formas de edemas tengan la misma patogenia?

En lo tocante á la patogenia del edema nefrítico, hay varias opiniones. Una de estas opiniones parte de las determinaciones concluyentes de Widál y Strauss, según las cuales el cloruro de sodio aumenta los edemas; supone una impermeabilidad del riñón para el cloruro de sodio, el cual, al retenerse, obra reteniendo agua por su acción osmótica de modo que, en último extremo, la causa del edema es la retención de sal. Aunque los hechos de observación en que se basa son incontrovertibles, esta teoría ha perdido hoy mucho de su valor. Se observa con demasiada frecuencia que las relaciones entre el edema y el cloruro de sodio no se ajustan á las leyes de la ósmosis. Aquí les presento á ustedes las tres formas más frecuentes de retención de cloruro de sodio en los nefrópatas.

de que no es precisa en absoluto la colaboración del riñón, de que más bien es la lesión extrarrenal la que se basta por sí sola para dar lugar al edema. Los análisis de la sangre demuestran que, en efecto, tales edemas se presentan á veces en los enfermos del riñón; en estos casos no existe hidremia, sino que, por el contrario, puede existir hasta una condensación de la sangre á consecuencia del flujo de agua hacia los tejidos. Estos edemas puramente extrarrenales son indudablemente muy raros.

Más frecuente es que coincida el trastorno del riñón (con sus consecuencias por lo que se refiere á las retenciones de agua y de sal), con una alteración extrarrenal, según he podido yo demostrar en experimentos en animales en aquellas formas de nefritis experimental que más se asemejan á la nefritis edematosa humana, las nefritis por el urano.

Si partiendo de estos datos se plantea ahora el problema de qué patogenia podemos admitir para las tres



Reservado al grabado que ha de ilustrar este artículo.

Tan pronto recibamos del autor el grabado, se reproducirá y enviará á nuestros suscriptores, y podrán fijarle fácilmente en este lugar.

Proyección: En azul, la cantidad de líquido ingerido; en amarillo, la cantidad de orina; arriba, en rojo, la cantidad de cloruro de sodio ingerida; en azul, la cantidad eliminada de la misma substancia.

En la primera forma se retiene el cloruro de sodio á consecuencia de las lesiones arterioesclerósicas de los vasos renales finos. En la segunda forma existe edema; la retención se produce por mecanismo extrarrenal con aumento del peso y aumento del edema. En la tercera forma, la capacidad de los conductillos para eliminar el cloruro de sodio se encuentra tan reducida, á consecuencia de las lesiones de todo el riñón, que la sobrecarga de sal no puede ser eliminada. En estos casos no es preciso que existan edemas. Resulta, que en dos de estas tres formas, ni hay edema ni se presentan, á pesar de la retención del cloruro de sodio.

Como ustedes ven, no es el cloruro de sodio el que mediante su retención da lugar al edema, sino que la condición previa indispensable es la propensión del cuerpo á los edemas ó, dicho de otra manera, una modificación biológica de los capilares ó de los tejidos, en que se presenta el edema. Esta convicción ha llevado al criterio, representado principalmente por Volhard,

formas clínicas de edemas que acabamos de describir, la respuesta resulta muy sencilla para la tercera forma, la que se encuentra en las fases terminales, sobre todo de la retracción renal. No cabe duda de que es muy principalmente de origen renal y que está determinada por la retención de agua y de sal. Esto demuestra la presencia constante de insuficiencia renal, la retención en la sangre y la imposibilidad de aumentar el edema de un modo apreciable por la adición de cloruro de sodio.

Más difícil es hacer la diferencia de las otras dos formas. Ambas sufren un aumento muy notable por la administración de cloruro de sodio; sin embargo, en una de ellas, la que generalmente acompaña á la nefrosis, falta la insuficiencia renal de una manera puede decirse que constante; ni siquiera es preciso que exista un trastorno apreciable de la función renal. De modo que el factor renal es muy poco importante en estos casos y hasta puede faltar por completo. El edema de esta forma tiene grandes analogías con el edema por inanición, en el que tampoco participa el riñón para nada. Sin embargo, con arreglo á las investigaciones modernas tampoco debemos suponer que en éste se en-

cuentran los riñones perfectamente normales, en cuanto á su función, pues por lo menos por lo que se refiere al cloruro de sodio puede ocurrir que resulten «menos permeables» que los normales.

La última forma de edema, la que se presenta sobre todo en las nefritis inflamatorias agudas y subagudas, está combinada muchas veces, aunque ello no sea imprescindible, con insuficiencia renal. De todos modos, la alteración funcional del riñón es siempre mucho más marcada que en los edemas de la nefrosis.

Por último, en la composición del líquido de los edemas se encuentra una diferencia muy interesante. El edema de las nefritis agudas inflamatorias contiene una gran cantidad de albúmina, en cambio el de la nefrosis contiene poca. Esto pudiera hacer pensar que el edema de los nefríticos procede de un proceso más bien inflamatorio de los vasos ó de los tejidos. El carácter agudo de este edema está de acuerdo con este modo de pensar y lo mismo su localización electiva, su tensión y el dolor de que algunas veces se acompaña.

(Se concluirá.)

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

Los trabajos experimentales de Mac Carrison, de Kellaway y otros (2), han demostrado la extremada sensibilidad de las cápsulas suprarrenales frente á un régimen alimenticio que carezca de vitaminas, en particular del grupo de las neurotropas (antineuríticas ó antiberibéricas); sensibilidad que se manifiesta en un primer período, y en gran medida, con una hiperactividad ó hipertrofia de la medula suprarrenal, como si se tratara de una hiperfunción compensadora de la deficiencia de las hormonas exógenas.

Recordemos, por otra parte, la acción que ejercen ciertos aminoácidos, por ejemplo, el triptófano, sobre el organismo, comparable, en parte, á la acción de la adrenalina.

No olvidemos tampoco que la pelagra, que nosotros consideramos como una típica enfermedad por carencia, relacionada con el monofagismo maldico, por el cual se introducen en el organismo alimentos que carecen de ciertos aminoácidos, presenta un síndrome extraordinariamente parecido en algunos síntomas con las lesiones profundas de las cápsulas suprarrenales.

Mas las relaciones entre las vitaminas y las hormonas adquieren extraordinario relieve cuando consideramos cuáles son los materiales alimenticios más ricos de vitaminas, cuáles son sus caracteres y cuáles las razones biológicas de este almacenamiento, de esta riqueza potencial de energías.

Aunque nos falten todavía muchas comprobaciones de carácter químico, ejerce, sin embargo, una gran sugestión la

hipótesis, avalorada empíricamente por muchos datos, de que las sustancias del grupo de las vitaminas estén ligadas con los tejidos jóvenes, en pleno crecimiento ó en potencialidad de crecimiento, como pasa con los embriones, y hasta que constituyan la condición *sine quan non* de todo crecimiento orgánico.

Substancias muy ricas en vitaminas son, en efecto: los huevos, los granos completos de los cereales, las legumbres; desde luego, la leche; los jugos de las frutas frescas, las naranjas, los limones; en menor grado, las cebollas, las patatas. Mas la leche es el alimento preparado por la Naturaleza para la alimentación del recién nacido: emulsión de grasa especial en una solución de galactosa—un hidrato de carbono—y de caseína—una sustancia proteica—con sales; especie de continuación del vitellus del huevo, rico en fermentos y en materiales peculiares, que una composición sintética—muchas veces intentada—no puede reproducir y que se pierden si la leche es sometida en cierto grado á las acciones físicas ó químicas. Los huevos encierran el embrión mismo del animal (en el caso corriente, el embrión del pollo ó de las aves de corral) rodeado por el vitellus y por las membranas, con sus materiales nutritivos, con su albumen, ricos todos en proteínas, en lecitinas, en lipoides fosforados, en vitaminas. Los granos de los cereales, las semillas de las legumbres—garbanzos, judías, lentejas, guisantes, etc.—, ¿son, acaso, otra cosa más que los embriones de estos vegetales, rodeados por sus complejos materiales nutritivos? Y los frutos todos, ¿no son esto mismo? Los bulbos de las cebollas, ¿no son acaso á modo de órganos de nutrición de la planta, directamente desarrollados desde las semillas y todavía constituidos por sus mismos materiales y casi diríamos que impregnados por sus propios aromas? Las patatas desempeñan esta misma función; representan, bajo otra forma, este mismo órgano, almacén de materiales nutritivos, capaz al propio tiempo de energías actividades sintéticas á partir de los elementos que le ofrece el terreno.

Son de grandísimo interés á propósito de estas sustancias activadoras del crecimiento, las investigaciones de Osborne y Mendel (1), las de Hopkins y Neuville (2) y otros acerca de la eficacia de limitadísimas cantidades de leche y hasta de manteca sola, extraída de la leche, añadidas á una dieta artificial ó sintética, para provocar el crecimiento de los jóvenes animales de experimentación. Igualmente sugestivos son los ensayos de Carrel (3) acerca del crecimiento de los tejidos aislados en sueros frescos de animales. Si estos sueros, ó mejor, el plasma hemático completo, proceden de un animal adulto, las células del tejido aislado se mantienen vivas, pero no se reproducen. Si el plasma procede de la sangre de un animal muy joven, en pleno desarrollo, el tejido crece vigorosamente. Luego hay en el organismo del animal joven alguna sustancia ó una propiedad inherente á ciertas estructuras moleculares que no existe ó ha perdido su actividad en los organismos adultos, y que empuja, estimula, excita ciertas actividades celulares.

Las vitaminas de Casimiro Funk, *nutraminas* de Abderhalden, deben considerarse como materiales probablemente identificables ó muy parecidos por sus caracteres bioquímicos á los ácidos aminados, imprescindibles para la construc-

(1) Véase Journal of Biolog. Chem., ts. XV, XVI y XVII 1913-1914, páginas 311, 423 y 400, *The relation of growth to the chemical constituents of the diet.*

(2) Véase Journal of Physiol., t. XLIV, 1912, pág. 425, y Biochem. Journ., 1913, VII, pág. 97.

(3) Véase Journ. Amer. Méd. Ass., t. LV, pág. 32, 1911, *Artificial stimulation and inhibition of the growth of normal and sarcomatous tissues.*

(1) Véase el número anterior.

(2) Proc. Royal Soc., Londres, 1920, 91, 103 y 1921, 96, 6.

ción sintética de los protoplasmas y dotados, además, de propiedades específicas ó de peculiar afinidad para la actividad celular de los diferentes tejidos y órganos. En este sentido, y en cuanto las vitaminas ó nutraminas son indispensables á la actividad de los tejidos endocrinos, pueden indicarse también con el nombre, ya propuesto hace años, aunque en distinto sentido, por Pacchioni, de *prehormonas*. El ciclo vital se cumple, por tanto, en virtud de acciones y reacciones recíprocas entre las prehormonas introducidas del ambiente exterior, las hormonas reguladoras del equilibrio del medio interno, las gonhormonas fijadoras de las cualidades de este medio interno, en las células de las glándulas sexuales (gonadas) y las harmozonas constructoras del equilibrio morfológico del embrión y del nuevo organismo.

*
* *

Otro problema de extraordinario interés es el de los límites anatomofisiológicos del tejido endocrino, ó, mejor dicho, de los tejidos dotados de actividades endocrinas. La sistematización de estas actividades, desde el punto de vista bioquímico, en órganos determinados, como el tiroides, las suprarrenales, la hipófisis, las glándulas sexuales, no excluye la existencia de una actividad potencial difusa, principalmente del *tejido adiposo*, del *tejido conectivo*, del *tejido linfóide* y del *tejido de la neuroglia*.

Si se tienen en cuenta las diferencias, á veces muy marcadas, en el comportamiento de las reservas de grasa durante los diversos procesos morbosos, se adquiere el convencimiento de que el metabolismo de la grasa es mucho más complejo de lo que esquemáticamente se ha creído, y obedece á factores más íntimos que los de las combustiones de compensación reguladas por la cantidad de los alimentos ingeridos y asimilados.

Bastará recordar, como ejemplo más demostrativo, y por las complejas relaciones de la glucemia y de la glucosuria con las reservas adiposas del organismo y con los órganos endocrinos reguladores del metabolismo de las grasas, el progresivo adelgazamiento de los diabéticos, á pesar de la polifagia y polidipsia, sobre todo en los casos de lesiones precoces del páncreas, que, conforme á la doctrina de Pi y Suñer, interviene constantemente en la patogenia del proceso diabético. En nuestro entender, no se ha atribuido suficiente importancia, en las diversas teorías que intentan explicar esta patogenia (von Noorden, Falta, Porgés, Allen, Minkowsky, Meyer, Carracido, etc.), á la capacidad de la célula adiposa, ó, cuando menos, de algunos territorios de tejido adiposo, para la formación de los cuerpos grasos desde los hidratos de carbono. No es improbable que la hiperglucemia y la glucosuria, expresión de una falta de aprovechamiento de los hidratos de carbono para la asimilación, dependan precisamente, bajo la influencia primordial de las hormonas pancreáticas, y, en segundo término, de las alteradas correlaciones funcionales con las cápsulas suprarrenales, con el tiroides y con las glándulas sexuales, de la incapacidad para la transformación de las agrupaciones moleculares de los carbohidratos en agrupaciones de mayor potencial energético, aunque al fin y al cabo constituidas igualmente de átomos de carbono, de hidrógeno y de oxígeno, como son las grasas neutras, los ácidos grasos y algunos lípidos, como los esteroides, entre ellos la misma colestestina ($C_{27}H_{44}O$) (1).

Ya recuerda Pende que muchas células adiposas elaboran, como ha demostrado Ciaccio, lípidos muy semejantes á los de las glándulas endocrinas. Esta actividad específica

es quizás más evidente, ó se ejerce en un grado más acentuado, en ciertos territorios del tejido adiposo, ya designados por Cramer con el nombre de «glándula lipóide», ó más propiamente «órgano adiposo glandular», que comprende la «glándula adiposa interescapular» de Bonnot, y las masa grasientas, muy vascularizadas, propias de la región paratiroides del cuello en general, de la axila, del mediastino, de la aorta torácica y abdominal, del riñón, etc.; formaciones quizá primaria, respecto al tejido adiposo subcutáneo ó intramuscular, y derivadas, como hace observar Novoa Santos, de esbozos primitivos, respecto al desarrollo ontogénico procedentes de células mesodérmicas en realidad bien poco distintas de las que constituyen el tejido conectivo en general.

En lo que atañe á los órganos linfoides, es un hecho indudable que presentan relaciones morfológicas y fisiopatológicas íntimas con las glándulas endocrinas.

Baste recordar la importancia de la hiperplasia de los órganos linfáticos en los principales síndromes endocrinos, como en la enfermedad de Addison, en la de Basedow, en la acromegalia, en el hipogenitalismo.

Las pesquisas de Marfori, de su discípulo Chistoni, de Novoa Santos, tienden á demostrar la existencia de un principio que Marfori indica con el nombre de *linfoganglina*, que poseería acciones diametralmente opuestas á las de la adrenalina sobre el corazón, los vasos, las coronarias, la pupila y los músculos lisos en general.

Buen número de observadores admite una secreción interna del bazo, de tipo inhibitorio sobre la eritropoyesis medular. Una hiperfunción esplénica produciría, en tal caso, una hipoglobulia ó eritropenia; una hipofunción esplénica determinaría una policitemia.

Pende recuerda á este propósito los trabajos de nuestro discípulo Jiménez Asúa sobre la intervención de la fibro, adenia involutiva, característica del parénquima esplénico en la enfermedad de Banti, en la determinación de la anemia que acompaña á esta enfermedad, y las observaciones del mismo autor, confirmadas recientemente por otros acerca de la coexistencia clínica de las esplenomegalias primitivas con otras anomalías endocrinas (genitales, por ejemplo).

La misma cuestión (Pende, I, 14) queda abierta á propósito de los elementos celulares diseminados en toda la mucosa gastrointestinal, bien estudiados en estos últimos tiempos por Ciaccio, por su discípulo Pavon y por Masson, y designados por aquél con el nombre de células enterocromafinas por sus afinidades para las sales de cromo.

Achúcarro puso una cuestión parecida, más sugestiva si cabe, por la elevada jerarquía del órgano, en cuanto atañe á la neuroglia, y los trabajos ulteriores de Del Río Hortega, de la escuela de Cajal y de otros investigadores extranjeros tienden á confirmar la genial intuición de nuestro malogrado compañero.

Más difícil es definir con exactitud los límites de la función endocrina del tejido conectivo. Paréceme indiscutible que debe hoy ya rechazarse por completo la interpretación del tejido conectivo como órgano de sostén.

La formación en el tejido conectivo de elementos celulares emigrantes y la actividad peculiar del conectivo perivascular, recientemente definida por los trabajos de Cesaris Demel en el proceso de la «endiapédesis», que consiste en la penetración de elementos celulares procedentes del conectivo perivascular al interior de los vasos; la formación de los monocitos, que nosotros consideramos como hemohistiocitos procedentes de células hemohistioblásticas, entre las cuales se pueden comprender los fibroblastos, los clasmotocitos de Ranvier, etc.; la producción de las células cianófilas de Ca-

(1) Véanse los trabajos de Ulzer y Klimont, Ubbelohde, Leathes, Bangs, Bloor, Gies y Rosebloom, Smedley y otros muchos.

jal ó células plasmáticas y de las mismas células cebadas, procedentes, al parecer, según las recientes investigaciones de nuestro amigo Jiménez Asúa, del elemento linfocitoide indiferenciado del tejido conectivo, demuestran que este último está dotado de una capacidad citogénica extraordinariamente rica y variada, capaz, á su vez, de enriquecer y modificar el medio interno, á saber: el plasma intersticial y el plasma hemático, por verse en este último los productos de la actividad diastásica de todos estos elementos celulares.

La primera y la más elemental de las propiedades del tejido conectivo, en cuanto órgano modificador del contenido celular de la sangre, consiste en su intervención evidente en las variaciones de la cantidad de líquido. Es más: nosotros pensamos que la misma acción indirecta de la glándula pituitaria sobre la regulación de la diuresis en el organismo humano y de los mamíferos, y, por tanto, sobre el contenido de agua en la sangre y la eliminación de la misma por el riñón (diabetes insípida), se verifica en realidad por intervención del tejido conectivo, cuya intervención es también evidente en los estados de macrosomía (acromegalia, etc.) relacionados con lesiones hipofisarias.

La presencia ó el aumento de los monocitos azurófilos, que es alteración constante de la sangre, desde el punto de vista morfológico, en los trastornos endocrinos, debe interpretarse, á nuestro entender, conforme á las primitivas intuiciones de Marañón cuando ensanchó el significado de la mononucleosis del hipertiroidismo y la interpretó como una reacción general del organismo ante los estímulos anormales de la hiperactividad endocrina, como una modificación del contenido leucocítico de la sangre por efecto de un proceso de endiapedesis, esto es, de la penetración de elementos celulares procedentes del conectivo intersticial perivascular al interior de los capilares y, por tanto, de la sangre.

*
* *

No hay quizá ningún problema que preocupe tan hondamente el espíritu de los estudiosos de las cuestiones biológicas como el problema de la herencia. Están comprendidos en él todos los problemas secundarios (secundarios, relativamente, á la gran cuestión que los envuelve, y, sin embargo, cada uno de ellos extremadamente importante), inherentes á la transmisión de los caracteres, á las modificaciones que las especies vivas adquieren á lo largo de su existencia histórica sobre la tierra, á la transmisión hereditaria de estos caracteres adquiridos, á la fijación de ciertos caracteres patológicos transformados luego en variaciones constitutivas de variedades ó razas, á la constitución bioquímica y morfológica del substratum celular, al que está ligado el fenómeno de la herencia, y, en suma, á todo ese conjunto de hechos que han creado en estos últimos veinte años, á expensas de la perseverante labor crítica que siguió al período darwiniano, una ciencia nueva: la «Genética».

La importancia biológica del problema de la herencia no es menor, si se la considera desde el punto de vista patológico. Los patólogos, los clínicos, se preocupan, desde el primer momento en que enfocan un problema diagnóstico, de fijar con exactitud, con la mayor exactitud consentida por estas rápidas observaciones, los caracteres hereditarios de la persona que está sometida á su examen.

Durante la segunda mitad del siglo XIX tuvieron un gran predominio los trabajos morfológicos, y esta preocupación de los hechos morfológicos en lo que atañe á los fenómenos y leyes de la herencia culminó con los ensayos, que constituyen una de las piedras sillares del pensamiento científico del siglo XIX, publicados por Weismann alrededor de los

años 1882 á 1890, acerca de la herencia de los caracteres adquiridos.

La expresión más interesante de esta natural, explicable desviación del pensamiento filosófico, biológico, acerca del problema de la herencia, durante los cincuenta años últimos del siglo XIX, consistió en las tentativas de la transmisión de caracteres obtenidos por medio de mutilaciones de animales y de seres vivos, en general.

El punto débil de los ensayos sobre las mutilaciones consiste, para expresarlo en términos esquemáticos, en que el órgano ó el miembro ó, en suma, la parte del cuerpo suprimida, debe ser forzosamente de escasa importancia para la economía; de otro modo, el individuo perece.

Cuando la mutilación es de tal índole que el individuo no perece, la supresión del órgano, del miembro ó de la parte del cuerpo lesionada, mutilada, no se refleja en modo alguno, cuando menos, de una manera rápida é intensa, en el equilibrio de ninguno de los dos mecanismos coordinadores, á saber: el sistema nervioso y el sistema hormonal.

Que no se refleja en el sistema nervioso está suficientemente demostrado por el hecho bien conocido á que se refiere, por ejemplo, Turró en sus *Orígenes del conocimiento*, y que yo mismo recordaba en mi discurso de recepción en esta Real Academia sobre «La intuición de la verdad», á saber: que en los centros cerebrales continúan persistiendo las imágenes, incluso las imágenes sensoriales, á más de las cenestésicas que correspondían, por ejemplo, al miembro amputado, y que actualmente corresponden, como localización periférica, al muñón.

Si no hay un reflejo, una repercusión en el sistema nervioso, y si el reflejo endocrino es también escaso y tardío, como corresponde á un órgano ó á una parte del cuerpo que fisiológicamente no está dotada de una específica actividad diastásica y de una función peculiar en el equilibrio hormonal del organismo lesionado, la mutilación no produce huela en el plasma germinativo.

No puede, pues, comprobarse, y probablemente no existe, una transmisión hereditaria de los caracteres morfológicos adquiridos, esto es, de las dismorfias; pero sí existe, en cambio, una transmisión hereditaria de los caracteres bioquímicos en cuanto atañe al metabolismo y al equilibrio endocrino, esto es, de las distrofias.

Esta conclusión, que tiene, á nuestro entender, un gran alcance en Biología, puede someterse á comprobación, cotejando su contenido teórico genérico con los hechos concretos que atañen á grupos determinados de procesos morbosos, y precisamente de alteraciones del equilibrio endocrino y de enfermedades de la sangre, entre ellas, principalmente, las que yo he indicado y descrito hace tiempo con el nombre de Hemodistrofias.

La teoría de De Vrie sobre las mutaciones nos interesa en extremo desde el punto de vista de la Patología humana, porque, como indicaré más adelante, yo tengo por evidente que en la determinación de las variaciones individuales, y aun colectivas, de la especie humana, ha tenido históricamente una gran importancia el ataque de los virus, y que la especie humana ha visto desviar su tipo normal como consecuencia de las alteraciones bioquímicas determinadas en los organismos vivientes por las enfermedades infecciosas (que, naturalmente, hemos de considerar como mutaciones, en el sentido de De Vrie), fijadas luego por las leyes de la herencia en lesiones anatomopatológicas, en modificaciones estructurales ó somáticas.

Estas variaciones bioquímicas y su fijación por la herencia se presentan muchas veces á consecuencia, como he dicho, de las enfermedades infecciosas, las cuales deben, por tanto,

considerarse como factor de mutación hereditariamente transmisible en la especie humana.

Entre los factores etiológicos de las mutaciones, prescindiendo, claro está, de dar á esta palabra «mutación» un sentido naturalístico unido con el criterio de la especie, sino otorgándole el significado de una desviación considerable, aunque meramente bioquímica, pero brusca, del equilibrio de la especie en su tipo normal, uno de los agentes más importantes, es seguramente la infección sifilítica. Lo es también la infección tuberculosa; mas la infección sifilítica, en la etiología ancestral de las hemodistrofias, por ejemplo, ocupa un lugar extraordinariamente importante.

Bibliografía.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LA INFANCIA (DOCTRINA Y CLÍNICA), por el Dr. Enrique Suñer y Ordóñez, catedrático por oposición de Enfermedades de la Infancia en la Universidad de Madrid. Obra premiada por la Real Academia Nacional de Medicina con el "Premio Rubio". Segunda edición considerablemente aumentada y corregida.

Tres magníficos tomos en excelente papel y con infinidad de fotografías en negro y en colores de los casos más interesantes de su clínica, Edición Calpe.

La aparición de una obra en su segunda edición, fruto de la labor perseverante de un eminente especialista como la que nos ocupa, es un verdadero acontecimiento. Ya era hora que los maestros de la Medicina española dieran á luz el fruto de su saber, y cuando se trata de un trabajo hecho con materiales propios, pensado y razonado concienzudamente y contrastado por la experiencia clínica, nuestra satisfacción es infinitamente mayor.

Tenemos grandes maestros que pueden competir y en muchas ocasiones aventajar á los extranjeros, y es muy de aplaudir que los alumnos y los médicos aprendan en obras nacionales que aventajan por muchos motivos á las traducidas de otros idiomas que no están adaptadas á nuestra manera de ser, á nuestras costumbres, á nuestra étnica, pues los tratamientos, las dosis, etc., etc., varían mucho de otros países que no tienen nuestra característica.

El Dr. Suñer, que es un catedrático á la moderna, es eminentemente minucioso y hace las cosas á conciencia, qué de extrañío tiene que su obra sea notabilísima y que haya merecido ser premiada por la Real Academia Nacional de Medicina; es sin disputa la mejor obra de enfermedades de los niños que se ha publicado en español y mucho mejor que muchas extranjeras que andan en manos de los alumnos.

Por mis aficiones y por el cargo que ocupo hace muchos años he procurado leer casi todas las obras de enfermedades de los niños que se han publicado desde cuarenta años á esta parte, y repito, ninguna me ha satisfecho como ésta. Con gran claridad ha consignado su autor el progreso clínico realizado en los últimos años; así es que para la enseñanza de esta importantísima asignatura, tanto á los alumnos como á todos los médicos, puesto que la tercera parte por lo menos de los clientes de todo médico lo constituirán los niños, todos por tanto necesitan conocer á fondo estas materias, pues uno de los medios de contribuir á disminuir la mortalidad de los niños, es que los médicos, incluso los más modestos que ejercen en poblaciones de poca importancia, se transformen en preceptores para enseñar á las madres los rudimentos de la puericultura y sepan tratar las enfermedades de los niños, esos seres tan encantadores que son el germen de nuestra raza y precisa que sea robusto y sano y no se dé el caso tristísimo, como en mi larga práctica he visto, que no se les hacía ningún caso al niño, ni interesaban

sus sufrimientos, ni importaba su vida: «angelitos al cielo». No; el niño merece todos nuestros desvelos, y cuanto más impuesto esté el médico en estas disciplinas mejor podrá cumplir su admirable misión preventiva y curativa.

No he de hacer un análisis minucioso de esta obra; solamente expondré un sucinto resumen de su contenido.

En el primer tomo, de 568 páginas, trata de las Enfermedades típicas del recién nacido, después de exponer los datos anatomo-fisiológicos de aplicación á la Patología infantil.

Después estudia las enfermedades propias del niño de pecho. El problema de la mortalidad infantil, defensa contra ésta. La lactancia, etc., todo cuanto se refiere á la higiene del niño de pecho, á su alimentación en todas sus formas, etcétera, etc.; capítulos éstos interesantísimos y de imprescindible conocimiento á todos, pues es el fundamento del desarrollo normal del niño.

Estudia después las enfermedades del aparato digestivo. Enfermedades del estómago y de los intestinos. Enfermedades del hígado, del páncreas, del bazo y enfermedades del aparato uro-genital.

El tomo segundo, de 692 páginas, se ocupa de las Enfermedades del aparato respiratorio. Enfermedades del aparato circulatorio. Endocrinopatías y distrofias. Cápsulas suprarrenales. Síndromes pluriglandulares. Enfermedades distróficas. Enfermedades del sistema nervioso. Enfermedades orgánicas del sistema nervioso central y periférico. Alteraciones circulatorias cerebrales. Ataxias infantiles. Todos estos importantísimos capítulos tratados de mano maestra y con grandísima claridad.

El tomo tercero, de 922 páginas, continúa las Enfermedades del sistema nervioso, neurosis y psicopatías estudiadas con gran detenimiento; después entra en el estudio de las Enfermedades infecciosas, empezando por la tuberculosis, parte ésta de las más interesantes de la obra, tanto en su parte médica, como en la quirúrgica. Después entra en el estudio de las fiebres eruptivas, poniendo de relieve las últimas adquisiciones y conquistas de la Ciencia en el estudio de estas dolencias. Estudia después las Enfermedades de los ojos, tan frecuentes en los niños, y termina el tomo con un estudio de las principales enfermedades cutáneas y parasitarias que se observan en la infancia.

Por esta sucinta idea se puede formar juicio de la extensión de la obra. Todos los asuntos son tratados de mano maestra; por el esfuerzo que representa esta labor, felicito cordialmente á su ilustre autor, mi querido amigo, y me permito recomendar á mis lectores que no dejen de adquirir esta hermosa obra, que enseñará mucho á los alumnos y á los médicos les sacará de grandes apuros en el espinoso cuanto noble ejercicio de nuestra profesión.

Hago extensiva mi felicitación al editor Sr. Calpe, por el gusto artístico y el lujo como está editada esta obra.

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ.

Médico-jefe de la Inclusa, Colegio de la Paz y Asilo de San José.

Junio de 1922.

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Lipoma pediculado del esófago.** — El Dr. Poster V. Wisson publica el siguiente curioso é interesante caso clínico:

El Sr. S. V. J., de sesenta y dos años, se presentó en la

Clínica Mayo el 28 de Noviembre de 1921. Seis años antes, al toser, se le subió á la boca lo que parecía ser un pequeño tumor unido á la úvula. Se ingirió con facilidad el tumor, pero la garganta permaneció lastimada é hinchada, durante varios días. No sufrió más trastornos, hasta tres semanas antes de presentarse para examen, cuando, después de una comida fuerte, sufrió náuseas y al vomitar expulsó un pedazo de tejido que era tan largo que proyectaba fuera de la boca. Se excitó tanto, que trató de despedazarlo con los dientes, pero la falta de éstos se lo impidió y por fin se ingirió de nuevo el tumor. La garganta le molestaba y el aliento fué muy fétido, durante algunos días consecutivos á este acontecimiento. Una semana después, expulsó de nuevo el tumor, pero lo ingirió con facilidad comparativa. No se le produjo disfagia en ninguna ocasión.

El 30 de Noviembre, con la ayuda del esofagoscopio introducido sin anestesia, observamos el origen de un tumor pediculado, en la pared derecha del esófago, precisamente debajo del introito; el pedículo tenía un diámetro aproximado de 1 centímetro. No se trató de sacar el tumor de la boca. Una semana después, acabando de tomar desayuno, se le provocó un vómito al paciente y le salió el tumor. Se extendía 11,5 centímetros más allá de los dientes incisivos, fuera de la boca. El extremo medía 6,5 centímetros de circunferencia, volviéndose más pequeño hacia la base. Era bastante firme y estaba cubierto de mucosa normal, con excepción de una pequeña área ulcerada, cerca del extremo.

Consideramos la extirpación, por medio del asa y del galvanocauterio por vía bucal, pero debido á la elevada inserción, nos pareció mejor incindir el esófago en el lado izquierdo del cuello y extirpar el tumor. El Dr. Judd verificó la operación el 7 de Diciembre, presentando estas notas sobre ella:

Se hizo que el paciente vomitase el tumor fuera de la boca, antes de la operación, puesto que temíamos encontrar alguna dificultad al tratar de localizar la base. Infiltramos el cuello, de acuerdo con la técnica de Allen, empleando procaina al 0,5 por 100. Verificamos la inyección, en la porción media y posterior del músculo esternocleidomastoideo izquierdo. Practicamos una incisión de unos 13 centímetros, á la largo de la porción anterior de dicho músculo, extendiéndose desde 2,5 centímetros por debajo de la apófisis mastoides, casi hasta la articulación esternoclavicular. Seccionamos los tejidos por capas y retrajimos el músculo á la cara externa. Al llegar abajo, á la cápsula del tiroides, retrajimos esta glándula con suavidad hacia adentro y empujamos la vaina y los vasos de la carótida, al lado externo del cuello. Seccionamos el músculo omohioideo y después de identificar el cartilago cricotiroides, buscamos el esófago enfrente de este punto, en forma muy semejante á lo que se hace en las operaciones por divertículos esofágicos, que casi siempre se desprenden en la fosita faringoesofágica. En el lado izquierdo, tuvimos cuidado de evitar el nervio laríngeo recurrente, pero no encontramos este órgano durante la operación.

Después de practicar una disección cuidadosa, hacia abajo al esófago, hicimos una incisión é identificamos la base del tumor. Aunque nos habíamos propuesto extirpar el tumor, desde abajo hacia arriba, decidimos entonces retraerlo á través de la herida. Ligamos la base y seccionamos el tumor. Suturamos la superficie cruenta sobre el muñón, con mucosa normal del esófago, y el mismo esófago, con dos hileras de catgut. La herida que se había ensuciado con la substancia regurgitada, se lavó cuidadosamente y la cerramos herméticamente, con excepción de una abertura que dejamos para un pequeño drenaje de goma. Luego cerramos

por capas los tejidos del cuello, suturando la piel con puntos dérmicos interrumpidos. No estaba invadido el mediastino y parecía seguro un pronóstico satisfactorio. El paciente cooperó bien y completamos el procedimiento sin ninguna dificultad.

La evolución postoperatoria fué absolutamente satisfactoria. El paciente no recibió nada por vía bucal durante ocho días. Se le alimentó por hipodermocclisis y proctocclisis. Soportó, sin vacilación, la falta de líquidos ingeridos. Quitamos el drenaje al cabo de setenta y dos horas y el cuello se cicatrizó sin infección.

Al cabo de una semana, cuando se administró agua en pequeñas cantidades, el paciente experimentó alguna dificultad al ingerir. Sin embargo, esto desapareció pronto y cuando, por fin, se le dió de alta á las dos semanas de la operación, sólo quedaban ligeros indicios de la disfagia. La longitud del tumor, después de extirpado, era de 22,5 centímetros. El examen microscópico reveló que se trataba de un lipoma simple.

Comentarios.—Rara vez se encuentran tumores benignos del esófago. Se han comunicado algunos casos de miomas y muchos de pólipos, pero la mayoría se descubrieron en la autopsia y no habían causado síntomas. Rokitsky comunicó un pólipo de 18,75 centímetros de largo, que produjo ligera disfagia. Al discutir los tumores benignos del esófago, varios autores han declarado que pueden presentarse lipomas, pero no se ha podido encontrar una comunicación de ningún caso de esta naturaleza. Jones comunicó un lipoma pediculado de la laringe, de 5 centímetros de diámetro, que se originaba en el repliegue aritenopiglotico y proyectaba en la boca. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1.º de Mayo de 1922.)

2. Carcinoma en un tiroides aberrante lateral.—Los Dres. Louis Greensfelder y Ralph Boerne comunican el siguiente interesante caso clínico:

B. K., mujer de cincuenta y cinco años, ama de casa, se presentó en el hospital, debido á una tumefacción en el cuello. Hacía cosa de año y medio que la paciente advirtió por primera vez un nódulo duro y pequeño en el lado izquierdo del cuello, como á una tercera parte de la distancia de la apófisis mastoides á la mitad de la clavícula. El tumor aumentó gradualmente de tamaño, hasta que alcanzó el de una nuez. En ninguna época existió el menor dolor ni sensibilidad. Casi durante un año el tumor retuvo precisamente las mismas dimensiones, aunque aumentando y disminuyendo de tamaño. Las fluctuaciones eran ligeras, y los intervalos entre ellas, irregulares. A veces el período de disminución era prolongado, y el de aumento, breve, y á veces lo contrario. En lo que sabía la paciente, las fluctuaciones no estaban relacionadas con ningún accidente ni hábito. En los últimos dos meses el tumor se había desarrollado rápidamente. La enferma ofreció voluntariamente la información de que la proliferación parecía proceder de la periferia de la tumoración, como si se desarrollase en los tejidos normales adyacentes del cuello. Este desarrollo se acompañaba de una «sensación de tirantez», pero sin ningún dolor preciso. No había habido ningún síntoma orgánico; la paciente comía y dormía bien, no había perdido peso y continuó sus numerosos quehaceres, como dueña de casa y madre de tres hijos, hasta la fecha de su ingreso en el hospital. No había disfagia, ni disnea, ni trastornos del habla; en resumen, no se produjo ningún síntoma subjetivo, aparte de la ligera sensación de «tensión» ya mencionada.

Siempre había estado bien, y excepto al sufrir una lesión en el ojo derecho hacía ya muchos años, jamás había consultado á un médico. No había historia de traumatismo cer-

vical. Había tenido seis hijos, tres de los cuales sucumbieron en la infancia por alguna causa desconocida, hallándose los otros tres vivos y bien. Había pasado la menopausia diez años antes.

Una hermana sucumbió de cáncer gástrico; por lo demás, los antecedentes familiares no tenían ninguna relación con el caso.

Exploración física.—La paciente se hallaba bastante bien desarrollada y descansaba tranquilamente en cama, sin ningún dolor ni molestia aparente. Le faltaban todos los dientes, aparte de tres molares que se hallaban en mal estado. Ambas amígdalas se hallaban ligeramente hipertrofiadas. Por lo demás, la exploración física no reveló ninguna desviación de lo normal, tratándose de una mujer de su edad, con excepción de que en el lado izquierdo del cuello existía un tumor de unos 9 centímetros de largo, por 5 centímetros de ancho y 30 milímetros de alto, situado en la línea media de la cara lateral del cuello. El reborde superior se hallaba á unos 4 centímetros abajo del trago auricular; el tumor se extendía hacia abajo y adelante. Era redondo, muy duro y ligeramente nodular. No estaba adherido á la piel, sino que se hallaba fijo, precisamente á los tejidos subyacentes. El contorno era muy irregular y parecía invadir los órganos adyacentes, por proyecciones digitiformes. Los lóbulos y el istmo del tiroides parecían normales. No había ningún otro tumor palpable en el cuello ó espacios supraclaviculares. No existía adenopatía cervical ni supraclavicular. La reacción de Wassermann resultó negativa. El recuento sanguíneo reveló: hemoglobina, 75 por 100 (escala de Tallqvist); hematíes, 4.400.000, y leucocitos, 7.800, de los cuales 68 por 100 eran neutrófilos polimorfonucleares; 22 por 100, pequeños mononucleares; 8 por 100, mononucleares grandes, y 2 por 100, células de transición. La presión sanguínea era 112 milímetros de mercurio, sistólica, y 75, diastólica, igual en los dos lados. La orina era normal, aparte de ligeros indicios de albúmina. El pulso, temperatura y respiración eran normales.

Se hizo un diagnóstico de posible malignidad, cuyo origen y naturaleza no pudieron determinarse. Recomendamos la operación.

Operación y resultados.—El tumor se circunscribió por una amplia incisión á través de la piel y de la aponeurosis superficial. Se incindió el músculo esternocleidomastoideo. Se disecó con cuidado la porción superficial del tumor; parecía que la base se extendía profundamente en los órganos del cuello. Se descubrieron indicios de una línea de clivaje; pero no pudo seguirse, pues se había desintegrado el tumor en muchos sitios. Expusimos la yugular interna, á la que se hallaba unido muy íntimamente el tumor. Como medida de precaución colocamos pinzas recubiertas de goma sobre la vena, más arriba y más abajo del tumor, disecando éste con todo cuidado, por disección directa, lo que por fin logramos sin lesionar la pared vascular. El tumor se extendía hasta la vaina carotídea, pero no parecía afectar los músculos; se disecó luego por disección directa y roma. Extirpamos, por separado, varias proyecciones más pequeñas del tumor. Luego escindimos varios pequeños ganglios indurados en el tejido cercano y en la vecindad de la glándula carotídea. No existía ninguna comunicación con el lóbulo lateral del tiroides. Los órganos restantes eran blandos, y, al parecer, habíamos extirpado todo el tumor. El hecho interesante fué que la vena yugular permaneció contraída, aun después de quitarse las pinzas y de restablecerse la permeabilidad. Su diámetro sólo era de la mitad de lo normal al cerrarse los tejidos sobre ella, por lo menos á los quince minutos de abrirse las pinzas. Reunimos los extre-

mos seccionados del músculo esternocleidomastoideo y cerramos la herida sin drenaje.

La paciente se curó sin contratiempo y abandonó el hospital á los catorce días, aunque quedando en volver para recibir roentgenoterapia intensa.

Informe patológico (por el Dr. O. T. Schultz).—Una tumefacción firme y dura de 6 por 4,5 por 1,5 centímetros; presentaba aspecto lobulado, hallándose separadas las bandas de tejido pálido por franjas de tejido más congestionado. Existían varios tumores separados que presentaban el aspecto de tejido tiroideo, en el cual había áreas pálidas más semejantes á los tumores mayores. Algunos de ellos no tenían tejido pálido, pero sí áreas calcificadas y coloideas.

Microscópicamente, el tejido pálido que constituía la tumoración principal se hallaba integrado por alvéolos muy apiñados de tipo tiroideo. Variaban de forma y tamaño; algunos eran macizos y no tenían luz, en tanto que otros tenían una luz muy pequeña y sin coloide en ella. En los alvéolos macizos las células epiteliales eran grandes, irregularmente poliédricas; en los otros alvéolos la luz se hallaba rodeada de una sola capa de epitelio, cuya altura variaba de cuboide bajo á alto. En las áreas macizas existía mucha variación nuclear. Había pocas mitosis. El tejido estaba atravesado por anchas franjas de tejido fibroso y espeso que estaba invadido por pequeños alvéolos sólidos, tumorosos. Una de las tumoraciones contenía coloides comprimidos llenos de folículos en un lado y de tejido tumoroso en el otro. Otro pequeño nódulo estaba formado únicamente por coloides que contenían tejido tiroideo.

El diagnóstico fué carcinoma del tiroides.

El diagnóstico de carcinoma del tiroides, que se hizo después de investigar un ejemplar extirpado, unido al hecho de que la tumoración no se hallaba unida en lo más mínimo al tiroides, nos hace creer que el carcinoma debe haberse originado del tejido tiroideo aberrante, en una posición lateral del cuello.

Las lecciones que nos enseña este caso y las lecturas que hemos hecho, debido á esto, son:

Los tiroides aberrantes laterales son más comunes de lo que se supone

Debido á esto, las hipertrofias unilaterales del cuello, y en particular las quísticas, deben hacer que el cirujano considere, entre otras posibilidades, la enfermedad del tejido tiroideo aberrante lateral.

La malignidad del tejido tiroideo aberrante lateral es sumamente rara.

Es muy probable que esté afectada la vena yugular ó que se lesione durante la operación, y debe asegurarse como procedimiento preliminar.

Ultimamente nos hemos interesado en los nervios simpáticos perivascuales, y, por consiguiente, observamos con interés que la vena permaneció contraída, después de disecarse el tumor y de quitarse las pinzas.

Para una reseña minuciosa de los casos hasta 1906, así como para una discusión de la embriología, referimos al lector á los trabajos de Madelung, Hinterstoisser y Schragger; este último, en inglés, abarca el asunto hasta 1906. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1.º de Mayo de 1922.)

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. ¿Puede considerarse el sistema capilar como un co razón periférico?, por el Dr. Eskil Kilyn.—En el año 1914 Hasebroek trató de demostrar que los vasos periféricos, arterias, venas y capilares cooperan, contrayéndose, al trabajo

del corazón, de modo que no son meros tubos elásticos, sino algo así como un corazón periférico. Desde hace pocos años, los estudios de la Fisiología y Patología de los vasos periféricos han concedido á éstos una importancia considerable, pues se ha visto que poseen un mecanismo regulador propio, de manera que estímulos mecánicos, físicos y químicos pueden hacer que se abran vasos que normalmente permanecen cerrados, en tanto que la presión á partir de las arteriolas no es capaz de hacerlos abrir. Del estudio de la morfología de los capilares en la piel del hombre, lo único que hasta la fecha se ha sacado en consecuencia es que las diferencias individuales son muy grandes, de manera que un solo examen no permite hacer deducción ninguna. Hay personas en las que los capilares son estrechos y largos y otras en las que son anchos y cortos (téngase en cuenta que estos estudios están hechos examinando al microscopio los capilares de la matriz de la uña en personas vivas). En ciertos individuos son rectos y en otros, más ó menos retorcidos, observándose de cuando en cuando formas en ocho. La rama venosa del asa capilar suele ser más gruesa y más retorcida que la arterial. Afirma el autor que examinando la matriz de la uña se ven capilares que se encuentran de nuevo á cada nuevo examen, aunque pasen años de uno á otro, de manera que se les podría dar el nombre de capilares principales y entre ellos se hace visible de cuando en cuando algún otro capilar que desaparece en un instante, de manera que no da tiempo ni á dibujarle. Estos capilares los denomina accesorios. Los capilares principales desaparecen alguna vez, pero casi nunca del todo; en cambio, sí se ve á menudo que en el comienzo de una rama arterial se forma un movimiento como de onda que atraviesa todos los capilares y coincidiendo con el cual aumenta el flujo de sangre. Si se pincha la piel se ve que los capilares principales se hacen muy gruesos, los accesorios se hacen bien visibles y hasta aparecen capilares de un tercer grupo que el autor llama capilares de reserva. En este momento se ve también que algunas combinaciones de capilares que simulaban anastomosis no lo son en realidad. Las conclusiones que se sacan de lo expuesto son: que algunos capilares están abiertos constantemente y que en éstos se ven movimientos peristálticos que hacen avanzar la sangre de las arteriolas á las venas.

La sospecha que saca Kylin de esta observación es muy importante. Hay enfermedades como la glomerulonefritis difusa en las que existe una hipertensión general, y ¿cómo se había de explicar esta hipertensión existiendo al mismo tiempo dilatación de los capilares, si al disminuir las resistencias periféricas lo que debía ocurrir es que la presión bajase? Pues se explicaría porque con la dilatación de los capilares desaparecerían las contracciones peristálticas de éstos y, por tanto, se perdería un manantial de energía muy importante para la circulación; la sangre se estancaría en los capilares y en las arterias y el corazón tendría que suplir con un esfuerzo de trabajo lo que los capilares no hacen. En cuanto á la importancia del trabajo realizado por los capilares, no es, desde luego, nada despreciable, pues se ha visto cuando se producen las ondas peristálticas antes aludidas, que si un glóbulo rojo es sorprendido por dicha onda se deforma de una manera muy considerable, lo cual supone una fuerza grande y si se suma la de todos los capilares del organismo se alcanza una cifra muy elevada.

Como prueba de la importancia de los capilares presenta un caso en el que existía cianosis, sensación de frío, ligera hipoestesia y edema de la mano derecha. El autor pensó en la posibilidad de un obstáculo en las arterias pequeñas, á consecuencia del cual los capilares, perdiendo su contrac-

tilidad por deficiencia de nutrición y de oxigenación, se dejarían distender por sangre venosa que retrocediera. Sin embargo, colocando la mano algo más alta que el pecho del enfermo y haciendo compresión de la misma de la punta de los dedos á la raíz, observó que la cianosis disminuía y que se transformaba en un color rojo normal. Igualmente, la sensación de frío desaparecía y la sensibilidad se hacía nuevamente normal. De ello dedujo que no había obstáculo alguno en la circulación arterial, puesto que la circulación con la mano elevada no podía ser por retroceso de sangre venosa, ó que los fenómenos observados dependían exclusivamente de deficiencia de la contracción de los capilares, de modo que cuando se sustituía ésta con una compresión rítmica artificial, reaparecía la normalidad.

De confirmarse este papel de los capilares tendría mucha importancia para explicarse el edema en las nefropatías, pues toda dilatación capilar predispone al edema. (*Zentralblatt für Innere Medizin*, 6 de Mayo de 1922.)

OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Los falsos adenoideos, por A. Castex.**—Los principales tipos de falsos adenoideos, observados por el autor, son, por orden de frecuencia, los siguientes: 1.º Los niños de tres á cinco años, cuya nariz posterior, ó *cavum*, no ha adquirido todavía el tamaño que la corresponde normalmente. Al tacto faríngeo, se aprecia una insuficiencia de todas las dimensiones y que especialmente la bóveda está muy baja. Se comprende fácilmente que este *cavum* demasiado pequeño constituye un obstáculo para la respiración nasal y da al niño la apariencia de un adenoideo. Se observa esta variedad sobre todo en los niños raquíticos y según el autor los trastornos desaparecen poco á poco, á medida que la edad y el tratamiento general aseguran el desarrollo del *cavum*, que estaba solamente retardado. 2.º Una segunda variedad está representada por los niños linfáticos con mucosas espesas. Este espesamiento aumenta los cornetes, disminuye la espaciosidad del *cavum* y obstruye las trompas de Eustaquio; no hace falta más para constituir el tipo adenoideo, pero se trata en realidad de «linfatismo de las primeras vías respiratorias». 3.º Una tercera categoría está representada por los niños que tienen un tabique nasal demasiado voluminoso. 4.º Los casos de gruesos cornetes adosados al tabique, en ellos está indicada una operación por tratarse á menudo de sujetos mayores de doce años. 5.º Hacia la misma edad; la obstrucción nasal y la apariencia adenoidea pueden explicarse por la rinitis hipertrófica tan frecuente en los adolescentes. En ellos, no solamente la tumefacción de la extremidad anterior de los cornetes inferiores obstruye por una parte la fosa nasal, sino que además su cola, es decir, su extremidad posterior, se hipertrofia hasta el punto de obliterar las coanas. El niño no pudiendo respirar por la nariz, adquiere el tipo adenoideo. La resección de estos cornetes asegura la curación. 6.º Los niños dolicocefalos tienen á menudo la bóveda palatina muy elevada; como consecuencia, el diámetro vertical de las fosas nasales está disminuído. El labio superior descubre los dientes y el niño respira principalmente por la boca. El único servicio que puede hacer aquí el especialista es el no intervenir quirúrgicamente. 7.º Los heredosifilíticos presentan con frecuencia una atrofia del hueso intermaxilar; de ello resulta que sus arcadas dentarias no se tocan y su labio superior queda elevado. Algunos de estos tipos pueden combinarse en un mismo enfermo, formando un caso complejo que aumenta las dificultades diagnósticas. (*Bull. de l'Acad. de Medicine*, núm. 38, 30 de Noviembre de 1920).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Las bodas de oro del Dr. Espina.—Una expedición á las Hurdes.

El martes 20 se efectuó una fiesta simpática y verdaderamente conmovedora en la sala núm. 27 del Hospital General de esta corte.

La Diputación provincial hizo bien en amparar con su invitación y su iniciativa la fiesta, que tenía por objeto conmemorar la fecha de los cincuenta años de ejercicio profesional del que fué médico en aquella Sala, Excmo. Sr. D. Antonio Espina y Capo.

Dígame de nosotros lo que se quiera, los médicos, á lo menos los pertenecientes á las generaciones que han ejercido en el último tercio del siglo XIX y en el primero del XX, somos los únicos ó casi los únicos que como colectividad honramos públicamente y procuramos asegurar el homenaje de los venideros, en pro de los hombres que juzgamos que por su ciencia, su práctica venturosa ó sus sacrificios humanitarios, son dignos de la estimación de sus contemporáneos y del recuerdo de los venideros.

Ningún otro Cuerpo profesional puede exhibir solamente en la población de Madrid, por lo menos, ocho monumentos públicos en loor de médicos ilustres: Benavente, Rubio, Eugenio Gutiérrez, Sanmartín, Cortezo, Esquerdo, Espina y Cajal. No están ciertamente todos los que debieran estar, y quizás está alguno que no debiera; pero de toda suerte, es muy consolador el ver que á la loca convulsión iconoclasta de unos cuantos presuntuosos incipientes, responde serenamente el Cuerpo médico que se estima, mostrando su complacencia en honrar á los que le honraron.

Solamente en aquel viejo hospital, que tantos recuerdos tiene para los que en él hemos aprendido, ó procurado aprender el arte difícilísimo de la Medicina, solamente con dedicar en cada una de sus salas un sencillo monumento, como el ahora dedicado al Dr. Espina y ayer á Achúcarro, podría formarse un verdadero museo de celebridades médicas que despertara la emulación generosa de la juventud digna de ser joven, para seguir caminos de gloriosas investigaciones, de prácticas afortunadas, de sacrificios acreedores al humano agradecimiento.

Tan sólo entre los hombres que nosotros hemos alcanzado actuando en aquel templo de la ciencia y de la caridad, vienen á nuestra memoria, Escolar,

Leganés, Muñoz, Martín de Pedro, Esquerdo, Candela, Espina (D. Pedro), Capdevila, Benavente, Benavides, Castelo, y entre los vivos Madinaveitia, Huertas, Hergueta, Isla, Elizagaray y cien otros tan dignos de mención como éstos. Porque el Hospital provincial de Madrid ha desempeñado un papel relevante en la historia de nuestra cultura médica, acudiendo á la sustitución completa de la enseñanza clínica en épocas en que ésta se desatendió completamente por el Estado y á su complemento en todos los tiempos abriendo sus salas á pesar de mezquindades y hostilidades inconfesables en todas las épocas, pues en todas ha sido escasa y deficiente la enseñanza clínica de nuestra Universidad, cuándo por carencia de locales, cuándo por falta de consignación para el sostenimiento de los enfermos, cuándo por dificultades y expedientes para la provisión de las cátedras.

Pero volvamos al acto del martes último. La concurrencia á él fué numerosa, á pesar de las quejas por escasez de las invitaciones. Asistió numerosa representación de la Diputación provincial de Madrid, de la Real Academia de Medicina, de la Prensa y el Cuerpo Médico, de los discípulos, clientes y admiradores del Sr. Espina, dando todo esto al acto un carácter al propio tiempo que de solemnidad, de cordial sencillez que le hizo agradable á todos los concurrentes.

El protagonista visiblemente conmovido, no sabía cómo responder á las frases de alabanza, de justa lisonja y de cariñoso afecto de que estuvieron llenos los discursos pronunciados por los señores Cortezo, Castelo, Hergueta, Martín Salazar, alcalde de Madrid, presidente de la Diputación provincial, Dr. Codina y Dr. Espina, todos los cuales fueron muy celebrados y aplaudidos.

Coincidiendo con el viaje de información que espontánea y generosamente se ha impuesto S. M. el Rey, para juzgar por sí mismo del desolador estado de atraso y abandono en que se encuentra una comarca española, han llevado á cabo nuestros compañeros los señores Goyanes y Maraño otro viaje que completará seguramente los datos de investigación científica que en otros anteriores han allegado estos ilustres médicos en el estudio del bocio, del cretinismo y de otras taras degenerativas que se observan en aquella localidad.

¡Ojalá esta coincidencia del interés demostrado por el Jefe de la nación y del desplegado por los

ilustres representantes de la ciencia médica sea provechosa para los desventurados habitantes de aquella región y se traduzca pronto en mejoras administrativas y materiales, en reformas y empresas sanitarias bien inspiradas y en aportes de consuelo y de cultura á aquéllos espíritus abandonados.

Ufanémonos una vez más de la intervención espontánea de los médicos en tales empresas como la del mejoramiento de Las Hurdes, que además del recuerdo tradicional de virtuosos sacerdotes que como el obispo de Plasencia, Sr. Jarrín, y el señor Polo, trae á nuestra memoria la también antigua iniciativa del Dr. Velasco, del Dr. Bide, del Sr. Pulido y de los médicos titulares de la localidad, como el Sr. González de Castro, á los que hay que agregar hoy con todo aplauso los nombres de Goyanes y Marañón.

DECIO CARLAN

UNA INFORMACIÓN INCONGRUENTE

Bajo sobre y acompañada de una tarjeta personal del secretario de la Junta de Patronato y Defensa de los Médicos titulares, han recibido varios senadores y diputados un documento encaminado á llamar su atención sobre los defectos que los informantes encuentran en la *ley de bases para la profilaxia de las enfermedades evitables*, que como nuestros lectores saben, presentó el Gobierno al Senado, y tiene éste en activo trabajo de información previa y de dictamen para la discusión plenaria.

Debemos ante todo sentar dos afirmaciones: es la una casi inútil, por estar abonada por nuestra constante y tradicional costumbre y se reduce á decir: «que toda información, aun las referentes á asuntos que como el presente han sido mil veces estudiados y discutidos, nos parece no ya tan sólo respetable sino útil y provechosa».

La segunda afirmación, aun hecha públicamente, tiene cierto carácter confidencial y secreto, y es la de que dudamos mucho de que á pesar de los laudables intentos de los senadores médicos, del ministro de la Gobernación y de su cabeza visible el director de Sanidad, dudamos mucho decimos, que por el estado de nuestra política y por otras cosas menos visibles, la ley llegue á salir votada del Parlamento por ahora, y confesaremos, además, que distamos mucho de estar en absoluto acuerdo con todos sus preceptos, por más que la consideremos muy superior y preferible al modo de ser caótico y vergonzoso que constituye el estado de hecho de la Sanidad española.

¿Cómo entonces, se dirá, encontrar criticable una información, diciendo que todas las informaciones son provechosas y hallar nociva una hostilidad, un manejo ó una iniciativa encaminados á combatir una ley que no ha de ser ley y en la que se encuentran defectos todavía no señalados? Pues la cosa es muy sencilla, si-

quiera parezca inexplicable y paradójica. A nosotros lo que sobre todo nos interesa, especialmente en estos asuntos de pública naturaleza, es el concepto de seriedad y es el reconocimiento del decoro y la formalidad de los procedimientos en la clase médica española.

No se puede, á juicio nuestro, estar diciendo un día y otro día en la prensa, en las Academias, en la tribuna parlamentaria, en la organización por iniciativa particular de Congresos y Asambleas, de mítines y de propagandas ruidosas, que nuestro país está necesitado de una Legislación que regularice su vida sanitaria y que procure evitar las grandes desventuras de una mortalidad desproporcionada y la vergüenza de la existencia en sus cuadros estadísticos de enfermedades borradas ya de los de todas las naciones cultas y de la comprobación documental y triste de la decadencia de nuestra raza; no se puede, decimos, predicar y clamar en estos sentidos, para luego, al primer intento de organización sanitaria que por su sencillez y carácter fundamental no representa sino la *copelación* de lo convenido en la Legislación de todos los países, salir con movimiento, más ó menos efectivo de oposición y de protesta, dando lugar á que, una vez más, se diga lo que tantas veces hemos oído: «Estos médicos ni se entienden entre sí, ni están de acuerdo en nada y quieren que los demás les escuchemos, los creamos y los atendamos.» Por una parte, nos importa esto, y, por otra, nos importa también el que no se nos pueda tachar de ignorantes, de poco escrupulosos en el respeto de la verdad y de menos en los procedimientos esgrimidos para confundir á gentes á quienes injuriosamente se suponen torpes ó incapaces de formar juicios rectos y acertados.

Lo que nosotros quisiéramos en éste y en análogos casos es que se procediera con la vista y la intención puesta en ideales verdaderamente desinteresados; que no viéramos tristes espectáculos de divisiones tendenciosas y de imputaciones gratuitas; y que al expresar nuestros disentimientos doctrinales ó prácticos no nos sirvamos de procedimientos incongruentes, de acusaciones fundadas en conceptos erróneos y de triquiñuelas inocentes de secretario de Ayuntamiento, que arrancando de ampulósidades mal definidas, recurren hasta el procedimiento candoroso de la errata de imprenta.

Lo que nosotros no queremos es que se suponga una ignorancia y una ausencia absoluta de capacidad crítica en dos colectividades tan respetables como las de los médicos titulares, por una parte, y la de los representantes parlamentarios, por otra.

Con efecto; unos y otros deben saber y saben que una *ley de bases* es una disposición fundamental que debe reducirse á reconocimiento de facultades en los diferentes poderes y órganos gubernativos y administrativos; á marcar obligaciones sintéticas en estos mismos organismos, en las Corporaciones y en los ciudadanos en particular; á señalar meros procedimientos y orientaciones para establecer las particularidades de la ley articulada, los detalles de la reglamentación, las sanciones de las faltas y los delitos y las garantías de defensa del funcionario.

Si en alguna ocasión se encuentra justificado el procedimiento de autorización que en cierto modo representa la presentación de un proyecto de ley de bases, es en este caso de la de profilaxia de las enfermedades evitables. Marcada y reconocida la necesidad de la reforma legislativa, intentada ésta tan infructuosa como repetidamente; conocido el asunto y los medios de solución del problema por su carácter al propio tiempo que técnico mundial, es claro, y nadie podrá negarlo, que basta con que el Parlamento autorice y afirme aquellos principios que pueden encontrar dificultad y rozamiento en otros preceptos legislativos, para que luego el Poder ejecutivo, asesorado por sus Cuerpos Consultivos y aleccionado por la práctica diaria, explique la ley completa, como se hizo con la de Instrucción pública de 1857, aún hoy vigente y que mereció el aplauso de todos los partidos y la apoteosis de su gestor el Sr. Moyano.

El articulado de la ley en un Código técnico heterogéneo y complicado como el que ha de servir para el regimiento de los servicios sanitarios, eso no puede llevarse ni debe llevarse á las discusiones parlamentarias. Si no impusiera esta verdad el simple y sereno razonamiento lógico, la demostrarían la práctica y la experiencia de lo sucedido con esos diez ó doce códigos sanitarios, llevados con la mejor fe á las Cortes por ministros de los más diversos partidos, que los vieron morir, los unos en los trámites del informe de la Comisión; los otros en los debates de la primera Cámara que en ellos entendía; los otros al pasar de uno á otro Cuerpo legislativo, y alguno, como el de 1899-1900, después de aprobado por una Cámara y casi terminada su discusión en la otra.

El censurar que en la legislación sanitaria se acuda al procedimiento de las bases, es demostrar á un tiempo mismo incompreensión del asunto y olvido de sus antecedentes en nuestra vida nacional.

Volvemos á decir que no ha de confundirse esta nuestra actitud con la de una absoluta é incondicional aprobación al proyecto de que ahora se trata; pero que en lo que cuanto al procedimiento representa, estamos con él absolutamente de acuerdo. Hay un aspecto en este método de las autorizaciones básicas que es tan interesante, y que pudiera ser más útil que el ahora empleado por el ministro de la Gobernación. Consistiría éste en ver si entre nuestras disposiciones reglamentarias, instrucciones, reales decretos ú ordenanzas, hay alguno ó algunos que siendo estimables no hayan tenido la debida aplicación por tropezar con otras disposiciones categóricamente superiores, por tener el carácter de leyes y que solamente con algunos complementos inspirados en el progreso de los tiempos, pudieran constituir mediante una sencilla revisión el soñado Código sanitario.

¿No se repite á diario que la *Instrucción general de Sanidad* representa un Cuerpo legal comprensivo, completo y casi perfecto? ¿No están de acuerdo en este punto, desde los ministros que la citan hasta los firmantes del escrito que sirve de motivo á estas líneas y que por cierto por una errata de imprenta (¡pícaros cajistas!), se le atribuyen á la colaboración con el Sr. Mau-

re de un señor Calderón, á quien no tenemos el gusto de conocer? Pues si esto es así, bastaría, y eso hubiéramos hecho nosotros y lo hemos predicado repetidamente, con presentar un proyecto de dos ó tres artículos en el primero de los cuales se diera carácter de ley á tales ó cuales artículos de la dicha Instrucción, derogando los de otras Leyes que á ellos se opusieran: en el segundo artículo se encargaría á una Comisión parlamentaria y técnica, la revisión de dichos artículos, para la exclusión de los que por su carácter especial no debieran ser objeto de Ley y de este modo se obtendría, aprobado en tres ó cuatro sesiones, el Código á que aspiramos desde hace tanto tiempo.

Pero el que nosotros creamos esto no hay que confundirlo en modo alguno con suponer que nos sumamos á la extraña é injustificada oposición que se manifiesta en el documento á que hacemos referencia.

Nosotros no podemos consentir que se nos sume á los que inocente ó intencionadamente confunden la autorización para la existencia de los inspectores municipales, con el hecho de que los nombre la Dirección General de Sanidad. Esto, ni nadie lo puede suponer, ni está escrito en parte alguna del proyecto.

Nosotros no podemos mirar con indiferencia el que se nos pueda confundir con los que protestan por anticipado contra que se puedan redactar los reglamentos de estadística sanitaria por la Dirección de Sanidad. ¿Quién querrían que los dictara los que se abrogan la supuesta representación de los médicos titulares? ¿Los dictará el arzobispo de la diócesis?

Y nada decimos de no desear que se nos confunda con los que suponen que puedan resultar perjudicados los médicos titulares por un proyecto en el que se los incorpora al Estado como funcionarios suyos, pues que serán todos ellos inspectores municipales de Sanidad y además de cobrar sus asignaciones como funcionarios de beneficencia por la asistencia de enfermos pobres, por medio del seguro social y con garantía completa, percibirán emolumentos como inspectores de escuelas y de cárceles, como forenses y como médicos del Registro civil.

Los que estas cosas consideren comprenderán si teníamos razón al comenzar diciendo que nos interesa á todos el consentir que se den ciertos espectáculos á nombre de colectividades médicas, por individuos que sólo pueden tener en su disculpa la precipitación con que proceden y lo mal que se enteran de las cosas. Tampoco nos sería muy halagüeño que se nos atribuyera el estúpido error de decir que una oficina central de comprobación de específicos y de preparados opoterápicos sea cosa nefanda y tenga por objeto el nombrar personal caprichosamente y el monopolizar el pase de ciertos específicos. Esto es sencillamente in-calificable. No hay un solo país en el mundo en que no exista tal oficina de comprobación, y se comprende, pues dejar sin garantía la fabricación de los preparados más peligrosos de que puede servirse el charlatanismo y la incapacidad de los supuestos preparadores, no cabe en cabeza humana, y aunque no existieran otros preceptos sanitarios, debiera hoy existir el que estableciera la

garantía del Estado, vigilando la industria particular en esta manifestación suya en que la iniciativa individual se encuentra completamente desarmada ante los manejos criminales del charlatanismo, las pretensiones abusivas de los industriales y los errores temerarios de algunos hombres de ciencia.

¿Ignoran los que de esto hablan que el personal que debiera intervenir en estos casos está ya nombrado y lo está y estaría siempre mediante pruebas rigurosísimas? ¿O es que ha sido sorprendida su buena fe por las insinuaciones de los que ya que no tienen condiciones para ganar ciertos puestos prefieren que no existan aunque por ello se perjudique la salud y la vida de los ciudadanos?

Y no decimos más por hoy; por desgracia para todos continuamos en nuestro temor de que la ley no será ley, por lo menos en esta legislatura, pero todavía lo será menos si damos argumentos y pretextos á nuestros constantes enemigos: la indiferencia de la opinión y la desdeñosa pereza de nuestros gobernantes.

C. M. C.

EL DR. ESPINA

Ha sido el Dr. Espina una personalidad, característica como pocas otras, en la historia de la Medicina madrileña de los últimos cincuenta años. Su carácter vivo, su actividad infatigable, su ansia de cultura, su soltura oratoria, la multiplicidad de sus viajes, su resolución para la aceptación y propaganda de los nuevos descubrimientos, todo esto, unido á su trato afable, expansivo y sincero, de verdadero y genuino madrileño, ha hecho que se haya visto su nombre por sugestión personal unido siempre á todo acto de reforma, de progreso, de propaganda y de vulgarización de los adelantos y descubrimientos ajenos, como de las ideas y proyectos propios. En la tribuna de las Academias ha sido su intervención casi continua; de su labor en la Prensa puede dar cuenta la colección de aquella *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, que fundó Rafael Ulecia y que tan estimable labor ha llevado á cabo durante más de treinta y cinco años, y cuya redacción íntegra nos honró incorporándose á nosotros; de su esfuerzo como apóstol de la lucha antituberculosa, es acta comprobatoria la historia del desarrollo mundial de esta Liga europea, que le vió asistir á todas las conferencias y congresos celebrados en las ciudades más diversas del mundo culto.

Durante su breve representación parlamentaria estuvo siempre en la brecha para la defensa de los intereses profesionales y para la custodia de la salud pública. Sus campañas como médico especialista durante las estaciones veraniegas de Panticosa y en su ejercicio profesional en su numerosa y escogida clientela, bastarían por sí solas para hacerle merecedor del homenaje que hoy en su jubileo se le tributa; pero en donde verdaderamente encontró el teatro más á propósito de sus actividades y de sus extraordinarias aptitudes; como clínico fué en nuestro Hospital Provincial de Madrid, en donde de hoy en adelante podrán los médicos re-

cordar á un compañero digno de ser por ellos imitado; los alumnos, el recuerdo de un maestro que les alienta con su presencia para obtener triunfos análogos á los suyos, y los enfermos, la imagen de un hombre bondadoso, altruista y abnegado, que ponía siempre la palabra dulcificadora del consuelo, donde, á pesar de su ciencia, no llegaba la eficacia material del remedio.

¡Muy consolador es el espectáculo de la mañana del martes 20; él hace olvidar otras pequeñeces de amarguras, que después de todo, como tales amarguras, vienen á ser aperitivos para las dulzuras de la verdadera y de la grande obra común!

Reciba nuestro compañero de redacción nuestra más cariñosa enhorabuena. En esta casa le esperaban hace tiempo las sombras queridas de Leganés y de Escolar, hoy las manos afectuosas de sus compañeros de Prensa, de Hospital y de Academia, y entre todos ellos los brazos abiertos de su fraternal y viejo amigo

CARLOS MARÍA CORTEZO.

HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
<i>Suma anterior</i>	7.102,00
D. Juan de Mena Rendon, de San Roque.....	5,00
D. Marcelo F. de Mendía, de Bilbao.....	5,00
D. Juan Manuel Fernández y Seco, de Cabeza de Buey.....	20,00
D. Aniceto de Achúcarro, de Bilbao.....	100,00
TOTAL	7.232,00

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

(Continuará.)

REMITIDO

Sin comentario alguno por ahora, nos limitamos á reproducir la adjunta carta. Por lo visto no se dan nuestros militares por contentos con venir aprovechando la abusiva asistencia gratuita de los guardias civiles que les concedió un verdadero atropello del Sr. Alba, sino que quieren también que gocen de igual beneficio los oficiales y acabarán por exigirlo hasta para los capitanes generales.

Además no nos parece muy correcta ni muy plausible la conducta del Juzgado, si es tal como el interesado la refiere.

La Arboleda (Vizcaya), 9 de Junio de 1922.

Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO, Madrid.

Muy respetable y distinguido señor: Como suscriptor de esa excelente Revista y como interesado directamente en el asunto, que le voy á narrar á usted, lo más lacónicamente posible, le dirijo estos renglones para que usted les dé el fin que merecen; aunque mi mayor gusto fuera (como de tantísimos compañeros enterados de la cuestión) que lo publicase á los cuatro vientos en su popularísima Revista; porque es materia que interesa ó atañe directamente á la abnegada clase médica.

El caso de hoy es el siguiente: Siendo yo mismo médico

titular de Llodio (Alava), el año 1919, presté asistencia facultativa á la familia del teniente de la guardia civil, habiendo ascendido mis honorarios (señalados por el «Colegio de Médicos de Alava» expresamente) á 445 pesetas. Después de bien enterado ya, una y mil veces de diferentes partes, sobre si los beneficios ó la gracia de la Real orden del 23 de Noviembre de 1903 comprendía también á los jefes y oficiales de la guardia civil, ó sólo á los guardias cuyos sueldos eran equiparables á los de los jornaleros (según el verdadero único sentido de dicha Real orden), y una vez convencido de que la referida gracia abarcaba únicamente á los guardias simples, cabos y sargentos con sus familias, y no á los jefes y oficiales, emprendí judicialmente (ya que no se pudo amigablemente) con el mencionado teniente, D. Ruperto García Sanz (retirado de la benemérita desde hace unos dos meses), y como irremisiblemente esperaba, fui sentenciado en contra por el juez municipal de Llodio, Angel Larrea, que, según él, debía yo servir al teniente *gratuitamente*, y, por ende, sin derecho á percibir las 445 pesetas, aparte de otros mil gastos que me ha ocasionado el juicio.

Pretendí, naturalmente, apelar al juez de primera instancia, aunque persuadido de que confirmaría el fallo; pero con varias..... excusas, no me ha admitido la apelación, apoyándose el Gran juez en que es tarde después de los tres días precisos, cuando hartó sabía que me fué imposible apelar antes por escrita, en debida forma; porque mi distinguido amigo y abogado vive en la actualidad en Madrid (1), y tardó más de tres días; aunque se apeló verbalmente no valió, según leyes de ese pobre juez. En cambio, ese mismo juez, tan..... escrupuloso de conciencia, ha consentido *ignominiosamente* este año, al no presentarse á la citación hecha con muchos días de anticipación á uno de los demandados (sin alegar causa ninguna de enfermedad, etc.), que continuase en días inmediatos sin novedad alguna, y mucho menos sin castigar en rebeldía.

También ese mismo juez..... con todo su *desahogo*, ha solido, repetidas veces, rebajarme á la mitad la tarifa de honorarios, señalada expresamente por el «Colegio Médico», constituyéndose en juez y defensor del demandado. ¡Ah! ¿En qué siglo vivimos y entre qué gente? Ante tantísimos y tan..... gordos atropellos á la Ley y á la Justicia y, en consecuencia, á la sufrida clase médica, no se me ocurre sino dirigir mi vista á esas alturas de Madrid y Colegios Médicos, y preguntar á esos prohombres ó directores de la clase médica española: ¿qué debo hacer? No me parece cosa del otro mundo el revocar la sentencia, siquiera esta última del asunto del teniente, ó por lo menos, por ahora, privarles de asistencia médica al referido juez y teniente, mientras no se me abonen mis equitativos honorarios. Por ahí, por Madrid, debe vivir, á Dios gracias, el gran batallador Dr. Albiñana, con quien me he cartado repetidas veces (cuando yo escribía en su valiente periódico *La Sanidad Civil*), y como ese distinguidísimo compañero, habrá otros que podrían con su pluma, con sus influencias, etc., conseguir que se revocase sentencia..... tan bochornosa para los médicos en general. En dicho periódico, *La Sanidad Civil*, leí también el caso ó la consulta mismísima del teniente, hacia el 1.º de Abril de 1915; ídem en *Medicina y Cirugía Prácticas* de Madrid, el 28 de Marzo de 1915; y hasta en el *Boletín de Administración Local*, fecha 11 de Marzo de 1915; pero para este juez, que tanto asco nos tiene á los médicos colegiados (pues él está asalariado con el *esquirol* ó mal compañero de Llodio), vale menos sin comparación la autoridad de dichos

(1) Marqués del Duero, 6, principal derecha, Dr. Oreja, que también defiende á la clase médica.

periódicos y revistas, que la de un cualquiera *apasionado patán lloidiño*.

En fin, esta es la amarga verdad, que usted sabrá darle el rumbo que merece.

A sus órdenes queda incondicionalmente, dándole anticipadas gracias, su más fiel servidor, q. e. s. m., *García Maguregui, Pedro*.

Acabo de recibir contestación del «Colegio Médico de Vizcaya» sobre el particular, que copiada *literalmente*, dice:

«Respecto á la opinión, que solicita usted de esta Junta de gobierno, de si el médico titular tiene obligación de servir gratuitamente al teniente de la guardia civil de su partido, debo manifestarle que este es un asunto ya resuelto con anterioridad por la Junta, con motivo de otras consultas formuladas por compañeros, á quienes les afectaba esta medida, y lo tiene resuelto en el sentido de que el médico titular no tiene obligación de prestar asistencia gratuita á los jefes y oficiales de la guardia civil, y sí únicamente á los sargentos, cabos y clase de tropa del benemérito Instituto y á las familias de éstos.»

Academias y Sociedades.

INSTITUTO MEDICO VALENCIANO

PROGRAMA DE LOS PREMIOS EXTRAORDINARIOS PARA EL CONCURSO DE 1923

Sección de Medicina.—Premio: Título de socio honorario al autor ó autores de la Memoria que mejor desarrolle el Tema: «Del choque hemoclástico; sus aplicaciones clínicas.»

Sección de Cirugía.—Premio: Título de socio honorario al autor ó autores de la mejor Memoria sobre el Tema: «Tratamiento quirúrgico del empiema de la pleura.»

Sección de Oftalmología.—Premio: Título de socio honorario al autor ó autores de la mejor Memoria sobre el Tema: «Tratamiento de las localizaciones oftálmicas de la tuberculosis.»

Sección de Historia y Literatura médicas.—Premio: Título de socio honorario al autor ó autores de la Monografía sobre el siguiente Tema: «Assumptes que, relacionats ab la Medicina i Higiene pública, figuraven en els Furs de València.»

Sección de Higiene.—Premio: Título de socio honorario al autor ó autores de la mejor Monografía que desarrolle el Tema: «Medios prácticos para evitar la mortalidad en Valencia.»

Sección de Farmacia.—Premio: Título de socio honorario al autor ó autores de la Monografía que mejor estudie el Tema: «Industria químico-farmacéutica adaptable á la región valenciana.»

Asunto libre.—Premio: Título de socio honorario al autor ó autores de una Monografía que mejor desarrolle cualquier tema referente á las Ciencias Médicas ó á sus auxiliares.

Fundación Róel.—Premio: Dos mil pesetas en metálico y título de socio honorario.

Accésit: Quinientas pesetas en metálico y título de socio honorario.

Tema: «Topografía médica de uno de los Municipios de las provincias de Valencia, Castellón de la Plana ó Alicante, con exclusión de los de Alicante, Rótova, Manuel, Meliana, Ribarroja, Biar, Villavieja de Nules, Utiel, Castellón de la Plana, Sax, Onda, Requena, Alberique y Burjasot, cuyas monografías han sido ya premiadas por la fundación Róel.

Condiciones del concurso.—Podrán optar á estos premios los médicos, farmacéuticos y veterinarios españoles y extranjeros.

A los premios ofrecidos por la fundación Röel, sólo pueden optar los médicos españoles y los alumnos de Medicina de cualquier Universidad de España.

Los trabajos que se presenten podrán estar escritos en latín, castellano, valenciano, alemán, inglés, francés, italiano ó portugués, deben ser originales é inéditos y no estar premiados por otra Corporación ó presentados simultáneamente en otros concursos ó exámenes, ni dados á la publicidad en ninguna forma hasta luego de conocerse el fallo de la Corporación. Deben ser dirigidos, francos de porte, al Instituto Médico Valenciano, plaza de Wilson, 16, hasta las doce horas del día 31 de Enero de 1923, acompañados de una plica, con el nombre, apellidos y domicilio del autor, y el lema, según costumbre en estos concursos. Los trabajos recibidos con posterioridad no serán juzgados.

Quedarán de propiedad del Instituto todas las Memorias que se presenten, aun las no premiadas, y no serán devueltos los originales, si no se solicita por sus autores, en el solo caso de ser declaradas fuera de concurso.

El Instituto se reserva el derecho de proceder contra los autores de los trabajos que resulten plagio ó copia de otros, ó que después de premiados lo hubieran sido ó sean simultáneamente por otra Corporación.

Serán considerados como de mayor mérito aquellos trabajos que resulten de investigación personal, con relación á otros más completos y mejor documentados, pero de mera erudición.

Los autores de los trabajos premiados se obligan á concurrir ó delegar en quien los represente en la solemne distribución de premios del día 31 de Marzo de 1923, y si sus Memorias han de ver la luz pública, á presentar una minuta de las mismas, en forma de cuartillas escritas por una sola cara, con el fin de facilitar la impresión y al propio tiempo conservar mejor el original.

Los trabajos declarados fuera de concurso quedarán propiedad de la Corporación, si sus autores no los retiran en el plazo de seis meses, á contar desde la fecha de la publicación del fallo.

Valencia, 27 de Mayo de 1922.—El presidente, *Juan Paset.*—P. A. D. L. J. G.: el secretario general, *Juan B. Marco.*

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

Acta de la sesión celebrada el día 23 de Abril de 1922,
bajo la presidencia del Dr. José Bourkaib.

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

Acto seguido se pone á discusión el tema presentado por el Dr. García Casal, sobre *Reacción de Fahraeus en Ginecología.*

Dr. Luque.—Felicito efusivamente al Dr. Casal por su documentado trabajo. El recordará que yo fui aquí uno de los primeros que pensé en la utilidad que podría tener esta reacción en el diagnóstico del embarazo, para lo cual hoy día estamos convencidos que sirve de poco. Muy recientemente Linzenmeyer ha modificado la técnica suprimiendo la segunda y tercera raya del tubo. Como he dicho, para el diagnóstico de las gestación es de poca utilidad, pero quizá sirva en aquellos casos en que precisa hacer un diagnóstico diferencial entre un mioma y una gestación avanzada. Tam-

bién, según se deduce del trabajo de García Casal, es muy útil para el diagnóstico del embarazo extrauterino.

Dr. Torrè Blanco.—Nuestra felicitación al Dr. García Casal debe ser tan efusiva como sincera, ya que en su labor de investigación ha llegado á conclusiones de mucho valor para la clínica, conseguidas á fuerza de un trabajo muy intenso al cual estamos poco acostumbrados en nuestro país. He pedido además la palabra, pues tengo experiencia de la reacción que se discute, aunque he de comenzar por manifestar que mi experiencia es la del Dr. Casal, ya que él ha practicado el Fahraeus, principalmente en las numerosas enfermas que acuden á Maternidad, donde nosotros desempeñamos el cargo de jefe clínico. Tan útil nos parece, que nosotros además la practicamos casi de un modo sistemático en nuestras enfermas particulares y estamos de ello muy satisfechos. Ahora bien, para sacar el mayor provecho posible de esta reacción es menester que tengamos muy en cuenta que se trata de una reacción general, y no local, es decir, que hemos de explorar detenidamente á las enfermas, para evitar que diagnostiquemos un proceso anexial agudo, donde no lo es más que crónico, porque encontremos un Fahraeus muy rápido, que puede ser producido por un absceso que la enferma tenga en otro sitio. Tampoco debemos pretender que la reacción de Fahraeus nos sirva para todo y que con ella sólo podamos hacer un diagnóstico. Es un elemento más que hemos de utilizar en la clínica, y que desde luego es de gran utilidad, teniendo además la ventaja de su sencillez, que la hace verdadera reacción de despacho. En cuanto á lo dicho por el Dr. Luque de que servirá para el diagnóstico diferencial de la gestación y miomas, yo creo que si este produce metrorragias puede acusar un Fahraeus rápido que nos haga creer que se trata de una gestación. No creo, pues, que en este sentido nos preste esta reacción su mayor utilidad.

Que en los embarazos extrauterinos la aceleración está en razón directa con el número é intensidad de los cataclismos, es perfectamente exacto, y nosotros hemos visto hace poco una enferma, que también la vió varias veces el Dr. Bourkaib y cuyo Fahraeus se iba haciendo cada vez más lento á medida que pasaban días de la fecha de su primer cataclismo. Me interesa sobre manera la aceleración del Fahraeus en los casos de tumores malignos, ya que hoy mismo hemos visto en nuestra consulta una señora que tiene un cuello sospechoso de neoplásico, hasta el punto de que pasado mañana hemos de hacer una biopsia, y que sin tener nada anexial inflamatorio tiene un Fahraeus de cincuenta y cinco minutos, es decir, de cierta rapidez. Seguiremos con interés el curso de esta enferma que tiene además metrorragias, lo cual influirá seguramente en la rapidez de su Fahraeus. Y nada más, sino repetir mi más sincera felicitación á mi querido compañero el Dr. García Casal.

Dr. Botella.—Añado mi felicitación á las ya recibidas por el Dr. Casal. Desde luego, mis resultados son semejantes á los obtenidos por él. Ahora bien; no creo que un Fahraeus lento signifique *facilidad* en la intervención, pues hay casos en los que las adherencias son tales, que á pesar de ser el Fahraeus lento, la operación resulta difícil.

En cuanto al diagnóstico de embarazo extrauterino no creo que siempre ocurran las cosas tan exactamente como las ha pintado el Dr. Casal, sin que esto justifique su inutilidad; por el contrario, creo que en estos casos se debe emplear y tenerse en cuenta sus resultados. Para lo que desde luego es de gran utilidad es para el diagnóstico de los procesos anexiales agudos. Recuerdo un caso de piosalpinx que después de unos días de aplicación de bolsa de hielo, desapareció la fiebre y su fórmula leucocitaria se hizo normal

encontrándose además 8.000 leucocitos. En vista de esto se quitó el hielo y volvieron los síntomas agudos. Pues bien; el Fahraeus de esta enferma había sido de diez minutos, lo cual prueba que hay que tenerlo en cuenta mucho más que la fiebre y la forma leucocitaria.

Dr. Bourkaib.—Ya sabe el Dr. Casal lo muy efusiva y sincera que es mi felicitación por el notable trabajo que ha realizado en la Casa de Maternidad, donde me precio de que todos los problemas se ven sin apasionamiento alguno. Creo que el Fahraeus es un elemento de juicio de gran valor en los casos inflamatorios y, sobre todo, para apreciar el momento oportuno para la operación de estos casos. Yo he operado enfermas al principio de hacerse esta reacción, en las que todos los síntomas autorizaban la intervención menos el Fahraeus que era rápido, y si bien no he perdido ninguna enferma, su curso postoperatorio ha sido turbulento, por lo cual ahora no operamos ninguna en tanto el Fahraeus no nos autorice. En cambio, recordará el Dr. Casal un caso de piosalpinx abierto en el recto que en un principio dió un Fahraeus muy rápido y que después de unos meses de tratamiento por el calor se pudo operar sin grandes dificultades ni riesgos para las enfermas, que ya acusaba un Fahraeus muy lento. Así, pues, yo terminaré rogando que todos, y muy especialmente los que tengan una clínica, practiquen sistemáticamente esta reacción, cuya utilidad es indiscutible y cuya sencillez técnica es admirable.

Dr. García Arias.—Yo creo que los piosalpinx se pueden tratar por vacunas y sueros, de lo que ya hablaremos.

Dr. García Casal (rectificación).—Doy las gracias á todos los que han intervenido en esta discusión. La supresión de las rayas que últimamente aconseja Lynzenmeyer no tiene más valor sino que obliga un poco más á seguir una reacción hasta el final y evita el hacer el cálculo de la duración total por el tiempo que se ha invertido en llegar al límite de la sedimentación á la segunda raya, ya que este cálculo no se puede hacer, pues hay enfermas cuya sedimentación comienza por ser bastante rápida y luego se hace mucho más lenta, y en cambio en otras, como ocurre en algunos procesos agudos, ocurre lo contrario, es decir, que comienza con lentitud y luego experimenta una aceleración extraordinaria. Además, en el último artículo de Lynzenmeyer se aconseja desechar las soluciones de citrato que estén turbias; insiste en la necesidad de extraer rápidamente la sangre de la vena y recomienda que se esterilice el tubo en seco ó se moje con la solución de citrato así como la jeringuilla.

Para el diagnóstico diferencial del embarazo y miomas á que se refería el Dr. Luque, hay que tener en cuenta que los miomas degenerados que por su reblandecimiento son los que más se prestan á confusión, dan un Fahraeus rápido. Sin embargo, en alguno de estos casos puede ser muy útil. En el caso á que se refería el Dr. Torre Blanco no creo que un cuello que aunque tenga un cáncer es tan incipiente que necesita una biopsia, acelere el Fahraeus por la malignidad del proceso; más bien será por las metrorragias que dice tiene esta enferma.

Al Dr. Botella le diré que yo no he dicho rotundamente que un Fahraeus lento indique sencillez de la operación, sino una mayor inocuidad y también en parte sencillez de la misma. En los embarazos extrauterinos con anemia aguda, el Fahraeus es muy útil. Y termino dando las gracias á todos y muy especialmente á mi maestro el Dr. Bourkaib.

Por ser la hora reglamentaria se levanta la sesión.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del día 18 de Abril de 1922, bajo la presidencia del Excmo. Sr. Dr. D. Angel Fernández Caro.

Leída el acta de la anterior fué aprobada. Continuando la discusión del tema, «Saneamiento de las aguas potables de Madrid», después de muy elocuentes observaciones hechas por los Sres. Lasbennes, Bascuñana, Franco Martínez y Nicolau, fueron aprobadas las conclusiones sexta y séptima, últimas de las presentadas, que dicen así:

6.^a La más perfecta depuración de las aguas se traducirá probablemente de conformidad con lo expuesto en la conclusión segunda, en reducción más ó menos apreciable, de la morbilidad y mortalidad debidas á la contaminación de las aguas utilizadas en Madrid; pero todo hace suponer que los índices demográficos relativos á enfermedades de origen hídrico no alcanzarán las cifras á que han llegado en buen número de grandes poblaciones y naciones, ínterin aquí no se adopten las medidas de orden social, higiénico y sanitario que se hallan en práctica en aquellos países.

7.^a Mientras no se extienda al resto de España la purificación de las aguas de alimentación susceptibles de contaminarse, todas las demás medidas aludidas, indispensables para impedir la propagación y desarrollo de las enfermedades de origen hídrico, no debe confiarse en que se logre una reducción efectiva en la parte de la mortalidad de Madrid procedente de casos de importación.

El Sr. Olea propuso que constase en acta la satisfacción con que la Sociedad ha visto la actuación en ella del Sr. Nicolau, acordándose así por unanimidad.

El señor presidente hizo el resumen de la discusión del tema del Sr. Nicolau, prometiendo que serían elevadas al Gobierno las conclusiones aprobadas.

Y habiendo transcurrido las horas reglamentarias, fué levantada la sesión.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Anunciado con fecha 3 de Marzo último concurso para la provisión del cargo vacante de director médico de la Estación sanitaria del puerto de San Sebastián y sus resultas, por jubilación de D. Juan Salort Domenech, entre los médicos activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior, con arreglo á lo preceptuado por el artículo 14 del vigente Reglamento de Sanidad exterior, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, dándose un plazo de diez días para la presentación de solicitudes en este Ministerio:

Resultando que dentro del plazo marcado en dicha convocatoria han presentado sus solicitudes D. Francisco Aznar Martínez, jefe de Negociado de primera clase; D. Enrique García del Valle, jefe de Negociado de segunda clase; don Luis Ortega Nieto, D. Gerardo Delmás Demetz y D. Isaac Rodríguez López, que lo son de tercera; D. Vicente M. Monfort Sales, D. Ignacio Casares Aramburu, D. Juan Novoa Couto, D. Fernando Sastre Lozano, D. Francisco Borja Martín, D. Teófilo Morató Cárdenas, D. Francisco Aristoy Santo y D. Francisco Fonollá Oliveros, oficiales de Administración civil de primera clase:

Vistos los artículos 14 y 23 del expresado Reglamento de Sanidad exterior; y

Considerando el orden de preferencia que establece en

su párrafo segundo el artículo 14 del mencionado Reglamento, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, así como el de los cargos que solicitan los aspirantes á la vacante de que se trata y sus resultas.

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y con lo propuesto por esta Dirección general, ha tenido por conveniente disponer el nombramiento de D. Francisco Aznar Martínez, jefe de Negociado de primera clase y actual director de la Estación sanitaria del puerto de Gijón, para igual cargo de la de Avilés; á D. Isaac Rodríguez López, jefe de Negociado de tercera clase, subdirector de la de Gijón, para el de director médico de la misma dependencia; á D. Ignacio Casares Aramburu, oficial de primera clase, director de la de Avilés, para el de director médico de la de San Sebastián; á D. Teófilo Morató Cárdenas, también oficial de primera clase, director de la de Corcubión, para el de subdirector de la de Gijón, y á D. Francisco Fonollá Oliveros, que lo es de la misma clase, médico bacteriólogo de la de Mahón, para el de director médico de la de Corcubión.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 22 de Abril de 1922.—*Piniés*.—Señor director general de Sanidad del Reino.

La Dirección General de Sanidad, con fecha de hoy, dice á este Ministerio lo que sigue:

«Excmo. Sr.: Una vez más es preciso insistir acerca del fin humanitario que persiguen los Sanatorios Marítimos Nacionales de Oza (Coruña) y Pedrosa (Santander) y de los medios convenientes para que se realice el objeto con que fueron creados.

En estos Sanatorios, este año, como los anteriores, y merced á no haber cambiado las circunstancias que lo exigieron, las cuotas serán de 2,50 pesetas por plaza y día para los niños de estancia temporal, y de 3 pesetas, también por plaza y día, para los de estancia indefinida ó hospitalizados. Y con objeto de que en ningún caso se desnaturalicen los fines á que obedeció la creación de estos Sanatorios, la Dirección General de Sanidad tiene el honor de proponer á V. E. se digne aprobar las reglas siguientes:

1.^a Serán de cuenta de las Corporaciones, particulares, etcétera, todos los gastos de viaje y manutención de los niños, á razón de 2,50 pesetas por plaza y día para los de estancia temporal, y de 3 pesetas para los de estancia indefinida ó hospitalizados, así como su vestuario personal, y de cargo del Estado aquellos otros de personal médico, pedagógico, administrativo y de servicio, como también lo son los de conservación de edificios, material de enseñanza, ropas de cama y de aseo y servicio de cocina y comedor.

2.^a Aconsejando la experiencia abreviar trámites en lo que respecta á la organización de expediciones á los Sanatorios Marítimos Nacionales, las entidades, Corporaciones particulares, etc., que deseen llevar á los niños solicitarán el ingreso hasta el 25 de Mayo corriente directamente de los directores de estos establecimientos, entendiéndose con aquéllos para todo lo relacionado con la fecha de ingreso, abono de estancias, etc., poniendo dichos directores en conocimiento de la Dirección General de Sanidad todo lo resuelto concerniente á este particular.

3.^a Quedan en vigor todas las demás reglas establecidas por la Real orden de 26 de Marzo de 1917 en lo que no se opongan á las de esta disposición.»

Y conformándose S. M. el Rey (q. D. g.) con el preinserto informe de la Dirección General de Sanidad, se ha servido resolver como en la misma se propone.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 12 de Mayo de 1922.—*Piniés*.—Señores gobernadores civiles de todas las provincias. (*Gaceta* del 13 de Mayo.)

Ilmo. Sr.: Existiendo en la actualidad vacante una plaza de médico ayudante de la Brigada Sanitaria Central, dotada con el haber anual de 4.000 pesetas,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que por V. I. se anuncie el oportuno concurso-oposición para la provisión de la mencionada plaza.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 1.^o de Junio de 1922.—*Piniés*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 6 de Junio).

Dirección General de Sanidad.

Habiéndose presentado instancia suscrita por D. Enrique de España Pérez y D. Manuel Abalo Abad, secretarios intérpretes de las Estaciones Sanitarias de los puertos de Villagarcía y de Pasajes, respectivamente, en solicitud de permuta de sus respectivos cargos,

Esta Dirección general ha tenido por conveniente disponer se anuncie dicha solicitud por término de quince días, por si alguno de la expresada clase, con número anterior en el escalafón al de los permutantes, tuviera algo que oponer á la pretensión de los mismos.

Madrid, 13 de Junio de 1922.—El director general, *Manuel Martín Salazar*. (*Gaceta* de 15 de Junio.)

El registro de las especialidades farmacéuticas, según el Reglamento de 6 de Marzo de 1919, ha sido establecido para que consten en este Centro todos los datos referentes á los preparados, ya relativos á la persona que los elabora así como en lo referente á la composición cualitativa y cuantitativa de los mismos y la autorización que para elaborar y vender se expide, en nada se refiere á la aprobación de la fórmula ni al procedimiento de preparación ni tampoco se tienen en cuenta para expedirla los resultados que puedan obtenerse en la aplicación terapéutica de la especialidad.

Noticiosa esta Dirección General de Sanidad de que se infringe lo dispuesto respecto á estos extremos en la publicidad que se hace de las especialidades, se ha servido disponer que por las autoridades sanitarias, especialmente los subdelegados de Farmacia, se vigile si se cumple en anuncios, prospectos y etiquetas lo dispuesto en el Reglamento de especialidades farmacéuticas, no consintiendo se inserte en ellos, por lo que se refiere al registro, más que el número y fecha del mismo y la clasificación que de la especialidad se haya hecho, denunciando á los preparadores que no se ajusten á dicha reglamentación, para que este Centro proceda como haya lugar.

Madrid, 17 de Junio de 1922.—El director general, *Manuel M. Salazar*. (*Gaceta* de 19 de Junio.)

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REAL ORDEN

Ilmo Sr.: En vista de los informes favorables emitidos por la Junta facultativa de Archivos, Bibliotecas y Museos y por la Real Academia de Medicina, acerca de la obra titula-

da «La Psiquiatría del médico práctico», de la que es autor D. Antonio Fernández-Victorio y Cocifia,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que, con destino á las Bibliotecas públicas del Estado, se adquirieran 208 ejemplares de la citada obra al precio de 12 pesetas cada uno, y que su importe total, ó sean 2.496 pesetas, se libre á favor del interesado, previo el oportuno parte de ingreso en el Depósito de libros, con cargo al crédito de pesetas 200.000, consignado, entre otros extremos, para adquisición de libros, en el capítulo 25, art. 3.º del presupuesto vigente de este Ministerio.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 30 de Mayo de 1922.—*Montejo*.—Señor director general de Bellas Artes.

Informe que se cita.

La Academia, en sesión de 29 de Marzo último, aprobó el siguiente informe:

Designado por la sección de Psiquiatría para redactar la ponencia del informe sobre la adquisición por el Estado de ejemplares de la obra titulada «La Psiquiatría del médico práctico» (segunda edición), de la que es autor D. Antonio Fernández-Victorio y Cocifia, encuentro considerablemente facilitada mi labor por tratarse de una obra que desde hace tiempo conozco, habiendo recientemente examinado su segunda edición, que no es una mera repetición de la primera, sino que está cuidadosamente revisada y en varios puntos ampliada, y además porque este mismo libro ha sido ya con anterioridad, en su primera edición, declarado de mérito por esta Academia Nacional de Medicina y premiado por el Ministerio de la Guerra.

Constituye un volumen en 8.º de XII, 407 páginas, dividido en tres partes: en la primera, de 29 páginas, hace el autor un rápido estudio de las funciones psíquicas; en la segunda, de 118 páginas, se ocupa de los síntomas psíquicos, siendo especialmente recomendables los capítulos 11 y 12, referentes á la exploración del alienado, por su gran interés práctico; por último, en la tercera parte, la más extensa, pues consta de 244 páginas, trata de las especies psicopáticas exponiéndolas según una clasificación que tiene algunas notas originales.

En conjunto, esta obra, aunque de carácter elemental, es bastante completa y permite al lector darse cuenta del estado actual de la Psiquiatría, siendo, en opinión del ponente sobre todo, útil como iniciación de los principiantes en los complejos estudios de la Medicina mental y por el valor práctico de muchos de los datos en ella contenidos, será también muy ventajosa guía en el aprendizaje de la Psiquiatría práctica. Por todas estas razones, el que suscribe somete á la Academia su parecer favorable.

Lo que tengo la honra de trasladar á V. I. con devolución del expediente. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 7 de Abril de 1922.—El secretario, *Angel Pulido*.—Señor director general de Bellas Artes. (*Gaceta* del 7 de Junio.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,8; ídem mínima, 700,6; temperatura máxima, 26º,8; ídem mínima, 8º,6; vientos dominantes, NNE. NE.

Sigue mejorando el estado de la salud pública; pues, atenuados los padecimientos propios de la estación invernal, no se ha presentado hasta ahora ninguna de las dolencias

ni de las infecciones que se registran en el estío. Algunos catarros por enfriamiento, reumatismos articulares y musculares y trastornos digestivos febriles, han sido los padecimientos agudos observados con más frecuencia.

Crónicas.

Visita de los embajadores de Inglaterra al Hospital de la Cruz Roja.—La Reina D.^a Victoria visitó el día 20 por la tarde el Hospital de la Cruz Roja, acompañando á los embajadores de Inglaterra.

S. M. enseñó personalmente á los ilustres visitantes la nueva sala de mecanoterapia instalada en dicho hospital, cuyo material han regalado á la Reina las colonias inglesas de Madrid y Canarias.

Los embajadores, terminada su visita, entregaron á la Reina los donativos que las colonias inglesas antes citadas hacen á la soberana para la adquisición de material quirúrgico, y 15 miligramos de «radium» para el servicio de aquella sala.

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.

Honores, distinciones y ascensos.—Se conceden los honores de jefe de Administración civil, libre de gastos en el acto de su jubilación, á D. Enrique Quintero García, don César Suárez de Centi, D. Manuel Ramírez de Verger, don Antonio Ferrer Sánchez, D. Ramón García Sancho, D. Ramón María Pérez de Torres y D. Julio Gil Massot, directores médicos de las Estaciones sanitarias de los puertos de Ferrol, Coruña, Huelva, Málaga, Cartagena, Melilla y Taragona, respectivamente, como recompensa de sus buenos y dilatados servicios, con arreglo á la base letra D de la ley de 29 de Junio de 1867, y se nombra jefe de Administración civil de tercera clase, con la efectividad de 1.º del mes actual á D. José González Pon, director médico de la Estación Sanitaria de Santander, á D. José Agazón y Cirer, de la de Palma de Mallorca y á D. Francisco Aznar, de la de Avilés.

Cruz de Beneficencia.—A propuesta del ministro de la Gobernación, de conformidad con el Consejo de Ministros y con arreglo á los artículos 8.º y 6.º del Real decreto de 29 de Julio de 1910, S. M. el Rey ha concediendo la Gran Cruz de la Orden civil de Beneficencia, con distintivo blanco, á D. Manuel García Fernández, por su meritoria y relevante labor en pro de los enfermos, necesitados y desvalidos de la provincia de Oviedo, y también de los españoles residentes en la República Argentina.

Aspiraciones de los farmacéuticos.—Copiamos de un importante diario:

«Las denuncias formuladas no hace mucho por un representante en Cortes, con motivo del despacho de recetas arbitrariamente redactadas, han inducido á la Unión Farmacéutica Nacional á dirigir un manifiesto á la opinión pública, al Parlamento y á la Prensa.

Se propone en ese escrito la limitación del número de farmacias para evitar una desleal concurrencia que obligue á los titulares á utilizar número de dependientes superior á aquel cuya labor pueda fiscalizar el farmacéutico, á quien debe exigirse que garantice con su firma toda receta despachada por sus auxiliares. De ese modo se impediría también el que se confiase una farmacia á la pericia de un práctico cuya aptitud no esté oficialmente reconocida.

En análogo sentido esboza otras medidas ese manifiesto, y la entidad que lo suscribe afirma que cuantas reformas propone las ha elevado por escrito y con todo detalle al Ministerio de la Gobernación.»

El libro sobre Cajal.—Los artículos, que 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 MÉDICO, 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.

No es solo en las Hurdes.—En capitales de tanta importancia como Madrid y Sevilla se dan casos también lamentabilísimos, á saber y recogidos de la prensa diaria.

En Madrid:

«Una Comisión de vecinos del barrio del Progreso (antes Ventorro del Chaleco) se queja de que en dicho barrio hay un foco de infección producido por la embocadura del colector del Arroyo Abroñigal, el cual tiene unos 70 metros de largo descubierto delante de las mismas casas, y además vierten tres vaquerías todas las materias de los establos, sin permiso de los Ayuntamientos á que corresponden aquéllos, que son Madrid, Canillas y Chamartín de la Rosa.

Como dicho arroyo no lleva más agua que la de lluvia, por virtud de la inmundicia que se deposita, se procrea una gran cantidad de mosquitos, y esto es causa de que el año pasado se registraran ya algunos casos de fiebres.

El mes pasado hubo otro caso, y el facultativo lo puso en conocimiento de la Superioridad; pero no se ve que se ponga el remedio al peligro, más grave en la próxima época de calores.

Las autoridades deben intervenir para que no se produzcan los males enunciados.»

En Sevilla:

En la sesión celebrada por el Ayuntamiento de Sevilla el día 16 el concejal Sr. Muñoz San Román denunció que en una choza de las afueras de Triana hay tres personas atacadas de viruela y carecen de asistencia facultativa.

Otro concejal, el Sr. Barrios, recordó que en el mes de Enero dijo en la Inspección municipal que seguramente en la primavera habría en Sevilla epidemia variolosa, y entonces pidió que se aportasen los medios necesarios para impedir el mal.

Censuró á las autoridades sanitarias y administrativas agregando que ha habido 150 defunciones por viruela en los últimos cinco meses, y eso constituye una vergüenza para Sevilla.

Los practicantes han sido mal recibidos en las casas, y las personas interesadas se han opuesto á la vacunación y á la revacunación.

Culpa de todo á la mala organización y á la escasez de material.

Parece ser que según el parte dado el día 19 por la Guardia municipal, existen en Triana 28 familias atacadas de viruela.

Se ha acordado facultar al alcalde para que habilite los créditos precisos á remediar el inminente peligro.

Excipiente inerte.—Han dado algunas personas en preguntarnos y aun otras en suponer, si esta inocente y desperdigada sección que desde hace años venimos llamando *Excipiente inerte*, y en la que propias y ajenas insertamos máximas, sentencias, anécdotas y hasta coplas y cantares, hacen á veces alusión á personas ó á sucesos del momento. Seriamente aseguramos que nunca fué tal nuestra intención, ni se nos alcanza para qué habríamos de apelar á procedimientos indirectos, cuando siempre hemos empleado ó el de la franca crítica ó el del sereno desdén, según los casos. Pero, en fin, si alguien, contra nuestra intención, se diese alguna vez por aludido, no haríamos más que recordarle este vulgar excipiente: *El que se pica, ajos come.*

X Yo pienso que si los ojos al estar cerrados se pusieran hermosos, no los abrieran las mujeres sino muy pocas veces al año.

(Zabaleta.)

Doy que muráis viejas; viviréis sin mocedad y hermosura. ¿Qué mayor muerte?

(Zabaleta.)

Grande es dos veces el que abarca todas las perfecciones en sí, y ninguna en su estimación.

(Gracián.)

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

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

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 MÉDICO.

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