

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. DE AZÚA
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.

V. CORTEZO
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ
Alumno de Medicina.

M. GAYARRE
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

F. GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. LOPEZ PRIETO
Ex-Médico-Titular.

J. MADINAVEITIA
Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑON
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

A. MEDINA
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.

B. NAVARRO CÁNOVAS
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

J. ORTIZ DE LA TORRE
Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

P. DEL RÍO HORTEGA
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

JOSÉ SANCHIS BANUS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.

F. TELLO
Sub-Inspector General de Sanidad

L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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: A propósito de las enfermedades por carencia ó avitaminosis, por Gregorio García Urdiales. — Probable identidad de la hiperclorhidria y la úlcera péptica, por el Dr. González Campo. — Bibliografía, por E. Luengo. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Una conferencia del Dr. Recasens en París, por Angel Pulido. — Remitido, por José Lorient Gil. — Nuestro ejército universitario. — Necrología. — Sociedades científicas: 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.

A propósito de las enfermedades por carencia ó avitaminosis.

Caso clínico interesante.—Síndrome de escorbuto y beri-beri asociados.

POR

GREGORIO GARCÍA URDIALES

A propósito de las llamadas enfermedades por carencia y también avitaminosis que tantos trabajos han suscitado en los últimos tiempos, tendiendo á reunir y sintetizar en un mismo capítulo afecciones consideradas antes como heterogéneas y como tal diseminadas en los más dispares capítulos de la patología interna, me parece interesante relatar un caso por mí observado, que puede servir de base y motivo para algunas consideraciones sobre estas enfermedades. He de advertir que circunstancias especiales me han impedido publicar antes esta observación, y aun tal vez ya no lo hubiera hecho, á no despertar mi deseo recientes lecturas sobre estas cuestiones.

Voy primero á exponer lo referente al enfermo, y después, á modo de comentario, haré algunas indicaciones sobre el concepto actual de las enfermedades por carencia.

Se trata de un hombre de cincuenta y seis años. Padece la gripe durante la epidemia pasada y en la primavera, de forma benigna, con escasa fiebre, malestar general, intensa cefalalgia, mas sin ataque visceral electivo,—carácter común á los muchos casos por mí vistos

entonces,—y de la cual curó, aunque reponiéndose lentamente de la intensa depresión que era corriente en todos, haciendo honor á cuanto de la gripe siempre se ha escrito.

Repuesto, al fin, salió al campo y se entregó á sus faenas de labriego; pero al cabo de un mes, próximamente, hubo de guardar cama de nuevo; se sentía mal, aquejaba continua cefalea y dolores mal localizados, pero marcados, sobre todo, en las piernas; no había fiebre y el pulso era lento—sobre 60—y notablemente hipotenso.

Pensé ante este cuadro en una recaída de la gripe ó más bien en una acentuación por el trabajo de la as-tenia consecutiva, y con esta presunción dispuse reposo, medicación tónica á base de glicerofosfatos é hipofosfitos y tonizcardíacos á muy pequeñas dosis, con alimentación suave á base de leche y sopa, principalmente.

Parecieron atenuarse un poco los síntomas y dejó la cama, y entonces pude apreciar un nuevo signo: la acentuada paresia de las extremidades inferiores con ligera exaltación del reflejo rotuliano y marcha penosa, con las piernas separadas y quedando al dar el paso el pie péndulo, pero levantado del suelo y arrastrando las puntas de los dedos, realizándose el juego principal para la marcha en la articulación de la rodilla; no hay clonus del pie.

Pasaron algunos días, al cabo de los cuales haciéndose la marcha imposible, y empeorando el estado general, hubo de quedar otra vez acostado. Decaimiento extremo, inapetencia, cefalea, dolores vagos, como

siempre más fijos y más intensos en las piernas, sensaciones penosas de ahogo, de calor á la cabeza: he aquí lo que el enfermo refiere. Ausencia de reacción febril, pulso en general lento, pero inestable y muy blando, palidez de la piel, muy marcada en la cara, y de las mucosas, acentuadísima en la lengua é istmo de las fauces, edema duro visible, sobre todo en la cara y en las piernas; en la boca, las encías rojas contrastando con la palidez de la lengua y correspondiendo á los premolares inferiores derechos cariados fungosidades gingivales de aspecto esfacélico y con facilidad sangrantes, aliento fétido y repugnante; estreñimiento alternando con deposiciones diarreicas; ruidos cardíacos apagados como lejanos; abolición ahora de los reflejos rotulianos, dolor á la presión en los trayectos nerviosos: he aquí lo que yo pude observar.

En vista de lo expuesto, pensé en el escorbuto y en el beri-beri, pero no atreviéndome á dar validez á esta impresión mía me dí á buscar otras causas á que poder referir el síndrome existente. A pesar del edema, que por otra parte no tenía aspecto del anasarca renal, el análisis de orina descartó la nefritis; los trastornos sensitivos y motores no correspondían á los que caracterizan las lesiones medulares, y quedaba sólo como posible, la existencia de una neuritis gripal tóxica ó de una polineuritis. Ahora bien; por lo que hace á ésta, no era el cuadro de ella el que el enfermo presentaba, pues sabemos que las polineuritis de forma aguda suelen tener una marcha en cierto modo cíclica, con un empezar tumultuoso, febril, con un período de ascenso en que los trastornos sensitivos y motores aumentan de modo continuo, hasta dejar al enfermo inmóvil é insensible, quedando, no obstante, indemnes los dos opuestos polos de la actividad nerviosa, la vida psíquica y la vegetativa y comenzando después de un período de estado más ó menos extenso, la regresión lenta, pero continua, hasta la curación. No era ésta la marcha del mal en este enfermo, y menos podía pensarse en una neuritis crónica por cansancio sobre terreno intoxicado, pues los síntomas no retrocedían, y aun se agravaban estando el enfermo en cama y con alimentación sin toxinas. Tampoco me parece que los trastornos neuríticos fuesen de origen gripal directo, pues sería extraño se presentase una neuritis tóxica, no durante la enfermedad, ni siquiera en su convalecencia, sino tras de algún tiempo de curado el enfermo y entregado á sus faenas habituales; además, la gripe en este caso había sido leve como muchos otros que por entonces hubo, ninguno de los que presentó nada parecido; más adelante insistiré sobre esto.

Había que instituir un tratamiento y éste se resentía de la incertidumbre del diagnóstico, siendo más bien un medio de rodear los obstáculos que no podía vencer. Dispuse se extrajeran los dientes cariados, lavados de boca con agua oxigenada diluida, que no produjo mejoría ninguna, é insistí en las medicaciones ya indicadas y toqué á los arsenicales y los estrícnicos, aparte la quietud, la aireación, el calor suave en aplicaciones locales, etc., todo sin el menor resultado, dicho sea en honor de la verdad. Así las cosas, una noche se me llamó con

urgencia; el enfermo al hacer un movimiento había tenido una lipotimia, con la consiguiente alarma para la familia que creyó que todo había concluido; y, en efecto, cuando llegué, el enfermo comenzaba á reanimarse, pero el cuadro no podía ser menos alentador; pálido en extremo, cubierto de sudor frío y con pulso apenas perceptible. Puse una inyección de cafeína, se rehizo mi hombre algún tanto, y perplejo ante aquella situación pensé de nuevo en el escorbuto y en el beri-beri, y no teniendo á mano las vitaminas indicadas, me limité á disponer antes de retirarme una poción con cloruro de calcio y jarabe de limón, que comenzó á tomar desde el día siguiente, á la dosis de 2 gramos de sal de calcio al día.

Pasó el día sin novedad ninguna y también el otro; mas muy pronto, desde el tercero ó cuarto, el enfermo comenzó á mejorar visiblemente; estaba más animado, renacía el apetito y se veía desaparecer la máscara edematosa de la cara y volver la expresión fisonómica, disminuir la palidez y el edema duro de las piernas, que mostraron entonces su extrema delgadez; no resultaba ya tan dolorosa la palpación en el trayecto de los nervios, y, en fin, las fungosidades oscuras esfacélicas de sus encías, no mejoradas antes con el agua oxigenada, alcanzaron ahora rápidamente la curación. Huelga casi advertir, que en vista de la buena marcha iniciada se suprimió toda otra medicación; ni pude separar los elementos de la medicación que, reunidos, me proporcionaban éxito tan rápido con alguna sorpresa mía y verdadera estupefacción de la familia. Júzguese de la rapidez de la mejoría sabiendo que era á mediados de Septiembre cuando ocurrían los graves episodios mencionados, y á fines del mismo cuando dejaba la cama. A los pocos días dejé yo de verle, pues enfermó gravemente de gripe—la mortífera gripe de otoño—y al reponerme un poco, en Diciembre, salí del pueblo; por entonces mi historiado continuaba bien.

Tal es el caso clínico, que me parece ser interesante por presentar reunidos los síntomas del escorbuto y del beri-beri, el síndrome hemorrágico y el síndrome polineurítico. Ahora bien; el diagnóstico tropezaba con dificultades, pues si el síndrome era expresivo, no lo era tanto la noción etiológica que suele en estos casos imputarse.

Sabemos, en efecto, que el escorbuto y el beri-beri, descritos antes como infrecuente el primero y como enfermedad exótica el segundo, y absolutamente separados en capítulos distintos de la Patología, tienden hoy á reunirse en uno mismo juntamente con otras afecciones—la pelagra y aun el raquitismo—y este capítulo constituye el de las enfermedades por carencia ó avitaminosis, así llamadas, por suponer muchos dependen de la falta en los alimentos de algunas sustancias que les hacen insuficientes é incompletos desde el punto de vista químico, aun cuando no lo sean, en cuanto á valor energético, y pensar algunos que esas sustancias, acaso fermentos, son las llamadas vitaminas, aisladas por Funck al estado cristalino.

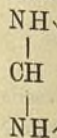
La noción de carencia es antigua, pues por lo que hace al escorbuto, se ha descrito siempre en los trata-

dos clásicos como atacando a ciertos individuos ó colectividades—exploradores árticos, marinos en largas travesías, habitantes de plazas sitiadas,—tal vez alimentados en cantidad suficiente, pero privados de alimentos frescos. La noción de avitaminosis es moderna y se funda en los estudios de Eykmann, de Utrech, en Batabia, demostrando que el beri-beri, tan extendido en el extremo Oriente (islas holandesas, China, Japón y Filipinas) era atribuible al consumo exclusivo ó predominante de arroz descorticado y estableciendo experimentalmente que el consumo por las gallinas de arroz mondado, daba lugar á polineuritis, como las que se observan en el hombre, y aun ocasionaba la muerte. Experiencias de Fraser y Stanton confirmaron en el hombre estos puntos de vista, y fué entonces cuando buscando el contraveneno de esas manifestaciones tóxicas se ha llegado al concepto y al descubrimiento de las vitaminas.

Resulta, pues, que se describen como enfermedades por carencia: 1.º, el beri-beri, la típica avitaminosis de la cual se ha descubierto la vitamina curativa, existente en el cortex de las semillas de cereales y leguminosas; 2.º, el escorbuto, cuya vitamina curativa aún no se conoce, pero que parece existir en los frutos verdes tal vez fijada por los ácidos; 3.º, la pelagra, antes atribuida al consumo de maíz averiado y hoy al de maíz molido, refinado y privado de la vitamina que existiría en su corteza como en la de los otros cereales. Digamos, en fin, que también el raquitismo, la osteomalacia y otras enfermedades, han sido incluídas en este grupo de trastornos, y aun se habla de una vitamina de crecimiento (Cooper y Funk).

Weill y Mauriguand se inclinan á no considerar como avitaminosis verdadera más que al beri-beri y no al escorbuto ni á la pelagra; por lo que hace á esta última creen algunos, Mc. Callun, Simond y Parsons que á más de la falta de vitaminas interviene el déficit en sustancias minerales y proteínas; por lo que hace al escorbuto, el acuerdo es mayor aunque no completo, habiéndose obtenido experimentalmente síndromes mixtos de escorbuto y beri-beri, cosa que he de anotar como importante, y á más, que trastornos escorbúticos, alteraciones gingivales y dentarias se han obtenido en el gato por la alimentación con carne salada. He de decir por fin, que estas enfermedades se han atribuido también á agentes vivos, considerándolos como infecciones ó micosis (Congreso de Saigón 1913, trabajos de Mc Carrison y de Mc Donald respecto al beri-beri; trabajos de Ashfora respecto al escorbuto; antiguos trabajos de Lombroso y modernos de Sambon, Siler y otros por lo que hace á la pelagra).

En cuanto á la vitamina de Funk, da éste una fórmula de ella que la aproxima á las bases pirimídicas



$\text{C}_{16}\text{H}_{18}\text{O}_6$, y puesto que estas bases entran en

la composición de los núcleos, se ha pensado que su acción sería favorecedora del funcionalismo nuclear. No obstante, y esto es interesante, se considera posible que

las vitaminas obren sobre la nutrición por intermedio de las glándulas endocrinas; Mc Carrison imputa á las suprarrenales preferentemente (edema beri-bérico). En contra de la teoría de la carencia se pronuncia C. Fraga sin indicar otra etiología positiva, y Romme insiste en la analogía de las supuestas vitaminas con ciertos amino ácidos indispensables á dosis mínimas para el equilibrio nutritivo en cuanto al modo de obrar.

¿Qué concepto sintético podemos formar de todo lo expuesto? Desde luego, y esto tiene gran importancia para la higiene de la alimentación, resulta que no es indiferente alimentarse con este ó con aquel alimento y preparado en una ú otra forma. Bajo la influencia de las ideas de Rubner se había formado un concepto demasiado simplista de la alimentación, cuyo problema se reduciría á un cómputo de calorías, y exagerándose este concepto con los estudios de Alvater se olvidó demasiado la importancia de los alimentos plásticos, llegándose en los regímenes propuestos á rebajar más y más las dosis de albúminas; en fin, bajo la presión de las ideas microbianas, sólo se pensó en proporcionar una alimentación lo más estéril y simplificada posible. Ahora bien; las experiencias de vida aséptica de Thierfelder, Nuttal, Kuster, etc., fracasaron, quizá más por lo que tenían los alimentos de estériles que por lo que tuvieran de asépticos, según hoy se piensa, y se ha visto luego que no es indiferente la forma en que se suministran al organismo las calorías, y que es indispensable una cierta dosis de albúmina, que no se pueda sustituir impunemente. Pero, además, esta dosis de albúmina no es indiferente que sea de una ú otra especie proteínica, sino que es de necesidad absoluta tener en cuenta los productos de desintegración de esas proteínas, los aminoácidos que resultan de su hidrólisis, puesto que no todos les suministran iguales en número y especie: así, si suministramos al organismo la ración cuantitativamente suficiente en una determinada proteína A que suministra en su hidrólisis los aminoácidos B, C y D, pero no el H que el organismo necesita, habremos hecho con nuestro régimen flamante un régimen de ayuno y aun puede suceder que proporcionando la proteína todos los aminoácidos necesarios alguno de ellos esté en proporciones tan escasas, que para alcanzar la cantidad precisa haya de darse una ración proteínica enorme, y perjudicial por la excesiva proporción de los otros productos hidrolíticos. He aquí, pues, cómo á la luz de los progresos de la química moderna se discierne la enorme complejidad del problema alimenticio, y se comprenden, si no se explican plenamente, los inconvenientes de los regímenes exclusivos, los fracasos del vegetarianismo y los trastornos consecutivos á una alimentación demasiado elaborada y estéril.

Si las vitaminas son esos mismos aminoácidos, de cuya falta resultan las enfermedades por carencia, ó si son sustancias distintas aún más intrincadas y sutiles, es cosa que aún no pueda asegurarse, aunque haya fuertes presunciones en pro de la identidad.

¿Qué aplicación pueden tener las ideas expuestas al caso estudiado? Reuniendo los cabos que han ido que-

dando sueltos y que pueden abarcar el asunto en cuestión, diré, que el síndrome parece bastante claro —a pesar de no haber podido hacer estudios profundos, por ejemplo, de la sangre, de las reacciones musculares, etcétera, por las circunstancias de lugar y tiempo— y no extraño después de lo escrito que se asociaran el escorbuto y el beri-beri, tan estrechamente emparentados en el concepto moderno.

Por lo que hace á las causas de estos síndromes, cierto que no aparecen con la claridad esquemática de los experimentos: este enfermo con síndrome beri-bérico no se nutría sólo de arroz, ni sólo de conservas causantes del síndrome escorbútico; pero es que estos conceptos son demasiado rígidos, como se comprenderá después de lo antes escrito, puesto que el síndrome beri-bérico se ha obtenido experimentalmente con regímenes variados. No se nutría sólo de arroz el enfermo beri-bérico descrito por Fidel Fernández Martínez, en el número 64 de *Los Progresos de la Clínica*, ni se nutría de maíz el enfermo pelagroso que el Dr. Valle y Aldabalde exponía ante la Academia Médico-Quirúrgica. Pero es que la alimentación de este enfermo, como la de la clase obrera, en general en el pueblo donde habita, deja bastante que desear: en efecto, el sebo obtenido en condiciones poco limpias y escrupulosas, las carnes conservadas —vaca y cabra, en cecina, cerdo embutido y salado— de un modo también deficiente y que á veces favorece más que estorba las fermentaciones, y los condimentos fuertes, sobre todo picantes, de los que se abusa extraordinariamente, constituyen el régimen corriente; en cambio emplean muy poco la carne fresca, la leche y el aceite: sopas con sebo y muy picantes y un cocido de muelas y cecina era todo el menú de nuestro historiado.

Merece recordarse también que las enfermedades por carencia se presentan generalmente en condiciones, no sólo de alimentación deficiente, sino de alojamiento nada confortable, y esta condición se da también en el caso estudiado; pues este hombre, como otros muchos, habita una casa pequeña, mal ventilada y húmeda, como lo son todas las del pueblo, que asienta en un terreno arcilloso y muy poco permeable.

Y he de indicar, por la relación que con lo expuesto pueda tener, que en el pueblo de referencia es frecuentísimo el raquitismo en los niños (1) y lo he comprobado también en los conejos domésticos.

Pero no hay que olvidar que mi historiado había padecido la gripe, y esto podrá inclinar á admitir la patogenia gripal directa de los trastornos observados; pero esto no me parece verosímil, por no haberse presentado trastornos parecidos en ningún otro de los muchos casos entonces observados, y á más de esto, por haber aparecido tiempo después de la gripe —que fué leve— pasada. Ahora bien; si la patogenia gripal directa me parece improbable, creo, sin embargo, que la gripe pudo influir de un modo indirecto en la producción del síndrome estudiado, y esto pudo ser de dos

maneras: ó bien por disminución de la resistencia general que hizo insoportable para el organismo la deficiencia alimenticia que antes toleraba; ó bien por ataque especial á las glándulas endocrinas, á las suprarrenales y tal vez al tiroides.

Por lo que hace al tratamiento empleado diré que, cuando en trance de perder mi enfermo, dispuse, sobreponiéndome á la autocritica, el calcio y el jarabe de limón, tuve en cuenta las consideraciones siguientes: 1.ª, el empleo consagrado por el uso del jugo de limón en el escorbuto; 2.ª, el no tener á mano ni la vitamina de Funk, ni la orizanina de Suzuki y Shimamura, ni las semillas del *Phaseolus radiatus*, productos recomendados como eficaces en el beri-beri; 3.ª, el pensar que acaso hubiera trastorno del metabolismo del calcio que hiciesen conveniente la administración de este elemento.

El éxito obtenido fué completo, y esto vale por todas las hipótesis; queda, sin embargo, la duda de si el Cl_2Ca fué útil ó si obró solamente el jugo de limón; pero, aunque este sólo fuera el que obrase, es cierto que curaron, tanto los síntomas hemorrágicos, como los neuríticos, y esto parece ser un verdadero lazo de unión entre los dos síndromes.

Valladolid.-XII-30 1919.

Las ideas expuestas están inspiradas en los siguientes trabajos:

E. Weill et G. Mouriquand *L'Alimentation et les maladies par carence*, París, 1919.

Beri-beri, Escorbuto, Pelagra.—Artículos recopilados en el *Anuario de Ciencias médicas*, 1918.—Traducido del inglés, por el Dr. Alfonso Arteaga Pereira.

Valle y Aldabalde.—Un caso de Pelagra.—Comunicación á la Academia Médico Quirúrgica, 19 Mayo 1919.—*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 21 Septiembre 1919.

Dr. Fidel Fernández Martínez.—Hallazgo del Beri-beri en la Península Ibérica.—*Los Progresos de la Clínica*, Abril, 1918.

P. van Rceeth.—Las vitaminas.—Traducido de *Archives Médicales Belges*, por F. Toledo.—*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 28 Octubre 1917.

Trabajos publicados en los números 5, 21, 23, 28, 31, 34, 40 y 55 de *La Presse Médicale*, 1919.

La bibliografía, por lo demás, es inmensa, y en los trabajos mencionados se encontrarán amplias referencias acerca de cuanto se ha escrito sobre estos asuntos de palpitante actualidad científica.

PROBABLE IDENTIDAD DE LA HIPERCLORHIDRIA Y LA ÚLCERA PÉPTICA

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, EL DÍA 14 DE ABRIL DE 1920

POR EL

DR. GONZÁLEZ CAMPO (1)

De ser cierta esta hipótesis, la hipersecreción, necesaria para que las glándulas segreguen sin estímulo alimenticio ó

(1) Raquitismo florido presentado después de la lactancia.

(1) Véase el número anterior.

elaboren mucho jugo con excitación mínima, es la dominante, teniendo la hipermotricidad un papel secundario.

Mucho más verosímil es la existencia de hiperclorhidria por retención, puesto que al permanecer en el estómago las sustancias alimenticias mayor tiempo del normal siguen estimulando la función glandular, con lo que cada minuto que pase la proporción de ClH será mayor, ya que no ingiriendo de nuevo el paciente los ingesta no aumentan, aunque tampoco disminuyan por no franquear el píloro, y en cambio aumenta progresivamente la cantidad de jugo gástrico segregado.

Este exceso de secreción puede considerarse normal, puesto que es normal que al estímulo alimenticio las glándulas respondan segregando durante todo el período digestivo gástrico; lo anormal es la prolongada permanencia en la viscera de las sustancias deglutidas.

Ahora bien; á nuestro juicio, ni la hiperclorhidria ocasionada por aumento de secreción, ni la engendrada por retención son fáciles de explicar sin el concurso de otro factor que sea el causante de estas alteraciones primarias. Y como se sabe, según lo que nos han enseñado los experimentadores y los clínicos, médicos y quirúrgicos, que la úlcera es el agente que con mayor frecuencia determina la hipersecreción en todas sus variedades y la retención, nos encontramos con un nuevo argumento que viene en apoyo de nuestro punto de vista, puesto que para que existiese una de esas formas de hiperclorhidria sería necesario que antes se hubiese desarrollado una lesión ulcerativa originaria de aquellas perturbaciones.

Acerca de la hiperclorhidria que se considera ocasionada por enfermedad de otros órganos, se puede decir que también se hace notar ahora la frecuencia con que coincide la úlcera gástrica con la apendicitis ó con la litiasis biliar, pero, aparte esto, no necesitamos ir tan lejos para explicarnos el síndrome hiperclorhídrico cuando su causa puede estar en el estómago ó en el duodeno. Si la apendicitis es capaz de explicarnos las molestias de una hiperclorhidria, lo cual se funda en operaciones de muchas de las cuales no podemos estar ciertos de que no hubiese úlcera además de apendicitis, nos parece más lógico pensar que sea una úlcera gástrica concomitante la que las produzca, máxime estando reconocida la frecuente simultaneidad de ambas afecciones, según acabamos de exponer.

El exceso de ácido en el estómago, ya sea considerado de un modo relativo (teoría de *Pawlow*, de *Bickel* y *Rubow*), ya de un modo absoluto (teoría de *Riegel*), no es muy verosímil que origine molestias en un estómago sano. Si las produce será probablemente porque haya en la mucosa una solución de continuidad, como ocurre con el escozor que se siente cuando se tiene una erosión en la piel ó se halla desnudada la mucosa bucal y se ponen en contacto de un ácido aunque esté diluido, cosa que no sucede mientras la piel ó la mucosa oral se encuentran íntegras.

El dolor de la úlcera es muy probable, en nuestra opinión, que sea debido á esto como se creía de antiguo, y no á las contracciones, según modernamente se dice, porque cuando reconocemos ulcerosos con rayos X, vemos contraerse muchas veces el órgano de un modo tan enérgico que parece segmentarse, sin que el enfermo experimente dolor, así como en otras ocasiones, y aun en los mismos pacientes, existiendo dolor fuerte apenas son apreciables ondas peristálticas. Otro tanto podríamos decir del aumento de la tensión intragástrica por el cual también recientemente se ha pretendido explicar el dolor.

Pudiera argüírse nos que aunque exista esa semejanza,

que creemos identidad, entre los datos patogénicos y sintomáticos de la úlcera y del síndrome hiperclorhídrico, hay notables diferencias en la anatomía patológica. Pero si miramos atentamente este punto hemos de convenir en que si bien la anatomía patológica de la úlcera se halla bien estudiada, no ocurre lo propio con respecto á la de la hiperclorhidria que en rigor nos es aún desconocida, lo cual no tiene nada de raro si hemos de dar fe á *Kuttner* (66) que considera inseguros nuestros conocimientos acerca de la histología normal de la mucosa gástrica.

El examen microscópico del estómago afecto de úlcera se ha hecho innumerables veces y puede repetirse siempre que se quiera, porque, en primer lugar, esta enfermedad es por desgracia, causa de muerte en muchas ocasiones á pesar de los adelantos de la terapéutica, y, en segundo término, es con relativa frecuencia motivo de intervenciones quirúrgicas; tanto en aquellos casos como en éstos, se puede estudiar macroscópicamente la lesión y el resto de la mucosa y hacer cuantas preparaciones histológicas queramos. Pero la hiperclorhidria, considerada como hasta aquí lo ha sido, no mata á los pacientes ni se trata quirúrgicamente, y cuando el hiperclorhídrico sucumbe es á causa de otras enfermedades que pueden haber originado alteraciones gástricas, y si se le practica una intervención en el estómago la indicación operatoria no la da la hiperclorhidria, sino otras perturbaciones á las que pueden corresponder, y probablemente corresponderán, las lesiones histológicas que se encuentren.

Los experimentos de *Cloetta* (67) en perros alimentados exclusivamente con carne unos y con leche otros, demostraron que los caracteres de la mucosa eran idénticos en los primeros, en que existía ácido, que en los segundos, en que no lo había, y aunque no se originaba hiperclorhidria no se halla enteramente desprovisto de importancia el hecho de que la mucosa fuese histológicamente igual cuando segregaba ClH que cuando no lo producía.

Los de *Popoff* (68) y otros investigadores que provocaron este trastorno secretorio también en perros mediante el contacto de sustancias químicas como alcohol, sublimado, etcétera, carecen de valor, pues lo que se creaba por este medio no era una hiperclorhidria, sino un estado inflamatorio en virtud de aquellos agentes irritantes. Los casos de *Kuttner* (69) de hiperclorhidria en que hizo examen histológico estaban comúnmente combinados con hipersecreción y retención; publica dicho autor la historia de uno, examinado por su ayudante Lindemann, en el que el diagnóstico fué no de hiperclorhidria, sino de estenosis pilórica benigna consecutiva á úlcera gástrica.

Las investigaciones de *Ostreich* (70) no dieron por resultado más anomalía que el hallazgo de numerosas erosiones. *Kemp* (71) dice que la anatomía patológica de la hiperclorhidria es desconocida por no ser mortal la afección, pero hace constar también que en el estómago de un hiperclorhídrico que murió por enfermedad intercurrente se encontraron algunas erosiones.

No deja de ser significativo para nuestro objeto el hallazgo frecuente de las citadas lesiones ulcerativas cuando se buscaban las propias de la hiperclorhidria.

Si la hiperclorhidria depende de una úlcera podría suceder que aunque fuese operado un hiperclorhídrico la lesión quedase indemostrada: como afirma *R. Schmidt* (72) «el diagnóstico en la operación, por inspección externa, está sujeto á grandes causas de error». Puede la úlcera ser pequetísima y muy superficial, con escaso tejido inflamatorio circundante, por lo que tal vez en el examen externo de la viscera fuese inapreciable, necesitándose para dar con ella la

apertura del órgano y un examen muy detenido de su membrana interna, lo cual es impracticable en el vivo, no siendo muy fácil tampoco siempre descubrir la lesión mediante la gastroscopia ejecutada á través de un ojal abierto en la pared del estómago en el curso de una intervención quirúrgica.

Acaso examinando el estómago de un hiperclorhídrico fallecido de enfermedad intercurrente no gástrica para eliminar todo motivo de error, inmediatamente después de la muerte para no dar lugar á que se produzcan alteraciones cadavéricas ó habiéndolo llenado en seguida de ocurrir ésta con un líquido conservador, encontramos la ulceración responsable del trastorno secretorio, pero aun así podría no ser tarea fácil, puesto que se han citado muertes por gastrorragia en que no pudo hallarse la puerta de salida de la sangre.

La comprobación de que no existía ninguna ulceración en la mucosa gástrica de los hiperclorhídricos sería de un valor extraordinario en contra de la opinión que sustentamos, pero consideramos erizada de dificultades esa comprobación por las razones apuntadas.

A los diversos casos relatados por varios autores en que se buscó la lesión productora de una gastrorragia mortal sin llegar á dar con ella, podemos añadir nueve citados por *Kuttner* (73) de hemorragias que causaron la muerte á jóvenes y sujetos de mediana edad en que por los síntomas se había hecho el diagnóstico seguro de úlcera y en los que la autopsia detenida puso de manifiesto una mucosa esofágica, gástrica y duodenal normal, creyendo él debida la hemorragia á alteraciones vasculares.

Hay que fijarse en que esos nueve enfermos no presentaron sólo hemorragia, sino que tuvieron también síntomas por los cuales se hizo diagnóstico seguro de úlcera y que no había razón para que existiesen como efecto único de alteraciones de los vasos, alteración que, por otra parte, tampoco fué demostrada. Posiblemente tales casos, así como los que de gastrorragia cita *Hale White* (74) que recayeron en mujeres aparentemente sanas, sin molestias de estómago anteriores ni simultáneas con las pérdidas de sangre ó con molestias pequeñas y menos relacionadas con la alimentación que las de la úlcera dependerían de pequeñas ulceraciones, muy superficiales, acaso escondidas entre los pliegues que forman los mamelones de la membrana interna del estómago cuando no está distendido. No se nos oculta que cuando los autores que citamos sientan que no encontraron lesión que explicara la hemorragia la buscarían con tenacidad y perseverancia, pero sabiendo las dificultades con que otros observadores tropezaron para dar con ella, es más fácil pensar que la había y que no se logró comprobarla, que crear, como lo hizo *White*, en justificación de la hemorragia una entidad patológica á la que llama gastrostaxis, de patogenia para él completamente obscura, aunque se admita, como quiere *Hort* (75), la presencia en la sangre de una toxina endoteliofítica y de otra hemolítica.

No deja de tener cierto valor en pro de la tesis que defendemos el resultado de la terapéutica. El tratamiento dietético y farmacológico de la úlcera es, en rigor, el mismo de la hiperclorhidria. De entre los diversos recursos que se han recomendado contra la primera, los que parecen de mayor eficacia: reposo, alimentación proteica y en especial láctea, alcalinos, subnitrito de bismuto, son los que más benefician á los hiperclorhídricos. Cuando una hiperclorhidria es rebelde á los alcalinos asociados á la alimentación albuminoidea y á la vida de relativo sosiego mental y físico suele ceder á la permanencia en cama, á la dieta láctea, á la sal de bis-

muto nombrada y á los alcalinos. Esta identidad terapéutica es muy sospechosa de corresponder á una identidad nosológica.

En el mismo sentido pudiera interpretarse lo que dice *Moynihan* (76) al ocuparse en el diagnóstico y tratamiento de la úlcera gástrica crónica: considera que el tratamiento mejor de esta enfermedad es el de *Sippy* (77) y que en lo esencial es el que nosotros veníamos empleando muchos años antes de que este clínico lo diese á conocer, y que consiste en la ingestión de alimentos de hora en hora, la alcalinización del contenido gástrico en todos los períodos digestivos y el empleo de grasas, hallándose basado en el reconocimiento de que la primera necesidad para la curación de la úlcera es la reducción del ácido.

Aunque, como sabemos, la curación así obtenida puede racionalmente interpretarse como efecto de que por disminución de la acidez la úlcera queda en condiciones de cicatrización favorables, semejantes á las de la que radica en cualquier punto del organismo no bañado por un líquido dotado de propiedades digestivas, el hecho es que sin hacer otra cosa que combatir la hiperclorhidria podemos conseguir la curación del proceso ulceroso, como si hiperclorhidria y úlcera fuesen términos equivalentes.

A pesar de ser en España tan frecuente la hiperclorhidria como dejamos indicado, no vacilamos en considerar como ulcerosos á todos los hiperclorhídricos, lo que significaría, como también expusimos, que la úlcera es en este país extraordinariamente común. Opinamos que las lesiones de la mucosa gástrica pueden presentarse en muchos casos con facilidad suma por ser sencillas de producir pequeñas pérdidas de substancia, ligeras erosiones en la mucosa á causa de traumatismos ocasionados por huesecillos, espinas, granitos de arena, fragmentos del esmalte ó del vidriado de las vasijas en que se preparan los alimentos, que se ingieren sin advertirlo, sobre todo si existe taquifagia. El jugo gástrico, por su ácido y por su pepsina, aunque no posea condiciones anormales, dificulta la cicatrización de esas ligeras soluciones de continuidad constituyendo la úlcera péptica si existen condiciones adecuadas para que tal enfermedad se desarrolle, y aun sin contar con que entren en juego las diversas causas patogénicas que son capaces de determinarla. Y esta dolencia acaso se sostenga durante mucho tiempo con caracteres anatómicos de lesión mínima, tardando en algunos casos en adquirir los propios de la úlcera redonda bien constituida, pero dando lugar desde el principio á síntomas subjetivos de intensidad variable en cada enfermo.

En virtud de los datos de orden clínico, anatómico y hasta terapéutico que hemos ido revisando y de los resultados de nuestra experiencia nada escasa que nos ha hecho en muchas ocasiones rectificar el diagnóstico propio ó ajeno de hiperclorhidria pura en vista del curso de la enfermedad, nos creemos autorizados para afirmar que muy probablemente, el síndrome «hiperclorhidria» no es otra cosa que la úlcera péptica que se califica de aquel modo las muchas veces en que no podemos comprobar la hemorragia, único signo decisivo que hasta hoy ha servido para diferenciar ambos estados patológicos.

Bibliografía.

1. EINHORN: Diseases of the stomach. 6.ª edición. New York, 1917, pág. 336.
2. RIEGEL: Die Erkrankungen des Magens, 1897, pág. 345.
3. PAWLOW: Le travail des glandes digestives. Trad. francesa. París, 1901, pág. 46.
4. KETSCHER: Citado por Babkin: Die äussere Sekretion

der Verdauungsdrüsen. Berlín, 1914, pág. 174, y por Pawlow. loc. cit., pág. 46.

5. BICKEL: Experimentelle Untersuchungen üb. die Magensaftsekretion beim Menschen. *D. med. Woch.* 1906, número 33, pág. 1.323.

6. RUBOW: Die Hyperacidität des Magensaftes u. ihre Bestimmung mittels der Sahlischen Probemahlzeit. *Arch. f. Verdauungskr.* 1906, vol. XII, pág. 1.

7. FLEISCHER Y MÖLLER: Zur Beurteilung der Entstehung der Superacidität des Magens. *Med. Klin.* 1908, número 37, pág. 1.406.

8. STRAUSS: Zur Aetiologie der digestiven Hypersekretion. *Int. B. Ernährungsst.* 1910, H. 2, pág. 161.

9. RUBOW: Die diagnostische Bedeutung des hyperaciden Mageninhalts. *Arch. f. Verdkr.* 1907, vol. XIII, pág. 577.

10. MADINAVEITIA: Enf. del esófago y del estómago. Madrid, 1910, págs. 127 y 128.

11. KUTTNER: Störungen der Sekretion. Spezielle Path. u. Ther. inn. Krankheiten. (Publicado por Kraus y Brugsch). Lief. 42-47, 1915, pág. 543.

12. MADINAVEITIA: Loc. cit. Id. id.

13. SANSONI: Hyperclorhydrie simple primitive (hyperesthésie clorhydrique digestive) et hypersécrétion gastrique continue. *La Presse Méd.* Paris, 29 sept. 1900, pág. 227.

14. GONZÁLEZ CAMPO: Nuevas ideas acerca de la hiperclorhidria. *Rev. Ibero-Americana de Cienc. Méd.* 1901, volumen V, pág. 325.

15. VERHAEGEN: De la variabilité de l'acide gastrique à l'état normal. *La Cellule.* 1897, vol. 14, 1^{er} fascículo. Acidité réelle des hyperclorhydriques. *La Cellule*, vol. 15, 2.^o fascículo.

16. G. CAMPO: Consideraciones acerca de la úlcera del estómago basadas en una estadística personal de 715 casos. *Rev. de Med. y Cir. Práct.* Mayo, 1915

17. GRAHAM: Peptic ulcer and gallstones in upper abdominal diagnosis. Coll. papers of the Mayo Clinic. Vol. IX, 1917, pág. 32.

18. G. CAMPO: Loc. cit. núm. 16 de esta bibliografía.

19. MATHIEU: Traité Méd.-Chir. des Mal. de l'Estomac et de l'OEsophage. (Mathieu, Sencert et Tuffier). Paris, 1913, pág. 516.

20. G. CAMPO: Dificultades diagnósticas de la úlc. del estóm. Trabajo inaugural del Curso de 1905-1906 en la Academia Médica-Quirúrgica Española. Madrid, 13 Noviembre 1905.

21. ZWEIG: Diagnose u. Therapie der Magen und Darmkrankheiten. Berlín y Viena, 1912, pág. 266.

22. R. SCHMIDT: Klinik der Magen und Darmerkrankungen. Berlín y Viena, 1916, pág. 42.

23. ZWEIG: Loc. cit. pág. 156.

24. ZWEIG: Loc. cit. la misma página últimamente citada.

25. AARON: Diseases of the digestive organs. 2.^a edic. New York, 1918, pág. 435.

26. CHENEY: Clinical value of hematemesis. *Am. Jour. of Med. Sc.* Abril, 1909, pág. 487.

27. CHENEY: Loc. cit. pág. 41.

28. BOURGET: Les mal. de l'estomac et leur trait. 2.^a ed. Paris, 1912, pág. 247.

29. ELSNER: Trat. de las enf. del estóm. Ed. esp. (sin fecha) trad. de la alemana de 1909. Madrid, pág. 331.

30. RÜTIMEYER: Magenblutungen. *Sp. Path. u. Ther. inn. Krankh.* (Publ. por Kraus y Brugsch). Lief. 69-70. 1916, pág. 1.150.

31. BOAS: Ueber die Diagnose des Ulcus mittels Nachwei-

ses okkultur Blutanwesenheit in den Faeces. *D. med. Woch.* 1903, núm. 47.

32. RODMAN: *Jour. Am. Med. Assoc.* 15 Septiembre 1906, pág. 842.

33. R. C. KEMP: Diseases of the Stomach, intestines and pancreas. 3.^a ed. Filadelfia, 1917, pág. 284.

34. E. ROSENTHAL: Ueber die Symptomatologie und Therapie der Magen- und Duodenalgeschwüre. Berlín, 1919, página 27 y siguientes.

35. MATHIEU: Loc. cit. pág. 528.

36. RÜTIMEYER: Loc. cit. pág. 1.154.

37. ELSNER: Loc. cit. pág. 295.

38. ZWEIG: Loc. cit. pág. 266.

39. ZWEIG: Loc. cit. pág. 155.

40. KUTTNER: Loc. cit. pág. 555 á 561.

41. AARON: Loc. cit. pág. 634.

42. EINHORN: Loc. cit.

43. STOCKTON: Diseases of the stomach. New York, 1914.

44. AUSTIN: Diseases of the digestive tract. St. Louis. 1917.

45. R. C. KEMP: Loc. cit.

46. AARON: Loc. cit.

47. CHENEY: Differential diagnosis of peptic ulcer. *Jour. A. Med. Assoc.* 17 Mayo, 1919, pág. 1.429.

48. MADINAVEITIA: Loc. cit. págs. 255, 271, 282 y 283.

49. YAGÜE: De aparato digestivo. Notas de la práctica. EL SIGLO MÉDICO, 20 Septiembre 1919, pág. 789.

50. YAGÜE: De la frecuencia de la úlcera crónica del estómago y de la duodenal. *España Médica*, 1 Abril 1920, página 7.

51. GOYANES: Discurso de recepción en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 8 Diciembre 1918, página 70.

52. BRINTON: Cit. por Rüttimeyer. Loc. cit. pág. 1.130.

53. GRÜNFELD: Cit. por Hayem y Lyon en Traité de Méd. et Thér. de Brouardel y Gilbert. Vol. 16. Maladies de l'estomac. Paris, 1913, pág. 330.

54. WELCH: Id. id. pág. 329.

55. RÜTIMEYER: Ueber d. geographische Verbreitung u. d. Diagnose d. Ulcus ventriculi rotundis. Wiesbaden, 1906.

56. REINHARD: Das Magen- und Zwölffinger-armgeschwür. *Münch. med. Woch.* 25 jul. 1919, pág. 848.

57. GRUBER: Statistik der peptischen Erkrankungen des Magens, des Speiseröhres und des Duodenums. *Münch. med. Woch.* 1911, núm. 31, pág. 1.668 y núm. 32, pág. 1.730.

58. HAYEM: Loc. cit. pág. 330.

59. EPPINGER Y HESS: Zur Pathologie des vegetativen Nervensystems. *Zt. f. Klin. Med.* 1909 y 1910, vols. 67 y 68, págs. 345 y 205. Die Vagotonie. Berlín, 1910.

60. ELSNER: Loc. cit. pág. 392.

61. STRAUSS: Zur ätiologie der digestiven Hypersekretion. *Int. B. Ernährst.* 1910, H. 2, pág. 161.

62. GRANDAUER: Magengeschwür u. digestiver Magensaftfluss. *Berl. Kl. Woch.* 1909, núm. 24, pág. 1.108.

63. HUPPERT: Ueber die ätiologie des digestiven Magensaftflusses. *Med. Kl.* 1908, núm. 31, pág. 1.192.

64. BOAS: Ueber digestiven Magensaftfluss. *D. med. Woch.* 1907, núm. 4, pág. 135.

65. SK. KEMP: Die Hypersekretion nach der Probemahlzeit. *Arch. f. Verdkr.* 1912, vol. 18, pág. 701.

66. KUTTNER: Loc. cit. pág. 666.

67. CLOETTA: Zur Kenntniss der Salzsäuresekretion. *Münch. med. Woch.* 1902, núm. 32, pág. 1.329.

68. POPOFF: Ueber Magenkatarrh. *Zt. f. klin. Med.* 1897, vol. 32, pág. 389.

69. KUTTNER: Loc. cit. pág. 562.
70. OESTREICH: *W. klin. Rundschau*, 1895, núm. 31, página 486.
71. R. C. KEMP: Loc. cit. pág. 575.
72. R. SCHMIDT: Loc. cit. pág. 56.
73. KUTTNER: Loc. cit. pág. 557.
74. HALE WHITE: Cit. por Kuttner. Loc. cit. pág. 557.
75. HORT: Id. id.
76. MOYNIHAN: *Diagnosis and treatment of chronic gastric ulcer. Brit. med. Jour.* 13 Dic. 1919, pág. 765.
77. SIPPY: *Gastric and duodenal ulcer. Jour. A. Med. Assoc.* 15 Mayo 1915.

BIBLIOGRAFIA

MALARIA AND ITS TREATMENT.—(Paludismo y su tratamiento), por A. Cecil Alport, 1919.

En las 280 páginas del libro que lleva este título, resume el autor las enseñanzas que se desprenden de su intensa labor sanitaria en diversos hospitales militares de Macedonia, región de Europa donde quizá el paludismo reviste la mayor gravedad, ya que el *Plasmodium falciparum* (ó *Laverania malarie*), la más virulenta de las tres especies del parásito productor, es extremadamente común, puesto que los naturales son portadores crónicos de gametocitos y los anopheles chupan su sangre extendiendo la enfermedad con gran rapidez y de un modo seguro. El material de estudio de que ha podido disponer Alport, ha sido por tanto abundantísimo, especialmente en lo que se refiere á las manifestaciones clínicas graves de la enfermedad (paludismo cerebral, fiebre hemoglobinúrica y perniciosas), menos frecuentes en las restantes regiones palúdicas europeas, y por tanto menos perfectamente conocidas; y por ello, en este sentido, el libro contiene datos y enseñanzas clínicas de valor indiscutible. En cambio, los primeros capítulos, referentes á la descripción é historia del paludismo, parásitos causales, agentes transmisores, técnica y profilaxia, están tratados con bastante concisión. Sobre este último punto, el autor afirma la absoluta ineficacia de la profilaxia química por las sales de quinina, que además hace más difícil el ulterior tratamiento curativo; en su sentir, el drenaje del terreno debe ser el procedimiento de elección.

La novedad (si se nos permite la expresión) del libro de Alport, está en lo concerniente al tratamiento del paludismo, sobre todo de sus manifestaciones graves; y puede decirse que toda la obra está consagrada á preconizar el empleo de las grandes dosis de quinina por vía intravenosa ó intramuscular, no debiendo administrarse nunca esta droga *per os* cuando la lengua esté sucia ó el individuo padezca estreñimiento, por ser en ambos casos la absorción defectuosa. En las manifestaciones graves de paludismo cerebral y fiebre hemoglobinúrica administra Alport 7 y 8 gramos de quinina en un espacio de siete á doce horas, logrando la curación completa sin trastornos ulteriores de naturaleza tóxica, por lo que las propiedades hemolíticas de dicho medicamento no parecen ser dignas de tener en cuenta.

El tratamiento de la anemia palúdica por el *galyx*, del paludismo pernicioso y del paludismo crónico, así como de las manifestaciones nerviosas post-palúdicas, son otros tantos capítulos del libro de Alport; cada uno de ellos contiene numerosos casos clínicos, cuya historia y marcha del tratamiento están escritos con minucioso detalle, lo cual permite al lector formar juicio propio é independiente de los comentarios que al final de cada uno de ellos añade el autor. Solo criticaremos un detalle, desde luego pequeño y por lo tanto

de fácil corrección; detalle que se encuentra igualmente en bastantes obras inglesas y norteamericanas: el que las dosis no estén expresadas con arreglo al sistema métrico decimal y la temperatura no se refiera á grados centígrados.

Numerosas fotografías de enfermos antes y después de su curación y otras menos numerosas de mosquitos, larvas, técnica, etc., ilustran el libro. También contiene 8 láminas en colores de las especies de parásitos, evidentemente inferiores á las fotografías.

E. LUENGO.

Periódicos médicos.

RADIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Acción de la radium-actividad en el cáncer.**—El Dr. D. Pedro Ramón y Cajal estudia las modificaciones que el radium imprime á la célula cancerosa, así como las reacciones, citolíticas, hemáticas y esclerósicas que también provoca, y termina su interesante trabajo con las siguientes conclusiones:

1.^a La cura ción del cáncer por el radium se realiza merced á dos efectos contemporáneos; la regresión y muerte rápida de los elementos morbosos y la exaltación de las defensas naturales en su triple manifestación de reacción, hemática, citolítica y esclerósica.

2.^a Las formas de sufrimiento y muerte de las células cancerosas no difieren substancialmente de las que se encuentran en los cánceres no tratados.

3.^a La rehabilitación de los territorios invadidos por el cáncer, cuando éste ha sido destruido por el radium, se realiza por idénticos mecanismos que en los alivios parciales ó definitivos que espontáneamente se observan.

4.^a Que las modificaciones orgánicas que la acción del radium suscita en las células cancerosas se manifiestan unas veces por lesiones involutivas, y otras por fenómenos progresivos de hipernutrición y ultramorfológicos. Eso no obstante, todos estos cambios conducen á la muerte celular.

5.^a Que á veces en el recinto de una sola célula pueden coexistir ambas metamorfosis intracelulares; mientras algunos órganos celulares experimentan un incremento morfológico, otros caen en rápida decadencia.

Estas manifestadas discrepancias de sensibilidad de los distintos factores celulares son una prueba de la constitución pluricolonial de elemento anatómico.

6.^a El radium ejerce una influencia grandemente disociante, puesto que relaja los lazos dinámicos que mantienen en armonía tan diversas partículas intracelulares.

7.^a Los contrapuestos efectos que la radium-actividad suscita en los elementos integrantes de una colonia cancerosa, tienen su interpretación en su complejo dinamismo; pudiendo ser sorprendidos en diversas fases dinámicas responden, por consiguiente, á la acción perturbadora por reacciones muy distintas.

8.^a Que algunas células radiumizadas pueden caer en una especie de letargo, en un estado de aminoramiento vital, sin dar en mucho tiempo indicio alguno de actividad morbosa, pero siendo susceptibles de despertar más tarde para dar manifestaciones de extraordinario acrecentamiento en sus cualidades malignas. En esta segunda etapa gozan de una absoluta resistencia al radium.

9.^a Que no hay ninguna razón, dentro de nuestros conocimientos actuales, que explique la refractariedad primitiva y aun secundaria de ciertos cánceres. El criterio histológico no es suficiente para interpretar estos hechos.

10.^a Que en ocasiones el radium depura la célula cancerosa de su morbosidad, y por una suerte de saneamiento la convierte en corpúsculo normal.

11.^a Que debe admitirse la forma embrionaria del corpúsculo canceroso. (*Aragón Médico*, Marzo 1920.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El timol como tenífugo.**—El Dr. Eugenio Jimeno, en una nota que publicó en la *Revista Navarra de Medicina, Cirugía y Farmacia* en Noviembre de 1914, preconizó el uso del timol como tenífugo; desde aquella fecha ha seguido sus observaciones y hoy dice ha reunido 26 observaciones tratadas por este medicamento con excelentes resultados, por lo que aconseja su uso; la manera de emplearlo es la siguiente:

La víspera por la noche, dieta láctea; al día siguiente, por la mañana, en ayunas, tres sellos de timol (de un gramo cada uno para los hombres, de 0,75 gramos cada uno para las mujeres y de dosis variables con la edad para los niños) tomados con una hora de intervalo de uno á otro y media hora después del último un *purgante salino* (30 á 40 gramos de sulfato de sosa). Precauciones que hay que tener presentes: no tomar ninguna bebida oleosa ni alcohólica, porque disolviendo el timol podría producir accidentes sincopales, y por lo tanto no prescribir como purgante ni el aceite de ricino, ni el agardiente alemán. Se recomendará al enfermo que espere para deponer á que las ganas sean imperiosas y que haga sus deposiciones en recipiente lleno de agua templada.

Pocas horas después se ha expulsado el gusano y el paciente puede hacer al mediodía una comida ligera (leche, huevos) y para la noche tomar su régimen ordinario.

Como accidente, si así puede llamarse, solo se presenta alguna vez una sensación de ardor gástrico al tomar alguno de los sellos de timol, que raramente adquiere gran intensidad y que se combate perfectamente sin más que ingerir una regular cantidad de agua.

En todos los casos ha comprobados la expulsión de la cabeza, y ha visto tenias armadas, inermes y un botriocéfalo. (*Revista Navarra de Medicina, Cirugía y Farmacia*, Abril de 1920.)

ELECTROTERAPIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Electroterapia del médico práctico, por el doctor E. Doumier.**—Tratamiento eléctrico de la enterocolitis mucomembranosa y del estreñimiento habitual. Lo primero que se puede asegurar es que las corrientes, para que tengan efecto curativo, deben ser intensas, de 50 miliamperios, por lo menos. El aparato necesario se reduce á una pila de 12 elementos, provista de un miliamperímetro que pueda marcar hasta 100 y 120 miliamperios; un conmutador (es decir, inversor) y dos almohadillas de fieltro espeso de 13 por 18 centímetros. Estas almohadillas se empapan bien en agua templada, y se aplican una á los lomos y otra al vientre, sujetándolas bien, mediante una venda ancha de goma. Después cada una de ellas se pone en comunicación con uno de los polos de la batería y se hace pasar la corriente. La intensidad de ésta se aumentará progresivamente mientras el enfermo la tolere; si llega á quejarse de que la aplicación es muy dolorosa se disminuye algo de intensidad. Cuando se haya dejado de hacer aumentar la corriente se verá que sigue aumentando ella sola; si el enfermo no se queja se la dejará. Casi todos los pacientes toleran perfectamente corrientes de 50 miliamperios y algunos de sesenta y de se-

tenta y cinco. Esta corriente se mantiene por espacio de cinco minutos, después se interrumpe, se invierte su dirección mediante una simple maniobra del conmutador y se la hace pasar de nuevo hasta alcanzar la misma intensidad y por espacio de igual número de minutos. En este momento la aplicación puede darse por terminada. Al principio del tratamiento se harán aplicaciones diarias hasta que las heces sean normales, es decir, por espacio de ocho á diez días. Conseguido este resultado se van espaciando las sesiones, se dan dos ó tres por semana y así se sigue ya hasta la curación que tarda en conseguirse un mes ó mes y medio. Con el tratamiento eléctrico las heces se hacen normales en muy poco tiempo y desaparecen varios de los síntomas accesorios que acompañan al estreñimiento pertinaz, tales como los dolores, los abombamientos y los trastornos anoréxicos. En la inmensa mayoría de los casos la curación es completa y definitiva. Los casos acompañados de estreñimiento (se entiende los de enterocolitis) mejoran con este tratamiento, más que aquellos otros que presentan diarrea, lo cual no quiere decir que en los últimos no se obtengan también beneficios y también curaciones; debe asociarse en estos casos el tratamiento eléctrico á la desinfección intestinal. Generalmente suprime el autor toda clase de laxantes y purgantes cuando empieza el tratamiento eléctrico, pero si prolongado éste algún tiempo el estreñimiento persistiese, no tiene inconveniente en auxiliarse con pequeñas dosis de aceite de ricino, una ó dos cucharadas de las de café que se toman por la noche al acostarse. Además, suprime todo régimen especial, prohibiendo tan sólo aquellos alimentos por los que el enfermo muestra evidente repugnancia. (*Le Noveau Journal des Médecins*, Marzo de 1920.)

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Ruptura espontánea de la vejiga.**—Los doctores Enrique Castaño y Alfredo Buzzi refieren la siguiente interesante nota clínica:

C. S., sesenta y ocho años, jornalero. Ingresó en la sala 7.^a el 19 de Noviembre de 1919 con diagnóstico de hipertrofia de la próstata. Hay retención de 500 gramos de orina turbia; á veces sanguinolenta: urea en la sangre: 1,80 por 1.000, que el 20 de Diciembre había disminuido á 0,45 por 1.000; presenta una hernia inguinal izquierda.

En la madrugada del 19 de Enero se le produce el estrangulamiento de la hernia, que se redujo espontáneamente al cabo de dos horas, sin maniobras de taxis; en seguida le aparecen dolores agudos en el abdomen y vómitos, siendo pasado á la sala 14 con síntomas peritoneales agudos, defensa en tabla, lengua seca, vómitos, pulso de 120 por minuto, hipotensión, disnea. Trae colocada la sonda permanente, que la tiene desde el día de su ingreso en el Hospital.

Bajo anestesia al éter (aparato Ombredanne) interviene el Dr. Buzzi, practicando una laparotomía mediana infraumbilical; al abrir el peritoneo sale gran cantidad de líquido amarillento turbio sin olor característico, aparecen algunas asas de intestino delgado congestionadas, sembradas de pequeñas equimosis subserosas.

Se examina el fondo de saco de Douglas, encontrándose una ruptura de la vejiga en su cara posterior, de unos 10 centímetros de extensión, dirección vertical, de bordes invertidos y de aspecto papiláceo, pudiendo comprobarse á través de ella la hipertrofia de la próstata, y, además, que la sonda no llega hasta la cavidad vesical. Se pone el enfermo en posición de Trendelenburg, se aíslan las asas intestinales, y después de colocar perfectamente la sonda se procede á la sutura de las paredes vesicales en dos planos con catgut á

puntos separados. Drenaje del fondo de saco de Douglas con tubos de goma y sutura de la pared abdominal.

El enfermo evoluciona favorablemente, la sonda permanente funciona bien, se sacan los drenajes á las cuarenta y ocho horas; el 24 de Enero presenta disnea intensa, su pulso muy frecuente, comprobándose una neumonía del pulmón derecho á consecuencia de la cual fallece el mismo día.

En la autopsia se constata la lesión pulmonar y se comprueba el perfecto estado de la sutura vesical.

Como puede verse por la historia adjunta, el lugar en que se encontraba la solución de continuidad era la cara posterior del órgano, lo cual está de acuerdo con las estadísticas que consideran ese sitio como el más frecuente en las rupturas intraperitoneales. Existía, además, una vejiga alterada profundamente en sus paredes, al punto de que ellas estaban muy adelgazadas, friables y presentando el aspecto de una lámina papirácea.

Por lo que se refiere á la segunda causa predisponente, es decir, á la distensión vesical, ha habido en este caso un factor que ha inducido á error, y es la presencia de la sonda permanente incompletamente colocada en la vejiga, por lo cual nunca llegó á pensarse que ésta hubiera podido estar distendida por la orina, como lo había estado en realidad, teniendo presente la cantidad que de aquella llenaba la cavidad peritoneal y que no presentaba olor *sui generis* del líquido urinario.

Respecto á la causa determinante, la contracción muscular del esfuerzo, en este caso, ha actuado en forma evidente y continuada desde que el paciente ha estado sometido durante varias horas á todos los trastornos ocasionados por una hernia estrangulada que, como se comprende, contribuye al aumento de la presión abdominal que actuando sobre un reservorio cuyas paredes han perdido su elasticidad, adelgazadas y friables, aumentando la tensión de su contenido, la hace estallar en su punto más débil.

Por otra parte, no ha sido necesaria una gran distensión ni un esfuerzo considerable para producir la ruptura, porque en estos casos la capacidad vesical es siempre menor que la normal y las profundas alteraciones de las paredes vesicales hacen que el órgano estalle al menor aumento de presión de su contenido, y de ahí que á la autoruptura se la considere siempre como la consecuencia de una alteración propia de la pared vesical. (*Prensa Médica Argentina*, 30-3-1920.)

BIOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El equilibrio azoadado de la sangre en los cánceros, por Loeper, Thinj y Tonnet.—1.º En el cáncer, cualquiera que sea su localización, se trastorna profundamente el equilibrio azoadado del organismo, especialmente el de la sangre.

2.º Este trastorno se manifiesta por una elevación de la tara del nitrógeno residual y un descenso del coeficiente azoémico.

3.º Este trastorno es probablemente consecuencia de la secreción por el tumor de fermentos proteolíticos afines á la erepsina; en algunos casos puede ser efecto de la acción del tumor sobre el hígado mismo.

Es frecuente la elevación de la tara de urea de la sangre aparte de toda lesión renal clínicamente apreciable, elevación que contrasta con la hipoazoturia admitida en estos enfermos. En general, la azotemia es tanto más pronunciada, cuanto más próximo está el cáncer á determinar la muerte.

En 15 casos observados el coeficiente azoémico fué siem-

pre inferior á lo normal; 10 veces hasta inferior en un 40 por 100; cuatro veces inferior á 20 por 100.

El nitrógeno residual oscila de 0,60 á 1,82. Las cifras más elevadas de azoe residual se observan en los cánceres del estómago, siguiéndoles los del recto y del hígado. En el cáncer del recto y de la próstata con compresión de los uréteres, la retención renal modifica poco las cifras habituales obtenidas en los tumores malignos.

La ablación del tumor atenúa notablemente estas variaciones, llegando hasta hacerlas desaparecer cuando la ablación es completa y no existen focos secundarios.

Las variaciones del equilibrio azoadado de la sangre atestiguan ante todo la excitación ó la insuficiencia del hígado. Lo mismo que en las afecciones hepáticas, pero sin duda por diferente mecanismo, la tara de nitrógeno residual es elevada constantemente. (*Le Progrés Médical*, 10 de Abril de 1920).—L. P.

2. La saliva en los diabéticos.—Según Rathery y Binet, la saliva de los diabéticos está modificada cuantitativa y cualitativamente; se segrega en pequeña cantidad, es más viscosa que la normal y, sobre todo, su reacción puede ser ácida. Es indudable que la diabetes puede acompañarse de una eliminación de azúcar por las glándulas salivares, y se puede demostrar esto experimentalmente en animales en los que se ha aumentado la concentración normal de glucosa sanguínea, ya sea por inyección intravenosa de esta sustancia, ya sea por extirpación total del páncreas. Clínicamente existe, por tanto, una *glucosialorrea*, que puede acompañar á la glucosuria, ó alternar con ésta, ó bien existir aisladamente, sin aparición de azúcar en las orinas. (*Presse Médicale*, núm. 27, 1920).—L. Luengo.

3. Investigaciones experimentales sobre el virus de la encefalitis letárgica.—Levaditi y Harvier han presentado á la Academia de Medicina (sesión del 20 de Abril de 1920) el resultado de sus investigaciones sobre el virus de la encefalitis letárgica, habiendo conseguido demostrar, mediante inyecciones intracerebrales de emulsión de sustancia gris de una enferma, en conejos, la acción patógena de dicho virus para estos animales. Este virus pertenece á la categoría de los virus filtrantes específicos, se conserva en la glicerina y es inoculable al conejo por la vía de los nervios periféricos (ciático) y por la vía ocular (cámara anterior del ojo), además se presta á pases regulares sobre este animal, en el que determina lesiones comparables á las observadas en el hombre. El suero de convalecientes recientes (un mes) de encefalitis letárgica y mioclónica, no ejerce acción neutralizante sobre el virus.—E. Luengo.

4. Estado de la hipófisis en la encefalitis letárgica.—Pierre Marie y C. Tretiakoff han presentado á la Sociedad Médica de los Hospitales de París, preparaciones de hipófisis pertenecientes á dos mujeres jóvenes fallecidas de encefalitis letárgica bien caracterizada y comprobada anatómicamente. Ambas enfermas presentaron durante el curso de la enfermedad una somnolencia muy pronunciada; en la necropsia la hipófisis apareció macroscópicamente un poco congestionada. En los cortes se encuentra la misma congestión difusa moderada, pero sin ir acompañada ni de infiltración leucocitaria, ni de alteraciones apreciables de las células del lóbulo glandular. El lóbulo nervioso ofrece un aspecto absolutamente normal. Respecto al estado funcional de la glándula, nótese á primera vista que la cantidad del coloide segregado parece normal. Por tanto, la hipófisis en estas dos observaciones aparece sensiblemente normal. Nadie ignora el papel primordial atribuido á las lesiones de la hipófisis en la producción del sueño patológico por ciertos autores, particularmente por Salmon; esta opinión fue com-

batida y aun recientemente Claude y Lhermitte han sostenido la hipótesis de localización del centro somnífero en la región del infundibulum, es decir, en una región del encéfalo inmediatamente subyacente á la hipófisis. En el curso de la encefalitis letárgica, la narcolepsia es en general muy pronunciada y las lesiones de la base del cerebro muy intensas, pero esta narcolepsia no puede ser explicada por el estado de la hipófisis, según se deduce del estudio de las preparaciones de Marie y Tretiakoff. (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris*, Marzo 1920, núm. 10, pág. 357.)—E. Luengo.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Dos casos de ovaritis «ourlienne» que simulan la sintomatología de la apendicitis.**—El Dr. D. Rafael Ortega Belgrano publica los dos siguientes interesantes casos:

N. S., niña de trece años de edad, despierta una mañana atacada de cierto malestar. A pesar de esto, se levanta, toma su desayuno y, á la hora, siente un dolor intenso en la fosa ilíaca derecha, con irradiaciones hacia la región lumbar del mismo lado. Media hora más tarde tiene un vómito.

Alarmada la familia, requiere mi presencia. Al llegar me encuentro con el siguiente cuadro: La niña, en decúbito dorsal, evita todo movimiento por temor al dolor; facies pálida, cubierta de moderada transpiración fría; 120 pulsaciones; 22 respiraciones; 38° de temperatura; vientre ligeramente timpanizado; desde el punto de Mac Burney hasta tres traveses de dedo hacia abajo, en línea ligeramente oblicua hacia adentro, se palpa una zona de exquisita sensibilidad á la presión.

Si hundo los dedos, el dolor se hace intolerable.

En la historia de la enferma no se registra ningún antecedente de apendicitis crónica. Como dato ilustrativo encuentro que padece la enferma de gran constipación.

Ante este conjunto de síntomas se imponía el diagnóstico de apendicitis aguda; pero la forma en que el dolor se propagaba hacia abajo, despertó en mí ciertas dudas y me incitó á insistir en el examen, consiguiendo así descubrir que la región parotídea derecha se hallaba ligeramente tumefacta y dolorosa; del lado izquierdo, este proceso era menor.

Supe que la niña, en los días anteriores, había visitado una casa donde había enfermos con paperas.

Pensé entonces en una ovaritis «ourlienne» y, como la niña no se había desarrollado aún, manifesté la posibilidad de que, con la congestión ovárica originada por la dolencia, apareciese la primer regla.

Prescribí hielo sobre el punto doloroso, dieta hídrica y desinfección bucal.

Ocho horas más tarde, el cuadro era el siguiente: Temperatura 38,2; pulso, 120, respiraciones, 24; el dolor no había variado; los vómitos habían cesado; el timpanismo era menor; la facies mejor; la tumefacción de ambas parótidas se había hecho más manifiesta. No había movido el vientre.

Prescribí, además de la medicación indicada, un enema de agua 400 gramos y aceite 200 gramos.

Al día siguiente me recibió la madre de la enferma, anunciándome que le había aparecido á la niña su primer regla, con lo que coincidía una mejoría en el estado general.

El diagnóstico ya no permitía dudas, la tumefacción de las parótidas daba á la enferma el aspecto peculiar á las atacadas de paperas. Por lo demás, la evolución de la enfermedad estuvo en todo de acuerdo con nuestro diagnóstico.

En el segundo caso que he observado, se requirió mi presencia en consulta.

Un colega acababa de formular un diagnóstico de apendicitis aguda, en una niña de catorce años, y había indicado la necesidad de una intervención quirúrgica inmediata.

No describo el cuadro, por ser, salvo pequeños detalles, idéntico al de la enferma anterior. Se trataba en este caso de una niña que se había desarrollado dos años antes de intervenir.

Al dar mi diagnóstico de ovaritis «ourlienne» encontré en mi colega la más decidida oposición. Tuve que insistir en que practicara un nuevo examen de la región parotídea, para que me concediese una espera de ocho horas antes.

Cuando volvimos á reunirnos se habían producido dos hechos decisivos:

1.º La tumefacción de las parótidas era más manifiesta.

2.º Se había propagado la dolencia al ovario izquierdo.

Como en el caso anterior, la evolución de la enfermedad estuvo de acuerdo con el diagnóstico de ovaritis «ourlienne».

Creo inútil insistir sobre la importancia de este diagnóstico diferencial y sobre los peligros de obrar en medicina con demasiada precipitación. (*Prensa Médica Argentina*, 30 de Marzo de 1920.)

2. **El sarampión y su hipotética etiología alimenticia arsenical. Experimentación en el ejército.**—El Dr. Julio A. López ha hecho estudios para comprobar lo dicho por el Dr. Velázquez de Castro (de Granada), el cual cree haber encontrado la causa del sarampión en la alimentación arsenical cuando esta sustancia abunda en los alimentos y la persona que lo absorbe no está acostumbrada ó inmunizada contra el arsénico, y de sus estudios deduce las siguientes conclusiones:

1.ª Que á pesar de dárseles pequeñas dosis de licor de Fowler, absorbiendo lentamente pequeñas dosis de arsénico, no se inmunizaron y el sarampión se produjo.

2.ª Que en 300 conscriptos, viviendo en un mismo cuartel, sin aislamiento posible, unos de otros, sólo se enfermaron 30.

3.ª Que estos 30 conscriptos con sarampión fueron los únicos 30, de 300, que antes de la epidemia dijeron no haber tenido sarampión antes de incorporarse al ejército.

4.ª Que á pesar de aplicárseles todas las noches, después de acostarse, uno por uno, en la nariz, gotas de eucaliptol, pulverizaciones con la misma sustancia, sobre las sábanas, camisetas, piel del pecho y frascas, á la altura del tórax, para que estuviesen absorbiendo, la enfermedad se produjo en todos los que en su casa no la habían tenido.

5.ª Que la hipotética etiología alimenticia arsenical del sarampión no tiene fundamento científico al través de esta experimentación, que prueba con claridad ser falsa.

6.ª Que todas las medidas profilácticas que se aplican para impedir el sarampión, una vez iniciada la epidemia, están de más, son enteramente empíricas y sin ningún resultado práctico, puesto que de 300 conscriptos, 30 afeados, que decían no haberlo tenido todavía, sin ninguna excepción todos lo tuvieron, á pesar de la energía y estrictez en la aplicación de las medidas profilácticas, por tratarse de una experimentación.

7.ª Que la buena alimentación, el descanso efectivo, con un abundante sueño y la instrucción reducida, durante las epidemias de sarampión, contribuye á crear más resistencia al organismo, para impedir complicaciones ó vencerlas más fácilmente, pero no impide el sarampión á quien no lo ha tenido anteriormente estando en un ambiente con esa epidemia.

8.ª Que está de más aislar al sarampiñoso en la unidad

con el objeto de impedir el contagio de los demás conscriptos, porque en el ambiente de epidemia, el que no lo ha tenido lo tendrá. De modo que, una vez dado de alta curado un sarampionoso, no debe quedar aislado, pero sí exceptuado, por convalecencia, es decir, libre de las restricciones propias al aislamiento.

9.ª Que declarado el primer caso de sarampión en una unidad, debe vigilarse diariamente toda la tropa para separar lo más precozmente posible al sarampionoso, no como medida de profilaxia para los demás, sino para ser sometido lo más rápidamente a un tratamiento, es decir, que el aislamiento es únicamente con fin terapéutico. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 18-3-920).

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Dolores lumbares y sacros, por el Dr. S. Erben.— Al revés de la literatura clásica afirma el autor que el lumbago ofrece un cortejo considerable de síntomas objetivos concomitantes. La localización de los dolores espontáneos del dorso nos permite ya diferenciar dos afecciones: el verdadero lumbago de los trabajadores que asienta en la última vértebra lumbar y se extiende hacia los lados, y el dolor sacro del neurasténico que se localiza a nivel del sacro y se extiende a lo largo de toda la columna vertebral. El comienzo del primero es brusco y violento, el segundo paulatino. Cuando existe lumbago las modificaciones de la posición en la cama le exasperan lo mismo que la acción de la prensa abdominal, la raquialgia del neurasténico no sufre aumento por estos movimientos. Por el contrario, ésta se despierta ó se exaspera por la presión *loco dolenti* y aquel no. Si buscamos deformidades de la columna vertebral a nivel del sitio del dolor no la encontraremos nunca en los casos de raquialgia y sí se nos presentará con frecuencia en los de lumbago. Estos muchas veces presentan escoliosis con la particularidad de que hacia el lado de la concavidad se puede movilizar la columna vertebral y no hacia el de la convexidad, pues en este sentido ni siquiera se puede corregir la escoliosis. Se diferencia ésta de las de otro origen porque el ángulo que forma la porción desviada con la de dirección normal es agudo y en las escoliosis de otra naturaleza es obtuso; la deformidad está producida por varias vértebras seguidas. Estos datos movieron al autor a considerar el lumbago como alteración de las articulaciones de la columna vertebral. La posición anormal que el cuerpo adquiere en caso de lumbago se debe atribuir a una protección contra el movimiento. La posición se busca automáticamente y no se produce por parálisis ni por contractura. Es muy raro que en casos de dolor sacro haya inclinación del tronco hacia el lado enfermo (escoliosis homóloga). Cuando existe es porque se ha inflamado algún nervio ó hay algún proceso supurado y el organismo busca con la relajación de la parte afecta la disminución del dolor. Una vez hallada una escoliosis de la región lumbar investiga el autor siempre la existencia posible de otra en la porción torácica de origen probablemente raquíctica. Cuando esta segunda existe, la primera es seguramente compensadora, y examinándola despacio se aprecia que no solamente hay escoliosis, sino también una ligera torsión de las vértebras, de tal modo que la cara anterior del cuerpo de las mismas mira hacia el lado convexo. Esta torsión falta en el lumbago. Además la escoliosis compensadora se hace desaparecer mediante movimientos pasivos, y si acaso esto no fuera posible por haber rigidez de la columna vertebral, dicha rigidez no se limita sólo a la región escoliósica, sino que comprende por completo las regiones dorsal y lumbar. Ya se ha dicho más arriba como está la motilidad

de la columna vertebral en casos de escoliosis por lumbago. Después de la inspección de la columna vertebral y de examinar la motilidad lateral se pasa a explorar la motilidad antero-posterior haciendo que el enfermo agache el tronco.

Normalmente se verifica este movimiento en su mayor parte a expensas de la columna vertebral lumbar y sólo en su última fase mediante las articulaciones coxo-femorales. La lordosis que caracteriza a la columna vertebral lumbar se convierte por la flexión en una cifosis, de modo que si la apófisis espinosa de la primera lumbar y la primera apófisis de la cresta sacra distaban en la bipedestación 10 centímetros, en la flexión pronunciada distan unos 15 centímetros y además se hacen más pronunciadas dichas apófisis. Pues en el caso del lumbago cabe una de estas posibilidades: O la columna vertebral a pesar de la flexión sigue presentando una cifosis a nivel de su región lumbar y a ambos lados los músculos erectores del dorso (tríceps espinales) resaltan tensos como cuerdas de arco, ó bien se hacen prominentes las vértebras lumbares superiores, pero quedando ocultas las dos inferiores, ó por último, todas las vértebras se hacen prominentes; pero observando la columna vertebral lateralmente se aprecia que no tiene forma convexa sino recta. La flexión del tronco es perfectamente posible hasta su grado máximo a pesar de estos trastornos porque se verifica en semejantes casos a expensas de las articulaciones coxo femorales. Si el tronco se inclina hacia los lados en un sujeto normal, el surco medio de la espalda empieza a sufrir una inflexión regular desde la última vértebra lumbar hacia arriba; si el sujeto padece lumbago, la flexión empieza desde la segunda ó tercera vértebra a contar desde abajo, es decir, desde la tercera ó segunda respectivamente contando desde arriba que es lo corriente.

El neurasténico que padece raquialgia no ofrece obstáculo alguno a los movimientos de la columna vertebral. En la posición erguida ó ligeramente inclinada hacia adelante se palpa muy bien el borde externo del músculo ileo-costal ó sacro-lumbar. Pues bien, por fuera de este músculo é inmediatamente por encima de la cresta ilíaca se aplica el dedo ejerciendo una regular presión en dirección de la cavidad abdominal y después se hace una segunda presión en el mismo sitio, pero dirigida contra la columna vertebral. Si preguntamos al enfermo cuál de las veces le duele más nuestra maniobra, probablemente dirá que la segunda y es porque se hace la presión sobre la columna vertebral.

Este dato contribuye a asegurarnos que algo anómalo ocurre en dicha columna. En la mayoría de los casos de lumbago da esta prueba resultado positivo. En algunos casos de lumbago ha observado el autor unos nódulos duros del tamaño de una avellana ó de una almendra, dolorosos a la presión y muy móviles; situados a uno ó a ambos lados de la columna vertebral y a lo largo de la inserción del glúteo superior. Ignora el autor lo que pueden ser estos nódulos que no ha encontrado en ninguna autopsia ni conocen los anatomopatólogos.

Para numerar las vértebras lumbares téngase en cuenta que la línea que une los puntos más altos de ambas crestas ilíacas en un individuo que está de pie corta a la columna vertebral a nivel del borde superior de la cuarta lumbar. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 3 de Abril de 1920.)

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.

Academias.— Compás de espera.

No por ir avanzando la estación y produciéndose en los ánimos esa expectación al descanso que trae en los espíritus españoles la madre primavera con sus actividades de generación y de vida; no por comenzar á sentirse el cansancio del trabajo invernal en todos, que todos tienen el invierno trabajo, los unos productivo y expectativo los otros; no por suponerse agotable el caudal de lo prevenido para los debates académicos, han desmayado en éstos la actividad y el interés que se venían sosteniendo.

En la Real Academia de Medicina ha cerrado el ciclo de las conferencias la pronunciada el miércoles último por el Sr. Rodríguez Abaytua, trabajador perseverante, pensador culto, modesto é incansable, que desde el fondo de su cenovítica actividad produce incesantemente trabajos de tendencia trascendental y filosófica, al propio tiempo que resume la labor de especialista en muchos años acopiada. La conferencia del Sr. Rodríguez Abaytua versó sobre el concepto, para él negativo, del alcohol como alimento.

La sesión literaria celebrada el sábado anterior por esta misma Academia, ha sido de las más dignas de elogio de cuantas en ella hemos presenciado. ¡Ojalá que siempre los señores académicos comprendieran, como parece que comprendieron aquel día, que lo que hoy el público, la ciencia y la crítica piden es esto: «brevedad é interés».

Una y otra condición tuvieron las comunicaciones de los Sres. Pascual, Carro y Tapia, presentando el primero observaciones y casos de hermafroditismo, terminando el segundo su notable disertación sobre el estreñimiento habitual, y presentando el último preparaciones inverosímilmente delicadas y demostrativas de la anatomía del oído medio y del interno. La sesión fué calificada por todos como modelo digno de ser reproducido.

En la Academia Médico Quirúrgica se sostiene también el interés de las comunicaciones y la variedad de los trabajos, que siempre en sus reuniones hemos alabado; pero en la última sesión nos pareció advertir una tendencia á la relajación en la rigidez de los procedimientos de brevedad oratoria, que convendría no fuese un pródromo advertidor de la caída en el antiguo régimen.

Nada nuevo ocurre por ahora después de resuelta (ó cosa así) la crisis ministerial. Las Diputaciones provinciales catalanas parece que plantean el problema de desgajar del árbol armónico de la constitución nacional los servicios de Beneficencia y de Instrucción pública. No sabemos lo que de esto resultará, pero sí creemos que debemos llamar la atención de nuestros colegas de las cuatro provincias acerca de la significación que ésto puede tener ante la aspiración general de los médicos españoles, ante el espíritu fundamental y científico de la Ciencia benéfica y de la administración sanitaria y ante el concepto de desamparo de que pueden ser víctimas entregados á la acción de un caciquismo absorbente y desapoderado, que no por llamarse mancomunidad deja de ser una manifestación, al propio tiempo que ridícula, perniciosa de los apetitos de gentes que cuanto más empequeñecen el escenario, más verosímil ven el figurar como primeros actores.

Entretanto esperamos del Sr. Domínguez Pascual la disposición reglamentaria para la aplicación del artículo de la ley de Presupuestos en que se garantiza el pago por el Estado de los titulares y de los servicios sanitarios municipales de todas índoles. Hasta ahora nada se ha hecho, ni nos parece muy tarde para poder impacientarnos; pero, como por una parte, el Sr. Domínguez Pascual trae de su antigua gestión ministerial cierta reputación *nirvanesca*, y, por otra parte, nadie creemos que solicite urgentemente lo que en la apariencia se dice que se solicita pomposamente (entiéndanlo los de las asociaciones, sindicatos, etc.), tendrán que concluir por ocuparse de esto quien ó quienes siempre han conseguido lo poco provechoso que para los médicos se ha conseguido.

Los que quieran entender, que entiendan, y los que puedan abrir los ojos, que los abran.

DECIO CARLAN

UNA CONFERENCIA DEL DR. RECASENS EN PARIS

El eminente decano de la Facultad de Medicina de Madrid nos proporcionó lo que se llama una excelente mañana en el día de ayer 28, pronunciando en París una conferencia sobre «El tratamiento del cáncer».

A la hora de las diez y cuarto el anfiteatro del Hospital Tarnier, dedicado á Ginecología y partos, se ha-

llaba plenísimo á pesar de la lluvia intensa que entonces caía sobre París. Un público, mejor diría un auditorio muy variado, en el que se veían numerosas señoras elegantemente vestidas y jóvenes señoritas alumnas se apretaban en la elevada gradería, llenaba los descansillos y se apiñaba en las puertas por oír al renombrado ginecólogo español, que en homenaje á la cátedra y profesorado de España, había sido invitado á dar una lección sobre una de las terribles dolencias que él conoce como pocos en Europa. Entre el personal masculino figuraban ilustres personas de la ciencia y del magisterio de París, como el rector de la Universidad, el decano de la Escuela de Medicina de París, Roger; los profesores Bar, Luis Fauz y Broca Roger; el embajador y secretario de la Embajada de España, una pléyade de médicos españoles que formaban interesante y distinguida colonia, entre ellos el Dr. Sard, que tan simpática fama conquistó durante el período de la guerra dirigiendo un hospital español consagrado al tratamiento de héridos; el Dr. Tello, de Sevilla; el doctor Eleicogui, director de *España Médica* que presidía una de esas colonias de turistas médicos españoles que vienen á conocer y estudiar lo mucho interesante que ofrece á la enseñanza esta grandiosa capital, y un número crecido de jóvenes médicos compatriotas que vestían las blusas blancas, confundiendo con el numeroso personal médico y escolar del Hospital; la expectación era grande y la presencia del conferenciante español era acogida con una calurosa y simpática ovación al colocarse tras la mesa de la cátedra.

El decano de la Escuela de París, señor respetable, de presencia inteligente y luenga barba blanca, hizo una delicada presentación del decano de la Escuela de Madrid, saludando en él al magisterio español, enalteciendo sus méritos y exponiendo la razón del homenaje que se le tributaba, al invitarle á desarrollar uno de los temas más importantes y delicados de la Ginecología. Cuando terminó dejó el centro al Dr. Recasens, quien comenzó en seguida la conferencia.

Con tanta naturalidad y frescura como si hablara en la cátedra de Madrid á sus alumnos, Recasens comenzó su oración, y no habían transcurrido tres minutos cuando ya se había conquistado el auditorio todo, y había escuchado los primeros aplausos.

Tenía en cuartillas Recasens el índice de su conferencia, pero dándose con buen acierto á la espontaneidad, estuvo disertando cerca de hora y media sin producir el más leve cansancio; sin que la atención del público se le distrajera un momento; con un silencio que solo era interrumpido por los aplausos y mostrando con su doctrina que conocía muy á fondo y con aportaciones originales que eran recogidas con marcado aprecio, la enfermedad más espantosa de la mujer.

Recasens estuvo sincero, expuso sus entusiasmos y sus ilusiones iniciales, las de cuando creía poseer con el radium un remedio generalmente curativo, y las atenuaciones que los años y la experiencia le fueron imponiendo hasta llegar á la cifra de 24 por 100 de curaciones. El estudio que expuso de las variadas formas y procedimientos de aplicación; tal dosis y duración de

este nuevo agente poderoso; los efectos en los tejidos y en las células cancerosas; las alteraciones de éstas según los modos distintos de su uso y los agentes farmacológicos y biológicos modernos que viene ensayando; las realidades en lo presente y las esperanzas para lo futuro, éstos y otros puntos interesantes fueron expuestos con claridad, precisión y elocuencia, á veces hasta artística y sentimental, que el auditorio escuchó con deleite, apreció todo su valor, juzgó entonces con aplauso y después con comentarios, como de mérito y de práctica originalidad en algunas ocasiones, premiándolo con la elocuente adhesión que en aquel lugar tan respetable podía manifestarse.

Coronó su conferencia Recasens presentando después, en el aparato de proyecciones, una serie crecida de excelentes preparaciones colocadas, de cortes en tejidos internos, destruidos y en separación, que fueron celebradas por su limpieza y preciosa enseñanza.

Las maravillas artísticas de la naturaleza, recogidas en las entrañas del organismo, aun en sus degeneraciones más espantosas brillaron allí, dejando en todos los presentes las enseñanzas claras y precisas que conferencia de este linaje podía producir. Cuando terminó, una verdadera ovación atronó el aula y preparó los ánimos á escuchar los bellos, elocuentes y corteses párrafos que pronunció el doctor Bar en seguida.

Verdaderamente conmovido y expresando su sentimiento intenso de confraternidad médica, y homenaje al docto profesor y de simpatía internacional pronunció un breve discurso que fué oído con verdadera unción religiosa. Dé él recordamos los siguientes conceptos:

«En la evolución que la radioterapia va á realizar transformando la medicina, ha sido usted protagonista. Sabéis hacer que la Medicina española tome una parte activa en el progreso de la Medicina del mundo.

Los aplausos que hemos oído en este anfiteatro repleto de médicos y estudiantes españoles y franceses, tiene una significación espiritual grande. Siempre los médicos y alumnos de habla española fueron recibidos con afecto en esta Universidad, pero ahora estos sentimientos se hallan más exaltados porque los franceses en esta guerra han sabido sobreponerse á su sufrimiento sin precedente y han podido recoger los grandes consuelos venidos de la nación hermana; muy especialmente los que debemos á vuestro rey, quien durante los cinco años que pasamos luchando por la paz y la justicia ha trabajado sin descanso y con una solicitud nunca bastante agradecida, por dulcificar la trágica y dolorosa existencia de los prisioneros y los desgraciados».

Cuando terminó Bar su sentida improvisación una corriente de efusión intensa, de emoción fraternal corrió por todos los cuerpos y llenó de lágrimas algunos ojos.

Recasens dió un grito de ¡viva Francia! y ¡viva España! que fué respondido con entusiasmo.

Recasens fué muy felicitado. Algunos médicos franceses nos dijeron que habían aprendido algo que no sabían y que habían visto con claridad puntos que les eran confusos.

El cronista de esta sencilla carta dió un abrazo apretado al decano español y le dijo:

«Que lo muy agradecido á la buena mañana que me ha dado usted; me he sentido en París orgulloso de ser español y esto me sucede pocas veces [por desgracia]»

ANGEL PULIDO.

Paris, 29 de Abril de 1920.

REMITIDO

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Muy respetable compañero: No todos los médicos titulares hemos de ser ingratos; todavía hay humildes médicos de partido que aprecian y reconocen la labor desinteresada que en la prensa, en el mitin, en las conversaciones privadas con los altos políticos, en las Academias, y sobre todo en el Parlamento, ha llevado usted á cabo en pro de los intereses sanitarios y en defensa de los médicos rurales, cada día más dejados de la mano de Dios, quizás por culpa de muchos que, actuando á título de defensores de la clase, sólo han tratado de cercenar nuestros bolsillos y de realizar trabajos de carácter negativo que en nada podían favorecer las aspiraciones de la clase.

Somos muchos los médicos de partido que no nos han abandonado ni la sensatez ni el espíritu de justicia hacia quienes como usted han contribuido á que las Cortes hayan aprobado una fórmula en la vigente ley de Presupuestos que garantizará el pago de nuestros haberes. Parecerá poco lo conseguido á esos espíritus suspicaces y descontentadizos que se pasan la vida haciendo oposición sistemática á todo lo divino y humano, que á la vez carecen de hábitos curialescos para la interpretación de las leyes y para el uso de los procedimientos que deben ponerse en juego á fin de obtener de estas leyes el mejor partido posible, y en absoluto desconfían, ó no quieren conocer, las razones de orden político que hoy agobian á nuestros Gobiernos para que éstos fijen su atención en nosotros y puedan concedernos lo que debe ser un ideal no remoto: el pago por el Estado.

Pero no porque esto haya sido imposible conseguirlo hoy debemos desmayar, ni menos cejar en la consecución del programa que los titulares defendemos. Si todos los diputados y senadores médicos, de veras se propusiesen hacer labor beneficiosa á las clases sanitarias, y éstas en vez de volverles la espalda les apoyasen con perseverancia ejemplar, seguramente llegaríamos á la meta de nuestros deseos. ¿Cuántos diputados y senadores maestros de escuela hay, ilustre Dr. Cortezo?

Cónstele que yo llevo en este partido veinticinco años; que nada me debe el Ayuntamiento; que hasta la fecha nos ha abonado religiosamente á los dos médicos titulares el sueldo correspondiente á la categoría que por clasificación le correspondió, sin descuento alguno, y que, como puede suponer, jamás hemos pedido nada á Asociaciones, Uniones, Colegiaciones, Gobernadores, etc., etc.

Que Dios le pague sus desvelos por esta desagradecida y casi irredimible clase es lo que desea su atento s. s. y humilde médico rural, q. l. e. s. m.,

José LORIENTE GIL.

Epila, 7 Mayo 1920.

NUESTRO EJÉRCITO UNIVERSITARIO (1)

Universidad de Valladolid.

Mariano de M. Abad.

Nació en Barcelona en 1860. En 1880 era licenciado en Medicina y en Farmacia. Terminados los estudios, entró en la dotación del trasatlántico *Vidal Sala* como médico, y después de varios viajes, desembarcó en la Habana en Noviembre de 1882.

En la Isla de Cuba ejerció la profesión en Mayarí y San Antonio de los Baños; fué alumno de la Universidad de la Habana (asignaturas del doctorado); médico titular y médico de voluntarios. Durante su permanencia en la misma estuvo encargado de asistir á fuerzas de Infantería de los Regimientos de Cuba, Corona y Nápoles; Regimiento de Caballería de Tiradores del Príncipe y fuerzas de la Guardia Civil pertenecientes á la Comandancia de la Habana, con autori-



zación del Excmo. Sr. Capitán General de la Isla de Cuba, viniendo á sumar esta asistencia unos cuatros años de servicios prestados al Ejército.

En 1887 regresó á la península y se graduó de doctor en 1889. Este mismo año obtuvo por oposición el cargo de ayudante de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid, que desempeñó hasta 1895. Siendo ayudante regaló al Museo de Terapéutica una colección de Farmacología, formada de curiosos ejemplares, y que fué calificada de útil para la enseñanza por el catedrático de la asignatura. También durante esta época fué secretario primero de la Sección de Ciencias del Ateneo de Madrid (1891-92).

En 1894 ingresó por oposición en el Cuerpo de Médicos de Baños, y ha desempeñado la dirección de varios establecimientos balnearios, Continúa en la actualidad en dicho Cuerpo en situación de excedencia voluntaria.

En 1903 fué nombrado auxiliar numerario de la Facultad de Medicina de Madrid, y en 1906 catedrático numerario de

(1) Véase el número 3.464.

la Facultad de Medicina de Valladolid, cuyo cargo obtuvo en virtud de oposición, que fué precedida de otras dos oposiciones á la misma asignatura con resultado honroso, pero negativo.

Durante el desempeño de su cargo ha sido ampliado el Museo de Terapéutica, por haberse aumentado notablemente el número de ejemplares, y se ha instalado de nueva planta un Laboratorio en el que se dan las prácticas de la asignatura. Ha dado conferencias de extensión universitaria y ha publicado varios trabajos científicos.

NECROLOGIA

El profesor Ernesto Wertheim ha muerto de una neumonía el sábado 15 de Febrero de 1920.

Wertheim era abuelo de profesores. Su padre, Teodoro, fué profesor de Química en Grau; la madre, hermana del profesor de Geología y Mineralogía en Grau, Peters.

Ernesto Wertheim nació en Grau (Estiria) el 21 de Febrero de 1864 y fué médico el 1887, y al terminar sus estudios practicó en el Instituto de Histología y Anatomía Patológica de von Eppinger, y después asistió al Instituto de Patología experimental con Klemmewich, y allí dió á luz su primera publicación acerca de *El cólera de las gallinas*.

En 1888 fué á Viena, ingresó en la clínica de Medicina de von Kahler y desde allí hizo un magnífico trabajo sobre *La sangre leucémica*. Un año después ya era operador en la Frauenklinik de Chrobaks, donde hizo sus primeros trabajos y publicaciones sobre la infección gonocócica en la mujer. En 1890 fué nombrado asistente de la clínica alemana de mujeres de Praga, dirigida entonces por Lehaut; y allí publicó su primer trabajo sobre *La gonorrea ascendente en la mujer*; en Praga permaneció hasta Junio de 1897, y entre tanto publicó trabajos sobre *La técnica de la vaginofijación del útero* y otro sobre *La retroflexión*. En este mismo año fué nombrado Director de la fundación Bettina, del Hospital de la Emperatriz Elisabeth, y allí hizo sus primeras investigaciones sobre el cáncer. Y, finalmente, en 1899 fué nombrado profesor y jefe de la segunda clínica de mujeres de Viena, por sus relevantes méritos, por estar nombrado *Privatdozent* desde 1892 y haber dado cursos de todas clases, siendo, como es sabido, una de las figuras más prestigiosas de la Ginecología.

En su época de profesor hizo sus trabajos maravillosos sobre el tratamiento operatorio del cáncer y su nuevo procedimiento para la cura del prolapso uterino. Actualmente se ocupaba de la publicación de un tratado de Ginecología, ¡Descanse en paz tan eminente maestro!

Sociedades Científicas.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN DEL DÍA 6 DE ABRIL DE 1920

Esta Sociedad celebró sesión bajo la presidencia del Sr. Fernández Caro.

El Dr. Mafiueco dió cuenta de un accidente ocurrido a Dr. Masip en el ejercicio de su profesión; ha sido víctima de la mordedura de un perro en estado de hidrofobia. El doctor Masip ha tenido que ser sometido á tratamiento antirrábico.

Demostró el Sr. Mafiueco con este motivo los graves in-

convenientes de tener en las casas animales que, sin ninguna ventaja, pueden producir males de tanta consideración.

La doctora Soriano pidió que la Sociedad haga presente al Dr. Masip su sentimiento por la desgracia que ha sufrido.

El Dr. Franco Martínez, asociándose á las palabras del Sr. Mafiueco y de la doctora Soriano, censuró la costumbre tan generalizada de que los perros y los gatos coman en los mismos platos que las personas, duerman con ellas y las besuqueen, siendo esto causa de contagios muy peligrosos. Refirió un caso asistido por él, en que sin mordedura hubo contagio de hidrofobia; porque la rabia tiene su período de incubación y entonces aunque el perro no esté rabioso todavía su baba contagia ya por simple contacto, y no obstante la piel bien defendida puede determinarse el contagio.

El Dr. Soriano propuso, y así fué acordado, que los señores Mafiueco y Franco Martínez redacten unas conclusiones acerca de la rabia, que sean impresas y que se repartan gratuitamente para divulgación higiénica de asunto de tanta importancia.

El P. Redondo propuso que los balcones, ventanas y cristalerías de las escuelas, en su parte más alta, tengan un déficit de tres centímetros con objeto de asegurar la ventilación de los locales.

Después de la acertada intervención de la doctora Soriano y Sres. Lasbennes y Fernández Caro, fué aceptada la proposición del P. Redondo.

Continuando la discusión del tema «Valor nutritivo que poseen los alimentos del reino vegetal sobre los del reino animal», el Dr. Mariscal pronunció un erudito discurso, en el que con un esticismo que fué muy aplaudido, censuró las exageraciones de las teorías naturistas, dedicó un sentido recuerdo á las obras y lecciones del catedrático que fué de Terapéutica, en el Colegio de San Carlos, D. Francisco Javier de Castro, y ensalzando los progresos de la medicina recordó la frase de Bernard, de que la ciencia médica sería una ciencia matemática, afirmando que este pronóstico del sabio fisiólogo está muy próximo á realizarse. Demostró cómo por la constitución anatómica, funciones de órganos y secreciones del aparato digestivo la especie humana está dispuesta para el consumo de la carne, y combatió la idea de que la criminalidad esté en razón directa del consumo de ésta, porque en Valencia y Coruña, que es precisamente donde menos carne se consume, es donde el índice de criminalidad es mayor.

Después de una ligera rectificación del Sr. Lasbennes acerca de la cura de aves fué concedida la palabra al doctor Jaramillo, quien por lo avanzado de la hora suplicó á la presidencia se la reservara para la sesión inmediata.

SESIÓN DEL DÍA 13 DE ABRIL DE 1920

El Dr. Jaramillo hizo uso de la palabra anatematizando á los que no comulgan en sus ideas naturistas y dirigiendo duros ataques á la que él denomina ciencia oficial.

Combatió la idea de que el naturismo estuviera constituido por sectarios y quiso demostrar las excelencias de las doctrinas naturistas, diciendo que es el único sistema que puede regenerar á la humanidad.

Lee parte de una conferencia dada por él hace ya tiempo en la que define esa ciencia oficial que él considera enemiga del naturismo, y alude al P. Redondo diciéndole que antes fué defensor entusiasta de esas ideas y hoy ya se muestra partidario del sistema mixto de alimentación.

El P. Redondo contesta diciendo que todo es discutible y opinable, y que si bien es verdad que antes fué un verdadero fanático del naturismo, con el estudio y la experiencia ha rectificado sus opiniones.

El Sr. Morcillo leyó unas cuartillas en defensa de sus creencias naturistas.

El Sr. Mariscal hizo uso de la palabra para rectificar, justificando cuanto manifestó en la sesión anterior y rebatiendo muy acertadamente todo lo expuesto por los naturistas.

Analiza lo que es la vida y cómo lo que los naturistas llaman ciencia oficial es la suma de los conocimientos que aportan a ella todas las escuelas y todas las tendencias y termina entonando un himno a la Ciencia y anatematizando la intransigencia, sea política, religiosa, científica ó de cualquiera otra clase.

El Sr. Lasbennes pronunció después breves frases combatiendo algunos puntos de los expuestos por los naturistas y contestando las alusiones de éstos.

El presidente, Dr. Fernández Caro, antes de levantar la sesión, dijo que en vista de que el Sr. Morcillo retiraba la moción «Valor nutritivo que poseen los alimentos del reino vegetal sobre los del reino animal», daba por terminada la discusión de ésta.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN CIRCULAR

La publicación de la Real orden circular de 27 de Febrero de 1918 destinada á evitar la venta y uso de medicamentos narcóticos y anestésicos, así como la del Real decreto de 31 de Julio de 1918 reglamentando el comercio y dispensación de las substancias tóxicas, y en especial de las que ejercen acción narcótica, antitérmica ó anestésica, no ha dado el resultado que fuera de esperar si se hubiesen cumplido todos sus preceptos.

Prohibida la importación en España de esos productos si no es en condiciones bien determinadas y precisas; no autorizada la venta al por mayor sin llevar un libro registro de los compradores, siendo su dispensación en las farmacias sólo con receta, encomendada la vigilancia y fiscalización de la venta y uso de estas substancias á las autoridades sanitarias y á la Policía gubernativa, es lo cierto que su importación viene haciéndose en distinta forma de la reglamentada, que su venta tiene lugar por personas extrañas á la clase farmacéutica y que su uso continúa causando efectos perniciosos, no sólo en los ciudadanos, sino en la sociedad.

No hacen falta nuevas disposiciones sobre el comercio y uso de las substancias tóxicas; sólo es preciso que se cumplan las dictadas, actuando las autoridades de una manera vigorosa, imponiendo y exigiendo las multas que están señaladas á los infractores de las disposiciones sanitarias, y en su caso, pasando el tanto de culpa á los Tribunales de justicia.

Por tanto,

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

1.º Que se vigile cuidadosamente por las autoridades fronterizas y los inspectores farmacéuticos de las Aduanas la importación de las substancias á que se refiere el Reglamento de 31 de Julio de 1918, no consintiendo que bajo ninguna forma se desvirtúe el espíritu y la letra de la citada disposición.

2.º Que por los subdelegados de Farmacia se compruebe si las Casas importadoras cumplen el artículo 8.º de dicho

Reglamento, ó sea que lleven el registro especial foliado donde consten los nombres de los compradores de estas substancias, dando cuenta á los gobernadores del resultado de estas visitas, para que éstos impongan, en caso de infracción, las correcciones reglamentarias.

3.º Que toda clase de autoridades, tanto gubernativas como sanitarias, averigüen las personas que tengan en su poder los productos tantas veces referidos y que no puedan justificar se destinan al uso médico con la correspondiente prescripción facultativa, para que se les imponga la multa correspondiente, si á otra sanción no hubiere lugar.

4.º Que se vigilen los Centros y establecimientos á que se refería el apartado 4.º de la Real orden de 27 de Febrero de 1918, ó sean las casas de lenocinio, cafés, bares, etc., que siguen siendo en los que se hace especial consumo de esos compuestos, corrigiendo los gobernadores la negligencia de sus subordinados en el cumplimiento de esta acción fiscal con los medios que les dan sus facultades.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años.—Madrid, 22 de Abril de 1920. —P. A., Wais.—Señores gobernadores civiles de las provincias. (Gaceta 23 Abril 1920).

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Debiendo procederse, según ha propuesto la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares para su renovación, á elegir cuatro vocales propietarios y cuatro suplentes, uno de éstos no técnico, en la forma que determinan los artículos 97 al 99 de la Instrucción general de Sanidad y las Ordenanzas aprobadas por Real orden de 10 de Noviembre de 1903, *Gaceta* del 13,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con el dictamen de la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, se ha servido disponer:

1.º Que se convoque al Cuerpo de Farmacéuticos titulares para que se elijan cuatro vocales propietarios y cuatro vocales suplentes, uno de los cuales podrá no ser técnico, debiendo tenerse en cuenta que pueden ser reelegidos tanto los vocales propietarios como los suplentes de cuya renovación se trata.

2.º Que la elección habrá de verificarse en la forma que prescribe la Ordenanza para la renovación de las Juntas de Patronato, aprobada por Real orden de 10 de Noviembre de 1906, *Gaceta* del 13, remitiéndose las listas y papeletas á que se refiere el artículo 5.º de dicha Ordenanza, en las capitales de provincia donde funcione más de un subdelegado, al más antiguo de éstos, y que la elección en las capitales pueda verificarse, si conviniese, en un solo local.

3.º Que la elección para elegir compromisarios en cada partido judicial se verifique el día 23 de Mayo del corriente año, y la de vocales propietarios y suplentes por los compromisarios en las capitales de provincia el día 30 del mismo mes; y

4.º Que esta convocatoria se publique sin demora en la *Gaceta de Madrid* y en los *Boletines Oficiales* de todas las provincias.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 24 de Abril de 1920.—P. A., Wais.—Señor Inspector general de Sanidad. (Gaceta 27 de Abril).

PAPELES YHOMAR

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

Ilmo. Sr.: Habiéndose establecido por la nueva ley de Presupuestos del Estado la plantilla única del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, han de cesar las asignaciones fijadas á las plazas con arreglo á la clasificación por provincias que venía rigiendo, debiendo pasar á ser personales las remuneraciones que, con el concepto de sueldo ó gratificación, figuran en dicha plantilla, para lo que se hace necesario fijar el sistema de ascenso de los funcionarios en activo y regular el de dotación de los excedentes que reingresaron en el servicio activo. A este fin,

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

Primero. En todos los casos de producción de vacante ó aumentos en la dotación, ascenderán al sueldo ó gratificación inmediatos los Inspectores que figuren á la cabeza de los grupos sucesivos de sueldo ó gratificación inferior.

Segundo. A los efectos del artículo anterior, se formará un Escalafón, que se rectificará todos los años en 31 de Diciembre, con los Inspectores provinciales de Sanidad, agrupándolos por el sueldo ó gratificación que disfruten los activos, y por el sueldo ó gratificación que hayan disfrutado los excedentes; ordenándolos, dentro de cada grupo, por el orden que figuren en el Escalafón general del Cuerpo, á que se refiere el artículo 4.º del Reglamento de Inspectores provinciales de Sanidad de 15 de Junio de 1912.

Tercero. Las plazas vacantes seguirán cubriéndose en la forma preceptuada en el artículo 6.º del citado Reglamento.

Cuarto. Los excedentes que reingresen en el servicio activo, lo harán con la remuneración que les corresponda con arreglo á su número en el Escalafón de sueldos ó gratificaciones á que se refiere el artículo 2.º

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos expresados. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 6 de Mayo de 1920. — *Bergamín*.— Señor Inspector general de Sanidad. (*Gaceta* 11 de Mayo).

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

REALES ORDENES

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo propuesto por la Comisión permanente del Consejo de Instrucción pública,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido aprobar las oposiciones que han tenido lugar para proveer la Cátedra de Patología médica y su clínica, vacante en la Universidad de Sevilla, acordándose, como propone el Tribunal calificador, que no ha lugar á la provisión de la Cátedra.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Abril de 1920. — *Rivas*.— Señor Subsecretario de este Ministerio.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715,8; íd. mínima, 705,9; temperatura máxima, 32º,0; íd. mínima, 4º,0; vientos dominantes, NE. O.

En general ha mejorado la situación de la salud pública, disminuyendo el número de los afectos gripales y tifoideos que venían presentándose, aunque en algunos de los casos

haya continuado observándose gravedad perniciosa. Los reumatismos articulares y musculares siguen siendo frecuentes, así como las manifestaciones neurósicas.

En los niños se acentúa la coqueluche, debiendo tener esto en cuenta los padres y las autoridades para la elemental profilaxia del trato de los niños y del régimen de las escuelas.

Mortalidad de Madrid en Abril de 1920 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Abril de 1920.
Menores de 1 año.....	209	254
De 1 á 4 años.....	184	345
De 5 á 19.....	98	158
De 20 á 39.....	194	201
De 40 á 59.....	253	246
De 60 en adelante.....	376	305
Sin clasificación.....	1	3
TOTAL.....	1.315	1.512

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Abril de 1920.
Fiebre tifoidea.....	7	48
Tifus exantemático.....	4	1
Viruela.....	9	1
Sarampión.....	15	49
Escarlatina.....	2	3
Coqueluche.....	12	49
Difteria.....	10	8
Gripe.....	32	17
Otras epidemias.....	3	1
Tuberculosis pulmonar.....	144	147
Idem meningea.....	18	21
Otras tuberculosis.....	23	29
Cancerosas.....	60	60
Meningitis.....	86	128
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	76	74
Orgánicas del corazón.....	90	82
Bronquitis aguda.....	83	113
Idem crónica.....	40	33
Pulmonía.....	32	29
Bronco-pneumonía y otras.....	132	166
Enteritis infantil (menores de dos años).....	48	43
Apendicitis.....	3	5
Hernias y obstrucciones.....	14	16
Cirrosis hepática.....	11	10
Nefritis.....	45	36
Septicemia puerperal.....	3	3
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	43	35
Senectud.....	36	42
Otras enfermedades.....	234	266
TOTAL.....	1.315	1.512

Varones.....	762
Hembras.....	750
Promedio diario de Abril en el quinquenio anterior.....	43,83
Idem íd. de Abril de 1920.....	50,40
Idem íd. de Marzo de 1920.....	53,36
Idem íd. de Febrero de 1920.....	59,13
Idem íd. de Enero de 1920.....	98,68

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.

Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA).

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE BRONCONEUMONIA

Por grandes grupos de edades.

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	11	11	22
De 1 á 4.....	29	31	60
5 á 19.....	2	7	9
20 á 39.....	8	5	13
40 á 59.....	16	3	19
60 en adelante.....	13	11	24
TOTAL.....	79	68	147

Por grupos de cinco días.

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	11	16	27
6 al 10.....	15	18	33
11 al 15.....	11	8	19
16 al 20.....	18	8	26
21 al 25.....	11	10	21
26 al 30.....	15	8	21
TOTAL.....	79	68	147

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE FIEBRE TIFOIDEA

Por grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	»	»	»
De 1 á 4.....	2	»	2
5 á 19.....	8	11	19
20 á 39.....	12	9	21
40 á 59.....	3	1	4
60 en adelante.....	2	»	2
TOTAL.....	27	21	48

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	7	6	13
6 al 10.....	9	4	13
11 al 15.....	4	1	5
16 al 20.....	3	4	7
21 al 25.....	3	4	7
26 al 30.....	1	2	3
TOTAL.....	27	21	48

FALLECIDOS DE SARAMPION

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	7	4	11
6 al 10.....	4	8	12
11 al 15.....	4	2	6
16 al 20.....	2	3	5
21 al 25.....	3	4	7
26 al 30.....	6	2	8
TOTAL.....	26	23	49

FALLECIDOS DE COQUELUCHE

Por cinco grupos de días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	5	9	14
6 al 10.....	4	3	7
11 al 15.....	6	4	10
16 al 20.....	»	7	7
21 al 25.....	2	2	4
26 al 30.....	2	5	7
TOTAL.....	19	30	49

Observaciones:

Diez y siete han fallecido diagnosticados de gripe. Siendo esta cifra la media normal de Madrid, suspendemos los detalles que de esta rúbrica publicamos.

Por bronconeumonía han muerto 12 menos que en el mes anterior. Este pequeño descenso ha sido en los adultos, porque menores de cinco años fallecieron 4 más.

La fiebre tifoidea causó 9 víctimas más que en Marzo. Como puede verse en el cuadro correspondiente, este pequeño aumento ocurrió en la primera decena del mes. En la última la disminución es considerable.

El sarampión ha descendido de 90 fallecidos el mes precedente, á 49 en éste con franca tendencia á desaparecer como epidemia.

La coqueluche registra 49 defunciones, cantidad pequeña en relación con la masa de habitantes, pero muy grande comparada con la media mensual de este diagnóstico.

Tenemos que repetir lo dicho el mes anterior respecto á la mortalidad de los menores de cinco años. Siguen siendo proporcionalmente los más castigados. Las bronconeumonías son ahora en mayor número en los niños y las bronquitis infantiles en cantidad más alta de la que corresponde á este mes.

Aunque el conjunto de datos es favorable y de buena tendencia, 157 defunciones menos que en el mes anterior, hay uno grave que unido á la lentitud con que desciende la mortalidad infantil debe fijar la atención de clínicos y epidemiólogos.

Me refiero á las defunciones por meningitis. En Marzo fallecieron por esta causa 102, cifra bastante más elevada que la ya grande habitual, y en este mes 128, ó sea 93 menores de cinco años y 35 mayores.

Son á mi juicio estos hechos efecto de la epidemia padecida que ha desaparecido en su forma gripal, pero que aún ataca á los organismos débiles de diferentes modos.

De meningoencefalitis letárgica fué diagnosticado un varón de diez años el día 1.º y otro de ocho el día 25 fallecido por encefalitis letárgica.

LUIS LASBENNES.

Crónicas.

Jubiléo profesional del Dr. Cortezo.—El número de trabajos recibidos hasta esta fecha para el número extraordinario que en honor de nuestro Director estamos confeccionando, nos obliga á que con todo rigor no admitamos más escritos que aquellos que se nos envíen hasta el día 20, fecha que desde un principio fijamos. El número se repartirá gratis á nuestros suscriptores y el resto se venderá al precio de una peseta, dedicándose su importe íntegro al monumento, ya terminado por el ilustre artista D. Miguel Blay.

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día,
fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas
las farmacias
y droguerías
literatura y mues-
tras, LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

Aparición de una epidemia en el Norte del Perú.—En distintos puntos del departamento de Piura y en la provincia litoral de Tumbes, que son las dos circunscripciones territoriales que ocupan el extremo norte del Perú, ha aparecido, hace ya algunos meses, una epidemia de fiebre amarilla, felizmente bastante benigna, pues parece que la mortalidad no pasa de 20 por 100. El origen de tal mal en ese lugar, parece ser la emigración de un sujeto infectado, en período de incubación, del Ecuador á la provincia de Paita (del departamento de Piura), cuyo camino, por tierra, se puede hacer hasta en tres días. Alguien ha afirmado que la fiebre amarilla había desaparecido ya por completo de la república del Ecuador, pero lo cierto, según datos fidedignos, es que si bien ha desaparecido de Guayaquil, no ha sucedido lo mismo en otros puntos del interior.

Actualmente se hace activa campaña sanitaria en las zonas peruanas infestadas, corriendo la dirección de ésta á cargo del Dr. Henry Hanson, jefe de la labor sanitaria de la zona del canal de Panamá que fué contratado oportunamente por el Gobierno peruano. Parece que éste ha solicitado el concurso del general Gorgas, que es el campeón mundial de la lucha contra la fiebre amarilla, y que la labor sanitaria de Paita corra á cargo del Instituto Rockefeller.

Saneariento de poblaciones.—El Congreso del Perú ha autorizado á su Gobierno para que haga un empréstito y contrate la higienización integral de todas las capitales de departamento del país, muchas de las cuales carecen en la actualidad de buenos servicios de agua y desagüe.

Conferencia del profesor Valadier.—El último sábado á las seis de la tarde dió en la Facultad de Medicina una notabilísima conferencia el coronel de Sanidad de Inglaterra, doctor sir Charles Valadier.

El tema de la conferencia fué: «Tratamiento de las heridas maxilo-faciales», y con este motivo, el doctor Charles Valadier desarrolló extensamente todo un plan técnico de cirugía odontológica, basada en innumerables casos prácticos, tratados por él durante los cinco años que estuvo al frente de esta clase de servicios en el Ejército que defendía á su patria.

Fué presentado por el decano de la Facultad Dr. Recasens.

El numeroso y selecto público pudo apreciar en las proyecciones que presentó en su conferencia, el mérito de los estudios del ilustre profesor y los éxitos obtenidos durante la guerra.

Al terminar su trabajo fué muy aplaudido el doctor Valadier.

Huelga de loqueros en Mérida.—Para el día 11 estaba anunciada la huelga de los empleados del Manicomio del Carmen, y con objeto de evitarla llegó en automóvil el gobernador civil de la provincia, D. Felipe Rufa, quien celebró una larga conferencia con el alcalde, Sr. Díaz de Entresoto.

Este afirmó al gobernador que contaba con personal bastante para resolver el conflicto y sustituir a los huelguistas. La manifestación del alcalde produjo gran pánico entre los loqueros, y éstos se presentaron al gobernador ofreciéndose á continuar en sus puestos.

No se sabe si el personal antiguo será sustituido ó será aceptado el ofrecimiento de los empleados.

Homenaje al doctor Recasens.—Copiamos de la Prensa diaria y suscribimos las siguientes líneas:

«El ilustre decano de la Facultad de Medicina de esta corte, D. Sebastián Recasens, ha sido invitado recientemente por la Facultad de Medicina de París para dar allí una conferencia sobre su labor de investigación personal en el tratamiento radio y radiumterápico en las afecciones ginecológicas.

El resonante éxito científico que ha tenido esta conferencia y el haber sido nombrado además académico correspondiente de la Academia de Medicina de París, son motivos suficientes de legítima satisfacción para la Medicina española, por lo que algunos profesionales entusiastas de cuanto signifique ensalzar los prestigios de la clase, proyectan un sencillo homenaje en honor del doctor Recasens para testimoniarle el afecto y consideración de los médicos españoles por su labor científica, docente y profesional.

Los detalles de este homenaje, que desde luego no habrá de ser el banquete de rigor en casos análogos, se darán á conocer á la mayor brevedad».

Por nuestra parte consideramos de toda justicia el merecido homenaje á los méritos del ilustre compañero, y nos adherimos á él desde luego.

Banquete á Landete y Valderrama.—Los compañeros y alumnos de los Sres. Valderrama y Landete obsequiaron á dichos profesionales con un banquete que se celebró anoche en el Hotel Ritz.

Entre los asistentes al acto, que estuvo muy concurrido, se encontraba el coronel de Sanidad del Ejército inglés, sir Charles Valadier.

Ofreció el banquete D. Florestán Aguilar y habló á continuación, haciendo una detallada mención de los méritos de los agasajados, el Dr. Subirana.

Tanto los homenajeados, como los oradores, fueron objeto de muchas felicitaciones.

Curso de Dermatología y Sifilografía.—El Dr. D. Antonio Navarro y Fernández dará un curso de enfermedades de la piel y sifilografía todos los martes, jueves y sábados, de tres á seis de la tarde, en su consulta del Hospital del Buen Suceso.

La matrícula es gratuita para los médicos é internos.

La epidemia gripal en Francia.—La Agencia Fabra comunica que durante el año último la epidemia gripal hizo en París, según los datos de la estadística municipal, 10.281 víctimas.

Curamos con electricidad, rayos X y radium en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocios, tumores graves, reumatismo, gota, artritis deformantes, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, displasias neuro motrices, colitis muco membranosa, graves afecciones de la piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas imposible mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58.

CASA METZGER, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de oxi 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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT - Laura 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INJECTABLE



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

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