

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO

J. 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.

Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL

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.

Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

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 BANÚS

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: Estado actual de la terapéutica de la sífilis por el Salvarsán-Plata («Silbersalvarsán»), por J. S. Covisa y J. Bejarano.—Un nuevo tratamiento de la parálisis general, según F. Plaut, por José M. Sacristán.—El dolor de cabeza, por el Dr. D. Francisco Haro.— Bibliografía: La palabra y las perturbaciones de la palabra, por el Dr. E. Fernández Sanz.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La unión de los médicos, por el Dr. Martín Hurtado.—Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central, por el Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina.—Sección Oficial: Ministerio del Trabajo. Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Estado actual de la terapéutica de la sífilis por el Salvarsán-Plata ("Silbersalvarsán")

POR

J. S. COVISA Y J. BEJARANO

Del Hospital de San Juan de Dios

El enorme progreso realizado en la terapéutica de la sífilis por la introducción de los agentes quimioterápicos de EHRLICH que alcanzaron su mayor importancia con el empleo del salvarsán, no ha terminado todavía. Reconocida la eficacia extraordinaria de este medicamento por la mayor parte de los investigadores y clínicos, las dificultades técnicas de su empleo que impedían la difusión práctica del mismo, llevó a EHRLICH a buscar nuevos productos que uniesen a su eficacia terapéutica una mayor comodidad técnica.

El Neosalvarsán parecía reunir estas condiciones, hasta el punto de que en la mayor parte de la clínicas sustituyó casi por completo al antiguo salvarsán. En apoyo del predominio del nuevo producto, no sólo in-

fluían las condiciones citadas, sino también que con el se observaron menor número de accidentes.

Sin embargo, la copiosa bibliografía referente al neosalvarsán, parece demostrar que su eficacia terapéutica es algo menor que la del salvarsán, y por tanto, que las recidivas de la enfermedad son más frecuentes.

EHRLICH prosiguió sus trabajos para aislar un producto que sin perder en nada la actividad terapéutica del salvarsán, fuera de un empleo tan cómodo como el neosalvarsán, consiguiendo descubrir el salvarsán sódico, que al principio no se generalizó por las dificultades creadas por la guerra europea, y después, porque la experiencia demostró una acción hepatotóxica mayor que la de los otros salvarsanes.

Todavía continuó EHRLICH sus investigaciones, utilizando, en colaboración con KARRER, asociaciones de diversos metales pesados con el salvarsán, probablemente con el fin, ya dejado entrever en alguna de sus publicaciones, de conseguir una medicación única mercurio-salvarsánica u otra análoga, que suprimiese las molestias e inconvenientes de los tratamientos combinados que ya tenían por entonces en Alemania numerosos detractores.

La muerte sorprendió a EHRLICH cuando estudiaba los efectos de estas diversas asociaciones en forma de salvarsánoro, salvarsánplatino, salvarsáncobre, salvar-

sánplata, etc., sobre distintas infecciones experimentales en animales, siendo la obra del investigador dignamente continuada por KOLLE, a quien corresponde el mérito de haber establecido sobre bases ciertas el índice quimioterápico $\left(\frac{C}{T}\right)$ dosis curativa: dosis tóxica), de estos compuestos, demostrando la influencia preferente del salvarsánplata sobre la sífilis experimental de los conejos, eficacia que ha sido posteriormente comprobada para la sífilis humana, por cuantos clínicos han empleado el nuevo remedio.

La plata y sus compuestos han tenido ya cierto crédito como antisifilíticos. WUNDERLICH los empleó en el tratamiento de las tabes, tratamiento acogido favorablemente por los neurólogos, y sobre todo, por CHARCOT. Son de uso diario también en el tratamiento local de las sífilides, ya en forma de plata coloidal (BROUQ, KARLINSKI), ya en forma de sales como el nitrato, empleado tópicamente en el tratamiento de las placas mucosas. Esta acción favorable de los compuestos argénticos hizo pensar en una acción específica de la plata sobre el agente de la enfermedad, o sobre las lesiones que produce.

A estos antecedentes vino a añadirse el hecho observado por GENNERICH de que el Wassermann de los enfermos sífilíticos era influido favorablemente cuando en ellos se empleaba el colargol con motivo de otras enfermedades.

KOLLE y RITZ obtuvieron una acción curativa de los chancros de inoculación por medio de inyecciones endovenosas de colargol.

A la acción específica de la plata coloidal sobre los productos sífilíticos debe agregarse una acción catalizadora. Es sabido que la plata coloidal IN-VITRO no actúa como bactericida; pero inyectada en las venas de los conejos les hace soportar una dosis diez veces mortal de bacterias. Es evidente, por lo tanto, esta acción (fermentos anorgánicos de BREDIG).

NOTTHAFT estima que el fracaso de la plata en el tratamiento de la tabes y de otras enfermedades sífilíticas, se debe a una insuficiente dosificación: la dosis de diez centigramos de nitrato de plata que se administraba, contenía muy pequeña cantidad de plata (sesenta y cuatro miligramos), mientras que el colargol empleado a la dosis de 10 c. c. de una disolución al 2 por 100 contiene 16 centigramos.

De las investigaciones experimentadas de NOTTHAFT se deduce que la plata coloidal obra de un modo sorprendente sobre todas las manifestaciones sífilíticas, especialmente sobre las cutáneas y mucosas, y que los trepanemas desaparecen de las lesiones en tres a cinco días. Su acción es más lenta que la del salvarsán; pero a veces igual, y en ocasiones superior a la del mercurio. Sin pretender sustituir los otros antisifilíticos con la plata coloidal, NOTTHAFT opina que debe emplearse en los intervalos del tratamiento para reforzar su acción y cuando se produzcan fenómenos de acumulación del mercurio o del salvarsán.

KOLLE y RITZ han investigado también experimen-

talmente la acción antisifilítica de la plata. Su experimentación ha sido realizada con un germen infectante obtenido por TRUFFI de sífilis humana y que ha sufrido 80 pases en animales. Establecen el índice quimioterápico, que estiman favorable para el colargol, después de experimentar el nitrato de plata, el citrato, argen-tamina, albargina, protargol, argonina, choleval y colargol. En todos ellos la acción tóxica está en relación con la cantidad de plata que contienen, excepto el choleval que es más tóxico y el colargol menos, de lo que corresponde a su contenido argéntico.

Todos estos compuestos tienen una acción espirilicida y llegan a la curación de los sífilomas; pero las condiciones son más favorables al colargol.

Para comprobar la acción antisifilítica de la plata coloidal KOLLE y RITZ la han comparado experimentalmente con los compuestos de mercurio, sublimado, calomelanos, salicilato, mercurio coloidal, encontrando que la acción espirilicida de estos últimos, siempre más lenta que con la plata, no se logra por completo más que cuando se llega a las dosis tóxicas. Opinan también, como NOTTHAFT, que la plata en su asociación con el salvarsán obra por acción catalizadora, produciendo una activación del mismo; pero como los otros metales coloidales no actúan tan intensamente, deducen de esto que la plata tiene una acción específica sobre el sífiloma experimental.

Sin embargo, KOLLE y RITZ no creen que actúe del mismo modo que los arsenicales. En estos se trata de una acción espirilicida directa a consecuencia de la fijación del núcleo arsenical por intermedio de sus valencias sobre el protoplasma de los espirilos, lo que ha sido comprobado experimentalmente; mientras que la acción de la plata, todavía no aclarada por completo, parece que se ejerce, principalmente, paralizando el desarrollo del treponema.

Demostrada experimentalmente la enérgica acción antisifilítica de la plata (1), se comprenden las ventajas que en las primeras investigaciones de EHRLICH sobre compuestos salvarsanometálicos, mostró el salvarsánplata en relación con los demás preparados.

El criterio para preferir uno u otro de estos compuestos debe basarse no sólo en la eficacia terapéutica y en la facilidad de aplicación de que ya hemos hablado, si no también en el conocimiento del índice quimioterápico: el compuesto será tanto mejor, cuanto más amplia sea la relación entre la dosis curativa y la dosis tóxica.

KOLLE ha establecido con verdadero rigor experimentalmente el índice quimioterápico de los distintos salvarsanes; el del salvarsán y neosalvarsán es de $\frac{1}{10}$; el del salvarsánplata de $\frac{1}{30}$. Además, las asociaciones metálicas de salvarsán, y por tanto, el salvarsánplata, se conservan en disolución sin aumentar su poder tóxico por lo menos durante una hora.

(1) A pesar de las demostraciones experimentales no faltan autores que la nieguen como hace recientemente Buschke en el tratado de Riecke: *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1920. Jena.

Por todas estas ventajas agregadas a la rapidez con que desaparecen los treponemas y las lesiones por ellos producidas; el salvarsánplata es estimado por la mayor parte de los investigadores, como el mejor de los productos salvarsánicos.

* * *

Farmacología del salvarsánplata.—El producto aparece bajo la forma de un polvo morenooscuro, que se expende en ampollas de contenido distinto, desde 0,05 a 0,30 gramos.

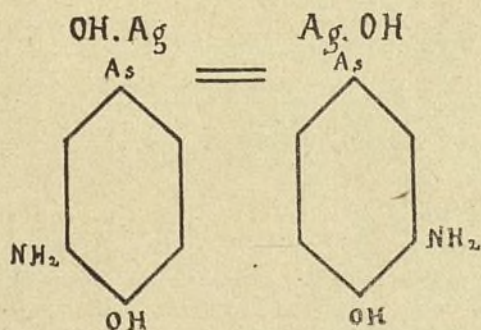
Se disuelve perfectamente en agua destilada y en solución salina y las disoluciones adquieren un color pardooscuro parecido al ictiol y son completamente transparentes. Si aparecen turbias, de aspecto rojizo o con partículas insolubles, no deben emplearse.

Cuando se abre la ampolla, la entrada del aire suele producir el apelsonamiento de los polvos, los cuales deben dejarse caer poco a poco sobre el líquido para favorecer la disolución; ésta debe realizarse en un matraz o frasco de tapón esmerilado para poder agitar ligeramente.

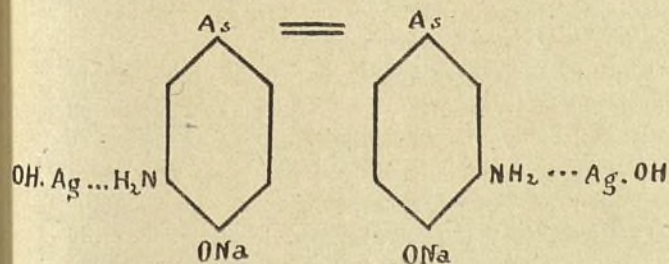
El salvarsánplata contiene 22,4 por 100 de arsénico y 14,1 por 100 de plata; tiene, por tanto, mucha menor cantidad de arsénico que los otros salvarsanes (el salvarsán antiguo 34 por 100).

En el salvarsánplata, el arsénico está parcialmente sustituido por la plata, lo que aumenta su poder espirociclico.

La constitución química del salvarsánplata ha sido interpretada de dos distintas maneras; la primera, de KARRER, que supone al radical metálico unido al arsénico



y la más reciente de BINZ, BANER y HALLSTEIN que le creen unido al grupo amino:



HOPPE ha hecho un estudio químico de la eliminación del arsénico y de la plata por la orina, comprobando que, después de una inyección intravenosa de salvarsánplata, la mitad del arsénico se elimina en las primeras veinticuatro horas, y la mayor parte ($\frac{3}{4}$) den-

tro de los cuatro primeros días. Ha investigado también las heces y comprobado el arsénico en los tres primeros días. La plata se elimina, en conjunto, en menor cantidad y más lentamente que el arsénico, lo que hace suponer que queda detenida en el organismo.

Ha observado también con relación a los salvarsanes antiguos, una diferencia esencial; éstos se eliminan por el intestino mucho más intensa y duraderamente que el salvarsan plata. Este hecho de observación reviste gran interés cuando se tratan enfermos de hígado, porque gran parte de las intoxicaciones hepáticas graves, se deben a la reabsorción bajo otra forma del arsénico eliminado por el intestino. HOPPE ha hecho experiencias para oponerse a estas intoxicaciones, administrando magnesio al interior con buenos resultados, procedimiento que sería recomendable aun para el salvarsan plata, cuando se trate de enfermos hepáticos.

Dosificación. En general las dosis iniciales son de 0,05 a 0,10 grs., aumentando gradualmente hasta llegar a 0,20 ó 0,25 grs. en las mujeres y 0,30 grs. en los hombres.

DEUTSCH comienza con 0,30 grs. FRIEDLANDER llega a la dosis de 0,60 grs. por inyección en los enfermos mentales. La cura total varía con la calidad de las manifestaciones y las condiciones de los enfermos, no debiendo pasarse de 1,20 a 1,25 grs. en la mujer, y 1,80 a 2 grs. en el hombre. Los intervalos de las inyecciones suelen ser de cuatro a cinco días; sin embargo algunos autores inyectan al principio cada tres días (SELLEI, KNOFF y SINN); otros hacen inyecciones diarias (WEICHBRODT.)

Nuestra experiencia, todavía limitada, nos hace emplear la siguiente pauta: 1.ª inyección, 0,05 grs. A los cuatro días 2.ª inyección de 0,10 grs., y con el mismo intervalo de tiempo seguimos aumentando 0,05 grs. en cada inyección hasta llegar a 0,20 grs., prefiriendo aumentar el número de inyecciones, a pasar de la dosis indicada. Si alguna inyección produce fiebre alta o cualquiera otra clase de reacción, repetimos la dosis anteriormente inyectada.

Vías de administración. Casi exclusivamente se ha empleado la vía endovenosa y por regla general en disolución al 1×100 ; al principio, algunos autores (KNOFF y SINN) emplearon soluciones más concentradas, pero por haber observado mayor número de crisis angioneuróticas, la mayor parte prefieren la titulación indicada. MOCK lo aplica muy diluido y lentamente, en 3 minutos; lo disuelve primero en 20-30 c. c. de solución salina al 4×1.000 y después completa hasta 200 c. c. con solución fisiológica.

STERN hace la disolución en 2-3 c. c. de agua destilada y la recoge en una jeringa de 10 c. c.; pincha la vena aspira hasta llenar por completo de sangre la jeringa. Enseguida vuelve a inyectar la mezcla sin variar la posición de la jeringa. Según KOLLE la adición de sangre disminuye inmediatamente la toxicidad del salvarsánplata.

NOTTHAFT dice que se evitan seguramente las cri-

sis angioneuróticas, con diluciones de 50 á 120 c. c. FRIEDLANDER hace la disolución en 5-10 c. c. e inyecta rápidamente.

Nosotros empleábamos primero el agua destilada, actualmente solución salina al 4×1.000 , a temperatura no superior a 37° y en dilución al 1×100 .

(Se continuará)

UN NUEVO TRATAMIENTO

DE LA

“PARÁLISIS GENERAL”

según F. Plaut.

POR JOSÉ M. SACRISTÁN

El problema (1) del tratamiento de la «parálisis general» permanece aún sin resolver a pesar de los numerosos ensayos terapéuticos llevados a efecto y del relativo éxito de alguno de ellos, que, solamente, han conducido a remisiones más o menos largas de la enfermedad y, en muy contados casos, a curaciones completas, como las publicadas recientemente por Nonne, (2) las cuales no pueden admitirse sin grandes reservas.

A la abundante serie de procedimientos terapéuticos hay que añadir el ideado últimamente por F. Plaut, (3) de Munich, cuyo interés requiere sea dado a conocer con extensión mayor que la habitual de las referencias corrientes.

El método empleado por Plaut tiene un precedente en el de Wagner von Jauregg, (4) el cual infectó a nueve parálisis de paludismo, inyectándoles debajo de la piel sangre palúdica extraída por punción venosa. A los siete u ocho accesos de fiebre, cortaba la infección con bisulfato de quinina, sometiendo después a una cura de Salvarsan, a la dosis creciente de 30, 45 y 60 centigramos. En tres enfermos obtuvo una franca y persistente remisión que continuó durante un año después del tratamiento, permitiendo a los enfermos el desempeño de sus profesiones respectivas.

Ya antes se habían utilizado con idéntico fin los gérmenes muertos—tuberculosis, estreptococos y estafilococos—, y algunas sustancias químicas como el nu-

cleinato y el hetol. Estos métodos constituyen la llamada terapéutica no específica de la «parálisis general» y se fundan en el hecho de la influencia favorable que ejercen las enfermedades febriles sobre el curso de la psicosis, especialmente aquellas que se acompañan de una intensa leucocitosis.

Plaut en su nuevo método infecta a los parálisis con espirilos de la fiebre recurrente, tratando después la infección con Salvarsan. Persigue, además, la idea de la posible acción favorable de la terapéutica combinada—recurrente más Salvarsan—fundado en los trabajos de Moldovan sobre el mecanismo de la acción del Salvarsan, para el cual la vitalidad del espiroquete se halla alterada de tal modo en la «parálisis general» que la acción del Salvarsan falla. Plaut sospecha que la infección recurrente podría modificar al espiroquete y facilitar la acción del compuesto arsenical.

Ha empleado el autor una raza africana de espirilos cultivada en ratones y que nunca estuvo en contacto con el Salvarsan. La infección la efectuó por vía subcutánea y venosa. Los accesos de tifus recurrente los cortó con neosalvarsan, salvarsan-sódico, salvarsan-plata y sulfoxilato, logrando en un sólo caso la *therapia magna sterilisans*.

Mediante este proceder infectó ocho casos: seis de «parálisis general» y dos de «demencia precoz».

Resumiremos sus resultados refiriendo separadamente la conducta psíquica de los enfermos, las modificaciones serológicas y el curso de los síntomas somáticos.

Es aún muy prematuro, indica Plaut, pretender dar un juicio definitivo sobre las modificaciones psíquicas de estos enfermos, porque el tiempo de observación es muy corto—las experiencias comenzaron a principios del año 19—para poder obtener datos sobre la relación causal entre infección recurrente y conducta psíquica. Sin embargo, en uno de los casos las ideas de grandeza desaparecieron, el enfermo recuperó su anterior sociabilidad y volvió a trabajar activamente, aunque persistiendo cierta debilidad psíquica. En otro de los casos—«parálisis juvenil»—que desde su ingreso en la clínica presentaba un fuerte estado demencial, mejoró bastante psíquicamente, sin que se pueda considerar esta mejoría como remisión. En los casos restantes hubo ligeras atenuaciones de los signos demenciales. Los dos esquizofrénicos tratados no presentaron cambio alguno en su estado mental.

Respecto de las modificaciones serológicas—sangre y líquido cefalorraquídeo—, he aquí sus resultados: en dos casos la reacción de Wasserman se hizo negativa después de la infección, en la sangre, y en uno, en el líquido cerebroespinal. Este hecho es de suma importancia para Plaut, porque según su experiencia, en la «parálisis general» es muy difícil lograr la desaparición del Wassermann por la acción del Salvarsan si no se emplea en grandes dosis. Por este sistema combinado se ha obtenido—concluye Plaut—algo más que con el tratamiento salvarsánico simple.

La linfocito así como las reacciones de las globulinas del líquido espinal permanecieron con lige-

(1) Quien desee darse rápidamente cuenta del estado actual del problema, vea el trabajo de conjunto de F. PLAUT. *Die Behandlung der Lues des Zentralnervensystems*. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Referate u. Ergebnisse). Tomo 17, paginas 385-452, 1919.

(2) NONNE.—*Ueber die Frage der Heilbarkeit der Demencia paralytica*. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Tomo 58, pág. 33. 1918.

(3) PLAUT u. STEINER.—*Rekurrenzinfektionen bei Paralytikern*. Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych. (Originalien). Tomo 58, págs. 103-120. 1919.

(4) WAGNER V. JAUREGG.—*Ueber die Wirkung der Malaria auf die progressive Paralyse*. Psychiatrische-Neurologische Wochenschr. Año 20, pág. 132. 1918.

ras diferencias respecto de la primera, inalterables. *Flaut*, cree, que la linfocitosis guarda cierta relación con la fiebre recurrente, pues mostró igual conducta en los enfermos salvansanizados que en los tratados con este producto, así como en uno de los esquizofrénicos, no luético, en el cual después del tratamiento se observó un aumento celular fuerte en el líquido—199 células por mm. c.:

Las alteraciones pupilares tampoco mejoraron ostensiblemente por este sistema terapéutico, fuera de uno de los casos—parálisis juvenil—en el que después del tratamiento la pupila derecha reaccionó bien a la luz.

Plaut termina su trabajo, que fué objeto de una comunicación al nuevo *Instituto psiquiátrico de investigación* de Munich, con las siguientes palabras: «un grado de curación notable no ha podido alcanzarse, porque nosotros hemos empleado el método en casos muy adelantados; esperamos, sin embargo, que sólo la aplicación del procedimiento a casos recientes decidirá su éxito».

EL DOLOR DE CABEZA ⁽¹⁾

POR EL

DR. D. FRANCISCO HARO

En dolor en la región «vertical» es frecuente en afecciones que ya hemos indicado en alguna de las anteriores localizaciones, tales como la «gota y el reumatismo crónico, la arterioesclerosis con hipertensión, pletora» y afecciones «hepáticas». Pero además es muy frecuente en otras muchas, como las alteraciones del «estomago y del intestino» en sus primeras porciones, en las que se presenta algunas veces con un carácter particular conocido con el nombre de «globus histericus» por atribuirse a esta enfermedad, y que, por el contrario, no es nada frecuente en ella al igual de lo que ocurre con otra cefalalgia de la misma localización denominada «clavus histericus» y que es más frecuente hallarla en estados «anémicos» y en la «clorosis». En la «enfermedad de Addison al comienzo de la misma, existe una cefalalgia vertical analoga a la de la «neurastenia» de la que es muy difícil por no decir imposible diferenciar en un principio la insuficiencia suprarrenal, quizás porque exista ésta como factor muy importante en el síndrome neurasténico; en ambos estados hay una sensación de «pesadez»; pero otras veces es de «vacuidad o plenitud» de tipo «continuo» sin exacerbaciones «paroxísticas»: pero aumentando el dolor por la mañana después de un trabajo intelectual o físico yendo a veces acompañado de hiperalgnesia táctil del cuero cabelludo.

En el «histerismo» hay un factor característico, y es el que los enfermos, a la menor presión, acusan grandes dolores en puntos profundos no correspondientes

a troncos nerviosos. Esta localización interna de dolores agudos «taladrantes», se consideraba característica por no conocerse el dolor de origen central; pero hoy día ya hay que tener más cuidado, puesto que tal origen existe, como ocurre en el «síndrome talámico». También existe esta cefalalgia vertical, de tipo análogo a la del histerismo, como aura en la «epilepsia», así como en sus espacios interparoxísticos. En las afecciones nasales encontramos esta localización en la «sinusitis frontal y etmoiditis anterior», siendo un dolor lateralizado al sitio de la lesión y que toma su origen en la región frontal, en la que en casos de «sinusitis crónica» puede manifestarse en forma violenta (en las agudizaciones), por lo que Luc ha denominado a estas cefalalgias cólicos frontales, que, como decimos, van siempre irradiados al vertex. En los casos de «etmoiditis» y de «pólipos etmoidales» el dolor va acompañado de sensibilidad a la presión en el ángulo interno del ojo. También es vertical la cefalalgia en los casos de compresión del tercio medio del «cornete medio», por alguna desviación del tabique. Por último, recordaremos aquí que si no es única, pues puede ser también occipital, frontal y hasta difusa, es bastante frecuente la cefalea vertical en el período secundario o eruptivo de la «sífilis», con intensidad variable desde la molestia insignificante a los dolores que causan verdadera desesperación en los pacientes; pero existe un carácter bastante típico, que es la exacerbación «nocturna» común a otros dolores sífilíticos y la desaparición o remisión del dolor durante el día; estas cefalalgias van acompañadas unas veces por tumefacciones periósticas dolorosas a la presión, y si bien faltan en algunas ocasiones, es muy posible que existan en la cara interna del cráneo, determinando irritaciones meníngeas causantes del dolor (irritación meníngea de Lang), ya que por Widal y Sicard ha sido demostrada la influencia de la reacción meníngea leucocitaria en la génesis de estas cefalalgias.

El dolor de la región «mastoidea» existe en el «reumatismo crónico» cuando se localiza en los músculos insertos en esa región. Es sitio característico en las afecciones del «oído medio» supuradas. Wm. Wilson ⁽¹⁾ dice ser muy característico un dolor en esta región, que va acompañado de un punto doloroso situado por detrás de la parte media del borde de la apófisis mastoides, pues indicaría la invasión de la cavidad craneal por pus proveniente de una otitis crónica.

El dolor en la región «supraorbitaria» es frecuente en algunas infecciones, como el «paludismo frustrado», en el que adquiere un carácter «intermitente». En la fiebre de tres días y además en el «reumatismo crónico» también puede presentarse esta localización. Por lo demás, puede constituir el comienzo, el aura, podríamos decir, de una «jaqueca».

En la región «mediorbitaria» existe una sensación de «tirantez» con bastante frecuencia en las intoxicaciones.

(1) Wilson (Wm.).—The Interpretation of Headache, with Special Reference to that of Nasal Origin.—«Practitioner». Oct. 1919.

(1) Véase el número anterior.

ciones del tractus «gastrointestinal». Y además es frecuente en lesiones de la aorta y de los ventrículos cardíacos. Existe un dolor mediorbitario, o quizás mejor, retroocular en algunos estados «anémicos», así como en enfermedades del «seno esfenoidal».

El dolor en la región «infraorbitaria» es sospechoso de «iritis».

El dolor en la región «maxilar» es propio de una lesión del primer molar superior.

El dolor en la región «mandibular» corresponde a los molares superiores segundo y tercero.

El dolor en la región «mentoniana» indica lesión de los incisivos, caninos y primer bicúspide inferiores.

El dolor en la región «hioidea» corresponde a lesiones del segundo bicúspide y de los molares primero y segundo inferiores.

El dolor en la región «supralaríngea» lo encontramos en afecciones del tercer molar inferior.

El dolor en la región «auricular» es muchas veces proyección de una afección de la faringe, como las «adenoides», o de una «amigdalitis»; también lo es en afecciones linguales y laríngeas, llegando a adquirir un carácter «angustioso» en el «cáncer de lengua», así como en la «tuberculosis laríngea». Además, corresponde a lesiones de los molares primero y segundo inferiores. Existe con carácter de «latido» y hasta de dolor vivo en lesiones del «seno esfenoidal» y de las «células etmoidales posteriores». Es, a su vez, sintomático muchas veces de una compresión de la parte posterior del «cornete inferior» y del tercio posterior del «cornete medio» (recordemos aquí que la compresión del tercio anterior se proyecta en la región frontal y que la del tercio medio se realiza en la región vertical). En la «parotiditis» existe también dolor auricular. Por último, entre las afecciones auriculares, prescindiendo del dolor *in situ* tenemos el dolor «preauricular» característico de la «forunculosis del oído externo».

El dolor en la región «frontonasal» corresponde a lesión de los «incisivos superiores», y entre las vísceras, al «pulmón» y al «hígado».

El dolor en la región «nasolabial» es proyección de los «caninos» y de los primeros molares superiores.

El dolor en la región «temporomaxilar» indica lesión del segundo premolar superior.

El dolor en la región «frontotemporal» corresponde entre las vísceras al «pulmón», «aurículas» y al «corazón». Es muy frecuente en las «iritis», y entre las enfermedades febriles indicaría algo sobre la «meningitis epidémica».

El dolor en forma de «banda circular o en «casquete» es bastante característico de la «neurastenia», aquejando al enfermo una sensación de «constricción» y con el carácter que ya indicamos al hablar de la localización vertical, en donde también hablamos de la analogía del dolor en la neurastenia y en el mal bronceado (enfermedad de Addison). Pero no es sólo en estas afecciones donde puede manifestarse esta localización, puesto que con la misma sensación obtusa de constricción la vemos en casos de «arterioesclerosis»

de tipo «hipotenso», y no es muy extraña esta analogía de localización si tenemos en cuenta que la arterioesclerosis y la neurastenia tienen, como hace notar Mott (1), muchas coincidencias etiológicas, sintomáticas y de asociación entre ambas, que a veces las hace difícilmente diferenciables.

La cefalalgia de tipo hemicraneal: la «jaqueca», puede ser sintomática, esto es, constituir una localización proyectada de alguna afección distante, o puede ser idiopática, es decir, constituir una entidad morbosa aislada, cosa que, como ocurre con la mayoría de los síntomas que han sido considerados como idiopáticos, cada vez va quedando más reducido en número, puesto que se los va incluyendo entre los sintomáticos. Estos dos grupos los compara Wm. Wilson (2) con los dos grupos análogos en que se divide el estudio de la epilepsia (ya otros autores anteriores señalaron cierta analogía entre la hemicránea-enfermedad y la epilepsia). El dolor, como su nombre lo indica, abarca una extensión de media cabeza; unas veces puede ser de tipo alterno, otras comprende la mitad anterior, y algunas, las paredes orbitarias. El dolor en la sintomática suele no tener trastornos oculares previos, constitutivos del aura, como ocurre en la jaqueca idiopática, aunque algunas veces se presenta escotoma. El carácter del dolor es «rítmico», de intensidad progresiva, llegando a ser «taladrante», y generalmente pasa con el «sueño» o remite lentamente en un espacio de diez a doce horas en los casos más intensos. Esta cefalalgia, en su tipo idiopático, es una afección que dura toda la vida, pero sin que en ella influyan, ni para aumentar ni para disminuir la intensidad de los ataques, las alteraciones propias de la época media de la vida; mientras que en la sintomática existe cierta influencia. La intensidad del dolor aumenta con los «movimientos de los globos oculares», y también, aunque no tanto, con los movimientos de la cabeza. La falsa jaqueca, como se denomina a la sintomática, puede ser debida, en primer lugar, a trastornos oculares del tipo de «refracción» o «acomodación», y es de notar que, generalmente, en estos casos los ataques disminuyen de frecuencia y de intensidad pasada la época media de la vida, cosa fácil de explicar, teniendo en cuenta que esas cefalalgias se producen por el esfuerzo que realiza el individuo para corregir un error de refracción, por ejemplo, y que mientras su poder de acomodación es fuerte, la corrección se intenta y se consigue, y, por tanto, el esfuerzo se realiza determinando la hemicránea; pero cuando ese poder de acomodación disminuye hasta el punto de no poder contrarrestar el error visual (como ocurre al llegar a «cierta edad»), el individuo renuncia a realizar el esfuerzo, y, por tanto, desaparece la causa de esa falsa jaqueca. Otra afección que se acompaña a veces de hemicránea es la «nefritis crónica», hasta el punto de que se dice por algunos autores que (y este es un carácter contrario al anterior), cuando los ataques de jaqueca que padezca un in-

(1) Wilson (Wm.).—«Loc. cit.»

(2) Kraus.—En el «Lehrbuch der Inneren Medicin» de Mering.

dividuo aumenten de gravedad pasada la edad media de la vida, se debe reconocer la orina. Existe entre las afecciones oculares una que, por su carácter periódico y por acompañarse de cefalalgia hemilateral, puede incluirse entre las causas de la jaqueca sintomática: es la «oftalmoplejía recurrente», en la que periódicamente ocurren parálisis de los músculos inervados por el tercer par, quizás a causa de una antigua lesión del mismo, y que se acompaña de hemicrania. También habremos de mencionar aquí las jaquecas que con tanta frecuencia acompañan a los «períodos menstruales» y que, agravándose durante los últimos tiempos de la vida genital femenina, suelen desaparecer cuando definitivamente se hace la mujer menopáusica. Por último, presentan cefalalgias de este tipo muchos enfermos de «dispepsia crónica», de «estreñimiento» y de «desórdenes hepáticos», así como constituye el único síntoma de un estado subtiroideo denominado «hipotiroidismo monosintomático», y quizás por este camino deban ir las investigaciones acerca de la jaqueca idiopática. Entre las afecciones localizadas en la cabeza y que se manifiestan con tipo hemicraneal citaremos las placas de «meningitis crónica», la «otitis media aguda», con carácter «pulsátil» y con exacerbación «nocturna», y, sobre todo, el «tumor cerebral», cuya cefalalgia más fácilmente puede ser tomada por una verdadera jaqueca, si no se tiene muy en cuenta que, generalmente, en el tumor los intervalos de alivio son más cortos y no tan regulares como en aquella. La cefalalgia «difusa» es característica, en primer lugar, de casi todas las enfermedades febriles, aunque naturalmente acompañada del factor fiebre; así como en un período algo avanzado de la «meningitis». También existe este tipo difuso en las afecciones del tractus «gastrointestinal», con una sensación de «pesadez». En el «histerismo», aunque es bastante raro y presenta aspectos muy variados de intensidad. Por último, en las «adenoides» y demás obstrucciones nasofaríngeas (y quizás sea debido al estasis craneal por dicha obstrucción) existe con frecuencia esta cefalalgia de carácter difuso.

Para terminar, haremos mención de una cefalalgia, también difusa, y que más que dolor es una sensación de malestar, de pesadez, que es debida a una congestión de los vasos cerebrales, motivada por compresión del cuello por cintas o corbatas muy apretadas, o de la cabeza por sombreros muy ceñidos. Estas cefalalgias, acompañadas en ocasiones de epistaxis, pueden (sobre todo si, como ocurre a veces, en vez de ser el dolor difuso se localiza en la región frontotemporal) atribuirse a lesiones mitrales; bastará explorar el corazón con resultado negativo y saber que existen estas cefalalgias por tales compresiones para que, suprimiendo éstas, se vea desaparecer el dolor de cabeza. (1)

Estas son las principales proyecciones dolorosas en la cabeza, debidas a lesiones de órganos más o menos próximos; y si bien sería pretensioso creer que se pue-

de determinar por sólo la aplicación de cuanto antecede de la cefalalgia, y, por tanto, que estaremos en camino seguro para combatirla a la par que la enfermedad determinante, sin embargo, la esquemática exposición de la localización de las cefalalgias tal y como la hemos hecho puede servir en la práctica corriente para orientarnos de una manera bastante aproximada hacia una enfermedad que, de otra manera, acaso tardásemos bastante tiempo en descubrir; y no es necesario encomiar la conveniencia de un diagnóstico precoz, sea la que fuere la enfermedad de que se trata.

BIBLIOGRAFÍA

La palabra y las perturbaciones de la palabra

POR EL DOCTOR JORGE ROJAS, EX DIRECTOR DE LA SECCIÓN DE PERTURBACIONES DE LA PALABRA EN LA POLICLÍNICA DE BRUSELAS. PREFACIO DEL DOCTOR DECROLY, DIRECTOR DEL INSTITUTO DE ENSEÑANZA ESPECIAL DE UCELE. PRÓLOGO DEL DOCTOR R. LAFORA. TRADUCCIÓN Y NOTAS DE D. JACOBO ORELLANA GARRIDO

Forma parte esta interesante obra de la valiosa colección de «Actualidades pedagógicas», que publica el culto editor de esta corte D. Francisco Beltrán, y, como todos los volúmenes de la misma, se halla inspirada en los más recientes y fecundos progresos con que las modernas orientaciones han enriquecido a la ciencia de la educación.

Como el mismo título de la obra indica, hácese en ella un doble estudio fisiológico y patológico del lenguaje articulado; comienza el autor por demostrar la importancia de la palabra para el desarrollo de la inteligencia, y a continuación va, en capítulos sucesivos, estudiando el aparato periférico de la fonación y de la articulación, así como el funcionamiento muscular de la respiración y el mecanismo intelectual de la palabra articulada, describiendo los centros cerebrales y discutiendo la hipótesis de un centro superior de la dirección.

Entrando después en el estudio de las perturbaciones de la palabra establece su clasificación, enumerando las dislogias, las disfasias, las disfrasias, las disartrias y las dislalias; dedicando especial atención a las perturbaciones que se observan en los escolares normales y anormales.

En capítulos independientes se ocupa de las perturbaciones impresivas (deficiencias del sentido del oído) de las dislalias, de la tartamudez y tartajeo; en un capítulo especial estudia las perturbaciones de la palabra en los niños anormales (mutismo sin sordera, ecolalia, acatafrasia, agramatismo, forastesia, etc.

Otro capítulo está dedicado a la higiene de la palabra y a la profilaxia de sus perturbaciones; y el último

(1) Klarke.—Notes on the Common Causes of Persistent Headache and their Differential Diagnosis.—«Practitioner». May. 1919.

de la obra trata de la organización de cursos especiales para perturbados de la palabra.

La precedente relación demuestra lo vasto y completo del contenido de la obra de Rouma, que se recomienda, además, por la clara y metódica exposición de las importantísimas nociones en ella enumeradas, siendo su lectura de excepcional interés, no sólo para los pedagogos, sino también para los médicos, escolares, pediatras, etc.

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Madrid, 7 de agosto de 1920.

Periódicos médicos

DERMATOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de las lesiones cutáneas de origen estreptocócico (linfangitis, erisipela, piodermitis) por el suero antiestreptocócico aplicado localmente, por L. R. Montel.—El tratamiento de las lesiones cutáneas estreptocócicas (erisipela, linfangitis, eczemas, piodermitis) con pinceladas locales de suero antiestreptocócico ha sido objeto de una comunicación a la Sociedad Médicoquirúrgica de la Indochina (Hanoi, julio, 1918). En la observación que motiva este trabajo, se trata de una mujer joven atacada de linfangitis erisipelatosa de la espalda, con estado general malo, temperatura elevada de 40°, que fué tratada por el método del autor: pinceladas repetidas dos y tres veces por día en toda la región atacada con suero antiestreptocócico, que se deja secar en el sitio y sin vendar. Desde las primeras pinceladas las lesiones retrocedieron instantáneamente y la temperatura bajó a lo normal. Esta observación, muy demostrativa, confirma los excelentes resultados obtenidos con este método en tres casos de linfangitis y dos de erisipela con piodermitis.—(*Journal de Med. de Bordeaux*, núm. 12, 25 de junio 1920.)—*E. Luengo.*

2. A propósito de la etiología del psoriasis, por L. Bory.—El psoriasis es una enfermedad de todos los climas y más frecuente en el hombre que en la mujer, pudiendo desarrollarse en todas las edades; de una estadística del autor, formada por soldados, la mayor frecuencia se observa entre los veinte y treinta años. Bory se muestra partidario de la teoría parasitaria del psoriasis y hace una crítica de sus restantes teorías etiológicas. *¿El psoriasis es una enfermedad nerviosa?* Los argumentos en favor de esta teoría son los siguientes: frecuencia del principio del psoriasis después de traumatismos violentos, de emociones vivas; la existencia de psoriasis zoniformes, y, por último, la coexistencia de accidentes neuropáticos de reumatismo deformante. Para Bory, la frecuencia del establecimiento

del psoriasis a continuación de traumatismos es exagerada. La simetría habitual de las placas de psoriasis y las raras observaciones de psoriasis zoniformes son argumentos débiles en favor de una teoría nerviosa, pues semejantes observaciones pueden hacerse en afecciones manifestamente infecciosas o parasitarias, como la sífilis, la sarna y el eczema marginado tricofítico; el reumatismo de los psoriásticos se aproxima al reumatismo subagudo o crónico deformante, cuyo origen es tal vez toxiinfeccioso. *¿El psoriasis es una enfermedad de la nutrición?* Relacionar el psoriasis con el artrismo, con la uricemia, en el fondo sólo es decir que a menudo el mal se desarrolla sobre este estado constitucional, tan vagamente descrito, que se llama artrismo; llamar herpetismo, como dice Darier, a predisposición al psoriasis es contentarse con una palabra; sin embargo, los hechos que representan los argumentos de los partidarios de la teoría diatésica del psoriasis no deben despreciarse, y tal vez ayudarán a descubrir el agente determinante del cual quizá son estados ocasionales, y en este sentido son interesantes las afirmaciones de Gaucher y Desmoulières sobre el descenso constante de la relación azotúrica en esta enfermedad y sobre una desmineralización considerable, y, sobre todo, una eliminación excesiva de cloruro de sodio por la orina durante la regresión de los brotes eruptivos. *¿El psoriasis es una enfermedad parasitaria?* Un gran número de argumentos hablan en favor de esta teoría, y son: 1.º, de orden morfológico: el aspecto redondeado claramente limitado de los elementos, la identidad de los caracteres de un mismo brote eruptivo, la distribución topográfica simétrica en su conjunto, la fijeza de la erupción, son signos que por analogía con otras enfermedades, tales como la sífilis o las tricofias, hacen pensar, desde luego, en una enfermedad infecciosa o parasitaria; 2.º, los argumentos de orden evolutivo completan esta hipótesis; más que nada, el hecho de que los elementos desaparecen al principio por el centro, mientras que en la periferia persisten hasta lo último, pareciendo ser la zona de mayor actividad, de mayor resistencia y de mayor vitalidad de un parásito supuesto; la aparición de artropatías, tan comparables al pseudorreumatismo tuberculoso de Poncet, es un argumento en favor del origen tuberculoso del psoriasis, y, por tanto, del origen infeccioso del mal; 3.º, de orden anatomopatológico; la existencia de pequeños abscesos miliares en la capa subcórnea del cuerpo mucoso, descritos por Sabouraud, generalmente asépticos, es también otro argumento en favor de la naturaleza específica del agente causal; 4.º, de orden etiológico: la cuestión es saber si el psoriasis es una enfermedad contagiosa e inoculable; clínicamente se le niegan estas dos cualidades; pero ciertas tuberculosis cutáneas no son casi contagiosas, y, por su parte, la lepra se ignora si es inoculable; la existencia de psoriasis familiar y el examen de algunos casos que cita el autor parecen inclinar en favor de la teoría parasitaria de la afección; 5.º, de orden terapéutico: el modo de reacción a los medicamentos antiparasitarios; a veces el psoriasis se exalta momentáneamente bajo la influen-

cia de un tratamiento puramente general, fenómeno análogo a la reacción de Herxheimer en la sífilis, y la analogía puede tener su importancia; 6.º, de orden biológico y experimental: los casos de curación del psoriasis por vacunas microbianas, estafilocócicas, o bien autógenas o heterógenas de origen intestinal. Existen, pues, argumentos notables en favor del origen infeccioso o parasitario del psoriasis; la mayor parte de ellos le acercan a la naturaleza tuberculosa; pero aún hay que continuar las investigaciones para demostrar lo bien o mal fundado de esta hipótesis.—(*Le Progrès Medical*, núm. 26, junio 1920.)—E. Luengo.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Gangrena de la rodilla por trombosis de la arteria poplítea, consecutiva a corrección de la deformidad.

El doctor John Joseph Nutt refiere el siguiente caso:

W. B., de ocho años, fué admitido en el hospital del Estado para niños mutilados y deformes el 27 de agosto de 1919, con diagnóstico de enfermedad tuberculosa de la rodilla, que no había sido normal desde que el niño tenía dos años. Dos veces, por períodos indefinidos, el niño había estado en el hospital y se le había practicado alguna clase de operación, puesto que se encontraron cicatrices en la superficie posterior. Por lo indefinido de la historia me imagino que esas operaciones consistieron tan sólo en incidir ciertos abscesos. Se nos dijo que había tenido fistulas supurativas en distintas épocas.

La rodilla derecha estaba flexionada, la pierna y el muslo muy atrofiados; el paciente andaba con una muleta, no ejerciendo ningún peso sobre la pierna; no había enrojecimiento ni ningún color, hallándose la articulación inmóvil y en flexión de 135°. Las radiografías revelaron que había habido una osteítis rarefaciente generalizada, en particular en la tuberosidad de la tibia, seguida, al parecer, de un depósito de sales calcáreas. El diagnóstico basado en la exploración fué: enfermedad tuberculosa abortada de la rodilla.

El 14 de septiembre se colocó al paciente bajo la acción de un anestésico. Nuestros esfuerzos para enderezar la rodilla fueron inútiles, no siendo posible verificar ningún movimiento. Se incindió luego la rodilla y se verificó una resección. La tibia revelaba signos marcados de infección activa, pero sellegó con facilidad a hueso bastante sano. Se llevó a cabo entonces la resección de la deformidad, pero no sin emplear considerable fuerza para dominar la resistencia de los tejidos posteriores. El pedazo del cóndilo reveló hueso normal. Se aplicó escayola desde los dedos del pie a la ingle. El paciente no se quejó ni reveló ninguna fiebre hasta los seis días; cuando la temperatura se elevó a 104 F. (40 C.), el pulso se hizo correspondientemente rápido, y se presentó descoloración de los dedos del

pie. Se había examinado la circulación de estos dedos dos veces al día, encontrándose excelente en cada ocasión, de modo que no hay duda de que no se presentó sino a los seis días. Se quitó en seguida la escayola pero la gangrena se extendió hasta la pierna y pronto a los tercios superior y medio de la pierna, en los cuales pareció detenerse. El estado del paciente era tan marcadamente séptico que se decidió practicar la amputación.

El 1.º de octubre se hizo ésta en la unión del tercio medio y el inferior del fémur. La arteria femoral no sangró y la encontramos ocluida. Esta parte del trombo se extendía como media pulgada (1 cm.) hacia arriba desde el punto en que cortamos. La reposición del paciente fué satisfactoria en todos sentidos. Una disección cuidadosa de las arterias poplíteas con películas de los cortes, por el doctor Alexander Frazer, reveló la existencia del trombo, que se originaba en el comienzo de la arteria tibial posterior y se extendía hacia arriba, como indicamos antes, hasta el sitio de la amputación. El doctor Frazer lo consideró indudablemente trombo de origen séptico y no traumático. Como la herida, desde el día de la resección, no reveló en ningún momento señales de infección, creo que ésta debe haber procedido de un nido viejo que cobró nueva actividad con el traumatismo en el momento de la operación. Y si esto es correcto, podemos considerar este caso como prueba del peligro de dominar por la fuerza una deformidad, cuando existe tejido cicatricial, pero no como de trombosis traumática producida al corregir la deformidad.—(Edición española, *The Journal*, A. M. A., 15-6-920.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Sobre la influencia que sobre la vida sexual ejercen las trasplantaciones libres de testículo, por el doctor R. Mühsam.

—Ya hace mucho tiempo que se vienen haciendo experimentos acerca de las trasplantaciones de testículos especialmente en gallos y se ha visto que se tenían buenos resultados, ya que los animales conservaban su carácter de gallos, al paso que los testigos, a los que se quitaban los testículos sin trasplantarlos adquirían el aspecto completo de capones. Pasados dos meses de la operación los testículos trasplantados habían crecido la mitad de su tamaño y los canaliculos seminíferos estaban bien conservados aunque no contenían espermatozoides. Experimentos posteriores hechos con ratas han venido a comprobar que la homotrasplantación iba generalmente seguida de éxito porque se conservaban los caracteres masculinos; en cambio, la heterotrasplantación no daba resultado como era de suponer. Por medio de la trasplantación se han devuelto las propiedades eróticas a animales castrados largo tiempo antes, se ha conseguido hacerlos masculinos y femeninos a voluntad y provocar también artificialmente épocas de celo. La inmediata aplicación de estos estudios fué su aplicación

al hombre, para lo cual era preciso saber hasta que punto desaparece los individuos castrados la masculinidad. Los datos que a este respecto proporcionan los autores están conformes en admitir que desde luego desaparecen en el hombre los caracteres masculinos secundarios como son los pelos de la barba y bigote, el tono de la voz que se eleva algo, el depósito de grasa en el tejido celular subcutáneo que aumenta. En cuanto a las erecciones también desaparecen en casi todos los casos y aunque hay alguno en que persisten, no suelen ir acompañadas en éstos de sensaciones eróticas. Solo un caso encuentra el autor en la literatura reciente en el que un hombre de veinte años, castrado, dice poder realizar el coito a diario, pero que las erecciones son de corta duración. Pues bien; en estos casos la trasplantación de testículos de persona sana ha conseguido curar los efectos de la castración realizada en algún caso hasta diez años antes, y cuando ya habían aparecido todos los síntomas tardíos del eunucoidismo. También dan buen resultado estas operaciones para tratar el eunucoidismo que resulta de la falta de desarrollo de las glándulas genitales en los niños. De cuatro casos que el autor cita, tres de ellos consiguieron adquirir carácter masculino y llegar a tener erecciones; en cuanto al cuarto, se consiguió más todavía, pues al cabo de año y medio se demostró de un modo incontrovertible que en las poluciones había espermatozoides vivos. Se explica esto porque la opoterapia realizada haya sido un estímulo para el desarrollo de las glándulas propias del sujeto que se operó, pues siendo el ingerto libre y no habiendo posibilidad de que los espermatozoides que contuviera el ingerto se presentasen en la eyaculación no cabe otra explicación. Con este motivo conviene advertir que en los experimentos hechos en animales, si al cabo de un año de hacer el ingerto se extrae éste y se le examina al microscopio, se encuentra que la substancia intersticial que ha sido llamada glándula de la pubertad se encuentra bien desarrollada, a veces hipertrofiada, al paso que los conductos eyaculadores, unas veces se encuentran hipertrofiados, otras de aspecto normal pero vacíos, y otras por fin se encuentran en su interior algunos escasos espermatozoides, indudablemente porque se han conservado los que la glándula contuviera en el momento de la operación. De estos estudios también se han hecho aplicaciones al tratamiento de la homosexualidad. Para este tratamiento es preciso realizar la castración bilateral e implantar el testículo de un hombre sano. En determinados casos se ha hecho la castración monolateral y, generalmente, se ha visto disminuir las tendencias homosexuales y aparecer heterosexuales así como la desaparición de los caracteres femeninos en los casos en que éstos existían. Todavía no se ha conseguido encontrar en los testículos de los homosexuales ningún vestigio anatómico que explique la aberración. Por lo que se refiere al material para hacer la trasplantación debe tenerse en cuenta no solo la salud perfecta de la glándula y del sujeto que la proporciona (reacción de W.) sino que hay

que convencerse antes por un interrogatorio habilidoso de que se trata de un sujeto que no es homosexual. En la mayoría de los casos los testículos eran extraídos de enfermos con criptorquidia y más especialmente de casos de testículo inguinal en los que era preciso extirpar esta glándula para librar al que padecía tal anomalía de las molestias que le causaba. En uno de los casos tratados por el autor, empleó un testículo de un enfermo que padecía neurastenia sexual y al que una preocupación constante le había hecho neurópata que fué el motivo por el que ingresó en el hospital. En vista de que no mejoraba, el neurólogo que le trataba determinó que fuera sometido a la castración. En cuanto a técnica no conviene implantar un testículo entero sino después de quitar el epidídimo, se debe dividir en dos mitades e implantarlas aisladamente. De este modo es más seguro que prenda el ingerto que si se deja la albugínea intacta. Cada mitad se sutura por la superficie de sección al músculo oblicuo mayor ligeramente raspado con una cucharilla en la región inguinal.—(*Deut. Med. Wochschr.*, 22-6-1920.)

ELECTROLOGIA Y RADIOLOGIA

EE LENGUA ESPAÑOLA

I. La diatermia en Ginecología.—El Dr. Linde expone de la siguiente manera los resultados de este medio terapéutico:

Los efectos de la corriente diatérmica, que produce modificaciones de importancia en la circulación y nutrición de los órganos que atraviesa, han sido aprovechados en Ginecología para el tratamiento de diversas afecciones, que por regla general benefician grandemente de esta innovación terapéutica.

Se ha exagerado quizá un poco por algunos el efecto que en las diversas ginecopatías produce esta modalidad de la corriente de alta frecuencia, y así no es de extrañar que el entusiasmo del principio haya decaído algo, en vista de algunos fracasos relativos en manos de quienes esperaban encontrar en este medio un recurso absolutamente eficaz para la curación de afectos tan complejos como las lesiones del aparato genital femenino.

Colocándose en justo medio, hay que reconocer que la diatermia ejerce un efecto altamente beneficioso en gran número de enfermedades ginecológicas, contribuyendo eficazmente a la curación de muchas enfermas, y produciendo otras veces un alivio digno de tenerse en cuenta, en otros casos en que, por la índole de las lesiones, no podía esperarse una restitución anatómica de los órganos afectados.

Mi experiencia personal es todavía escasa; pero de las impresiones recogidas en la literatura de esta cuestión (que todavía escasea bastante) y de los efectos observados en diversos casos tratados en la Clínica Operatoria de Especialidades, he obtenido la conclusión de que todas las infecciones gonocócicas pue-

den agotarse por este medio, aprovechando la escasa resistencia que el gonococo ofrece a las temperaturas mayores de 41°, que se obtienen fácilmente con la diatermia. Cuando las lesiones anatómicas no son muy acentuadas, se obtiene generalmente una curación real, como he podido observar en ciertos casos últimamente tratados. Otras veces no es posible la *restitutio ad integrum*, dada la importancia de las lesiones anatómicas; pero obteniendo la esterilización de los órganos afectados, unido al efecto favorable que sobre la íntima nutrición de los tejidos y la circulación de dichos órganos lesionados ejerce la termopetración, se consiguen grandes alivios y aun verdaderas curaciones clínicas, por la desaparición de los síntomas reveladores de la dolencia.

Tal ocurre, por ejemplo, en ciertas anexitis inveteradas, que sería ilusorio pretender curar por este ni por ningún otro medio que no sea la intervención quirúrgica; pero puede asegurarse que, de todos los tratamientos paliativos que en tales casos pueden ponerse en práctica, ninguno iguala al empleo de la diatermia, que permite muchas veces prescindir de operaciones mutiladoras.

En todas las formas de metritis, y especialmente en las intersticiales y parenquimatosas, ejerce un efecto altamente favorable, aunque, tanto en este como en la mayor parte de los casos, no debe prescindirse del oportuno tratamiento general unido a los medios sancionados por la práctica.

Todas las aplasias uterinas de mediana intensidad, las amenorreas y las dismenorreas de origen ovárico, son asimismo justificables de este tratamiento.

Las diversas formas de perimetritis son igualmente beneficiadas por la corriente diatérmica, que da por resultado en muchos casos la total desaparición de los exudados y de las adherencias producidas por el proceso inflamatorio.

Uno de los efectos que más rápidamente se obtiene con la diatermia es la atenuación del síntoma dolor, que desaparece en algunos casos con maravillosa rapidez.

No podía menos de tener sus contraindicaciones, y nos dicen; en efecto, que todas las lesiones tuberculosas se agravan con el empleo de la diatermia.

Está igualmente contraindicado en los procesos supurativos, en tanto no se proceda a la evacuación de la colección purulenta.

De todos modos, es la diatermia un agente terapéutico que, bien empleado, y sin exigirle más de lo que racionalmente puede dar de sí, constituye una valiosa conquista de la terapéutica moderna. (*Revista de Especialidades*. Jaén, junio de 1920.)

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Acerca del quimismo del estómago en ayunas, por el doctor Leo Jarno.—Para unos, el estómago normal en ayunas debe estar vacío y consideran patoló-

gicos todos los casos en que se encuentra contenido provisto de ácido clorhídrico. Para otros, este contenido sería completamente normal. Además, los límites entre esta pequeña cantidad de contenido que pudiera resultar normal y la verdadera gastrosucorrea son muy borrosos. Para unos, sólo se debe hablar de gastrosucorrea cuando la cantidad de contenido pase de veinte a cien centímetros cúbicos; otros exigen que además se presenten trastornos por parte del estómago para asegurar que hay enfermedad de Reichmann. Lo importante es que un estómago normal puede contener líquido segregado en el que haya ácido clorhídrico y sea capaz de digerir. Boldyreff ha descrito un fenómeno del tubo gastrointestinal, que designa con el nombre de actividad periódica en vacuidad. Refiriéndose a este fenómeno dice B. que consiste en contracciones del estómago, movimientos del intestino delgado, secreción de bilis, de jugo intestinal y pancreático. Esta actividad consiste en alternativas regulares de función y de reposo. Estas duran unas dos horas, y aquéllos, veinticinco minutos. Desde el comienzo de las contracciones el estómago segrega un moco glutinoso de reacción alcalina. Así que el animal ingiere una pequeña cantidad de alimento, cesa esta actividad de vacuidad y comienza la de la digestión. También cesa la actividad periódica bajo la influencia de la secreción psíquica y de la introducción en el estómago de una solución de ácido clorhídrico al cinco por ciento. Mientras que se segregan la bilis, el jugo pancreático y el intestinal durante estos períodos de actividad, el estómago sólo segrega el moco alcalino. Suponiendo que en el estómago del hombre suceda una cosa igual o muy semejante a lo que sucede en el del perro, resultará que el contenido que obtengamos con la sonda variará según el momento en que sorprenda al estómago. Si era un período de actividad, el moco alcalino neutraliza el ácido que pudiera existir, y lo corriente es que no se obtenga contenido: si era en período de reposo se obtendrá contenido ácido. Ahora bien: esta hipótesis, completamente gratuita, había que confirmarla en las personas y para eso se tuvo en cuenta que los movimientos intensos del intestino delgado durante los períodos de actividad han de producir ruidos y borborismos. A un individuo que tenía el estómago sano se le tuvo sin desayunar un día y se le ordenó que indicase cuándo sentía borborismos. Sondado en tal instante se apreció que no tenía secreción con ácido libre. En cambio, al día siguiente, sondando media a una hora después de los borborismos, se encontró ya ácido clorhídrico. En resumen, supone el autor que en el hombre hay también períodos de actividad del aparato gastrointestinal que se pueden equiparar en todo a las actividades de vacuidad del perro; esta actividad se manifiesta por los borborismos. El resultado del análisis del contenido gástrico extraído con la sonda debe atribuirse solamente al momento en que se practica el cateterismo. En los períodos de actividad, y tal vez algún tiempo antes, se encontrará el estómago vacío; pasados los borborig-

mos, y en virtud de un mecanismo, que hoy en día nos es totalmente desconocido, se excita ligeramente la secreción de jugo y se extrae con la sonda un líquido que tiene ácido clorhídrico. Durante la gastrosucorrea, los borborismos no deben presentarse, porque nunca está el estómago libre de ácido clorhídrico. Los borborismos suelen presentarse entre las ocho y las doce de la mañana, suponiendo que a las siete hubiese tomado una taza de café con un panecillo pequeño. Respecto al tiempo que duran los borborismos y al que transcurre entre uno y otro no se tienen datos precisos; hay quien los presenta media hora después de tomar el desayuno. De trece personas examinadas, ocho tenían borborismos, durante los cuales el estómago no contenía ni ácido clorhídrico ni pepsina. En cambio, un cuarto a una hora más tarde, estas mismas personas tenían ácido clorhídrico. De los cinco casos en que no hubo borborismos, tres de ellos eran hiperclorhídricos, y en ayunas su estómago tenía bastante cantidad de jugo ácido. En los otros dos individuos se ignora la causa merced a la cual no se presentaban los borborismos. Quiere decirse que, para Jarno, el tubo gastroentérico no descansa ni aun en período de vacuidad; se observan borborismos, que muy probablemente demuestran la existencia de movimientos periódicos. Durante estos movimientos el estómago está vacío; en quietud tiene algo de ácido. En los casos de gastrosucorrea el estómago contiene siempre ácido clorhídrico, pero esto es condición que se opone a los movimientos de vacuidad, de donde resulta que la falta de borborismos es un dato a favor de dicha enfermedad.—(*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1 de julio de 1920.)

BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acerca de nuevos medios de cultivo preparados con suero, por el doctor E. Czaplewski.—Para los bacilos diftéricos procede de la siguiente manera: Obtiene el suero en el matadero, recogiéndole directamente en cápsulas planas de porcelana, esterilizadas por ebullición y secas. Estas cápsulas se tapan y se llevan a la nevera. El suero que sale del coágulo por expresión en la superficie del mismo le recoge con pipetas que, para evitar la mezcla con elementos formes, llevan el orificio lateralmente a un centímetro por encima de la punta; que es sólida y cerrada. Con esta pipeta se distribuye en frascos, poniendo en cada uno 500 c. c. Para preparar las placas se empleó el suero con y sin adición de cloroformo. Las placas de suero de Löffler se hicieron mezclando cuatro partes de suero con una de caldo glucosado al 1 por 100. Poniendo estas placas en la estufa para endurecerlas cuando está fría, y calentando poco a poco, se consigue que tengan un aspecto casi trasparente y sin burbujas de aire. Ya en estas condiciones resisten la esterilización por el vapor. Para privarlas del agua de condensación se colocan las placas invertidas e inclinadas. Estas placas no sólo son recomendables para el diagnóstico

de la difteria, sino también para sembrar estafilococos, estreptococos, meningococos, etc. Añadiendo a estas placas un álcali se aumenta su transparencia y el crecimiento de los microbios que prefieren medios alcalinos; puede además añadirse tintura de tornasol como indicador. Si es mucha cantidad de álcali la que se añade, las placas acaban por perder su solidez y al fin desaparece por completo la propiedad de coagularse que tiene el suero, porque se forman seroalbuminatos alcalinos. Por este procedimiento buscaba el autor la preparación de un seroalbuminato alcalino que le proporcionase la manera de tener almacenada cierta cantidad de albúmina disuelta en condiciones de fácil esterilización y que pudiera sustituir el suero sanguíneo, que no siempre se tiene a mano ni está siempre libre de gérmenes, y al líquido ascítico, que se encuentra en igual caso. Como quiera que un exceso de álcali es perjudicial al desarrollo de los microbios, es preciso determinar la cantidad mínima necesaria para impedir la coagulación del suero. Esta cantidad mínima es, según sus experimentos, 1 c. c. de solución normal de potasa para 10 c. c. de suero. Prepara 300 c. c. de suero de carnero con 30 c. c. de solución N de potasa, decanta el líquido que queda por encima de un ligero sedimento y le guarda en ampollas de dos, cinco y diez c. c.; las esteriliza y las cierra a la lámpara. Hace la esterilización por medio del vapor, sometiendo las ampollas por tres veces, durante quince minutos cada vez, a la acción de aquél, o en el autoclave, pero esto es muy peligroso porque se rompen y se vierten las ampollas. Para usarlas se lavan con alcohol o se flamean, se rompen, y después de calentar los bordes de fractura se mezcla su contenido con otros medios de cultivo. Klein, que también ha propuesto los medios alcalinos para el cultivo del bacilo diftérico, emplea un exceso de álcali que luego neutraliza con solución de ClH al 25 por 100, hasta llegar muy cerca de la reacción neutra. En opinión de C., este exceso de ácido debe evitarse, porque causa trastornos en la composición de suero. Como no todos los sueros necesitan igual cantidad de álcali para dejar de coagularse conviene, cuando se haya de preparar una cantidad grande, tantear qué proporción de solución normal de sosa necesitan. Para los b. diftéricos es muy conveniente la adición del 1 por 100 de glucosa; para otros gérmenes conviene ensayar cuál es la reacción más favorable. Esto se hace mediante la preparación de una serie de placas, a cada una de las cuales se añade 0, 1, 2, 3, 4, 5 gotas de ácido clorhídrico. La calefacción excesiva de los alcalialbuminatos los descompone y hace que se enturbien, que se produzcan precipitados y coagulaciones. Para obtener placas bien limpias es conveniente que el suero esté perfectamente limpio de glóbulos sanguíneos, cosa que se consigue. Este medio de cultivo es especialmente útil para el diagnóstico de los b. diftéricos, porque crecen en él con gran rapidez, dando colonias gruesas y de aspecto reluciente y semejante a la cera.—(*Deutsche Med. Wochenschrift*, 22 de julio de 1920.)

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria 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

Una Real orden. ¿Rectificación de conducta?

Muchas veces, cuando con verdadero deleite dictamos nuestras impresiones acerca de lo que interesa a la salud pública y a su expresión especificada en la organización sanitaria y por ende en las clases que dedican sus capacidades a la realización de la función importante del mejoramiento de la vida física y del porvenir positivo de la raza, nos hemos encontrado con deficiencia de asuntos *actuales* de que tratar; hoy nos sucede lo contrario. Tenemos un verdadero *embarazo de elección* (perdón por la traducción del galicismo). En breves palabras tenemos muchas cosas de que hablar, cuando otras veces carecemos de asuntos interesantes de momento impositivo.

Mucho tendríamos que decir con sólo ocuparnos de la significación y del éxito de la Semana Médico-social de Santander; pero nos limitaremos a consignar que, dentro de lo que en estos sucesos y actos estamos acostumbrados a *registrar* y ver, no creemos que haya habido, hasta hoy, nada de mayor importancia.

Comentar después de ser de todos conocidos la referencia de los actos, de las comunicaciones, de las conferencias y del calor y entusiasmo puestos por las clases sociales que a ello se han asociado, sería ofender a la ilustración de los lectores de todos los periódicos de España que pueden de ello tener noticia. La agregación consoladora del Rey y de su Real familia a estos actos de aspiración al mejoramiento sanitario del país, tiene una significación que con decir que es insólita, está dada su calificación más alta.

El Rey ha demostrado, espontáneamente, que se da cuenta de que sus gobernantes y los Parlamentos, o no se la daban, o lo hacían de un modo tibio y endeble. Es decir, de que el mundo entero comenzaba ya a dudar, si antes en otros órdenes de cosas no había dudado, de que España se hace digna de una estimación dudosa como país civilizado. Y esta gallarda actitud del Rey, abriendo los ojos de sus gobernantes y estimulando las adulaciones cortesanas de nuestros políticos

al uso, por una parte y por otra el hecho innegable de la manifestación de interés civilizador, que representa el envío de una Comisión del Consejo internacional de la Cruz Roja, para estudiar los medios de combatir un mal tan conocido, tan tradicional y tan deplorable como el de nuestro paludismo; todo esto ha despertado la actividad neurológica de nuestro Gobierno; y lo ha hecho como aquí se hacen las cosas: apresuradamente sin justificación lógica del momento, añadiendo el ridículo ante Europa a la culpa inconfesada y flagrante de nuestro descuido.

Bien haya al Rey que tal impulso ha dado y bien hayan los elementos extranjeros, que con sólo su presencia han despertado a los unos y a los otros de un sueño inverosímil, por estar inquietado por las voces que desde nuestro mismo país vienen, desde hace tiempo, clamando inútilmente en el desierto de egoísmo e imbecilidad que representa la política española.

Por hoy no nos importa decir muy alto que nada de lo que ocurre es nuevo, que nada de lo que se nos dice ignorábamos; ni siquiera, que nada de lo que se propone es original.

Pero nos importa también decir que estos expedientes improvisados y efectistas no nos satisfacen ni creemos que conducen a nada práctico. Se ofrece en el brindis de un banquete un crédito de 500.000 pesetas para combatir el paludismo; y esto se hace por el representante de un Gobierno a quien acaban de negar las Cortes cien mil pesetas con el mismo objeto. ¿Es esto serio? ¿Es esto constitucional? Allá ellos; pero, ¡ay!, ellos son los que gobiernan, saliendo del paso como pueden; pero lastimando, en sus tropezones, lo más delicado y respetable de nuestra vida nacional.

No sirve, Sr. Bergamín, para resolver el problema del paludismo y de tener la humana intervención europea en nuestras lástimas, el improvisar una Real orden y tomando el nombre respetable de una personalidad especializada como la del señor Pittaluga, lanzar sobre ella la responsabilidad de un problema arduo, sin que se sepa con qué medios puede contar para afrontarle y resolverle; esto podrá satisfacer a los correligionarios que se estremecen ante un descontento manifestado por

una alta personalidad; pero ni a éste ni a las gentes ciscretas, ni a los enterados en estos asuntos puede complacerles el que de este modo se afronten y se fija resolver los problemas hondos, palpitantes y efectivos, que por no resueltos, ni siquiera abordados, nos deshonran ante el mundo culto.

La Comisión de la Cruz Roja (que digan lo que quieran los termómetros) estaba en Madrid por tolerante invitación de nuestro Gobierno, volver  a Ginebra descorazonada; pero en su desconsuelo creemos que no dejar  de sentir algún alivio ante lo dir c lode nuestros procedimientos.

Por ahora, esperemos ver los resultados de la Real orden contra el paludismo que publicamos en otro lugar y que en principio no parece muy bien como tendencia, y nada diremos en cuanto a la designación de personas, cuando esta se refiere al señor Pittaluga, que ya desde 1903 viene reconocido por el gobierno español como hombre de especialización extraordinaria y digna de ser utilizada en estos estudios.

DECIO CARLAN

LA UNION DE LOS MÉDICOS

Los médicos hemos perdido societariamente el sentido de la realidad. Seguimos suspirando por la unión sin darnos cuenta de que el espectáculo de la unión de los médicos y de todas las clases sanitarias lo tenemos a la vista en todas partes.

La unión médica produjo la huelga en Jerez de la Frontera; la unión médica ha suprimido la  guala en Andal c a; la unión médica cre  la Caja de pensiones en Extremadura; la unión médica volcó unos cuantos miles de peseta en la Caja de socorros a parados en Navarra; la unión médica ha comenzado a reformar la  guala y los partidos médicos en Valencia y Cataluña, en Navarra y las Vascongadas, en Castilla, Aragón y Baleares; la unión médica sostiene el Colegio de Huérfanos y ha consolidado la colegiación obligatoria y ha hecho surgir los Sindicatos sanitarios y ha puesto el esquiroleo en la picota...  Cu ndo hizo más la unión médica y cuándo despert  mayores esperanzas?

No es la unión grande, enorme, maciza, pesada, insensible a los pequeños ultrajes, y por lo tanto inútil para las pobres víctimas del proletariado médico rural, son las uniones chicas, ligeras, rápidas, prontas al socorro de las víctimas del caciquismo lugareño.

Lo que falta no es masa societaria ni espíritu societario, son estructuras, flexibilidad, organización, adaptación, disciplina y caudillaje; en una palabra, sentido de la realidad.

La unión grande y las uniones chicas son absolutamente necesarias para resolver en toda su extensión el problema, hoy francamente económico, del médico

rural y del médico urbano, que deben permanecer unidos y solidarizados.

Hoy la realidad societaria son los Colegios y los Sindicatos y sobre ellos hay que edificar para no perder tiempo. Además los Colegios nos dan una masa enorme, utilísima para realizar el socorro a parados y las pensiones a inválidos, viejos, viudas y huérfanos.

Este gran volumen de la masa va en contra de la selección, pero hoy, dado el movimiento colegial contra el esquiroleo, el mayor volumen de la masa societaria no puede ofrecer más que ventajas.

Lo primero es dividir los Colegios en secciones estratégicas, que no siempre coinciden con los distritos, pero con facultades para acudir rápidamente en socorro de los perseguidos, porque ya es sabido que un cacique dispone en todos los casos de fuerza bastante para hacerle imposible la vida al médico que lucha sin la ayuda de los suyos. Esto es esencialísimo y más que facultades, en las secciones hay que imponer deberes.

Dejemos a un lado el ch n, ch n, del compañerismo, que puede ser, y lo es muchas veces, monserga pura; facultades y deberes.

Lo segundo es federar los Colegios y me agrada muchísimo que uno de los que más tiempo y más esfuerzos han dedicado a resolver cuestiones de médicos rurales, el Colegio de Valencia, haya pensado del mismo modo y haya resuelto convocar inmediatamente a todas las Juntas de gobierno de los Colegios médicos de España.

Esta Federación de Colegios, si ha de ser verdaderamente útil a todos, ha de tener muy despierta la sensibilidad para acudir en socorro de toda clase de víctimas, sin olvidarse del último médico de la última aldea. Esto es tan importante que si se desatiende, inmediatamente comienza la dispersión.

Yo no escribo para exigir responsabilidad ninguna. La historia se ha escrito ciegamente obedeciendo a las leyes de la evolución y de los intereses que han gobernado el mundo hasta la fecha; pero es necesario rectificar la historia dando entrada en ella a nuevos factores.

Y puesto que lo que comienza a faltar es el pan nuestro de cada día, demos satisfacción en primer lugar a los humildes, a los pobres médicos perseguidos, otorgándoles una ayuda preferente que urgentemente necesitan.

Es un hecho a la vista de todos, que a los médicos de Jerez se los ofreció 10.000 duros, mientras nadie se acordaba de otras huelgas que se resolvían en pequeñas poblaciones y de las que nadie hizo caso. Si Jerez hubiese sido una aldea, tampoco habría recibido el apoyo moral que obtuvo de todos los médicos aspa oles y el material que no tuvo necesidad de aceptar de Cataluña.

Los tres esquiroles de Santander  habr an merecido el castigo que llevan, si caen en tres puebleruchos?

Alegrémonos de que se hayan dado esas dos presuntas injusticias, porque han servido de gran estímulo a la clase médica para ir constituyéndose en gue-

rrillas de defensa, que hoy son multitud, y van a servir de base sólida para formar un poderoso organismo de solidaridad colectiva frente a los enemigos comunes de dentro y de fuera.

Pero la verdadera justicia exige que el socorro no se mida por el número de habitantes de la población donde la víctima reside, sino por la calidad y cuantía del ultraje hasta por los recursos defensivos de que disponga el ultrajado.

Por ese camino, las uniones actuales, un poco desarticuladas, sirven sin duda ninguna para realizar el sueño de la Unión Médica Nacional.

Y manos a la obra, que ocasión más oportuna y propicia no se ha de volver a presentar en mucho tiempo.

DR. MARTÍN HURTADO.

Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central (1)

POR EL DOCTOR DON AMALIO GIMENO CABAÑAS, EN EL ACTO DE SU HOMENAJE CON MOTIVO DE SU JUBILACIÓN COMO CATEDRÁTICO

Pero todo esto de que ahora me estoy ocupando, no me ha servido para probar claramente una gran transformación en nuestra Medicina. Tener más y mejores útiles para el trabajo clínico sólo es signo de indudable mejoramiento; pero el árbol que da frutos a la propedéutica actual es el mismo de antes; sólo se diferencia en que es más frondoso; tanto, que quizás exija una poda conveniente. El cambio experimentado ha sido más hondo y radical; alboreaba ya cuando yo empecé a enseñar y pocos años tardó en volver de arriba a abajo los conocimientos médicos, y en darnos armas más poderosas contra la enfermedad. Yo he asistido durante cuarenta y cinco años a esta rápida metamorfosis; conocí la oruga y la vi tejer el capullo; los hombres de hoy sólo ven la mariposa apenas salida y ya formada; los hombres de mañana la verán volar.

Había una gran incógnita en la Medicina de mis primeros tiempos. El *felix qui potuit rerum cognoscere causas* del poeta latino podía ponerse sobre la puerta de todas las cátedras y en el frontispicio de todos los hospitales. Era la etiología el capítulo más oscuro y por consiguiente menos conocido de la Patología. Recogíamos síntomas y hacíamos diagnósticos; conseguíamos señalar muchas veces y fijar el sitio del mal, pero su causa, que era la esencia misma de su naturaleza, ¡ah! la causa escapaba casi siempre a nuestras pesquisas; era un *quid ignotum* que nos fatigaba inútilmente, nos desesperaba y nos rendía. Encontrábamos siempre a la esfinge, colocada a la cabecera del enfermo, en actitud de incommovible reserva.

Estábamos casi alcanzando el final del siglo XIX, y de

(1) Véase el número de 14 de agosto de 1920.

causas de enfermedad apenas sabíamos más que en tiempos de Hipócrates. Los traumáticos que contunden, hieren, desgarran o queman, el frío y el calor, la falta de luz y el aire viciado, los excesos de la mesa, el trabajo que llega a la fatiga, la miseria, las penas, los placeres del amor, en suma, una noción etiológica que podía estar al alcance de cualquier persona profana de regular criterio. La Higiene, como resultado de ello, no era más que una cartilla de consejos que el sentido común, sin ayuda de la ciencia, podía dictar.

Realmente, en los razonamientos de nuestras historias clínicas de aquella época y en los libros no era posible hablar de las verdaderas causas de las enfermedades más temibles. En estos tiempos no puede concebirse de qué modo contristaba al ánimo estudioso esta imposibilidad; todas las tentativas se estrellaban contra el sólido muro que se levantaba ante lo desconocido; los espíritus más acomodaticios parecían resignarse a achacar caprichosamente las más graves acciones etiológicas a las más vulgares de las causas, y entre ellas había una, la del frío, sobre la cual era cómodo hacer pesar la mayor responsabilidad. Las enfermedades a *frigore* eran numerosas: el frío producía la pulmonía, la pleuresía, la peritonitis, la erisipela y ¡hasta el tétanos!; era a semejanza de aquel macho cabrío de los israelitas sobre el que cargaban todos los pecados del pueblo.

Las más atrevidas y disparatadas hipótesis, que ahora, vistas desde la altura de este siglo, resultan tan absurdas como ridículas, pasaban como monedas corrientes. El profesor Peter llegaba a decir en sus lecciones clínicas que los pesares, las pasiones depresivas, podían producir ¡la inflamación del pulmón! La misma erisipela, que acabo de citar, atribuíanla otros a una disposición constitucional interna, aunque no faltaba quien inquiriera, ansioso, sin lograrlo, en qué escondido rincón del dermis pudiera encenderse el fuego de su proceso. El paludismo, uno o dos años antes de descubrir Laveran en el Hospital militar de Constantina su curioso hematozoario, se atribuía a miasmas, al agua corrompida y ¡hasta al estado eléctrico del aire! La terriole difteria, espanto de las madres, era para otro profesor ilustre, Jaccoud, una enfermedad constitucional de causa interna y producida, a veces, también ¡por el frío! El cólera morbo venía por los aires en forma de impalpables moléculas, y acompañaba unas veces a las tronadas veraniegas o era otras el castigo merecido del giotón, con cuya calumnia se iba el enfermo a la otra vida no dejando aquí muy honrado su recuerdo. La peste, no faltaba quien creyera que podía aparecer espontánea, o salida, no se sabía cómo, de los fangales del Nilo. Y la tuberculosis producía verdadero mareo cuando invitaba al estudio de sus causas: en este capítulo se volcaba todo el repleto saco de los juicios más disparatados, que entonces pasaban como verdades inconcusas sostenidas impávidamente por los grandes maestros. Piorry había dicho años antes que «la materia tuberculosa no era más que pus modificado en el interior de los órganos».

Pidoux, fisiólogo distinguido, que disfrutaba de una clientela numerosa de enfermos de pecho, deseosos de buscar su curación en las aguas minerales pirenaicas, que él conocía muy bien, decía de la tuberculosis que podía tenerse como «el fin común de una multitud de causas diversas, internas y externas, y no el producto de un agente específico, siempre el mismo», y añadía que era «la degeneración espontánea del organismo bajo la influencia de causas accesibles», que se buscaban «por doquier para cortar poco a poco el mal en sus raíces»; con cuya monserga el ánimo debía sentirse fatigado y la inteligencia a oscuras. Y en un libro que corría mucho en manos de médicos y estudiantes aseguraban Laveran y Teissier que la tuberculosis «no era virulenta ni contagiosa», y que no podía sostenerse «la asimilación de la materia tuberculosa a los virus».

Y a pesar de que habían llegado los días en que Villemín había dado claras pruebas de la inoculación y del contagio de la enfermedad a la Academia de Medicina de París, donde no faltó quien acogiera con sonrisa escéptica de burla sus trabajos, aún se nos enseñaba en las cátedras nuestras y en los libros propios y extraños la larga y enojosa lista de las causas debilitantes, como capaces por sí solas de mandar tísicos a otro mundo: la miseria, el trabajo extremado, la fatiga abrumadora, la falta de alimentación, la vivienda oscura y mal oliente, etc., mientras el bacilo de Koch, que estaba ya preparándose para salir a escena teñido de colores en la platina del microscopio de Koch, se reía de que nadie acertara hasta entonces con su escondite.

Para dar una idea de la desdichada etiología de aquellos tiempos de mi vida estudiantil médica, y hasta de los primeros años de mi profesorado, bastará transcribir lo que decía Boyer en 1876, en su Historia de la Cirugía, del Diccionario de Dechambre; son líneas que debieran grabarse en el reverso de los grandes descubrimientos de la microbiología moderna; son el compendio de lo que entonces se creía y se enseñaba, y ellas solo sirven para marcar una época de la cual parece que nos separan siglos más que años. «El organismo, escribía, es el que crea los virus y las diétesis...; un animal sometido a una mala alimentación y a fatigas excesivas... se altera y ¡crea el virus carbuncoso! El virus de la rabia ¡puede desarrollarse espontáneamente sin agente particular!...; diversas circunstancias atmosféricas, excesos de régimen, una higiene viciosa, etc., ¡producen las diétesis! reumáticas, líticas, escrofulosas, ¡tuberculosas!, herpéticas...» ¿Para qué más? Esa era la etiología de hace medio siglo. ¿Cómo había de extrañarme a mí, cuando pocos años después era yo de los primeros que señalaban en cátedras, academias y ateneos al bacilo virgula como el productor del cólera, que la muchedumbre médica misonista me gritara ¡Anhatemal!, y algunos llegaron a decir que

el microbio no era la causa de la enfermedad, sino el efecto, asignando al cuerpo humano el papel de criadero fecundo de microbios, como las entrañas de un buey criaban los enjambres de abejas que Aristeo pedía, según Ovidio en los *Fastos*?

Ya habéis visto qué mal andábamos de etiología hace medio siglo. No podía satisfacer entonces la posibilidad de los diagnósticos, si tras de la pantalla de los síntomas y de las lesiones se ocultaba siempre lo que tanto nos interesaba saber: la causa. ¿De qué servía en tiempos pasados diagnosticar el cólera azul, la fiebre amarilla o la peste negra, fúnebre bandera tricolor de la muerte exótica, si, cuando aparecía una de estas dolencias, sembrando el espanto y la desolación, los médicos no tenían más remedio que ajustar su impotencia a su ignorancia, porque, como en el libro VI de su *Rerum natura* dice Lucrecio, hablando de la peste de Atenas: *Mussabat tacito Medicina timore*, callaba la Medicina con silencioso temor?

(Concluirá)

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 6 DE MARZO DE 1920 (1)

Un actor cómico, director de un teatro de esta corte se le presenta en la consulta, porque ronco, velaba las notas y no podía cantar. Carecía de antecedentes luéticos y su salud había sido siempre envidiable. Reconocido, se le apreció un pólipo implantado en el tercio anterior de la cuerda vocal derecha. Más que pólipo era una placa abultada, telangiectásica adosada a la cara inferior de dicha cuerda, con borde superior saliente hacia la glotis. No le dió gran importancia y procedió a intervenir; mas el ayudante encargado de la anestesia le llamó la atención de que sobre la cuerda flotaba algo, ocultando el pólipo, y en efecto la mucosa del ventrículo de Morgagni se había prolapsado, apareciendo flácida, arrugada, fácilmente dislocable con el estilete, saliendo del ventrículo, llegaba a cubrir a manera de un tapete sobre una mesa, casi en toda su longitud, y desde luego en todo su ancho a la cuerda afecta. En estas circunstancias resultaba difícil la extirpación del pólipo; tenía que rechazar la mucosa hacia fuera con la pinza para hacer visible el pólipo, que carecía de pedículo e implantado en sitio de difícil acceso. Con todo, lo extirpó; mas la mucosa se resistía en parte a volver a su sitio.

Se suspendieron las maniobras para evitar cansan-

(1) Véase el número de 14 de Agosto de 1920.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPAS MAJOR L., y Estaño coloidal.
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia

cio; y a los dos días vuelve el enfermo en estado verdaderamente lamentable: no podía ni hablar, y con algún esfuerzo producía un extraño sonido, impropio de voz humana; la mucosa estaba edematosa, formando tumoración roja encendida, por estrangulación entre los dos labios del orificio ventricular. Por la premura del caso, embadurnó la parte edematosa para ver si se reducía, incindió en dos puntos para facilitar la reducción, y nada se consiguió. Llamó en consulta al doctor Jiménez Encinas: se procedió a nueva anestesia; presentóse un golpe de tos muy fuerte y un espasmo laríngeo de gran intensidad acompañado de cianosis; se le obligó a que no toses para evitar mayor edema; después de este acceso espasmódico, ambos doctores quedaron sorprendidos al observar que la tumoración se había reducido espontáneamente. La cuerda operada se veía íntegra y sana en cuanto cabe dentro de una reciente intervención y sólo quedaba a la vista una faja insignificante de la mucosa edematizada.

El doctor Tapia expone alguna consideración de tan extraño suceso interpretando los fenómenos, que duda se haya tratado de un prolapso de la mucosa, sino de la inflamación aguda que aumentó el volumen para asomar entre los labios de la cavidad ventricular, o de crecimientos polipoides más o menos pediculados que a veces aparecen en el momento inspiratorio y se ocultan en la espiración forzada.

Termina diciendo que el enfermo, después de tres días de reposo, recobró sus facultades de emitir la voz y reanudar sus trabajos escénicos.

El doctor CASADESÚS llama la atención del comunicante de que no se explica bien cómo se ha producido la eversión del ventrículo; si bien tratándose de un cantante cabe la producción de un prolapso por relajación de la mucosa de dentro del ventrículo que está más acentuada que en cualquier otro individuo normal. Dice que sólo ha visto un prolapso de esta naturaleza en un tuberculoso, que más bien es un espesamiento muy grande de la mucosa que llega a salirse.

Da otra explicación distinta a la del señor Tapia, porque es muy difícil que se desprenda la mucosa del ventrículo de Morgagni en estado normal, porque está adherida al músculo y al ligamento tiro-aritenoides, por lo que sospecha si en el acto de la anestesia hubo un desprendimiento, formándose una especie de laringoceles interno, por enfisema, al frotar las paredes con el algodón, que pudiera ocasionar una erosión y por allí haberse introducido el aire, haciendo desprender la mucosa.

Añade que cuando existe un pólipo en las cuerdas vocales, muchas veces se producen espasmos violentos de la parte superior de la laringe, y en este caso el aire no se concentra debajo de la glotis, sino por encima de ella, pero por debajo de la cuerda vocal falsa,

en cuyo caso se comprendería que el aire irrumpiese con mucha fuerza por el pequeño orificio que se había fraguado por esta pequeña erosión, y de este modo, metiéndose entre la mucosa y la pared del ventrículo, hiciese prolapsar la mucosa.

El doctor SIMONENA dice que en todos los casos de abultamiento de un tejido tan fofo, como en el que tuvo lugar este fenómeno, no debe olvidarse nunca la influencia de ciertas causas generales como la hipertensión arterial que da origen precisamente al edema del pulmón y al de la glotis, por consiguiente sería de desear que en casos análogos se examinara cómo está la tensión arterial de estos enfermos y el funcionalismo renal.

El doctor TAPIA rectifica brevemente y sostiene, contestando al señor Casadesus, que allí no había ni aire ni tumoración de ningún género; que no hubo erosión que permitiera entrada de aire por parte alguna. Contestando al señor Simonena, confiesa que no hizo examen de la presión arterial ni análisis de la orina, y que los fenómenos señalados pueden explicarse con lo expuesto por esos exámenes previos.

Dos casos de tromboflebitis del seno lateral

El doctor TAPIA, ya en el uso de la palabra, expone dos casos clínicos.

Primero. Se trata de una niña de once años que a consecuencia de una rinofaringitis se le produjo un dolor en el oído, con elevación térmica. Al examen presenta abombamiento del tímpano; el dolor había desaparecido al practicarle una punción el médico de cabecera, pero la fiebre continuaba con remisión matutina. Pudo sospecharse de que se trataba de una complicación tromboflobítica del seno lateral y así lo manifestó a varios compañeros en consulta.

Se acordó la operación correspondiente, que se llevó a cabo en abril de 1918. Apareció una mastoide extraordinariamente lesionada; se pusieron al descubierto el seno lateral en una extensión de tres centímetros, observando que sus paredes tenían el color característico de las lesiones flebíticas. Además, una punción confirmó la obstrucción trombótica del seno y no dió sangre. Se hizo la ligadura de la vena yugular; se abrió el seno y se encontró un trombus supurando, que limpio, se presentó una gran hemorragia que fué cohibida. La niña curó.

Otro caso: una niña alemana, de nueve años, que a consecuencia de la gripe tuvo dolor intenso de oídos, fiebre, tumefacción de la mastoide y todos los síntomas de una mastoiditis aguda. En consulta con el Dr. Ruppert, médico de cabecera, se acordó operar y así se hizo. Cuatro días después se presentó fiebre, que se atribuyó a indigestión; se la purgó.

Pasados tres días volvió la fiebre y en su vista se

CARBOLAN

Pelrid's Co., New - York

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.º y 2.º grado, etc

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

sospechó que se trataba de un tromboflebitis; se descubrió el seno lateral y hallábase colapsada su pared; se extirpó un gran trozo de la pared externa del seno lateral, y se legraron sus paredes; se dejó amplio desagüe, y desde entonces la temperatura fué normal. La niña curó.

El doctor Tapia, con este motivo expone algunas consideraciones etiológicas, diagnósticas y terapéuticas y dice que todo enfermo, operado o no de oído, presente crealofríos violentos y la curva característica, debe pensarse en la tromboflebitis y operar inmediatamente, puesto que de la urgencia en la intervención depende el salvarse el paciente.

El DOCTOR CASEDESUS, al intervenir en los casos expuestos, habla de otros de su clientela particular en que no ha tenido necesidad de recurrir a ese extremo hasta después de cerciorarse durante unos días de la verdadera urgencia.

El DOCTOR SIMONENA señala dos puntos interesantes de la historias clínicas del doctor Tapia y del corriente del Sr. Casadesus. Se refiere en primer término, al escalofrío previo a elevación térmica, que supone irrupción séptica o piógena; y en segundo término a la confesión que puede presentarse de tales accesos febriles con el paludismo.

El DOCTOR TAPIA contesta brevemente a las observaciones de dichos señores y sostiene su criterio respecto a la intervención en los casos de tromboflebitis.

DR. CESALDO.

Sección oficial

MINISTERIO DEL TRABAJO

REAL ORDEN

Ilustrísimo Sr.: Vista la propuesta elevada por el señor gobernador civil de Oviedo para la designación de un médico, vocal técnico de la Junta provincial de Reformas Sociales:

Resultando que, remitida a informe de la Real Academia Nacional de Medicina, ha manifestado ésta, con fecha 26 de junio, que por haberse limitado aquella autoridad a citar nombres de médicos, haciendo caso omiso de los particulares relativos a méritos y servicios respectivos, y falta tal Corporación de elementos de juicio, acordó dirigirse al citado gobernador a fin de que, llenado tal requisito, pudiera aquélla proponer a la Superioridad el médico que juzgara más idóneo para el desempeño del referido cargo;

Resultando que en la misma comunicación mani-

fiesta dicha Real Academia que las normas seguidas por los gobernadores, presidentes natos de las referidas Juntas provinciales, en casos análogos son varias y contradictorias, ya que unas veces directamente se dirigen a este ministerio, haciéndolo otras a la citada Corporación e indicando nombres, en la mayoría de los casos sin relación alguna a méritos y servicios prestados; todo lo cual se traduce en falta de los más indispensables elementos de juicio para el debido acierto en la elección, haciéndose necesaria por lo mismo una disposición que regule esta materia;

Considerando que la ley del Trabajo de mujeres y niños de 13 de marzo de 1900 atribuye, en su artículo 7.º, a la Real Academia de Medicina la facultad de hacer la designación del médico, vocal técnico de las Juntas provinciales de Reformas Sociales, entre los individuos propuestos en la terna;

Vistas las disposiciones legales aplicables al caso, y de acuerdo con lo propuesto por la Real Academia Nacional de Medicina y el informe del Instituto de Reformas Sociales,

Su majestad el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que los citados nombramientos se sujeten en lo sucesivo a las siguientes reglas:

1.ª Cuando tenga que proveerse el cargo honorífico y gratuito de vocal técnico médico de una Junta provincial de Reformas Sociales, el gobernador civil anunciará la vacante en el *Boletín Oficial* de la provincia, para que los que aspiren al cargo, residentes en la localidad, presenten su instancia, acompañada de la relación de méritos y servicios, en el plazo de diez días naturales, a contar desde la fecha en que aparezca el anuncio en el *Boletín*.

2.ª Terminado el plazo de la convocatoria, el gobernador civil remitirá el expediente, dentro de tercer día, al ministerio del Trabajo, para que pase a informe de la Real Academia Nacional de Medicina y proponga ésta a la superioridad el vocal técnico en que, a su juicio, debe recaer el nombramiento.

Lo que de Real orden participo a V. I. a los efectos oportunos. — Dios guarde a V. I. muchos años. — Madrid 29 de julio de 1920. — CAÑAL

Señor subsecretario de este ministerio.

(Gaceta del 30 de julio).

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

ADMINISTRACIÓN. — Sección 5.ª Beneficencia. Vista la instancia de V. E., fecha 31 de julio último manifestando que el estado floreciente del Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos, aconseja adquirir el edificio que hoy tiene alquilado, y aunque cree que tal adquisición está dentro de las

LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI que elimina el azúcar a 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 muestras. Laboratorio Pesqui. Prim, 25. * San Sebastián.

facultades del Patronato, solicita que para proceder con mayor seguridad, no sólo actualmente sino para lo porvenir en análogas operaciones, se declare por este Ministerio que el Colegio es una persona jurídica para todos los efectos legales, con la capacidad que reconoce el artículo 38 del Código civil para adquirir, vender y gravar bienes inmuebles mediante su representación legal que corresponde a la Presidencia del Patronato.

Resultando: que por Real decreto de 15 de mayo de 1917, fué creado el Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos, cuyos fines marcados en el artículo 1.º de dicha Soberana disposición es el sustento y educación de niños y niñas en quienes concurren aquellas circunstancias, estando confiado por el artículo 3.º su gobierno y administración a un Patronato presidido por V. E. y del que forman parte las demás personalidades que en el mismo artículo se consignan.

Resultando: que en cumplimiento del referido Real decreto, el Patronato procedió a la formación del Reglamento orgánico del Colegio, el cual fué aprobado por este Ministerio por Real orden de 26 de febrero de 1919, publicado en la *Gaceta* de 1.º de marzo siguiente.

Resultando: que en el artículo 6.º del referido Real decreto, se establece la obligación y facultad de adquirir tan pronto como lo permitan los fondos un local propio destinado a los fines de la Institución, y cuando la marcha próspera de aquélla lo permita instalar otros Colegios sucursales en provincias; y que el artículo 8.º consigna también entre los deberes y atribuciones del Patronato el fomento de los medios y recursos para el sostenimiento, mejora y ampliación del Establecimiento.

Considerando: que creada la Institución por el Estado en virtud del Real decreto referido y aprobado en Reglamento orgánico por Real orden de 26 de febrero de 1919, es evidente que en cuanto se refiere al cumplimiento de sus fines benéficos, morales y educativos, es una persona jurídica en la plenitud de derechos y obligaciones que a éstos reconocen las leyes como comprendida en el artículo 35 del Código civil.

Considerando: que, como consecuencia de ello, tiene igualmente plena capacidad civil para administrar y disponer de sus fondos y recursos propios y de los que adquiera por donación o cualquier otro título, así como para celebrar todo género de contratos, obligándose la Junta de Patronato al cumplimiento de los pactos y estipulaciones que convenga, y para dirigir cuanto sea preciso su efectividad y cumplimiento por los medios legales procedentes, todo ello como consecuencia de dicha plenitud de capacidad civil para todo acto de dominio o administración con arreglo al artículo 38 del propio Código, sin más limitaciones que las que puedan derivarse del Real decreto de su creación y de los preceptos de su Reglamento,

Su Majestad el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer:

1.º Resolver que el Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos constituye para el cumplimiento de sus fines una persona jurídica con los derechos y obligaciones que para los de su clase fijan las leyes del país.

2.º Que como consecuencia de tal declaración se reconoce al Patronato de la Institución plena capacidad civil para los actos de dominio y administración, contraer obligaciones y hacer efectivos derechos en armonía con el artículo 38 del Código civil, y sin más limitaciones que las que puedan derivarse del Real decreto de su creación y de los preceptos de su Reglamento.

De Real orden lo comunico a V. E. para su conocimiento y demás efectos.

Dios guarde a V. E. muchos años.—Madrid, 4 de agosto de 1920.—*Francisco Bergamín*.

Señor Presidente del Patronato del Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos.

—o—

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Debiendo emprenderse el saneamiento de todas las comarcas palúdicas de España mediante la aplicación de cuantos medios profilácticos conoce hoy la ciencia,

Su Majestad el Rey (q. D. g.) se ha servido designar una comisión especial encargada de ello y compuesta del doctor D. Gustavo Pittaluga, como presidente; un médico del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, designado por V. I.; el inspector provincial de Sanidad de la provincia respectiva, y un ingeniero especializado en obras de desecación de terrenos palúdicos, nombrado por el ministerio de Fomento; cuya comisión deberá comenzar inmediatamente sus trabajos por la provincia de Cáceres y seguir por el orden que se vayan designando.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Dios guarde a V. I. muchos años.—Madrid, 23 de agosto de 1920.—P. O., *Ruano*.

Señor Director general de Sanidad.

(*Gaceta* del 24 de Agosto,)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,8; id. mínima, 701,0; temperatura máxima, 30º,1; id. mínima, 13º,5; vientos dominantes, SO. E. S.

Continúa siendo escaso el número de las afecciones agudas del aparato respiratorio; preponderan, aunque no en proporción considerable, las del aparato gastrointestinal y dan las mayores cifras en la mortalidad las complicaciones de los aparatos circulatorio y renal en los sujetos artríticos y alcohólicos.

En la infancia siguen observándose las enteritis por desórdenes de régimen y por destete mal dirigido.

PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo a la vez que
higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander

Crónicas

Colegio de huérfanos.—Luchando con la escasez de espacio, venimos hace tiempo sin publicar las noticias, cada día más favorables, relativas a esta Santa y próspera Institución. Nos proponemos en lo sucesivo dar cabida en hoja extraordinaria y «redactada por los mismos niños» a las noticias que interesen a las familias y a los médicos. Por hoy nos limitamos a adelantar que la adquisición del local en que el colegio estaba instalado, es ya un hecho, aunque parezca inverosímil; el estado de prosperidad del mismo es cada día mayor; que los alumnos que ingresarán en la segunda enseñanza en 1.º de octubre pasan de diez y las alumnas serán seis u ocho, y por último, *que es absolutamente necesario para el buen orden de los estudios y la marcha normal de la Institución, que las familias secunden los desvelos del Patronato enviando los niños que se encuentran en vacaciones, antes del 1.º de septiembre.* El Patronato ha acordado que los que en esta fecha no reingresen, se considere que han renunciado a sus plazas, para dar lugar a muchos otros que las solicitan, con mayor necesidad por lo visto. Es de advertir, que el Reglamento solo concede quince días de vacaciones, que se han prorrogado hasta dos meses.

Oposiciones a médicos de Sanidad exterior.—Para estas oposiciones recientemente convocadas se recomienda la obra antigua del doctor Palvin, médico del Cuerpo por oposición. Única completa de la que se han agotado dos ediciones. Adoptada al último programa por medio de un Apéndice revisado y corregido personalmente por el autor. Razón editorial: Campos, Princesa, 14.—Madrid.

Dos enmascarados atacan y roban a un médico.—Al entrar el doctor Emilio Hartung, de Nueva York, en una casa adonde se le había llamado para prestar auxilio a un enfermo, dos individuos enmascarados le golpearon brutalmente y le arrebataron todo el dinero y alhajas que llevaba. Después se dieron a la fuga.

El doctor se haya muy grave.

Se calcula en 4.000 dólares el valor de lo que se llevaron los ladrones.

El hecho es lamentable; pero el visitar enfermos llevando 4.000 duros encima, no deja de ser provocador para los criminales.

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, dispepsias neuromotrices, colitis mucomembranosa, graves afecciones de la piel o cuero cabelludo, cicatrices eformes y enfermedades crónicas; imposible mejorarlas, con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58.

Al presente número acompaña una circular informativa, cuya lectura recomendamos, sobre el producto farmacéutico **Adalina**, excelente sedante o Hipnótico inofensivo de la casa Federico Boyer, Ausias March, 16 y 18 (Chafan Bruch).—**BARCELONA.**

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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización, conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus gástricas*. A. J. y S. ESCOFET. Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros 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

NIÑOS.—FIEBRES PALÚDICAS, GÁSTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTICION, GRIPALES, después del brote en las ERUPTIVAS, estados febriles de las MEUMANIAS, BRONQUITIS y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT-Laura 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.