

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GÓMEZ OCAÑA Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
		S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
		A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTIGA 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: ¿Vacuna contra la apoplejía?, por J. Ferrán. — La diatermia como medio de tratamiento de los procesos ulcerativos de aparato digestivo, por el Dr. Santiago Carro. — Estudio sobre dinámica cardíaca, por el Dr. Mtsael Bañuelos García. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián. — [Dejad que los niños se acerquen á mí], por el Dr. Albiñana. — Societades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio. — Sociedad Oftalmológica de Madrid. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios. — Correspondencia.

¿Vacuna contra la apoplejía?

POR

J. FERRÁN

El descubrimiento de esta vacuna sería de momento considerado como una osadía irrealizable ó como una insensatez, desprovista en absoluto de todo contacto con la realidad. ¿Qué se yo de cuántas maneras sería saludado tal descubrimiento? La ignorancia, servida siempre por las más pequeñas y ruines pasiones, tiene un léxico muy rico para ridiculizar y calificar de imposible aquello que es incapaz de comprender.

Tómese el lector la molestia de leer este trabajo, releerlo, y después de meditarlo, se convencerá quizá de que no resulta tan inverosímil como á primera vista parece, la posibilidad de que tal vacuna haya sido ya descubierta.

La apoplejía, en el sentido que Rouxoux da á esta palabra, es una enfermedad de etiología obscura, la cual hace que su profilaxis y su terapéutica carezcan de base científica.

Sólo se sabe de ella lo que hemos aprendido en las necropsias de los apopléticos, en el estudio histológico de las paredes vasculares enfermas y en las manifestaciones sindrómicas que ofrece cuando se ha efectuado el derrame sanguíneo en el tejido encefálico. De la cau-

sa que altera las paredes vasculares y de la que luego da lugar á que se rompan y se extravase la sangre, casi nada sabemos. Sólo podemos aducir sobre esto hipótesis y conjeturas más ó menos racionales ó verosímiles.

En las autopsias raras veces se consigue descubrir el vaso roto. El dato más constante consiste en la presencia en todos los casos de aneurismas miliares, debidos á arteritis crónicas que conducen á la degeneración grasienta de las paredes vasculares.

La hipertrofia cardíaca ha sido considerada como causa poderosa de roturas vasculares; por la excesiva presión que imprime á la ola sanguínea, coincide con harta frecuencia con las indicadas alteraciones vasculares y reconoce probablemente la misma causa que ellas. Ahora bien; decir que estas roturas se producen á consecuencia de degeneraciones esclero-ateromatosas, que coexisten éstas con hipertrofias cardíacas, con ciertas nefritis, hepatitis y encefalitis, y que en todos los casos se observa la existencia de aneurismas miliares, es decir poca cosa. Esto no es señalar la causa microbiana probable de todas estas operaciones; no es poner de relieve la verdadera etiología de los procesos infectivos que las determinan, y de los cuales son indudablemente una secuela más ó menos frecuente, pero no obligada. Determinar esto es precisamente lo que más interesa.

Resolver esta cuestión en el Laboratorio, no resultará tarea fácil mientras no dispongamos de animales sensibles á un agente que sea capaz de producir á plazo

fijo alteraciones vasculares iguales á las que en el hombre predisponen á la apoplejía.

Ignoramos si en alguna obra de Veterinaria se con-
signa que haya especies animales cuyos individuos es-
tán dotados de dicha sensibilidad. Las indagaciones
bibliográficas que para averiguarlo hemos llevado á
cabo no nos autorizan para negar esto ni para afirmar-
lo. Quizás por el hecho de que á la mayor parte de los
animales útiles se les conceda por razones de economía
una vida muy corta, sea la causa de que no hayamos
podido observar en ellos la apoplejía. Pero, aun supo-
niendo que puedan padecerla, de poco nos serviría si no
dispusiésemos de un agente capaz de determinar con
seguridad, no sólo las indicadas alteraciones vasculares,
si que también en el momento que quisiéramos, aque-
llas condiciones de mecánica circulatoria capaces de
provocar la rotura de los capilares enfermos; pues de
lo contrario, nos veríamos obligados á esperar su es-
pontánea rotura, cosa que por lo eventual resultaría por
demás enojosa.

Todo esto significa que la solución experimental del
problema de la profilaxis vaccinal de la apoplejía ofre-
ce muy serias dificultades, si hemos de amoldarnos al
rigorismo de la *pauta clásica* seguida con éxito para re-
solver otros problemas análogos, pero no iguales.

Estas dificultades suben de punto, si consideramos
que dichas alteraciones vasculares van siempre acom-
pañadas en el hombre de procesos infectivos crónicos,
unas veces más ó menos indeterminados y ocultos, y
otras manifestamente ostensibles. Además, es precisa-
mente necesario que sean crónicos, para que tales alte-
raciones se originen. Mejor dicho; ellas de por sí, cons-
tituyen la prueba fehaciente de tal cronicidad, puesto
que no es en los procesos infectivos agudos de igual es-
pecie donde se las observa con más frecuencia.

Dado, pues, lo difícil que bajo muchos conceptos re-
sulta poder resolver mediante la experimentación en
animales, el problema de la profilaxis de la apoplejía ó
mejor dicho, el de la profilaxis de las alteraciones vas-
culares que á ella conducen, se impone estudiar de qué
manera podemos resolverlo en el hombre mismo.

Meditando sobre esto presumimos haber llegado á
poder formular una hipótesis extraordinariamente ve-
rosímil, cuya sanción es preciso que la basemos en ob-
servaciones bien hechas en el hombre mismo.

Expongamos primero los razonamientos que á ella
nos han conducido.

*Desde luego la profilaxis de la apoplejía no puede ser
otra que la de los procesos infectivos que dan origen á las
alteraciones vasculares expuestas á roturas ó á perforacio-
nes: y esto es precisamente lo que hay que averiguar. ¿Cuán-
tes son, pues, estos procesos infectivos, y cómo podemos in-
munizarnos contra ellos?*

Aun cuando sea muy grande el número de enfer-
medades catalogadas, no lo es tanto el de los agentes
que las producen; éste resulta, por el contrario, relati-
vamente muy reducido, debido á que un agente micro-
biano de un género determinado, puede producir dife-
rentes cuadros sindrómicos de los que figuran en los
tratados de patología con nombres diferentes por el des-

conocimiento en que estamos de su verdadera causa.

Estudiando á fondo la microbiología de las infec-
ciones, vemos que los agentes de las mismas pueden
agruparse según su afinidad ó parentesco y ser objeto
de un estudio sintético altamente provechoso. Parale-
lamente á esta síntesis microbiana, cabe efectuar la sín-
tesis de las enfermedades que las bacterias de un mis-
mo género ocasionan, de modo que aparezca con el
debido relieve aquello que ellas tengan de común.

Esta doble síntesis, demuestra que es muy pequeño
el número de géneros microbianos que determinan los
innumerables cuadros sindrómicos consignados en los
tratados de patología humana y veterinaria. En nues-
tro país quizá no lleguen á veinte aquellos que por estar
desprovistos de parentesco próximo, son capaces de pro-
ducir tipos morbosos completamente distintos, tales,
por ejemplo, como la sífilis, la lepra, la viruela, la dif-
teria, el cáncer, el tétanos, los procesos infectivos pro-
ducidos por coccus, las infecciones carbunclosas y las
septicemias hemorrágicas producidas por bacterias no
ácido-resistentes, más ó menos transmutables en ácido-
resistentes, entre los cuales figuran los agentes de la
tuberculosis natural. Como se vé, nos referimos so-
lamente á los grandes procesos morbosos bien deslin-
dados y á sus agentes, esto es, á aquellos que por su
frecuencia y gravedad y por su especial manera de
obrar, cada uno de por sí se basta para hacer oscilar la
curva de las defunciones.

La explicación de por qué un género microbiano
puede producir enfermedades múltiples, resulta clara.

La facilidad con que se diversifican los indicados
géneros en numerosas especies, razas y variedades, cla-
ro está que conduce á la producción de un número ex-
traordinariamente grande de cuadros sindrómicos, que,
aunque sean iguales en lo fundamental, difieren, sin
embargo, unos de otros en detalles de pura forma. La
prueba de que esto es así la tenemos en el hecho de
que un solo remedio basta, en tales casos, para tratar-
los eficazmente á todos.

Agréguese á esta variabilidad de los agentes bacte-
rianos los cambios no menos numerosos que ellos de-
terminan en los medios vivos en que se adaptan, crean-
do inmunidades de raza que repercuten, como es natu-
ral, en los cuadros sindrómicos, modificando cualitati-
va y cuantitativamente sus caracteres, según sean di-
chas inmunidades. Que no exageramos en esto, lo de-
mostraremos citando un solo ejemplo.

Conforme vamos conociendo mejor la etiología de
las enfermedades, crece el número de las que, estudia-
das á la luz de los modernos adelantos, exigen que las
traslademos á otro sitio muy distinto del que indebida-
mente ocupan en nuestras clasificaciones nosográficas.
El ejemplo de las tuberculosis resulta elocuentísimo
sobre este particular. Un número considerable de pro-
cesos infectivos, cuyo parentesco con ella nunca pudie-
mos sospechar, va llenando poco á poco en nuestras
clasificaciones la casilla correspondiente á dicha enfer-
medad. Podemos asegurar que muchas infecciones in-
gresarán en el grupo de la tuberculosis á medida que la
nueva etiología de esta enfermedad tome arraigo en la

opinión médica. Las infecciones pretuberculosas y la diversidad de sus síndromes, lo mismo que las numerosas variantes que ofrece la tuberculosis confirmada, causarán asombro por lo extraordinariamente numerosas.

Partiendo de este orden de consideraciones y sin desviar la mente del tema objeto de este trabajo, no ha de resultar difícil poder excluir ó eliminar del referido grupo de géneros microbianos, aquéllos que no suscitan la menor sospecha de que puedan ser los causantes de las referidas alteraciones vasculares que preceden á la apoplejía.

Lejos de nosotros la idea de negar que en circunstancias excepcionales cada uno ellos pueda dar origen á derrames sanguíneos en el cerebro. No desconocemos que el agente de la sífilis, por ejemplo, altera las paredes vasculares, y que también el alcoholismo puede dar lugar á la muerte por apoplejía. Pero aun en todos estos casos, no hay que olvidar la posible coexistencia de dos causas: la que con más frecuencia ocasiona las hemorragias cerebrales, y la que sólo las ocasiona raras veces.

Hecha esta salvedad, no cabe duda de que, teniendo á la vista aquel grupo de agentes patógenos, nuestra atención resulta más que atraída, vigorosamente subyugada por el género de bacterias, entre cuyas especies, razas ó variedades, figuran las que elaboran toxinas dotadas de marcada electividad por los tejidos ricamente vascularizados y aun por las paredes vasculares, produciendo degeneraciones escleroateromatosas, endarteritis y periarteritis. Estas especies bacterianas son sin disputa las que ocasionan las llamadas septicemias hemorrágicas y las endarteritis, degeneraciones grasientas y escleroateromatosas, enfermedades entre las cuales figuran la tuberculosis y las infecciones tíficas.

Cuenta, evidentemente, este género de bacterias con especies, razas ó variedades que imprimen carácter hemorrágico á las enfermedades que ocasionan. Además, producen alteraciones vasculares, semejantes, cuando no idénticas, á las que constituyen los aneurismas miliares, que nunca faltan en los apopléticos. Las epistaxis, las hemoptisis, las gastrorragias, las enterorragias, nefrorragias, cistorragias y metrorragias, son otros tantos fenómenos morbosos, que cuando dependen de dichos agentes infectivos robustecen ó acrecientan el valor de nuestra hipótesis, induciéndonos á considerarlos como causantes de las lesiones vasculares que con más frecuencia predisponen á la apoplejía.

La patogenia de esta enfermedad y la de las epistaxis, ofrecen desde este punto de vista instructivas semejanzas; por esto consideramos de sumo interés consignar algunos detalles concernientes á esta última enfermedad, detalles que demuestran que ambas son producidas por una misma causa.

La epistaxis es enfermedad rara durante la primera infancia. Las bacterias que la determinan producen á esta edad, cuando son virulentas, procesos infectivos viscerales de marcha rápida. Sólo cuando no matan y consiguen adaptarse ocasionan síndromes crónicos, con frecuencia poco ostensibles, que alternan con larguísimo períodos de completa pausa. Este estado larvado

despierta á veces á partir de los siete años, con epistaxis cuya frecuencia aumenta y alcanza su apogeo en la pubertad: luego disminuyen y el flujo sanguíneo es menos abundante, desapareciendo por completo á una edad avanzada.

Ocorre á veces que entre los veinte y los treinta años cesan bruscamente las epistaxis que antes habían sido abundantes, coincidiendo esto con la aparición de diferentes síntomas que aunque recaigan en otro órgano, reconocen evidentemente la misma causa que la epistaxis. Estos son síntomas hemoptoicos, acompañados de todo el cuadro sindrómico de la tuberculosis pulmonar.

Hipócrates, Hoffman y Frank, insistieron mucho sobre esta particularidad; y Trousseau jamás dejó de llamar la atención de sus alumnos sobre la coincidencia de la epistaxis y la tuberculosis. Según Martineau, de quien tomamos estos datos, los más antiguos observadores consignaron además, que los individuos que tuvieron epistaxis en su infancia, padecían más tarde de reumatismo con más frecuencia que los otros. Hipócrates, según Chomel, participaba de esta misma opinión. Nosotros nos limitamos á consignar aquí, que hoy se estudia el reumatismo tuberculoso entre las múltiples formas que reviste la tuberculosis.

En virtud de esto cabe pensar en la posibilidad de que fuesen casos de reumatismo tuberculoso los observados por Hipócrates, Trousseau, Chomel y otros clínicos.

No cabe, por consiguiente, dudar de que epistaxis, hemoptisis y tuberculosis — y quizás también algunas formas de reumatismo — son enfermedades producidas por el mismo agente microbiano ó por microbios congéneres; y admitido esto, claro está que no resulta violento admitir que las alteraciones de las paredes vasculares que predisponen á las hemorragias cerebrales, ó lo que es lo mismo, á la apoplejía, sean debidas á la misma causa.

Los casos relatados por Sorre y por otros, son elocuentísimos desde este punto de vista. Este observador refiere el siguiente ejemplo muy notable: Dos mujeres de edad, ofrecieron epistaxis durante varios días; asustado por la intensidad de tales flujos, practicó el taponamiento de las fosas nasales. Bajo su influencia cesó el derrame de sangre por la nariz, pero algunos días después fueron atacadas de apoplejía, á la cual sucumbieron. Cazalis tuvo ocasión de observar varios hechos parecidos, J. Frank y Watson han referido varios otros. Todos ellos permiten establecer estrechas é indiscutibles conexiones en la etiología de ambas enfermedades.

Resulta, pues, de todo esto, que las alteraciones vasculares que conducen á la apoplejía, á las epistaxis y á las hemoptisis, reconocen las más de las veces la misma causa. Siéndonos conocida la que determina las hemoptisis, no pecaremos de irreverentes con la lógica si afirmamos que ella misma ocasiona también los otros dos procesos hemorrágicos. Negar esto después de lo que llevamos expuesto, equivaldría á negar que dos cosas iguales á una tercera, son iguales entre sí.

(Se continuará.)

La diatermia, como medio de tratamiento de los procesos ulcerativos de aparato digestivo

COMUNICACIÓN PRESENTADA AL I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

POR EL

DR. SANTIAGO CARRO

Profesor de vías digestivas del Instituto Rubio, Académico correspondiente de la Real de Medicina.

La diatermia ó termopenetración constituye un método de tratamiento del que todavía no hemos sabido aprovechar y explotar sus interesantes y múltiples aplicaciones, como ocurre con otros de los muchos recursos que pródigamente nos facilitan los agentes físicos llamados a sustituir, con gran ventaja, á parte de las complicadas y dudosas terapéuticas de que hoy hacemos pródigo uso.

Este hecho resulta tanto más extraño cuanto que hoy la fisioterapia, merced á los grandes adelantos industriales, resulta de aplicación fácil y cómoda. Sin especiales conocimientos, con una técnica sencilla asimilable en poco tiempo, el médico puede manejar estos agentes terapéuticos en condiciones de igualdad y dosis tan perfectas como las aplicables á la terapéutica farmacológica, pudiendo comprobar y aquilatar sus efectos muchas veces durante la aplicación misma, y teniendo casi siempre la seguridad de no causar reacciones inconvenientes ó perjudiciales para el enfermo.

Con la diatermia ha ocurrido el mismo fenómeno. A pesar de que hace ya bastante tiempo que la industria facilita un instrumento muy manejable y propicio á toda experimentación, las aplicaciones de la termopenetración van apareciendo lentamente. Obsérvase, sin embargo, una tendencia á la generalización, y prueba de ello es ya el tratamiento de gran número de procesos inflamatorios de diversos órganos, que empieza á entrar en la práctica con todos los honores de la consagración (procesos ováricos y anexiales, artritis de diverso origen, blenorragia, orquitis y orquiepididimitis, etc.).

En España son varios los que han dedicado especial atención al estudio de la diatermia, y entre ellos nos parece justo consignar los nombres de Decref, Navarro Cánovas, Recasens, Población, Piñerúa y Calatayud. La mayor parte de los trabajos están dedicados al estudio de los procesos inflamatorios anexiales, excepto los de Navarro Cánovas, que versan sobre el tratamiento de la blenorragia y de varias de sus complicaciones (orquitis, orquiepididimitis).

Creo haber sido el primero que aplicó la diatermia al tratamiento de varios procesos de aparato digestivo, pues no conozco literatura extranjera que de ello se ocupe y desde luego no la hay española. Hice mis primeros ensayos en Octubre del año 1917, continuándolos durante algunos meses. De los primeros resultados obtenidos, di cuenta en Marzo del pasado año, con motivo de una conferencia que hube de dar en el Instituto Rubio sobre el «Tratamiento fisioterápico de la úlcera de estómago», si bien lo hice con la concisión á que me

obligaba la amplitud del tema, reservando exposición más completa y documentada para este trabajo.

La diatermia ó termopenetración es una variedad de la alta frecuencia ó d'Arsonvalización. Se distingue de ella en que la corriente aplicable es de poca tensión y de una intensidad relativamente grande (3 á 4 amperios), mientras que en la d'Arsonvalización la tensión es muy alta y la intensidad mucho más pequeña, alcanzando á lo sumo algunos cientos de miliamperios.

La corriente diatérmica, aplicada á los tejidos vivos, se transforma, por la resistencia de éstos, en calor. El límite de resistencia se acerca á unos 50° como máximo, puesto que á los 52° se determina la destrucción de las globulinas.

Podemos, por tanto, con la diatermia, llevar el calor á los mismos órganos afectos, en nuestro caso á los del aparato digestivo, en la cantidad que apetecemos, supliendo así la aplicación empírica de que hoy nos valemos, sólo superficial y exenta de toda medida (cataplasmas, huataplasmas, termóforo, etc.). Con la diatermia, podemos producir temperaturas de 40° y 45° C. en el seno mismo del estómago, alcanzado por la corriente termopenetrante que circula entre los dos electrodos.

A priori se puede deducir, con tan sucinta explicación, que el método diatérmico debe acentuar las ventajas que hoy obtenemos, gracias al calor, en el tratamiento de muchas gastropatías, y muy particularmente en el de los procesos ulcerativos é inflamatorios de los órganos del aparato digestivo. Esta convicción fué la que nos determinó á hacer los ensayos, seleccionando convenientemente los enfermos (con el consejo y autorización del jefe de la consulta y eminente maestro Dr. Yagüe) y procediendo á un prudente tanteo que nos asegurase la inocuidad del tratamiento emprendido.

La técnica seguida fué la misma de que se hace uso en todas las aplicaciones parciales de la diatermia, consistente en comprender el órgano á tratar entre los dos electrodos que se unen al cable transmisor de la corriente. Los electrodos consisten en láminas de estaño, plomo ó aluminio, de unos 3 milímetros de espesor y de una superficie en relación con la aplicación á realizar. Nosotros nos hemos valido, para nuestros ensayos, de láminas de plomo de unos 3 milímetros de espesor y de unos 15 por 15 centímetros, recubiertas de gasa empapada en agua salada caliente y colocadas, una, en la región gástrica, y la otra, en la región dorsolumbar, á la misma altura, sujetándolas y adaptándolas perfectamente mediante una venda de goma de 10 centímetros de altura por 5 á 8 metros de longitud.

El aparato de diatermia de que hicimos uso fué el de la casa Sanitas, de Berlín, que nos fué cedido desinteresadamente por los Sres. Knappe, que tienen su representación en España.

Hemos procedido en la siguiente forma. Después de hacer exploración general del enfermo y recoger escrupulosamente su historia clínica, cerciorándonos de que

no había contraindicación para el tratamiento (la diatermia está contraindicada siempre que los efectos hiperémicos y congestivos que determina puedan resultar nocivos), procedimos á una sesión de prueba, aplicando una intensidad pequeña (1 á 1,5 amperios) durante cinco á diez minutos y, si la toleraba bien, sosteniéndola durante veinte á treinta minutos. Si no provoca dolor ni sofocación grande, taquicardia, calor intenso, ó cualesquier otro síntoma penoso para el enfermo, al segundo día podemos dar una sesión de la misma duración y de 2 á 2,5 amperios de intensidad. Si también ésta es bien tolerada, en las sesiones sucesivas, que pueden ser una ó dos diarias, damos 2,5 á 3 amperios, en sesión de media á una hora de duración, continuando las sesiones por el tiempo necesario para obtener efectos beneficiosos.

Generalmente, cuando la diatermia está indicada, el enfermo siente muy pronto el alivio, á las dos ó tres sesiones, y se acentúa de día en día, siendo muy notables los efectos al cabo de una docena. En algunos de nuestros casos, el dolor se atenuó desde la primera sesión, permitiendo al enfermo, por la acción sedante ejercida, un sueño tranquilo y profundo. Hasta tal punto se notan pronto los resultados beneficiosos, que nosotros prejuzgamos de la inutilidad del tratamiento cuando no los comprobamos al cabo de las cinco ó seis primeras sesiones.

La diatermia puede tener aplicación en gran número de gastro y enteropatías, como, por ejemplo, en la simple gastralgia (acción sedante del calor), en la úlcera gástrica y duodenal, en las colitis ulcerativas, en la enterocolitis, en la tiflitis, en la perigastritis, y, en una palabra, en todos los procesos neurálgicos, ulcerativos (tal vez con excepción de los tuberculosos) é inflamatorios del aparato digestivo.

Para intensificar los ensayos, nosotros nos hemos limitado á tratar ulcerosos. En estos enfermos, el reposo y el calor son nuestros principales agentes terapéuticos, asociándolos, claro está, á un buen régimen dietético.

Estamos convencidos, y cada día nos afirmamos más en ello, de que la úlcera gástrica es un proceso que se debe tratar médicamente, y que, bien tratada, casi nunca debe originar complicaciones que hagan precisa la intervención del cirujano. Lo que ocurre es que la mayoría de los ulcerosos no reclaman á tiempo nuestro auxilio; otros, no siguen más que á medias el consejo médico, eludiendo el rigor del tratamiento dietético, y los más se medicinan solos, valiéndose de específicos que persiguen sólo una acción analgésica y prolongan, al amparo de una calma traidora, una enfermedad que hubiera podido atajarse en sus comienzos. La desaparición del dolor, debida á una acción farmacológica tan enérgica como intempestiva, permite al enfermo hacer en todo su vida ordinaria, y así es como se incuban las úlceras crónicas y como se engendran las peores complicaciones, que muchas veces son intratables ya para el gastropatólogo.

Con el perfeccionamiento de la terapéutica médica, deben librarse de la intervención (gastroenterostomía ó

resección) bastantes de los ulcerosos que hoy nos vemos obligados á dirigir á los cirujanos. Con esa esperanza hemos recurrido á la diatermia, puesto que si en algunos casos de úlcera acelera la curación y en otros la determina, contaremos con un nuevo y valioso medio que nos ayude en la terapéutica de afección tan generalizada como lo es la úlcera gástrica ó duodenal y sus múltiples complicaciones.

¿Qué condición habrían de reunir nuestros enfermos? Para poder comprobar mejor los resultados de la diatermia, debíamos seleccionar de la consulta aquellos casos de úlcera crónica, rebelde al tratamiento médico, en los que ya estuviese indicada la intervención. Después, para comprobar y comparar efectos, tomar algunos otros ulcerosos con procesos de mediana intensidad, en los que el tratamiento médico fuese coadyuvante de la terapéutica física.

Así hemos podido seguir unos ocho casos, algunos de ellos con perfecta comprobación de datos de laboratorio, gracias á la eficaz colaboración de los Dres. Rodríguez Illera y Escudé, del Laboratorio del Instituto Rubio, que realizaron cuantos análisis de sangre, orina y heces fueron necesarios. Los análisis del recogido gástrico fueron hechos en la sección de aparato digestivo de aquel Instituto.

Expondremos, pues, varios casos clínicos demostrativos, para deducir luego los comentarios y formular las conclusiones que su estudio nos sugiera.

A. L. T., treinta años, comerciante, domiciliado en Palma Alta, 5.

Consulta en primeros de Octubre de 1917.

Herencia: el padre murió á los cuarenta y cinco años, de pulmonía; la madre vive y está sana.

Tuvo siete hermanos, de los que murieron cuatro, uno de ellos á consecuencia de una afección hepática. De los que viven, uno padece bastante del estómago.

Se casó hace cuatro años y tiene un hijo, que está sano. Su mujer no tuvo ningún aborto.

Temperancia: bebe medio litro de vino en cada comida. La alimentación era muy fuerte. Fuma bastante.

Enfermedades anteriores: sífilis hace siete años, que trató por mercuriales, sólo durante tres meses. La reacción de Wassermann, hecha por indicación nuestra (en Noviembre) en el Laboratorio del Instituto, fué positiva intensa.

Enfermedad actual: hace unos cinco años que empezó á tener dolor á las dos horas ó más tarde de las comidas. Desde entonces, siempre tuvo dolor más ó menos fuerte, haciendo uso constante de los alcalinos. El dolor fué siempre fijo en epigastrio, sin irradiación á atrás ni á los costados. Hasta hace poco tiempo era tolerable.

Nunca tuvo vómitos espontáneos, pero para aliviar-se, los provocó varias veces; devolvía comida de lo ingerido y líquidos de sabor «á vinagre» y se quedaba muy aliviado.

(Se continuará.)

ESTUDIOS SOBRE DINAMICA CARDIACA (1)

Influencia del pituglandol sobre el desarrollo de tensión por el corazón contrayéndose en contracción isométrica y sobre el influjo que el pneumogástrico tiene en el desarrollo de tensión por el corazón latiendo éste en las mismas condiciones.

Por D. MISAEL BAÑUELOS GARCÍA

Profesor auxiliar de Fisiología é Higiene, Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid.

(Del Instituto de Fisiología de Berna.)

En el núm. 3 la corriente con que se excita el vago y que ha ido disminuyendo progresivamente de intensidad, causa sin pituglandol un pequeño efecto inotrope negativo en la altura de la curva del sistole y un efecto cronotrope negativo en la repartición del tiempo entre sistole y diástole, pues cada revolución cardíaca dura igual tiempo que antes de la excitación.

Con pituglandol suceden de manera en un todo semejante y casi igual.

La duración de cada ciclo cardíaco es igual siempre en las dos ocasiones y la distribución de este tiempo entre sistole y diástole también, no existiendo, por lo tanto, acción cronotropa alguna determinada por el pituglandol.

La excitación del vago determina los fenómenos siguientes: En el núm. 1 sin pituglandol produce la inhibición completa de los latidos cardíacos, mientras que en el mismo número con pituglandol produce una acción inotropa negativa, en que la altura del sistole es mayor que antes de la excitación, pero menor la altura mínima del diástole sobre la abscisa.

En el núm. 2 sin pituglandol produce la excitación del vago un efecto inotrope negativo muy grande, tanto sobre la altura de la curva del sistole como en la altura mínima del diástole sobre la abscisa. El efecto cronotrope negativo es también enorme, pues el número de latidos desciende de 30 á 10 por minuto. Todo el tiempo ganado se emplea en favorecer la duración del diástole más algo que pierde la duración del sistole.

Con pituglandol los hechos son mucho más atenuados. El efecto inotrope negativo es claro, pero pe-

Segunda parte del experimento del día 30 de Noviembre de 1916.

SIN PITUGLANDOL

Número.....	Repleción.....	Excitación.....	Altura de la curva del sistole.		Altura mínima de diástole sobre la abscisa.		Duración de cada revolución cardíaca.		Duración del sistole.		Duración del diástole.		Número de contracciones por minut.		Observaciones.
			Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	
1	0	3.000	26	0	10	»	10 quintos.	»	6	»	4	»	30	0	
2	0	2.000	26	18	14	7	10	30	6	4	4	26	30	10	
3	0	1.000	24	24,5	12,5	12,5	10	10	6	5	4	5	30	30	

CON PITUGLANDOL

Número.....	Repleción.....	Excitación.....	Altura de la curva del sistole.		Altura mínima de diástole sobre la abscisa.		Duración de cada revolución cardíaca.		Duración del sistole.		Duración del diástole.		Número de contracciones por minut.		Observaciones.
			Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	Antes de la excitación.	Durante la excitación.	
1	0	3.000	28,5	31,5	10	7	10	30	6	5	4	25	30	10	
2	0	2.000	30	25	10	8	10	15	6	4	4	11	30	20	
3	0	1.000	20	20	12	12	10	10	6	6	4	4	30	30	

SEGUNDA PARTE

Comparando las curvas sin pituglandol y con pituglandol se ve que en el núm. 1 la altura de la curva del sistole es mayor con pituglandol y la altura mínima del diástole sobre la abscisa es exactamente igual en una y otra.

En el núm. 2 es también mayor la altura de la curva del sistole con pituglandol; pero la altura mínima del diástole sobre la abscisa es mayor sin pituglandol, y precisamente en la misma cantidad que le excede la otra, lo cual las hace quedar iguales; pero como siempre indica la altura mínima del diástole sobre la abscisa el tono del músculo cardíaco, resulta en esta ocasión que es más pequeño con pituglandol.

En el núm. 3 es menor la altura de la curva del sistole con pituglandol, y la altura mínima del diástole sobre la abscisa es aproximadamente igual en ambos casos.

queño, y el cronotrope disminuye el número de latidos por minuto de 30 á 20; comportándose la repartición del tiempo como en el caso anterior.

En el núm. 3 sin pituglandol no produce la excitación del vago ningún efecto inotrope; y solamente un pequeño cronotrope negativo en la repartición del tiempo entre sistole y diástole.

Con pituglandol no causa la excitación del vago efecto cronotrope é inotrope de ninguna clase.

Nótese que la magnitud de la corriente excitante y de la excitación, por lo tanto, ha ido decreciendo desde el núm. 1 al núm. 3.

Discusión de los experimentos.

Haremos en esta sección el estudio crítico de los experimentos expuestos anteriormente y dividiremos las cuestiones á estudiar en dos: una el influjo del pituglandol sobre el desarrollo de tensión por el corazón cuando éste late en contracción isométrica, y otra el influjo que en estas condiciones tiene la excitación del

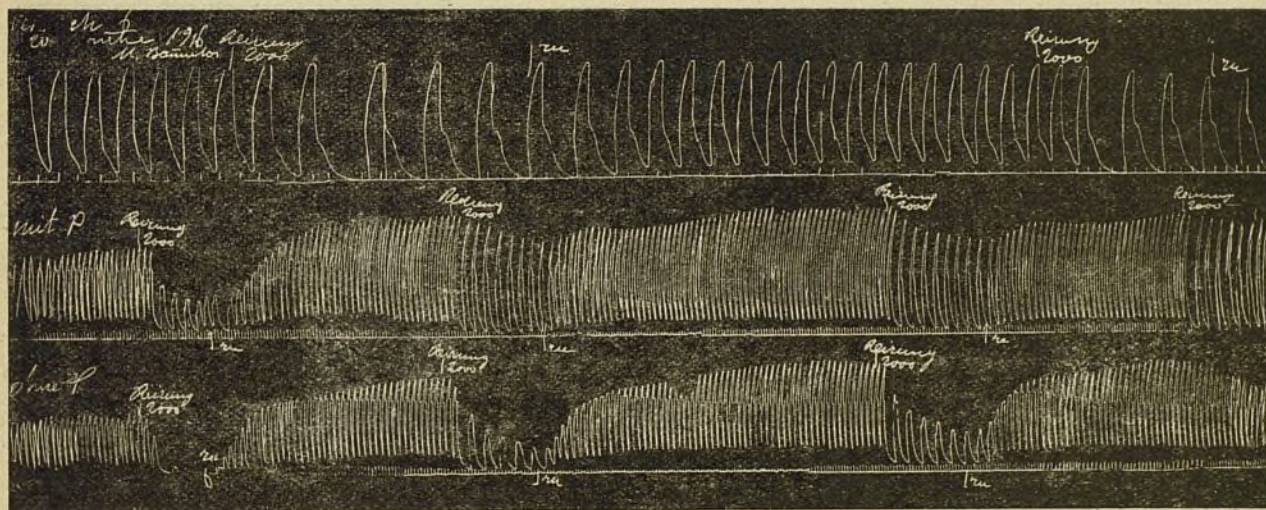
(1) Véase el número anterior.

vago sobre el mismo desarrollo de tensión por el corazón.

Examinemos la primera: En los experimentos por nosotros realizados se ha comportado el corazón del modo siguiente: En unos experimentos dándonos curvas cuya altura durante el sístole eran mayores con pi-

glandol, en esta ocasión progresivamente, el efecto inotrope positivo resulta extraordinariamente pequeño.

En la primera parte del experimento núm. 1 (del 10 de Noviembre) sucede todo lo contrario. Aquí las curvas sistólicas con pituglandol son más pequeñas que sin pituglandol, y precisamente las superan en una canti-

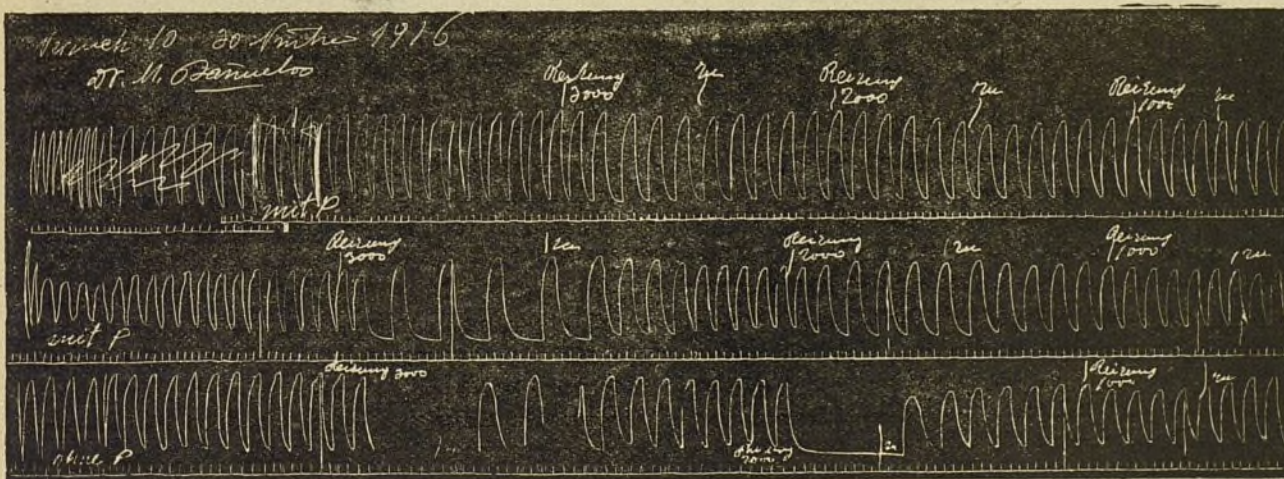


La curva inferior que dice «Ohne» fué obtenida sin pituglandol y las dos superiores con pituglandol. La palabra «Reizung» de la gráfica indica el comienzo de la excitación del nervio pneumogástrico.

tuglandol y otras en que era menor con el mismo pituglandol. En unas aparece el pituglandol causando una pequeña acción inotropa positiva y en otra una acción inotropa negativa también pequeña. Y esto es la característica de nuestros experimentos, que lo mismo cuando la acción inotropa es positiva, que cuando

dad casi igual á la que inversamente eran superadas en el caso anterior citado; y para mayor semejanza resulta que aquí la altura mínima del diástole sobre la abscisa es mayor con pituglandol.

Y si esto sucede en los experimentos más distanciados, se comprenderá que en todos los restantes,



La curva inferior se obtuvo sin pituglandol y las dos superiores con él.

es negativa, siempre es pequeña, y muchas veces insignificante.

En el experimento del día 30 de Noviembre, número 3, es donde aparece ser más clara su acción inotropa positiva; pero si se tiene en cuenta que en los números 2 y 3 de este experimento la altura mínima del diástole sobre la abscisa es más pequeña con pituglandol que sin él, y que esta altura disminuye con pitu-

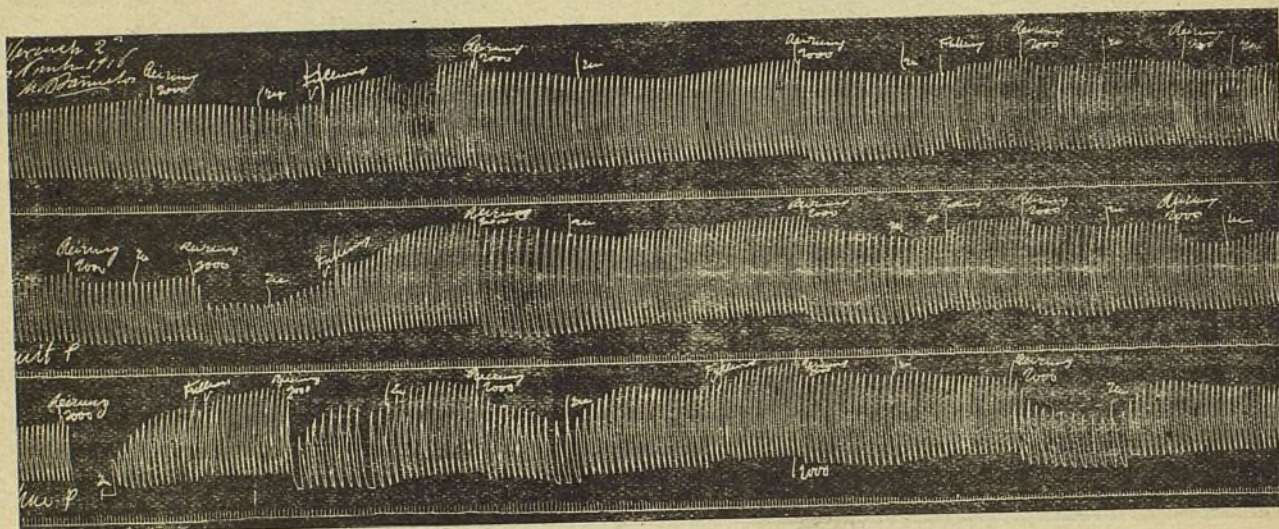
como se vé pasando los ojos por las tablas, la influencia del pituglandol sobre la energía de la contracción cardíaca y sobre su relajación durante el diástole es insignificante; llegando á encontrar en un mismo experimento, que unas veces las curvas son un poco mayores con pituglandol y otras sin él. Por ejemplo, compárense los números del experimento núm. 7, segunda parte. En los dos primeros son mayores con pituglan-

dol y en el núm. 3 sin él. Y toda esta parte segunda está en oposición con la primera.

Mas la verdad es que, siendo las cosas como van expuestas, al contar, encontramos que son más numerosos los casos en que el pituglandol ha producido un efecto inotrope positivo, que aquellos en que ha

En todos los otros experimentos no apareció efecto cronotropo alguno, ni positivo ni negativo.

Si el pituglandol se comporta tan débilmente, respecto á las actividades inotropa y cronotropa del músculo cardíaco, no sucede lo mismo en cuanto se refiere á modificar los efectos que la excitación del vago de-



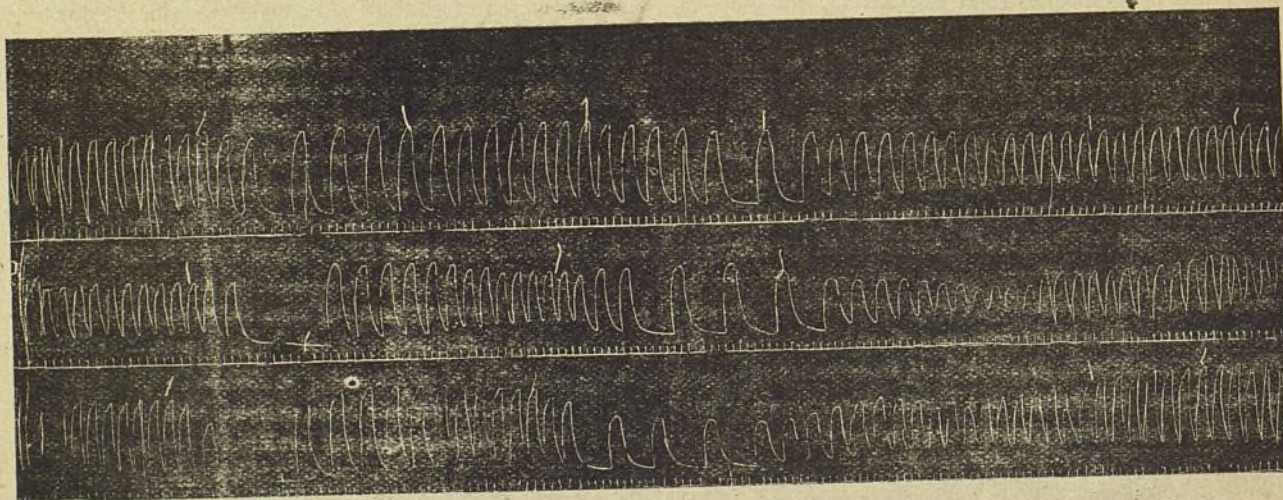
La curva inferior fué obtenida sin pituglandol y las dos superiores con pituglandol.

permanecido indiferente, ó se ha comportado como substancia inotropa negativa. En cuatro experimentos aparece como substancia inotropa positiva y en tres como indiferente ó negativa. Y las dos tablas, segundas partes de experimentos, resultan en oposición con las primeras partes.

terminan sobre el desarrollo de tensión por el corazón.

Aquí siempre aparece clara, enérgica y limpia la acción del pituglandol, oponiéndose á las acciones que el vago ejerce sobre el músculo cardíaco.

Bajo la acción del pituglandol, la excitación del vago produce siempre menores efectos que sin pituglandol;



La curva inferior fué obtenida sin pituglandol y las dos superiores con él. Los periodos de excitación del pneumogástrico están señalados entre comas (,,).

En cuanto á un efecto cronotropo determinado por el pituglandol, tenemos que pronunciarnos según nuestros experimentos en sentido negativo. De siete experimentos que aquí mencionamos y de otros muchos más que por no alargar desmesuradamente este trabajo no detallamos, sólo en uno (experimento núm. 6, primera parte del experimento del día 30 de Noviembre de 1916) se presenta una acción cronotropa determinada y que es positiva.

y esta disminución de los efectos, que el vago ejerce sobre el corazón, se manifiesta tanto en sentido inotropo como en sentido cronotropo.

Cuando el líquido que circula por el corazón contiene pituglandol, la excitación del vago no alcanza nunca á producir aquellos efectos, que produciría si este líquido nutritivo no contuviere pituglandol.

Pero cuando consideramos la acción cronotropa vemos que la relación entre duración de sístole y diástole

no son modificadas por la excitación del vago, tenga ó no tenga pituglandol el líquido que nutre el corazón.

Hay, pues, que considerar á esta substancia como antagonista á la acción que el vago ejerce sobre el corazón y nada más.

No es posible decir que obre como la atropina, que paraliza las terminaciones del vago y acelera el ritmo cardíaco, ó de modo contrario á la muscarina, que excita las mismas terminaciones. No. El pituglandol, por sí, aparece como un ligero tónico de la fibra muscular cardíaca; pero no excita ni inhibe terminaciones de fibras nerviosas, lo mismo inhibitorias que aceleradoras. Su acción se limita á que una excitación del vago no alcance á producir los efectos, que normalmente produce; y si que los determine más atenuados.

Haremos una vez más notar, por ser de la más grande importancia, que en nuestros experimentos el pituglandol no ha podido tocar ni llegar á los nervios cardíacos, y solamente sí á sus terminaciones, como se comprende perfectamente examinando la disposición técnica con que hemos experimentado. Por ello, nuestros resultados son aquellos que determina el pituglandol actuando sobre el músculo cardíaco y las terminaciones nerviosas intramusculares y también los ganglios intracardíacos.

Esto explicará las divergencias con los experimentos realizados por otros autores, que han trabajado inyectando á un animal pituglandol ó pituitrina. En estos casos se determinan modificaciones del tono vascular y visceral y repercusiones en otros órganos, que luego tienen que reflejarse sobre el ritmo cardíaco y sobre la energía de las contracciones cardíacas.

Llamemos, por fin, la atención sobre qué autores como Housay, que han inyectado la pituitrina, para que circule por todo el aparato circulatorio, han obtenido en lo que se refiere á los efectos del vago sobre el corazón resultados idénticos á los nuestros.

Conclusiones.

Resumiendo nuestros experimentos diremos:

1.º El pituglandol tiene sobre el desarrollo de tensión por el corazón de la rana latiendo éste en contracción isométrica un influjo inotrope positivo muy pequeño y no constante.

2.º No produce efecto cronotrope alguno.

3.º Si en las condiciones que se dicen en la conclusión primera se excita el vago, se observa que el pituglandol se opone á que la excitación del vago determine sobre el corazón los efectos que normalmente produce.

4.º Estos efectos se manifiestan tanto en sentido inotrope como en el cronotrope.

5.º La repleción del ventrículo produce efectos exactamente iguales á los descubiertos y estudiados por el autor en otros trabajos.

Bibliografía.

SCHAEFER: Die Funktionen des Gehirnhanges (Hypophysis cerebri). *Berner Universitätschriften*. H. 3, 1911 (4210).

SCHAEFER: Functions of the pituitary body. *Proc. Roy. Soc.* 81. B. p. 442-550. Octu. 1909.

OLIVER AND SCHAEFER: On the physiological effects of extracts of pituitary body and certain other glandular organs. *Journ. of Physiol.* 18 p. 277. 1895.

HOWEL: The physiolog effects of extracts of pituitary body. *Journ. of exper. Med.* 3. p. 215-245. 1898.

VINCENT: The pituitary body. *Brit. Med. J.* Febr. 5. 1910 (1.792).

VON CYON: Zur Physiol. der Hypophyse. *Pflügers Arch.* 98 1903.

LIVON: Contribution á la physiologie de l'hypophyse. *Journ. d. Physiol. et Pathologie.* 11. p. 16. 1909.

SILVESTRINI: Sull'azione dell'estratto acquoso dell'lobo posteriore dell'ipofisi sulla pressione sanguinea é sul cuore. *Revista critica di clin. med.* núm. 28. 1905.

GARNIER ET THAON: De l'hypophyse sur la pression artérielle et le rythme cardiaque. *Journ. of Physiol. et Pathol. gener.* 9. 1906.

SALVIOLI É CARRARO: *Archio. italien. d. Biolg.* 49. 1908.

PAL: Ueber die Gefässwirkung des Hypophysenextraktes. *Wiener med. Wochenschr.* 1909.

LOCKHARDT MUMMERY AND LEGGE: Duration of the effects of pituitary extract on arteries pressure. *Jour. of Physiol.* 37. 1908.

HALLION ET CARRION: Sur l'essai experimental de l'extract opotherapeutique d'hypophyse. *Soc. d. Therap.* 13 mars 1907. *Bullet. gén. de therap.* p. 457. 1907.

BIEDI: Hypophysisextirpation. *Wiener Klinische Wochenschr.* 195. 1.897.

HEDBOM: Ueber die Einwirkung Verschiedener Stoffe auf das isolierte Säugetierherz. *Skandinavisches. Arch. f. Physiol.* 60. 8. 147-169. 1898.

ALLERS: Zur Kenntnis der wirksamen Substanz in der Hypophyse. *Münch. Med. Wochenschr.* 5. 2.641. 1909.

CLEGHOEN: The action of animal extracts on the mammalian heart muscle. *Journ. of Physiol.* 2 p. 273. 1899.

HEERING: Action of pituitary extracts on the prog's circulatory system. *Journ. of Physiol.* 31. p. 429.

HAMBURGER: The action of extracts of the anterior lobe of the pituitary gland upon the blood pressure. *Americ. Journ. of Physiol.* 26. p. 178. 1911.

FALTA UND ICOVIC: Adrenalin als Antidot. *Berliner Klinische Wochenschr.* S. 1.929. 1909.

LEWIS, MILLER AND MATTHEWS: The effects on blood pressure of intravenous injections of extracts of the various anatomical components of the hypophysis. *Arch. of inter. med.* 7. p. 785. 1911.

EINIS: Ueber die Wirkung des Pituitrins und Beta imidazoläthylamins auf die Herzaktion. *Biochemische. Zeitschr.* B. 52. 596. 1913.

WERSCHININ: Ueber die Herzwirkung des Pituitrins. *Pflügers Arch.* B. 155. S. 1. 1913.

HECHT UND NADEL: Experimentelle. Untersuchungen über die Wirkung von Hypophysen extrakten mit Hilfe der Elektrokardiographie. *Wiener. Klin. Wochenschr.* B. 26. S. 1.927. 1914.

GÓMEZ OCAÑA: Fisiología humana. T. 2. p. 349-353. 5.ª edición.

HOUSAY: D. A. Contribución al estudio de la acción de los extractos hipofisarios. Buenos Aires. 1911.

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sobre una forma interesante de dispepsia secundaria** — El Dr. L. Razitti ha presentado en la Academia de Medicina de Caracas un estudio muy interesante sobre las dispepsias, y muy especialmente sobre la dispepsia apendicular, estableciendo las siguientes conclusiones:

1.^a La mayoría de las dispepsias gastrointestinales son complicación de la apendicitis crónica.

2.^a Todo enfermo que padece trastornos digestivos no explicables por enfermedad definida del estómago ó de los intestinos debe ser minuciosamente interrogado sobre su pasado patológico en solicitud de algún antecedente, de algo que haya tenido antes en la fosa ilíaca derecha.

3.^a Con ó sin antecedentes de apendicitis aguda apagada, á todo dispéptico, en general, debe hacerse un minucioso examen de todo el abdomen, teniendo en cuenta que la presencia de un dolor ó la presión digital en uno de los puntos de Mac Burney ó de Lanz, es signo suficiente para por lo menos sospechar la existencia de la apendicitis crónica, que un examen muy detenido confirmará ó desechará.

4.^a Desechada la apendicitis debe tenerse en cuenta que la dispepsia puede tener su causa en el aparato biliar, ó en el útero anexial, ó en otro órgano ó aparato abdominal ó pélvico, y es necesario averiguarlo.

5.^a Si aceptamos que, en general, la apendicitis es una enfermedad crónica interrumpida por episodios agudos y éstos deben evitarse á todo trance, el diagnóstico de apendicitis crónica impone la apendicectomía como único remedio racional y científico. (*Gaceta Médica de Caracas*, 15 de Mayo de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Cáncer del esófago, por el profesor Chauffard.** — A propósito de un caso observado por el autor que presentaba disfagia no dolorosa y trastornos de fonación, éste se hace las preguntas siguientes: ¿Cuáles son la naturaleza y la causa de esta disfagia, las del trastorno de la fonación y qué relaciones existen entre ambos síntomas?

En cuanto á la disfagia, el enfermo como todos los de su clase se da cuenta exacta de la marcha del alimento por el esófago y puede decir con certeza cuándo ha pasado al estómago y cuándo no. Normalmente, auscultando á un sujeto entre las escápulas á nivel de la cuarta vértebra dorsal en el momento de la deglución se oye un ruido hidroaéreo. En el caso en cuestión existe el ruido hidroaéreo, pero en vez de bajar, permanece estacionario y se prolonga como si líquidos y aire sufriesen un amasamiento en la bolsa esofágica.

Por la palpación se aprecia en el lado izquierdo del esófago por encima de la clavícula un ganglio duro del tamaño de una cereza; es el ganglio de Troisier que se presenta tanto en el cáncer gástrico como en el esofágico. Hoy debe desecharse el empleo de la sonda de punta olivar con objeto de explorar el calibre del esófago; en su lugar se usará siempre que se pueda la radioscopia, haciendo ingerir al enfermo bien un sello con uno ó dos gramos de subnitrito de bismuto, bien una papilla hecha con esta misma sal. En el enfermo presente la estrechez estaba á nivel del angostamiento normal broncoartrítico. El examen esofagoscópico pone de manifiesto una placa vegetante ulceropapilomatosa que ocupa solo una parte de la periferia; este es el caso corriente.

Los trastornos de la fonación dependían de una parálisis de la cuerda vocal izquierda en posición cadavérica por compresión del recurrente, nervio que aparentemente procede del neumogástrico, pero que en realidad sus fibras proceden del espinal como ha demostrado Cl. Bernard. La parálisis recurrenial puede depender de cuatro causas principales: de la compresión por la aurícula izquierda dilatada en los casos de estrechez mitral, por un ganglio infartado, por un aneurisma de la aorta ó por un cáncer del esófago. El pronóstico del enfermo variará según que la lesión se complique ó no. En cuanto á tratamiento, el único digno de tenerse en cuenta es la gastrostomía. (*Journal des Praticiens*, 21 de Junio de 1919.)

3. **Endocarditis aguda en el embarazo.** — En el *Canadá Med. Assoc.* (1918), Cameron refiere la historia de una primípara de treinta y un años, sin antecedentes patológicos. Tuvo síntomas de una influenza ligera. Al día siguiente sufrió un violento escalofrío con temperatura elevada y 120 pulsaciones. El examen ofreció un estado normal del corazón y de los pulmones. Había abundante piorrea. La orina en repetidos exámenes dió siempre datos negativos. Los intestinos estaban en constante astringencia. La enferma se hallaba embarazada en la sexta semana.

Desde entonces la enferma sufrió repetidos escalofríos con el evación de la temperatura y descenso hasta la normal. El examen de la sangre ofreció un número de glóbulos blancos, oscilante entre 18 y 21 000. Al cuarto día de permanencia en el hospital se presentó un murmullo en el vértice, y al día siguiente se oyeron murmullos en los orificios aórtico y pulmonar. Abortó y murió tres días después. Este caso de endocarditis primaria aguda puede ser debido á una de tres causas: ó á la influenza, ó á la astringencia intestinal, ó á la piorrea. — P. M.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de la pulmonía.** — C. Nahum Haskel en el *Medical Record* (1 de Marzo de 1919) termina así su artículo:

1. Atáquese la pulmonía con la idea de que puede ser tratada con éxito.

2. Hágase un diagnóstico pronto, dando al enfermo el beneficio que se deduce de instituir un pronto tratamiento.

3. Digitalícese el enfermo desde el principio por el método de Eggleston.

4. Cuando el número de leucocitos es alto y se ha determinado la existencia de la neumonía lobar, dese el suero polivalente, según la enseñanza de Camac y de otros. No se espere.

5. Cuando la cifra de leucocitos es inferior á 7.500, y la evidencia clínica es en favor de la admisión de un diagnóstico de neumonía postgripal, dese suero de convaleciente, si es posible. Dense las vacunas mixtas y la quinina. Combátase contra la enfermedad hasta las últimas trincheras. — P. M.

2. **Tratamiento del cáncer.** — Nordentoft, en el *Ugeskrift for Laeger*, de Copenhague (23 de Enero de 1919), considera como un progreso el resultado de las investigaciones recientes de Kaminer y de otros que demuestran que el desarrollo de las tumoraciones malignas puede ser influido por el suero y por el tratamiento con extractos de órganos, así como que la dieta tiene una acción sobre el crecimiento del cáncer. El extracto de timo, en particular, parece destruir la celular cancerosa *in vitro*, aunque esté diluido, en 22 veces, ó destruye el 55 por 100, y el 32 por 100, cuando está diluido, 23 y 24 veces. Esto sugiere la posibilidad de destruir el cáncer en el cuerpo vivo por la inyección de extracto de timo, lo

que también puede ser útil para aclarar la etiología. Añade que los mejores resultados se han obtenido con extracto de timo fresco, no calentado. Su propia experiencia, que es todavía demasiado reciente para una conclusión final, es que el enfermo soporta inyecciones diarias de 10 c. c., sin signos de intolerancia y sin reacción general, ni local, ni anafilaxia. Dinamarca no tiene ninguna institución especial para investigaciones sobre el cáncer y anima á los demás para que insistan en esos estudios, explorando la fisiología del timo en las diferentes edades y el comportamiento del timo en los enfermos con cáncer, así como el efecto del timo en los cánceres iniciales. El timo de los perros ha demostrado mayor poder destructor de las células cancerosas que el de los conejos. Debe graduarse el extracto de timo y averiguar, si es posible, cuál es la substancia activa. Será interesante saber cuántas inyecciones de extracto de timo son necesarias para impedir la inoculabilidad del cáncer en los ratones y ratas, y si la inoculación previa del timo impedirá el desarrollo del nematodo de Fibiger del cáncer de nematodos en las ratas y el cáncer japonés de los conejos, y, finalmente, si será eficaz para evitar la reproducción del cáncer en las personas curadas por la operación ó por la radioterapia. — P. M.

3. Magnesio y cáncer.—Shigemitsu Itani, de Nueva York, en el *Journ. American Med. Association*, 29 de Marzo de 1919, dice que, desde el momento que los carcinomas del ratón son absolutamente comparables á los del hombre, que se presentan en animales que han pasado la mitad de la vida, invaden las estructuras inmediatas, se metastasizan por la corriente sanguínea y por las vías linfáticas y, por último, destruyen la vida; los experimentos hechos sobre estos animales con las sales de magnesio dejan grandes dudas sobre el valor del magnesio en el tratamiento del cáncer humano. De hecho, puede aventurarse la afirmación que este elemento resultará inútil, y para que este concepto se extienda lo antes posible y con el sacrificio de vidas animales se ahorre el sacrificio de vidas humanas, se han hecho estos experimentos y se publican estas líneas. — P. M.

4. Inyección intravenosa de yoduro potásico.—En *The Lancet*, de Londres (1.º Marzo, 1919), dice Devats que vió seguir una gran mejoría después de poner tres inyecciones intravenosas de yoduro potásico un gramo 80 centigramos en 120 gramos de disolución salina fisiológica. Los dolores fulgurantes de las piernas desaparecieron. — P. M.

5. Procedimiento sencillo para inyectar en la pleura cantidades conocidas de aire ó de oxígeno filtrados, por el Dr. A. Chailamel. Para llevarle á cabo basta tener además del aspirador de Potain lo siguiente:

1. Un tubito de cristal de unos seis centímetros de longitud, provisto en uno de sus extremos de un tubo de caucho y en su interior de un poco de algodón hidrófilo ligeramente comprimido. Todo esto dentro de un tubo de ensayo tapado con algodón y esterilizado previamente constituye el «tubo filtrador».

2. Un insuflador de Richardson.

3. Si es oxígeno lo que se va á inyectar, un balón que contenga este gas y un tubo de goma de grueso calibre de unos ocho centímetros de longitud.

Se practica la punción y se extrae cierta cantidad de líquido según el procedimiento corriente, pues estas inyecciones se suelen aplicar en hidrotórax y en pleuresías con derrame recidivante. La cantidad de gas que se inyecta es generalmente algo menor que la de líquido extraído. Entonces se cierran todas las llaves del aspirador, se adapta en el extremo libre del tubo filtrador el insuflador de Richardson y el tubito de caucho de aquél se pone en comunicación con el pabellón de la cánula del trocar en sustitución del man-

dril que se quita. Hay que procurar atentamente que la cánula no se desvíe durante toda esta maniobra. Una vez en estas condiciones, si el balón depósito del insuflador está vacío como debe estar, se le llena á medias merced á unos cuantos golpes de pera que deben contarse. Se abre entonces la llave de la cánula y se continúa insuflando, teniendo en cuenta que dado el tamaño corriente de las peras, á cada golpe de éstas penetran 30 c. c. en la pleura. Antes de acabar se exprime bien el balón depósito del insuflador, para que la cantidad de aire que se quería inyectar sea exacta. Para inyectar oxígeno, el dispositivo es exactamente igual, sólo que el extremo posterior de la pera insufladora, en vez de aspirar aire se pone en comunicación con el balón de oxígeno. Este empalme debe hacerse antes que el del insuflador á la cánula, porque conviene mediante unos golpes de pera expulsar el aire que el insuflador pudiera contener. (*Le Concours Medical*, 29 de Junio de 1919.)

6. Preparación de la pasta de Beck.—En un trabajo, magistral como todos los suyos, publicado en el *Surgery Gynecology and Obstetrics*, de Chicago (Abril de 1919) con motivo del tratamiento de los enfermos que han sufrido empiema, Beck describe con detalle la preparación de su famosa pasta, hoy empleada con éxito sorprendente por todos los maestros de la Cirugía, para el tratamiento de fístulas y recesos quirúrgicos.

He aquí esa manera de preparar su pasta, según se viene haciendo, durante doce años, en el Hospital del Norte de Chicago.

Se necesita:

1. Subnitrato de bismuto C. P.
2. Vaselina amarilla (de la mejor clase).
3. Cera blanca.
4. Una cápsula grande de porcelana.
5. Una cuchara.
6. Un jarro grande esmaltado, para conservar la pasta.
7. Varios tarros pequeños esmaltados para liquidar la pasta en el momento de emplearla.
8. Cubiertas adhesivas para evitar que llegue hasta la pasta el polvo y las impurezas.
9. Un bañomaria para calentar la pasta.
10. Guantes de goma esterilizados, compresas, etc., para una técnica aséptica.

La pasta de bismuto es una pasta al 10 por 100 de una parte de bismuto y nueve partes de vaselina con una pequeña cantidad de cera blanca (dos onzas por cada diez libras de pasta). La cápsula, los botes y la cuchara, todo lo que puede tocar á la pasta, se ha de esterilizar previamente. La vaselina se esteriliza durante veinte minutos en su bote propio, en el autoclavo. El subnitrato de bismuto ya viene esterilizado desde la fábrica y no es preciso volver á esterilizarlo. La cápsula, los tarros, todo lo que pueda tocar á los componentes de la pasta, debe estar absolutamente seco, porque si no, se forman irregularidades en la estructura de la pasta.

Se vierte el subnitrato de bismuto en la cápsula donde se ha de mezclar con la vaselina y todos los grumos se machacan y se hacen desaparecer por medio de la cuchara. Se vierte encima una cantidad suficiente de la vaselina, que todavía está fundida por haberse esterilizado, y poco á poco se va revolviendo con el subnitrato hasta formar una pasta. Se va moviendo la mezcla durante una hora, hasta que se forma una masa homogénea, blanda, amarillenta. Este es el momento más interesante de la operación, pues si no se lleva á cabo con cuidado, no resultará una pasta homogénea.

Pesadas las nueve partes de vaselina fundida, á la cual se ha añadido una pequeña cantidad de cera blanca calenta-

da hasta la licuefacción (dos onzas por cada diez libras), se añaden á la pasta espesa con que se empezó el trabajo, agitando constantemente. El resultado final, es una pasta amarilla clara, blanda, homogénea, que al enfriarse se coagula sin la formación de precipitado de bismuto.

En el momento de usarse, se cogen del bote grande y se llevan á los botes pequeños, cantidades reducidas de la pasta (ocho ó diez onzas). En estos botes se funde la pasta y desde ellos, se usa. Estos botes deben sólo ocuparse hasta la mitad y debe evitarse que en ellos caiga agua.

Las jeringuillas con que se usa son de cristal y metal, de una capacidad de media á dos onzas. Tienen diferentes puntas, según los usos. Deben estar esterilizadas y bien secas.—P. M.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Accidentes y fracasos observados en el curso de 400 raquianestesis, por H. P. Achard.—El autor reseña los resultados de su experiencia hecha de más de 400 casos.

123 raquianestesis con estovaina.

290 idem con novocaína.

La técnica seguida ha sido uniforme: Punción con aguja de Tuffier en el sitio de elección, inyección lenta (después de haber dejado escapar unas gotas de líquido cefarraloquídeo, de 6 centigramos de estovaina y de 7 á 8 de novocaína en solución al 10 por 100. Nunca se ha buscado otra cosa que una anestesia subumbilical.

Ninguna muerte ni accidente duradero. Pero sí accidentes transitorios que por el momento de su presentación pueden llamarse: *primitivos* (durante la primera hora después de la inyección); *secundarios* (durante los tres días siguientes á la inyección); *tardíos*.

Accidentes primitivos—Se observan náuseas, vómitos, y á veces un estado sincopal.

Las náuseas dependen en primer lugar de las condiciones del enfermo; estado gástrico anterior, sensibilidad al medicamento, emotividad exagerada. Influye también sin duda alguna la precocidad en el cambio de posición. La morfina inyectada previamente no mejora esta situación, sino que la agrava.

El accidente es mucho más frecuente con la estovaina que con la novocaína. En conjunto se ha producido en el 10 por 100 de los casos, siempre en el primer cuarto de hora y durando á lo más diez minutos.

El estado sincopal también se produce con mucha precocidad: palidez, sudores fríos, pequeñez de pulso. Cede rápidamente á los estimulantes generales (flagelaciones, café). La emotividad del enfermo y los movimientos intempestivos son sin duda los responsables. La morfina-estricnina previene la crisis, que se produce mucho más frecuentemente con estovaina (una vez en 10 raquianestesis) que con novocaína (una vez en 23 raquianestesis).

También se observan, aunque con rareza, cefalea, agitación (en los débiles predispuestos).

La incontinencia de orina y heces es muy molesta en las operaciones de periné. Se producen en la mitad de las anestesis con estovaina y muy raramente con la novocaína.

Accidentes secundarios.—La cefalea es sin duda el más frecuente de todos; aparece el día mismo de la intervención, alcanza su maximum durante la noche y dura cuarenta y ocho horas por término medio.

Se observa preferentemente en los sujetos nerviosos ó que se agitaron desmesuradamente el día de la intervención. La novocaína da un 10 por 100 de cefaleas, en tanto que la es-

tovaina proporciona un porcentaje mucho mayor (50 por 100). Las marcas industriales distintas tienen toxicidad diferente desde este punto de vista.

El estado *saburral de las vías digestivas* es frecuentísimo (50 por 100 de los casos) y dura hasta la administración de un purgante (cuarenta y ocho horas). La persistencia del estado nauseoso es absolutamente rara.

El quebrantamiento y la sensación de dolor lumbar también frecuente y puede durar tres ó cuatro días.

La retención de orina, que otros autores señalan como frecuente, es, por el contrario, absolutamente excepcional. Sólo se ha producido en seis casos; en cinco cedió espontáneamente á las veinticuatro horas. Una vez persistió cinco días y cedió al primer disco de azul de metileno. Los *accidentes tardíos* no se han producido jamás en la práctica del autor.

Fracasos.—Son menos frecuentes cuanto más hábito se tiene de la raquianestesia, y cuanto más escrupulosamente se practica la técnica. Pueden describirse ajustándose al siguiente plan.

Fracasos absolutos.—Son frecuentes al principio y dependen principalmente de no haber depositado el líquido anestésico en la cavidad subaracnoidea, porque la aguja no esté correctamente introducida en ella. El autor tiene tres casos en su estadística.

A la misma causa puede atribuirse la anestesia insuficiente por su intensidad. Sin embargo, en siete de los casos de la experiencia del autor en que este fracaso se produjo, parece más bien atribuible á la excitación producida por los excitantes manejados *larga manu* para combatir un estado sincopal anterior.

La anestesia de duración corta se debe también á la introducción insuficiente del líquido anestésico en el líquido cefalorraquídeo. Normalmente el enfermo no sufre antes de una hora.

La anestesia de extensión insuficiente se debe siempre á la defectuosa posición que se da al paciente una vez hecha la punción que hace que el anestésico se distribuya irregularmente, según su peso. (Barker.)

La raquianestesia es, pues, un método seguro y práctico, sin accidentes. Los fracasos se deben siempre á defectos de técnica, y los accidentes son formas leves de reacción meníngea (la cefalea, sobre todo). (*Progrés Medical*, 21 de Junio de 1919, núm. 25.)

2. Líquido sinovial artificial.

Boroglicérido.....	1 onza.
Glicerina.....	3 —
Disolución salina normal.....	4 —

Después de romper las adherencias se inyecta este líquido en las articulaciones, donde actúa de dos modos. Como higroscópico de consistencia semejante al fluido sinovial es un buen lubricante que permanece en la articulación días y semanas donde crea un obstáculo para nuevas adherencias.

Por su acción higroscópica tiene tendencia á influir sobre los infiltrados intersticiales de los tejidos próximos.—P. M.

UROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Un estudio sobre la eficiencia de los álcalis para proteger el riñón nefropático contra los efectos tóxicos de los anestésicos. — En el *J. Exp. Med.* (1918). Mac Nider dice que realizó las investigaciones que se mencionan para estudiar la relación ácido básica de la sangre en animales nefropáticos naturalmente en el curso de la anestesia y

también para estudiar la capacidad funcional, y se vió que había una relación entre la pérdida de la reserva de álcalis de la sangre y la respuesta funcional del riñón á varios diuréticos y el desarrollo de la anuria.

En dos trabajos recientes en los que se estudia la nefropatía aguda producida por el uranio en los perros, el autor ha podido descubrir una relación entre el grado de lesión renal y la gravedad de la intoxicación ácida producida por aquel metal y también que la inyección intravenosa de álcalis en estos casos es capaz de proteger el riñón contra los efectos tóxicos del uranio aumentando la eficiencia de los diuréticos.

En el estudio que damos á conocer se investiga la posibilidad de proteger los álcalis el riñón naturalmente nefropático por medio de álcalis, contra el anestésico de Crehant y si es posible protegerle bastante para que pueda responder á las soluciones diuréticas.

Se emplearon en estas investigaciones 28 animales enfermos naturalmente de sus riñones. Diez se emplearon como testigos y á los 18 restantes se les administraron soluciones alcalinas.

El día del experimento se daba á los animales por medio de una sonda gástrica 300 c. c. de agua. Tres horas después, al animal testigo se le daba con anestesia local de 2 por 100 de cocaína, por vía intravenosa, 25 c. c. por kilo de la disolución al 0,9 por 100 de cloruro sódico, mientras que al animal que se le había de proteger contra el anestésico se le daba por vía intravenosa una disolución de carbonato equimolecular á la de 0,9 de cloruro sódico. Los animales eran después anestesiados con el Grehant en 60 por 100 de concentración. Una hora después se hacía la primera observación sobre el equilibrio ácido básico de la sangre, la formación de la orina y la respuesta de los riñones á las varias sustancias diuréticas. El estudio histológico de estos animales ofrecía el aspecto de todos los riñones espontáneamente enfermos; en los animales utilizados había una glomerulonefritis crónica, los cambios agudos determinados por el anestésico y que también se han visto en la intoxicación ácida y en la anuria consisten en la hinchazón aguda y en la necrosis de los tubos contorneados (epitelio de) y en el depósito de grandes cantidades de una sustancia adiposa teñible en el asa ascendente de Henle.

Se pueden hacer las siguientes conclusiones: 1.^a Una disolución al 0,9 por 100 de cloruro sódico dada á un animal, naturalmente nefropático antes de su anestesia, no ejerce ninguna protección del animal contra la intoxicación ácida que determina la anestesia. 2.^a Con la sangre hidroémica producida con dicha disolución, algunas sustancias diuréticas como la pituitrina, la teobromina y la disolución de urea, son ineficaces como diuréticos.

El estudio de los animales que recibieron la inyección del carbonato sódico demuestra la influencia de tal solución en el equilibrio ácido-básico de la sangre de los animales espontáneamente nefropáticos y la eficiencia de la disolución alcalina para proteger el riñón contra los efectos tóxicos del anestésico. Estos experimentos cuando se comparan con los estudios hechos en los animales testigos demuestran que el uso de la disolución de carbonato sódico confiere suficiente poder de protección contra el anestésico para prevenir la anuria en el curso de la anestesia.

El análisis histológico de los riñones de estos animales que han recibido la inyección del álcali ofrecen el tipo de la glomerulitis crónica ya descrito.

Los animales que recibieron una protección inicial contra el anestésico, pero que en nuevos experimentos esta protección se demostró insuficiente, porque no respondieron en

ellos los diuréticos y por último se hicieron anúricos, desarrollaron, como los animales testigos, una hinchazón aguda, vacuolación y necrosis del epitelio de los tubos contorneados y tenían gran cantidad de grasa en las asas ascendentes de Henle.

Tres síntomas son los que con mayor frecuencia aquejan los enfermos ó en ellos se observan escalofríos y fiebre, dolor en la espalda y micciones dolorosas y frecuentes. Hay muchos enfermos que no tienen ninguno de esos síntomas y padecen, sin embargo, una infección, que ni bacteriológica ni patológicamente puede diferenciarse de la que padecen los que tienen los síntomas dichos. Todos los síntomas varían en intensidad y en tipo, pero esto es verdad especialmente en lo referente al dolor de la espalda, que puede ser de diferentes caracteres, sobre una sola región renal ó sobre las dos; puede ser agudo é irradiado sobre el curso de un uréter simulando un cólico renal y la temperatura puede variar desde 40° hasta la normal.

La contabilidad de leucocitos en la sangre periférica varía con la agudeza ó cronicidad de la infección y desde 40,000 por c. c. en los casos agudos, hasta la normal en los casos crónicos.

La infección por el bacilo coli suele ofrecer marcados síntomas vesicales. En los casos sospechosos, los exámenes minuciosos repetidos de sangre recogida en la vejiga, suelen dar datos positivos cuando un solo examen es negativo. Una infección renal no puede ser desechada por los datos recogidos en un solo análisis de orina vesical.

Aunque una mayoría de enfermos con pielonefritis tienen síntomas vesicales y datos positivos en un examen cistoscópico, un tercio de vejigas asociadas á tal infección son aparente y perfectamente normales, y esto á pesar de la constante presencia de una orina séptica. Los que ofrecen síntomas vesicales ligeros, ofrecen un predominio de la pérdida del lustre ó brillo de la mucosa vesical, con hiperemia en el trigono, de ordinario más marcada alrededor del orificio, del cual procede la orina séptica. Un pequeño tanto por ciento de enfermos tienen alteraciones vesicales, caracterizadas por una hiperemia generalizada asociada con un edema mayor ó menor, de ordinario localizado.

El diagnóstico puede de ordinario ser sospechado como consecuencia de los síntomas, pero sólo puede hacerse de manera absoluta por el examen detenido de la orina vesical, seguido del cateterismo del uréter con un estudio microscópico y bacteriológico de las orinas procedentes de los dos lados. La prueba de la función renal y la radiografía, unida á la pielografía, pueden ser necesarias para clasificar la lesión renal.

El tratamiento de la pielonefritis consiste en diversas actuaciones, cada una de las cuales puede aplicarse á un caso particular. Por un lado hay muchos enfermos á quienes no pueden aplicarse estos principios. Si se encuentra que la infección es debida á una obstrucción uretral ó uretérica, es imperativo hacer cesar esta obstrucción antes de curar la infección.

De igual importancia á la supresión de los estados patológicos, renales y vesicales, es la supresión de cualquier foco séptico que se encuentre en un punto del organismo, aun el más lejano. Debemos al tratar de este aspecto dirigir nuestra atención al éstasis intestinal. Dientes, tonsilas ó amígdalas, próstata y vesículas seminales infectados, deben ser eliminados como las diversas infecciones del útero ó de los anejos.

Debe seguirse el tratamiento de manera ininterrumpida hasta que desaparezca la infección. Esto puede determinarse por cultivos repetidos. Una manera relativamente sencilla

de hacer esto, es recoger con una semana de intervalo dos orinas estériles del riñón previamente infectado.

Los antisépticos urinarios tienen una gran importancia en el tratamiento de la infección. Esto se aplica de manera especial á la hexametilnamina cuando se da en dosis suficiente y el enfermo tiene orina ácida. Es mejor empezar con 50 centigramos tres veces al día, y al cabo de pocos días aumentar la dosis á 1 $\frac{1}{2}$ gramos, aumentando nuevamente según la tolerancia del enfermo. Se hallan algunos enfermos que no pueden tomar esta medicina en dosis suficiente para que pueda ser de algún valor, y entonces se puede sustituir por el salol.

Para la infección por el coli se da la hexametilnamina durante una semana, alternando con el bicarbonato sódico en dosis de 4 gramos ó citrato sódico en dosis de 1 $\frac{1}{2}$ gramos, hasta que la orina se hace claramente alcalina durante una semana y se administran grandes cantidades de agua.

La irrigación de la pelvis renal y su desagüe por el sondado de los uréteres está indicado en casos especiales. La disolución de nitrato de plata al 1 por 100 es excelente. Esta sal se ha usado hasta el 5 por 100.

Las investigaciones presentes han demostrado que es posible proteger animales naturalmente nefropáticos en varios grados contra los efectos tóxicos de los anestésicos por el uso de alcalinos y que la falta de protección de un riñón tal durante la anestesia está asociado á la rápida pérdida de la sangre de su álcali y al desarrollo de una intoxicación ácida. Este cambio en el equilibrio ácido-alcalino de la sangre ha sido asociado á la hinchazón aguda y á la necrosis, particularmente del epitelio de los tubos contorneados y al desarrollo de la anuria. De estas observaciones no se deduce la evidencia que justifique la conclusión de que el aumento del nitrógeno actuando sobre el elemento epitelial del riñón cause la hinchazón aguda y la necrosis del epitelio. El modo cómo un aumento del hidrógeno lesione el riñón y un aumento del álcali lo protege, queda para nuevas investigaciones.

Termina así:

1) Una disolución de cloruro sódico al 0,9 por 100, administrada intravenosamente á un animal anestesiado naturalmente nefropático, no es capaz de prevenir el desarrollo de la intoxicación ácida y su asociada la lesión renal.

2) Una disolución de carbonato sódico equimolecular con la de cloruro sódico al 0,9 por 100, dada por vía intravenosa á un animal naturalmente nefropático anestesiado, le confiere un grado variable de protección al riñón.

3) El grado de protección conferida por la disolución alcalina está asociado á la capacidad de la disolución de mantener el equilibrio ácido-alcalino de la sangre del animal anestesiado.—P. M.

2. **Pielonefritis.**—En el *Surg. Clin.*, de Chicago (1918), Culver estudia las vías de infección del riñón y afirma que, con algunas modificaciones, las teorías que la explican pueden reducirse á tres:

1. Directamente desde la vejiga por la luz del uréter. Este método de infección sólo es posible cuando existe una obstrucción para vaciar la vejiga ó hay una estrechez mecánica ó inflamatoria del uréter, causas que pueden determinar la acumulación de orina en la pelvis del riñón: á estas causas añade Caulk que debe haber una incompetencia de la válvula uretrovesical unida á un aumento de presión vesical antes de que la infección pueda ocurrir por la vía de la luz del uréter.

2. Sweet y Stewart afirman que la extensión de la infección tiene lugar á lo largo de los linfáticos de la pared del uréter. Esta afirmación se basa en un trabajo experimental

llevado á cabo en casos de anastomosis ureterointestinal con constante producción de infección renal. Eisendrath ha sido capaz de trazar el curso de la infección desde la vejiga hasta el riñón por los linfáticos de la pared del uréter. Esto se realizó practicando cortes del uréter en serie, y también estudiando en serie los riñones. Las infecciones en estos casos fueron producidas por la inoculación intravesical de varios microorganismos piógenos, en perros con orinas previamente estériles. Como los cultivos de la sangre tomada inmediatamente antes de que el animal muriera resultaron estériles, concluye que los linfáticos ureterícos son los que han transmitido la infección y sugiere que semejante conexión linfática puede llevar la infección desde la próstata y las vesículas seminales en el hombre, y desde los órganos pelvianos en la mujer, hasta el riñón, sin que haya obstrucción de la uretra ó del uréter y con una válvula uretrovesical íntegra.

3. La teoría de la infección renal por la sangre es la más importante en la obra de Cabot y de Crabtree. Se afirma que algunas sustancias insolubles, como la grasa y el cinabrio, pasan á través de los riñones sanos y llama la atención sobre la obra de Biedl y Krause, que encontraron que los bacilos coli y del ántrax y los estafilococos, pueden pasar á través del riñón normal, sin producir lesiones. Se ha dicho que en un 10 por 100 de todos los tuberculosos dejan pasar bacilos en las orinas sin que en sus riñones se encuentren lesiones. Cabot y Crabtree han obtenido bacilos coli con cultivos de sangre en un 40 por 100 de sus enfermos con pielonefritis aguda. Citan algunos casos en los cuales se obtuvieron cultivos positivos de la sangre antes de que el germen fuera hallado en la orina. Sugieren que el principal papel de los linfáticos en la transmisión de la infección renal es extender la infección á través del riñón una vez que se establece un foco hematógeno. Estos autores creen que la unión linfática entre la vejiga y el riñón es larga é indirecta y suponen que los organismos que entran en los linfáticos vesicales y uretrales, se vacían en la corriente sanguínea, y entonces producen la infección renal.

Esta hipótesis está apoyada por los trabajos de Thiele y Emberton.

Los últimos trabajos de David vienen en apoyo de la antigua idea de la infección, subiendo directamente á lo largo de la luz del uréter; sus conclusiones se apoyan en detenidos estudios bacteriológicos y de patología experimental.

El organismo encontrado con mayor frecuencia es el bacilo coli (en 50 por 100 de todos los casos), mientras el estafilococo que viene después, en frecuencia, se halla en un 10 á un 20 por 100 de los casos. En una serie de 116 enfermos, Culver encontró el bacilo coli en cultivo puro en un 74 por 100, estafilococos en cultivo puro en 8 por 100 y 85 por 100 de todos los casos estaban infectados con bacilos coli puro ó en infección mixta y 16 por 100 contenían el estafilococo en infección pura ó mixta.

Otros organismos como el estreptococo, el bacilo tifoideo, el pioceánico, el difterioide y el leptotrix que alguna vez se hallaron, representan sólo el 5 por 100 de todas las infecciones.

Culver ha visto que el 58,7 por 100 de todos sus 116 enfermos tenían infecciones bilaterales y 41,3 sólo de un lado. De las unilaterales 48 por 100 eran en el lado izquierdo y 52 por 100 en el derecho.—P. M.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

¿Solución?... ¡Disolución!—¡Bravo compañero!

Si el llevar á la *Gaceta* 18 Reales decretos, en nueve de los cuales se admiten las dimisiones de otros tantos Ministros y en otros nueve se los sustituye por otros nombres de los conocidos en la monótona y manoseada baraja política; si el llevar al Parlamento para sustituir á un Gobierno que no tiene en él mayoría, otro Gobierno que no podrá gobernar, porque tampoco la tiene; si el acallar el vocerío de unas oposiciones hostiles y agresivas quitándoles de delante lo que les estorbaba, para soliviantar las pasiones sordas y reconcentradas de otros elementos sociales que no perdonarán el reemplazo; si á todo esto se llama *solución*, la crisis política planteada cuando apareció nuestro último número, la ha tenido. Al Sr. Maura ha reemplazado en la Presidencia del Consejo de Ministros, el Sr. Sánchez de Toca; la crisis se ha resuelto.

Pero para nosotros, y creemos que para la grande y sana mayoría de los españoles, la crisis está por resolver; porque la crisis no es eso que en la contradanza convencional, aunque bulliciosa de los políticos, se ha resuelto; la crisis es algo, á un mismo tiempo más hondo y más permanente, y que por lo visto no llega á los oídos de esos señores más que en forma de tropo retórico ó de estudiada arenga; ni este Gobierno, ni el anterior, ni los que al anterior precedieron, acaban de convencerse de que el camino que siguen conduce indefectiblemente, no á la solución, sino á la *disolución*, y que ya en el país va siendo esta cosa menos temible, pues después de la disolución puede esperarse la cristalización de algo sólido y estable.

La primera determinación del nuevo Gobierno ha sido la de procurar el descanso del verano para sí, para los parlamentarios y para los funcionarios públicos. La cosa no puede ser más natural: un Gobierno que lleva ocho días es necesario que descansen, cuando menos de los trabajos que supone el haber conseguido serlo; unas Cortes que se abrieron no hace un mes, no pueden resistir el trabajo... que les ha costado el procurarse las actas; unos funcionarios que acaban de ser nombrados los unos ó que

sestean en las oficinas los diez meses restantes del año, bien necesitan desperezarse y desarrollar alguna actividad por playas y balnearios.

Esto del veraneo va rayando ya en castaño obscuro ó por lo menos en castaño dada al país; porque no entendemos la razón del por qué ha de ser el calor cosa tan molesta para los señores políticos y obstáculo tan insuperable para los servicios de sus supuestas energías. Que hace calor; pues ¿para cuándo están los abanicos, las ropas ligeras, los helados y los baños? Cualquiera diría que en Enero no hacía frío (cosa bastante más molesta y perjudicial) y se le combate con estufas, gabanes de pieles y locales abrigaditos. Si esos parlamentarios que se gastan 60 ó 70.000 duros en procurarse un acta, gastaran la cuarta parte en procurarse comodidades veraniegas en Madrid, podrían encontrar manera de resistir la canícula y de cumplir con las obligaciones que contrajeron al solicitar el voto de sus electores. Entretanto éstos, si son labriegos, continúan sufriendo el sol en los campos y en las faenas de las eras; si son industriales, se tuestan junto al horno y sudan sobre los artefactos de los talleres; si son médicos, atraviesan los eriales bajo el sol abrasador, mientras que ellos, los votados, los elegidos, de todos los partidos, izquierdas y derechas, transportan sus cabildeos, sus intrigas y sus contradanzas al paseo de la Concha ó á los salones del Casino. Y entretanto España con sed de reformas, con sed de justicia y hasta con sed de agua, puede esperar un nuevo aplazamiento y allá... para el mes de Julio de 1920 la ofrece un presupuesto, para responder á todas sus aspiraciones y para reemplazar el de 1914, un Gobierno que no tiene mayoría en un Parlamento, que ni minorías tiene.

Sin el menor comentario, pues no lo necesita, reproducimos la noticia siguiente, confirmación del heroísmo de que han dado continua muestra los médicos españoles en el cumplimiento de sus deberes:

«La conducta heroica de un médico y un soldado. —Del combate de Wad-Ras. — Todos los soldados hacen grandes elogios de la conducta del teniente médico D. Manuel Ruigómez, que estuvo cuarenta

y dos horas sin tomar alimento por no apartarse de la línea de fuego, en donde curó más de cuarenta heridos que cayeron cerca de la posición de Kudia Rauda, entre ellos el comandante Laguardia, ya fallecido, al que le practicó el taponamiento de las gravísimas heridas que había sufrido en la cobertura del corazón. También curó al teniente D. Angel Osses y á varios soldados.

Advertido de que el teniente de Regulares don Pablo Martín Alonso yacía en gravísimo estado en un sitio de donde era imposible retirarlo por el tiro nutrido de la fusilería cabileña, requirió el auxilio del soldado practicante Julio Monedero para que le ayudase á retirar al herido. Entre nutridas descargas, y cuando ya había logrado levantar al herido, cayó muerto el soldado Monedero, á consecuencia de varios balazos que recibió en el vientre.

El médico cargó sobre sus hombros al teniente Sr. Martín Alonso, que durante el camino fué herido de nuevo.

El doctor resultó ileso por un verdadero milagro.

Todas las referencias que hacen los heridos coinciden, y todos piden con verdadera unanimidad para dicho médico la cruz laureada de San Fernando.»

DECIO CARLAN

¡Dejad que los niños se acerquen á mí!

POR EL

DOCTOR ALBIÑANA

I

Acabo de visitar el Colegio del Príncipe de Asturias. Aún vibra mi espíritu, tocado por la más tierna emoción; aún no han desaparecido de mis ojos las lágrimas.

Ocho huerfanitos, hijos de compañeros pobres y honrados, que partieron de este mundo sin que su penoso trabajo pudiera asegurar un trozo de pan á estos amados trozos de su alma, son los primeros que reciben asilo y consuelo en esta piadosísima mansión. Llevan en sus rostros cándidos la huella terrible del dolor que les asaltó en sus primeros pasos; su infancia, enlutada y sombría, no ríe como las demás infancias; en sus pupilas adormecidas por el infortunio parece que se refleja toda la amargura de su orfandad.

La tarde es serena y calurosa; los árboles, sedientos, ofrecen sus hojas quietas, inmóviles, sin un hálito que las anime; más que seres vivientes, semejan ilustraciones en el lienzo de una decoración teatral; nada se mueve, á no ser estos rapazuelos que corretean por el patio al cuidado de una hermana de la Caridad.

De cuando en cuando los niños detienen su marcha y se ponen formalitos; ¿pensarán acaso en las cari-

cias que perdieron al perder el hogar? Mas de pronto, como animados por alentadora visión, corren gozosos hacia un sillón de mimbre emplazado en medio del patio, donde acaba de sentarse un anciano. Es el doctor Cortezo, su amigo de todos los días, que les lleva juguetes y golosinas y besos. Rodéanle con estrépito, como una bandada de palomas; sus saludos son arru-



llos de amor y gratitud. Cada uno vé en el abuelito amable y sonriente el recuerdo de su padre, el cariño que pareció extinguirse con el hogar, pero que no se ha extinguido, porque encarna de nuevo en este viejecito admirable que tiene una palmadita cariñosa para cada mejilla y una palabrita dulce para cada corazón.

En el grupo hay un rapaz que parece más serio que sus compañeros. ¡Pobre hijo! Ha poco tiempo murió su padre; meses antes había muerto su madre; y hoy no tiene más padres que los sostenedores del Colegio, ni más hermanos que sus compañeros colegiales. El pequeño mira al anciano con candoroso temor; y de súbito, cual si una fuerza secreta le impulsara, salta al regazo del abuelito, y abrazándose á su cuello, le besa en la frente...

Hay un momento de emoción; realmente esa fuerza secreta existe en el alma del niño; ella es la que instintivamente le ha lanzado sobre el viejecito, mientras una voz interior le gritaba: ¡Acércate á él! Si perdiste un padre, ahí tienes otro: ¡abrázale!

II

El capellán del Colegio y una religiosa, sierva de San José, me acompañan en mi visita á todas las dependencias de la Casa; son éstas amplias, ventiladas,

llenas de sol y de alegría, con dilatadas vistas á Oriente. Los dormitorios, limpios, de claros tonos, no tienen nada que envidiar á los instalados en los mejores establecimientos de esta índole. Nada de lujos. Nada superfluo. Mucha sencillez y mucho aprovechamiento. Las camas, de hierro y esmaltadas de blanco, con excelentes muelles y colchón de pura lana; las mesitas de noche, fuertes y cómodas; los lavabos, duchas y baño, todo bueno y confortable.

Los comedores, en el piso bajo, están dotados de excelente menaje, y siempre la nota de limpieza dominando en todos los departamentos. En el sótano, una hermosa cocina, despensa y lavaderos.

El edificio es simétrico, destinándose por mitad á niños y niñas, con amplios patios á cada lado.

Asombra el caudal de paciencia que se necesita para atender una sola persona á los innumerables detalles de instalación y gobierno. Aunque los servicios están dotados convenientemente, el Dr. Cortezo, con una escrupulosidad administrativa de que no hay ejemplo, interviene en todos ellos, y junto á la alta preocupación de procurar la prosperidad económica del Colegio, se le ve regatear el precio del tocino, contrastar la calidad de los garbanzos, pesar á los niños, estimular á los proveedores de ropas para que cumplan con puntualidad los encargos que se les hacen y hasta dotar á la Capilla.

En esto de la Capilla, como el buen Cortezo no está muy fuerte, encomendó á las Siervas de San José que le hicieran una lista de todos los objetos necesarios para el culto; las monjitas cumplieron el encargo, que dió por resultado un inventario copioso que, sin duda, á D. Carlos debió parecerle bastante para dotar á la Catedral de Toledo. Y como no es hombre que repara en pequeñeces cuando se trata de salvar los fondos del Colegio, antes que gravar á la institución, creyó más acertado dirigirse á dos docenas de amigas devotísimas, ofreciéndolas ocasión de salvar sus respectivas ánimas por medio de donativos para este culto. Y, como no podía menos de suceder, las piadosas devotas han respondido generosamente, brindando casullas, estolas, roquetes, candelabros, vasos sagrados y demás objetos preciosos para los oficios divinos. De este modo la Capilla estará bien surtida sin gravamen alguno para los fondos del Colegio, y las señoras donantes habrán avanzado un pasito en el camino de la Bienaventuranza...

[Es mucho hacendista este Sr. D. Carlos]

III

—¿Cómo te llamas? — pregunté á un muchachito listo y avisado que correteaba por el patio.

—Ovidio.

—¿Tienes muchos hermanos?

—No, señor; uno que se llama Virgilio y que también está conmigo en este Colegio.

—¿Y no tienes más familia?

—Tengo otra hermanita que se llama Helena.

—¿Hace mucho tiempo que murió tu papá?

—El año pasado.

—¿De qué pueblo eres?

—De Condado de Castelnovo, provincia de Segovia.

El chicuelo, despierto y simpático, contestaba rápido á cuantas preguntas se le hacían. Su malogrado padre, á juzgar por la descendencia, debió ser un espíritu selecto; bautizar á sus tres hijos con nombres de la literatura clásica, no está al alcance de un hombre vulgar: ¡Ovidio, Virgilio! Las *Metamorfosis* y la *Eneida*: ¡Helen! La heroína de la guerra de Troya....

Estas consideraciones no son caprichosas; son el homenaje póstumo á un compañero ignorado, que en la soledad del rincón castellano donde ejercía la profesión, era como el símbolo del infortunio que envuelve á la colectividad médica. Todos, como el compañero del Condado, son cultos, han estudiado; todos cifran su ambición y su esperanza en el natural deseo de procurar á sus hijos mayor cultura para que brillen y engrandezcan su nombre; y cuando después de innúmeros sacrificios y penalidades consiguen encauzar sus primeros pasos en la vida, mueren en la pobreza, dejando á esos hijos cual plantas sin guía; á los sueños de grandeza, sucede una realidad de miseria; á las ambiciones de nombre, una obscuridad estéril; al proyectado porvenir espléndido, un presente de abandono y de inopia.

Y menos mal, si esos pobres hijos, encumbrados un día por la pródiga imaginación paterna, encuentran, al verse solos, un techo como este, que los albergue, y un medio cultural que eduque y vigorice sus almas.

IV

Ocho son, como ya he dicho, los primeros huérfanos del grupo de diez de ambos sexos, que han reanudado su hogar en el Colegio; antes de quince días serán veinte; para Octubre, cuando comiencen las clases, serán sesenta, y no acabará el año sin que lleguen á ciento. Luego vendrán doscientos, trescientos, los que LA CLASE QUIERA; el Colegio se multiplicará y retoñará en varias regiones de España.

Contemplando de cerca el consuelo inmenso que esta obra proporciona á los seres más inocentes y desvalidos de nuestra clase, se siente como en ningún otro momento la indignación que produce la conducta inicua de quienes, desorientados ó poseídos de mala fe, se dedican—¡suicidas!—á dificultar esta santa función de amor y caridad... ¿Será posible que las luchas partidistas, siempre enojosas, obcequen á determinados elementos profesionales hasta el punto inconcebible de emprender una cruzada contra nuestro Colegio de Huérfanos?

¿Qué es lo que pretenden? ¿Acaso no reparan en que esta Institución no es obra de un solo médico, sino que pertenece á todos los médicos?

Jamás se ha dado en ninguna obra de tal índole una escrupulosidad administrativa como la que rige en ésta; ninguno de los señores que forman su Patronato cobra sueldo, ni lo cobrará; todos los cargos son impersonales; es decir, allí no hay don fulano ni don mengano, sino el presidente ó representante de tal ó cual Corporación.

¿Es que se pretende que la administración del Colegio de Huérfanos, corra á cargo de los Colegios Médi-

cos de España? Sea en buen hora. Pero téngase en cuenta que las personas designadas tendrán que venir á Madrid, residir aquí y cobrar dietas ó sueldos, que importarían muchos miles de pesetas, las mismas que se restarían á los pobrecitos huérfanos. ¿Qué necesidad tiene la clase de pagar un servicio administrativo que personas honorables y de garantía le prestan de balde?



Indigna, subleva el ánimo la lectura de algún periódico — ¡titulado *defensor* de la clase! — en el que dando rienda suelta á estúpidas pasiones personales, se trata de establecer discordias entre la colectividad médica en cuanto al funcionamiento del Colegio de huérfanos se refiere. La malicia asoma en dicha prosa, juntamente con la más ridícula ignorancia; se habla de *caciquismo centralista profesional*; de la necesidad de una *autonomía administrativa médica*, y de otras eutrapelias y otros camelos insensatos, sin otro fin que mantener odios partidistas y halagar los oídos de algún infeliz que crea en esas palabras faltas de todo significado serio.

Afortunadamente, á la clase no se la puede engañar; los médicos rurales saben de sobra que no existe ningún cacicato central, porque ellos son bastante libres para no acatarlo ni tolerarlo. La lucha no es contra los médicos de Madrid, que al fin y al cabo no es más que una provincia como cualquiera otra; sino que si alguna lucha hay es entre los médicos rurales y los de las capitales, que quieren preponderar siempre en las directivas de los Colegios Médicos. En este caso, el supuesto cacicato de Madrid es el mismo que se produce en todas las capitales de provincia. También allí hay señores á quienes no les asiste la simpatía del res-

to de sus compañeros; y sin embargo, consideran un deber seguir influyendo en la vida colectiva.

La caridad no es centralista ni regionalista; es práctica sentimental de los espíritus superiores, y lo mismo puede y debe ejercitarse en el centro que en la periferia.

El Arma de Infantería tiene un Colegio de huérfanos en Toledo, sostenido por todos los infantes de España; y sin embargo, á ninguno de los sostenedores se le ocurre hablar de *caciquismo toledano*. Los huérfanos de la Marina tienen también un Colegio en Madrid; y ningún marino español habla de *caciquismo madrileño*. En Guadalajara, Valladolid y otras capitales existen fundaciones análogas, y nadie habla de caciquismo, aplicando el vocablo á la localidad respectiva. Esto es lo razonable.

Solamente á la clase médica, desorientada por lecturas tendenciosas, se le ocurre hablar extemporáneamente de caciques en esta obra de amor. Estamos al comienzo de ella. No hay recursos más que para un Colegio, y ya funciona; cuando estos recursos prosperen, podrán establecerse otros centros; y se emplazarán en Pamplona, en Cádiz, en Oriente ó en Occidente; el sitio es lo de menos, con tal de que el consuelo pueda alcanzar á mayor número de huérfanos.

¡Esta es la noble emulación que debemos sentir todos los médicos, y no emplear el tiempo en enojosas discordias que en último caso vendrán á pagar seres inocentes y desgraciados que nada deben!

V

La visita toca á su fin, y en tanto contemplo las blancas camitas de los huérfanos, han acudido á mi mente las anteriores reflexiones.

Al bajar de nuevo al patio, veo que continúa el viejecito rodeado de la infantil asamblea; los párvulos, muy modositos y correctos, me despiden besando la mano; luego se disuelven por el patio; véolos alejarse, tocando sus espaldas los últimos resplandores del sol poniente; en torno de cada uno pareceme ver la sombra de su padre, vigilante y consejera. Y después, ese conjunto de sombras, parece como que avanzan hacia el anciano, acariciador de sus hijos, dándole las gracias. Hay una comunicación espiritual con la Eternidad. Las almas se saludan en la paz del crepúsculo. Y al abandonar aquella mansión de piedad y de ternura, quiero envolver en una mirada á todos los compañeros de España para indicarles que aquél debe ser el santuario de sus más acendrados afectos, porque ha de albergar á sus hijos, cuando la Muerte disuelva sus hogares.

Y me ausento del Colegio, pensando en que si Cervantes no hubiera encontrado para su obra inmortal el tipo generoso de Alonso Quijano, podía hallarlo en este patio, al ver en su sillón de mimbre, rodeado de sus minúsculos amiguitos, á Alonso Cortezo, el Bueno...

Las entusiastas y calurosas frases que al Sr. Albiñana han inspirado su visita al Colegio de Huérfanos, son

muy de agradecer y de todo corazón se le agradecen, pero no son completamente justas, pues que la labor de que es producto la benéfica Institución no ha sido tan personal como el Sr. Albifana supone, impresionado por lo que en una tarde vió; los señores todos, y muy particularmente las señoras que componen el Patronato, merecen bien de la clase médica española, por su colaboración en la obra, que en algunos de los cargos por ellos desempeñados como el de secretario y especialmente el de tesorero, desempeñado por el decano de la Beneficencia provincial Sr. Isla Boromburo, representan un trabajo y una responsabilidad de que no es fácil formarse idea.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 31 DE MAYO DE 1919

(Conclusión)

Las cardiopatías consecutivas á la gripe.

El Dr. HUERTAS dice que la comunicación expuesta por el Sr. Espina en la sesión anterior, puede considerarse como una síntesis acabada del estudio de las cardiopatías, tanto en su aspecto etiológico como anatomopatológico y terapéutico; pero en realidad, y como ya indicó el Dr. Simonena, nada específico asignó á los procesos gripales, pues que éstos halláanse informados por los agentes de distintas infecciones asociadas, estreptocócicas y neumocócicas, sobre todo, y por tanto, sin más característica que su curso rápido, y singularmente virulento. Que la afirmación rotunda del Sr. Espina de que todo enfermo de infección gripal es un cardíaco, y, por tanto, la observación y cuidados que se le prestan deben orientarse en ese sentido, cree que este concepto debe ser rectificado, ya que afortunadamente un tanto por ciento muy crecido, quizás un setenta, padecen la gripe de forma benigna; se presenta con fenómenos catarrales ligeros, malestar general, fiebre de 38 á 39°, y hacia el tercero ó quinto día el enfermo entra en convalecencia, aunque con la característica constante de debilidad muscular muy acentuada, pero sin que ni en su comienzo ni en la terminación se notare alteración alguna en el aparato cardiovascular. En cambio, en los casos graves las lesiones se han hecho extensivas primitiva ó secundariamente á todos los órganos y aparatos, el respiratorio principalmente, asiento predilecto del agente infeccioso. Esta predilección (valga la frase) con sus consecuencias de flegmasias, congestiones y parálisis vasomotoras que en muchas ocasiones daban lugar al edema del pulmón, es la manera insidiosa, como indicó el Dr. Hergueta, dificultando en grado sumo la circulación menor, ha sido una concausa por la solidaridad funcional, para que el miocardio, solicitado para un trabajo extraordinario, á fin de procurar el necesario equilibrio entre la potencia y la resistencia, y como quiera que este esfuerzo tenía que realizarlo con elementos nutricios alterados y poco aptos para la función de contractilidad, ocurriría lo que observamos con tanta frecuencia, no sólo el alarmante síndrome que presentaba el enfermo, sino también los estragos anatómicos que se ven en la mesa de autopsia.

En lo referente al curso de la enfermedad, dice el doctor Huertas, ha podido observar con sorpresa, la presencia de lesiones del centro circulatorio que no estaban en armonía con el día de invasión, y en ocasiones con los atributos favorables de edad y buenas condiciones de los enfermos. A este propósito refiere dos casos de bastante interés como

necropsia. Corresponde el primero á una enferma de treinta y cuatro años, casada, lavandera, múltipara, de constitución fuerte y de buena salud habitual: llevaba enferma cinco días cuando la examinó; presentaba un estado de profunda adinamia, fiebre de 40°, 8, tos, expectoración espumosa y sanguinolenta, gran opresión y disnea intensa. Falleció á las ocho horas de haber ingresado en la clínica, y en la autopsia se apreció edema en la base de ambos pulmones y fluxión con derrame seropurulento en el lado izquierdo y adherencias con el pericardio, que estaba distendido; al incidirle se pudo recoger una cantidad abundante de líquido rojo con depósito fibrinoso. En el segundo caso, previa autorización, practicó la autopsia el Dr. Piga, muy conocedor de la epidemia de gripe, y que le honró con su valiosa cooperación en los días en que más arreció la enfermería. La enferma motivo de la autopsia sucumbió al cuarto día de ser invadida y había presentado también un síndrome casi idéntico al anterior de fiebre alta, disnea, adinamia profunda y demás signos estéticos. En el pericardio había una cantidad considerable de líquido purulento que hacía pensar en la forma primitiva purulenta de Glases, es decir, en la localización del *streptococcus pyogenes* con exaltación virulenta.

El Dr. Huertas termina diciendo que la gripe, además de la agresión directa por sus microbios y sus toxinas, influye indirectamente por solidaridad funcional del aparato respiratorio, para la génesis de cardiopatías más ó menos graves.

El Dr. ESPINA manifiesta que el objeto de su comunicación era fijar de modo concreto y preciso dos puntos: primero, refutar, en parte ó en todo, la afirmación que aquí se había lanzado por clínicos eminentes de que la gripe era una enfermedad leve y muy poco mortal, y segundo, estudiar los procesos ulteriores á la gripe á través de convalecencias en las cuales venían á presentarse en germen con un tipo de enfermedad cardiovascular, que no podía tener otra explicación que la de obedecer al proceso gripal que el individuo había pasado.

Contesta á las observaciones hechas por los Sres. Hergueta, Huertas y Simonena. Refiriéndose al primero dice que los hechos citados por él vienen á demostrar de una manera fehaciente que en la gripe pasan algunas cosas verdaderamente insólitas que frustran á veces los pronósticos más benévols, y que dan lugar á que en ocasiones, aquellos enfermos que se dan por curados resulten enfermos gravemente lesionados. Cita casos muy curiosos de cardiovasculares, en los que la primera evolución para morir fué la gripe, lo que indica relación de causa á efecto entre el envenenamiento de las toxinas gripales producto de la infección primitiva, y esto sin negar la asociación, porque no puede negarse que en el momento en que se presenta una infección, disminuida la resistencia de los enfermos, todos aquellos microbios que dentro del organismo pululan, y que no se hubieran atrevido por sí solos á atacarle, en cuanto le ven en una deficiencia, se unen á aquél que produjo la infección primitiva, á aquel más fuerte que inició el ataque, y se desarrolla en ellos una actividad grande, haciendo al organismo víctima de estas asociaciones para matar por septicemia, estreptococia, estafilococia, etc.

Refiriéndose á los conceptos emitidos por el Sr. Simonena, dice que había hecho la distinción de lo que debe entenderse por cardiopatías dependientes de la gripe, y la gripe en los cardíacos; pero lo cierto es que aquellos cardíacos que caen con la gripe se agravan en su padecimiento y mueren con más facilidad que aquellos á quienes la gripe les coge á corazón sano, y es cierto también, que aquellos á quienes la gripe les coge con el corazón sano corren el peligro de salir

con el corazón enfermo. Los unos, porque su enfermedad cardíaca se agrava, y los otros, porque su corazón se lesiona, es lo cierto, que existe también una relación de causa á efecto muy grande entre el corazón y la gripe.

En lo que respecta á lo dicho por el Sr. Huertas de los dos casos de autopsia, demuestran que el pericardio llegó en breve plazo á supurar, y probablemente sería por asfixia cardíaca por lo que murieron aquellos enfermos.

Añade que la gripe tiene una historia muy lúgubre en lo que se refiere al corazón, y aparte las grandes concepciones etiológicas del reumatismo, de la gota, del alcohol, de la sífilis, del esfuerzo y hasta de los deportes, no existe otra causa que dé lugar á más enfermedad del corazón que la gripe; si bien para que un bebedor, un reumático, un sífilítico se haga cardíaco se necesita mucho tiempo y mucho espacio, y en cambio, en las cardiopatías gripales la evolución es muy rápida, y es que el tóxico, las toxinas, los productos delicuescentes de las bacterias de la gripe son un veneno que pudiera clasificarse entre los venenos de origen bacteriano cardíaco. Que lo indicado por el Sr. Huertas de que son cardiopatías más de corazón derecho que de corazón izquierdo, es así en efecto; es decir, que el miocorazón derecho se resiente á consecuencia de la gripe, así como la sífilis, el alcohol, el tabaco y otras causas hacen recaer sus lesiones en el corazón izquierdo, y es posible que esto obedezca á que el corazón derecho no tiene relación ninguna con la sangre arterial, sino con la venosa.

Termina diciendo que lo aportado en este asunto no tiene otro alcance que el de poner de manifiesto algunos hechos para que la experiencia y la sabiduría de los demás puedan sacar las consecuencias que de tales hechos se desprendan.

El Dr. CODINA se lamenta no haber estado presente cuando el Sr. Espina exponía su comunicación, y lo dicho por los Sres. Hergueta y Simonena; pero por lo que ha oído al Sr. Huertas y la rectificación del Sr. Espina, ésta le ha causado la impresión de la simpatía y hermosura que puede tener una bonita novela, porque no hay duda de ningún género en que la gripe es una enfermedad infecciosa y tóxica, y no hay duda tampoco de que los clínicos, al ver los numerosos casos de gripe que se presentan en una epidemia, se encuentran con alteraciones tardías que han de atribuir casi excesivamente á la enfermedad aguda que acaba de pasar el sujeto. Pero es que lo que ocurre con la gripe ocurre con la inmensa mayoría de las enfermedades tóxico-infecciosas, por lo que su impresión es la de una novela (El Sr. Espina: Histórica), agradable, porque del mismo modo se puede referir á otro proceso agudo cualquiera que no sea la gripe. La única diferencia que puede haber es que la gripe es una enfermedad pandémica que ataca á un gran número de individuos, mientras que otras enfermedades infecciosas que corrientemente se ven, no atacan á tantos individuos, y, por tanto, la consecuencia lógica ha de ser que el número de lesionados del aparato respiratorio y circulatorio en la gripe ha de ser mayor que en las otras enfermedades infecciosas. Cuando se da una epidemia de sarampión, de viruela, de fiebre tifoidea, de tífus exantemático, y hay un número grande de atacados, el número de lesiones cardíacas que se observan en la convalecencia de estos procesos es también muy grande.

No cree necesaria la división de cardiopatías consecutivas á la gripe y la gripe en los cardíacos. Respecto á esto último que temía un verdadero desastre para los enfermos, recuerda los casos citados el año último de que sucedió todo lo contrario, es decir, que dos enfermos cardíacos mejoraron al ser atacados de gripe.

Termina ampliando el por qué calificó de novelesca la exposición del Sr. Espina, porque no procede calificar de carácter especial á estos procesos cardíacos que vienen después de la gripe, sin negar que ésta, como causa provocadora, como verdadero latigazo que sufren los centros circulatorios, vengán manifestaciones patológicas, que no deben considerarse exclusivas del proceso, pues todo proceso agudo provoca los mismos síndromes y en las autopsias se ve que no se encuentra un carácter específico, ni especial de las cardiopatías que dependa de la gripe, con relación á las cardiopatías provocadas por otros procesos infecciosos.

El Dr. ESPINA rectifica brevemente, diciendo que si su comunicación puede calificarse de novela, será de novela histórica, porque cuanto ha dicho es reflejo de la realidad, y que lo manifestado por el Sr. Codina puede motejarse de crónica fragmentaria de una historia que no conoce y que ha criticado por hechos cogidos al azar que no tienen gran relación con la propia historia comentada. Asegura que no ha negado que todas las enfermedades agudas infecciosas sean capaces de producir alteraciones en el corazón; que lo que ha afirmado es que existen cardiopatías, cuyos síndromes no se parecen, ni por lo que se refiere al plazo de aparición tampoco, á esas otras cardiopatías que se producen como causa concisa de otros procesos agudos infecciosos.

Dr. CESALDO

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID⁽¹⁾

SESIÓN DEL 16 DE MARZO DE 1919.

8 Mayo.—La niña tuvo intensa reacción febril pocas horas después de la inyección. La fotofobia ha disminuído sin notarse variación en las lesiones; 2.ª inyección de leche (2 c. c.).

10 Mayo.—Mucha menos fotofobia; apenas queda edema palpebral.

12 Mayo.—El impétigo facial desaparece rápidamente. Entre los focos inflamatorios la córnea es más transparente; 3.ª inyección de leche (2 c. c.).

20 Mayo.—La madre dice que la niña abre el ojo izquierdo en su casa. Las lesiones faciales han desaparecido.

30 Mayo.—La niña abre el ojo izquierdo. Los focos corneales no muestran tendencia á ulcerarse y se han aclarado bastante.

Voy á resumir brevemente el curso seguido posteriormente por la enferma. En el ojo izquierdo sólo quedan débiles leucomas á fines de Julio, sin vestigios de inyección bulbar. El ojo derecho mejoró más lentamente y lo abrió ya de un modo espontáneo cuando yo me ausenté durante el mes de Agosto. El 15 de Septiembre volvió á presentarse con nuevos brotes inflamatorios, y una inyección de leche que la dí (1 ½ c. c.) no produjo resultado apreciable. Durante el transcurso del presente año la he curado tres veces por semana y ha ido mejorando lentamente, hasta hoy que está bien del todo.

Debo advertir que atribuyo la tenacidad de la afección y el efecto pasajero del tratamiento lácteo al misérismo estado de nutrición de la niña, cuyos padres son tan pobres que apenas pueden sustentarse.

OBSERVACIÓN II. — Concepción M., de cinco años, natural de Madrid, viene á consultar el 25 de Enero del año actual. Niña escrofulosa, con adenitis submaxilar é impétigo nasal. Eczemas y edemas de los párpados; intensa fotofobia y lagrimeo. Córneas con gran infiltración central, color blan-

(1) Véase el número anterior.

co amarillento que disminuyó hacia la periferia. Ulceración superficial en el lado izquierdo. Diagnóstico: Queratitis impetiginosa grave.

Tratamiento.—Atropina oftalmolosa hidrágica amarilla con dionina, fomentos calientes. Tratamiento nasal como en el caso anterior.

Aceite de hígado de bacalao al interior, 1.^a inyección de $\frac{1}{2}$ c. c. de leche.

28 Enero.—La infiltración se ha reducido hacia el centro, pupila dilatada, 2.^a inyección de leche (1 $\frac{1}{2}$ c. c.).

30 Enero.—La niña abre ya los ojos. El foco inflamatorio se ha reducido en una mitad. No hay edema palpebral.

1.^o Febrero.—Sigue la mejoría, 3.^a inyección de leche (1 c. c.).

3 Febrero.—Apenas queda inyección ciliar.

8 Febrero.—Doy de alta a la enferma aconsejando continúe una temporada con los masajes con pomada amarilla.

10 Marzo.—Vuelvo a ver a la enfermita que está completamente curada. En el ojo izquierdo se vé una ligera mácula central. En el derecho nada.

OBSERVACIÓN III.—María A. y P., de ocho años, natural de Madrid, se presenta a la consulta el 4 de Diciembre de 1918. Se queja de vivos dolores en el ojo derecho que tiene malo desde hace quince días. Niña débil, anémica, adenitis submaxilar y cervical profunda (heredofilia) (?). Dientes raquíticos, impétigo nasal. Edemas del párpado derecho con fuerte inyección bulbar, la córnea está infiltrada en casi toda su extensión y sólo en la extrema periferia conserva un indicio de transparencia. En medio de esta turbiedad se notan puntos más infiltrados. Diagnóstico: Queratitis impetiginosa grave.

Tratamiento.—Lavados. Instilaciones nasales como en el caso primero. Atropina, dionina, lociones oculares con solución de borato sódico al 1 por 100. Vendaje protector. Al interior solución de clorhidrofosfato cálcico con arseniato sódico.

6 Diciembre.—No hay variación, 1.^a inyección de leche (1 $\frac{1}{2}$ c. c.).

11 Diciembre.—Notable mejoría. La infiltración ocupa sólo la parte central. No hay dolor, apenas fotofobia, 2.^a inyección de leche (1 $\frac{1}{2}$ c. c.).

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,8; id. mínima, 702,5; temperatura máxima, 32°,2; id. mínima, 13°,0; vientos dominantes, NE. O. SO.

Los estados infecciosos agudos que venían presentándose en las semanas anteriores, han aumentado en número e intensidad en la que acaba de terminar presentándose en algunos casos con formas de gravedad. La mortalidad, sin embargo, no ha aumentado.

En los niños han sido frecuentes las enterocolitis y diarrea de destete.

Crónicas.

ESPAÑA

Consultas.—En la consulta y clínica de enfermedades de la matriz y del embarazo instalada en la Casa de Socorro de

la Inclusa, Encomienda, 21, a cargo del Dr. Lizcano, se han prestado en el mes de Junio los servicios siguientes:

Enfermas de la matriz asistidas, 140; ídem embarazadas, 32; operaciones, 18.

Número total de asistencias, 560.

La consulta tiene lugar todos los días no feriados, de diez a doce, reservándose los miércoles para el tratamiento contra el aborto y parto prematuro.

Medidas sanitarias en Alicante.—Por la Alcaldía de esta capital levantina se ha publicado un bando estableciendo la vacunación obligatoria, y en vista de las denuncias que se recibían sobre la adulteración del azafrán, el inspector provincial de Sanidad ha ordenado se recojan muestras para analizarlas.

Problemas sanitarios en Almería.—Los vecinos del barrio de los Molinos de Viento han presentado una solicitud al Gobierno civil para que se construya allí el proyectado Hospital de epidémicos.

Alegan los solicitantes ser tan dignos de consideración como los demás vecinos, y que dicho barrio es sano, a pesar del abandono en que lo tiene el Ayuntamiento respecto a higiene.

—El presidente de los baños de Alhama ha solicitado del gobernador que en la Jefatura de Minas se tomen medidas para que las aguas vuelvan a su debido estado, pues actualmente están cerrados los baños de Pierra, causando graves perjuicios a los pobres que iban a curarse allí.

Comité de Higiene de Sevilla.—En el Real Colegio de Médicos se ha celebrado una importante reunión con representación de todas las clases sociales de esta población, constituyéndose en Comité de Higiene, que representa a Sevilla.

Uno de los propósitos de este Comité es la higienización de Sevilla, empezando por las viviendas y el problema del abastecimiento de aguas y convocar a la población a una imponente manifestación pública, en el caso de que la Compañía abastecedora de aguas desatendiese las peticiones del organismo.

Por la raza.—El Ayuntamiento de Málaga ha aprobado el informe de la Comisión de Beneficencia, cuyo ponente fué el Sr. Molina Martell, contestando a una carta del presidente de la Agrupación Pro patria, en la que interesaba la celebración de una semana médica en aquella capital, accediendo a la celebración de la Asamblea y nombrando una Comisión compuesta de los médicos Sres. Encina, García Guerrero, Rosado, Rivera, Pons, Molina y el director del Hospital Militar.

Los médicos de Valencia y los caseros.—Es muy frecuente, demasiado frecuente por desgracia, que en muchas capitales se someta al futuro inquilino de una casa a un estrecho interrogatorio sobre si es médico, si tiene muchos hijos o si llevará tiestos o pájaros a su nueva vivienda.

Por las noticias que publican los periódicos de Valencia, parece haber tomado este asunto en aquella población tal importancia, que resulta casi imposible que los médicos encuentren un alojamiento medio decente donde instalarse y que el Colegio de Médicos se propone tomar acuerdos de extremado rigor en la inspección sanitaria de las casas, como represalia al proceder de los caseros.

Por nuestra parte nos limitamos a censurar el hecho y a lamentar que en una población que figura entre las de primer orden en España, se dé una prueba de falta de cultura como ésta, por las clases pudientes que debieran ser las más ilustradas.

Del homenaje al Dr. Huertas.—En nuestro último número dábamos cuenta del homenaje rendido al ilustre médico por sus compañeros del Hospital provincial. Hoy podemos dar a nuestros lectores el texto del artístico pergamino que le fué entregado.

Dice así:

«Señor D. Francisco Huertas y Barrero.

Al cumplir este año el término de su actuación como profesor de la Beneficencia provincial, queremos todos nosotros, los que hemos sido y seguiremos siendo sus compañe-

SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

ros y amigos, ofrecerle este recuerdo de una fecha en la que el sentimiento de su partida se mitiga con la consideración de que coincide en usted con la plenitud de su actividad espiritual y de su entusiasmo por la labor hospitalaria.

De su largo paseo por el Hospital provincial de Madrid, de las horas asistidas, de su asistencia a las clínicas, para las que siempre halló lugar, aun en los días de más intensa solicitud profesional, no deja más que ejemplos inolvidables y gratos; leal ayuda para sus compañeros; bondadosa sabiduría para sus discípulos; solicitud y caridad inagotable para sus enfermos.

Un acuerdo de la Diputación provincial, que unánimemente ha satisfecho nuestros deseos de honrarle, prolonga más allá del término oficial el lazo que le une al Cuerpo médico. Pero de todas suertes, queremos que este día quede en su recuerdo al lado de nuestros nombres como testimonio de la admiración y el cariño que le profesamos.

Campaña sanitaria.—A mediados de la semana pasada marcharon a Almería los Sres. Blanco, Tapia y Alcarde, todos del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, con el fin de realizar en aquella población una detenida inspección sanitaria.

De aquella capital comunican que han visitado el Hospital y demás departamentos relacionados con el motivo de su viaje. Van provistos de laboratorios portátiles y les acompañan 10 guardias de Seguridad para auxiliarles en la campaña de Sanidad que se proponen emprender.

Estadísticas demográficas.—Acaba de publicarse la estadística demográfica del mes de Enero de 1919 en España.

Los nacimientos fueron 51.181; las defunciones, 45.689, y los matrimonios, 13.895.

El mayor contingente de defunciones lo dió la gripe, con 4.017 víctimas. Siguiéron, con 3.995, las enfermedades del corazón; las hemorragias y reblandecimientos cerebrales, con 3.267; determinadas enfermedades del aparato respiratorio, 3.258; tuberculosis pulmonar, 2.805; bronquitis aguda, 2.258; bronquitis crónica, 1.496; neumonía, 1.354; meningitis, 1.400; cáncer y tumores malignos, 1.224; niños de menos de dos años, 2.068; senilidad, 2.817; debilidad congénita, 1.575.

La viruela causó 365 defunciones; el tífus, 327, y la difteria, 266.

Se registraron 46 suicidios.

También recientemente ha publicado el Ayuntamiento de Madrid la estadística demográfica correspondiente al mes de Junio próximo pasado, según la cual el número total de defunciones registradas es de 1.176. La enfermedad que mayor contingente ha dado de mortalidad después de la diarrea en los niños menores de dos años, ha sido la tuberculosis, 140. De gripe se han registrado 21.

Sin embargo, la cifra total de defunciones es inferior al promedio anterior de este mes.

En honor de los Dres. García Luquero y Díaz Gómez.

—La Asociación Médica Quirúrgica Española ha celebrado con un fraternal almuerzo en el Campo del Recreo, el triunfo obtenido en las últimas oposiciones del Hospital General por el Dr. Díaz Gómez y el gran éxito logrado por aquella benéfica agrupación en los cinco años que hace se fundó por iniciativa del Dr. García Luquero.

Presidieron el acto los Dres. Luquero, Díaz Gómez, Fernández Sanz, González Tomás y Hernández Sampelayo. Nuestra enhorabuena a los homenajeados.

Un concurso. Higiene y Cultura física.—La Unión Médica Gaditana ha organizado un concurso sobre las materias que expresa el epígrafe. Se cerrará el 10 de Agosto, y las solicitudes deben dirigirse a la calle de Beneficencia, 15, bajo.

Los premios son éstos:

Del Rey, objeto de arte, para el mejor trabajo sobre las subsistencias y modo de aumentar la producción.

De la infanta doña Isabel, objeto de arte, para el mejor trabajo sobre educación e instrucción de la mujer.

Cincuenta pesetas y *accèsit* de 25 para mujeres de diez y ocho a treinta años que reúnan mejores condiciones morales y físicas y conocimientos prácticos de economía doméstica.

Cincuenta pesetas para una obrera embarazada, casada ó viuda reciente.

Doce lotes de 25 pesetas para madres lactantes de niños menores de un año y que mejor sepan cuidar y vestir a sus hijos y que éstos presenten el mejor desarrollo.

De 50 pesetas para un matrimonio que cuente por lo menos cincuenta años de casado y que, por sus buenas costumbres y vida higiénica, conserven buena salud.

Dos lotes de 50 pesetas cada uno para otros tantos padres de familia numerosa, casados ó viudos, que tengan a sus hijos en las mejores condiciones de higiene, educación é instrucción.

Dos lotes de 50 pesetas para los ancianos de más avanzada edad que por su vida higiénica conserven robustez y salud relativas.

Cuatro lotes de 25 pesetas cada uno para niños y niñas de dos a ocho años que presenten mejor desarrollo físico.

Cuatro lotes de 25 pesetas para niños y niñas de ocho a doce años que, a más de las condiciones anteriores, presenten mejor instrucción y algunos conocimientos de higiene.

Diez lotes de 25 pesetas para niños y niñas de las Escuelas nacionales que se distingan por su cuidado personal y aplicación.

Seis diplomas, fotografías y juguetes para niños y niñas de clases acomodadas, y uno a diez, que presenten mejor desarrollo físico y salud.

La sanidad abandonada.—Dicen de Pontevedra que ha sido denunciado a las autoridades un caso de viruela existente en una parroquia del distrito de Puenteareas. El alcalde ha trasladado la denuncia al subdelegado de Medicina y a los médicos municipales; pero ninguno de estos funcionarios ha acudido a prestar sus servicios, sin duda porque el enfermo es pobre de solemnidad.

Como el caso se agravara, elevóse hace cuatro días una denuncia al gobernador civil, la cual no dió resultado todavía.

Los médicos municipales y el subdelegado se entregan por completo a la política y descuidan sus obligaciones, dejando que se propague la viruela.

Los médicos de Alicante no se harán la competencia.

—Copiamos de *El Sol*:

Según leemos en un diario levantino, los médicos de Alicante, reunidos en su Colegio provincial, en vista de la carestía de la vida, han acordado no hacerse la competencia y fijar los honorarios mínimos que siguen:

ASISTENCIA MÉDICA	Pesetas.
Visita ordinaria.....	5
Idem de urgencia.....	10
Idem asociada.....	10
Idem por llamada de ocho a once noche.....	10
Idem íd. íd. de once noche a seis mañana.....	25
Idem fuera del casco de la población, por cada hora invertida desde la salida hasta el regreso, de.....	10 a 25
Si se celebra junta se añadirán.....	25
Idem a bordo de cualquier barco, en el puerto, de.....	10 a 25
Cuando en una visita se asista a más de un enfermo, los honorarios se aumentarán en un 50 por 100 por cada uno.	

JUNTA DE MÉDICOS	Pesetas.
Junta con un compañero (para cada uno).....	25
Idem con dos (para cada uno).....	50
Idem con tres ó más (para cada uno).....	75
Idem con un compañero que no ejerza en la localidad.....	250
Si es por la noche se añadirán.....	25

Se entiende por visita ordinaria la realizada dentro del casco de la población, con tiempo invertido hasta veinte minutos y en las horas no especificadas.

ASISTENCIA A LA CLÍNICA	Pesetas.
Reconocimiento ó primera visita.....	5
Sucesivas.....	2,50

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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



INYECTABLES INDOLOROS

DE

Arfocina, Poli-Arfocina y Fer-Arfocina

ARFOCINA		POLI-ARFOCINA	
Ácido nucleínico	0,05	Ácido nucleínico	0,05
Arrenal	0,05	Cacodilato de sosa	0,10
Glicerofosfato de sosa	0,10	Cacodilato de estriquina	0,001
Suero isotónico 1 c. c.		Glicerofosfato de sosa	0,20
		Suero isotónico 1 c. c.	

FER-ARFOCINA	
Metilarseniato de hierro	0,025
Ácido nucleínico	0,05
Arrenal	0,025
Glicerofosfato de sosa	0,10
Suero isotónico 1 c. c.	

Mediante nuestra *especial técnica* de preparación estos inyectables son **COMPLETAMENTE INDOLOROS**, sin adición de *substancias anestésicas* que solo alivian el dolor momentáneamente, dificultando la absorción de los medicamentos.

INDICACIONES

CLOROSIS.—**ANEMIAS.**—**DEBILIDAD DE TODO GÉNERO.**—**LAS ATENIAS TODAS.**—**LAS DESMINERALIZACIÓN.**—**LA DIABETES.**—**ESCROFULISMO.**—**TUBERCULOSIS.**—**INFECCIONES.**—**CONVALECENCIAS.**—**ETC,** según se desprende de la composición de las FÓRMULAS.

Muestras gratis a los señores médicos que las soliciten del **LABORATORIO Y FARMACIA AMERICANA.**—Carabanchel-Madrid.

PAIDINA

Inyectable

A base de Formiato de sosa, Glicerofosfato de sosa y Caedilato estrienina

Atendiendo a ruegos de otros Médicos que nos han solicitado una fórmula tónica, en forma de inyectable, para uso en la infancia, y obtenida ésta después de haber sido ensayada en la Clínica hospitalaria y particular de reputados Paidopatas, la presentamos y ofrecemos al Cuerpo Médico, en la seguridad de que la han de acoger favorablemente como todas las que se preparan en este Laboratorio.

Omitimos hacer disquisiciones acerca de los efectos terapéuticos, porque son tan conocidos los efectos de los fármacos que la integran, que con la simple lectura de su fórmula, basta para que el Médico se dé cuenta de su modo de obrar y de los resultados clínicos que con ella han de obtenerse. La única particularidad de nuestra fórmula es la que se deriva de la asociación de sus compuestos, de la pureza de los mismos y de la exquisita preparación de las ampollas que en nuestro Laboratorio se preparan y de cuya eficacia responde el considerable número que de ellas sirve nuestro Laboratorio y que aumenta considerablemente a medida que por la clase medica se conocen y se ensayan.

— DOSIS —

Una inyección diaria hasta obtener el efecto que el médico persiga en relación con el estado del enfermo.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS QUE LAS SOLICITEN.

PREPARADO POR P. ESTEBAN

Laboratorio y Farmacia Americana

CARABANCHEL-MADRID.

Fuera de las horas de consulta, honorarios dobles. Los honorarios en la clínica se abonan al contado. Parece que en otras provincias de España los médicos piensan acordar algo parecido.

Instituto de Medicina Social.—Sesión mensual.—Bajo la presidencia del Sr. Burgos y Mazo se ha celebrado la Junta general ordinaria correspondiente al mes de la fecha, en el Instituto de Medicina Social.

Se hizo un cambio general de impresiones respecto a la marcha, progresivamente ascendente, de la Institución, y del rápido arraigo que va adquiriendo en el ambiente público, terminando con una síntesis del Sr. Burgos y Mazo respecto a lo que debe ser la medicina social y las orientaciones a seguir para que rinda el máximo de beneficios inmediatos, aspirando, por de pronto, a la creación del Ministerio de Sanidad.

Entrados en el orden del día, el Dr. Ballesteros dió lectura al proyecto de organización de los Comités locales de Salud pública en todas las poblaciones de España, con la misión de informar directamente al Instituto de las cuestiones locales de medicina social, y otro proyecto de organización de las filiales del Instituto en todas las capitales de provincia. Ambos proyectos quedan aprobados con algunas adiciones propuestas por el Sr. Parra, y encargado el Sr. Ballesteros de proceder inmediatamente a su constitución.

A propuesta del Sr. López de Perea se acuerda solicitar del señor presidente del Consejo de Ministros que el Instituto de Medicina Social sea declarado organismo oficial y de utilidad pública.

El Dr. Aguado Marinoni presenta un proyecto de Liga Escolar de los amantes de Higiene, en la que se procurará inscribir a todos los estudiantes de España, bajo la vigilancia y dirección de sus respectivos profesores. Se aprueba el proyecto y el Código fundamental que ha de servir de base al mismo, con algunas modificaciones propuestas por los Dres. Piga y Jaramillo.

Se acuerda enviar públicamente un voto de gracias a los directores y redactores de la Prensa diaria, que tan favorablemente han acogido la creación del Instituto y tanto han contribuido por su publicidad al rápido crecimiento del mismo. Y otro voto de gracias a los generosos donantes que han enviado libros y publicaciones, interesantísimas casi todas, para la biblioteca pública del Instituto.

Se da cuenta por el señor secretario de la incorporación al Instituto de la Sociedad Naturista Ibérica.

Se nombra representante general del Instituto en la República del Perú al Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, catedrático de Medicina social de la Facultad de Lima.

El Sr. Jaramillo propone a la Junta la conveniencia de diferir hasta el mes de Octubre próximo, en que darán principio las sesiones científicas y sociales del Instituto, la lectura de la ponencia, que, en unión del Sr. Huerta, le fué encomendada, con el tema «La instrucción pública ante la medicina social», con el objeto de que pueda ser ampliamente discutida. Así se acuerda.

Son recibidos como miembros numerarios los doctores Saccone, César Chicote, Salazar, Ugarte y Berral, de Madrid, y José Sarazá, veterinario, de Córdoba.

Y son aprobadas las numerosísimas tarjetas de inscripción de colaboradores y corresponsales últimamente recibidas de Madrid y provincias.

Expedientes de pensiones concedidas.—Doña Carmen Bolumburo, doña Blanca Lozano, doña Julia Solano, doña Julia López Navia, doña Tomasa Lachondo, doña Nieves Miralpeis, doña Fabil Armengol, D. Diego Santos y D. Félix Villar.

Pensiones denegadas.—Doña Filomena Andrés y doña Teresa Sánchez.

El Real Consejo ha informado los siguientes expedientes de viudas y huérfanos de facultativos fallecidos a consecuencia de la epidemia gripal, desde su iniciación en el año 1918 hasta 22 de Julio de 1919:

Pensiones concedidas.....	88
— denegadas.....	16

FRANCIA

Asociación francesa de Cirugía (XXVIII Congreso de Cirugía, 6 a 11 de Octubre 1919).—El XXVIII Congreso de la Asociación francesa de Cirugía celebrará su sesión de apertura en la Facultad de Medicina de París, el lunes 6 de Octubre de 1919, bajo la presidencia del Dr. Ch. Walther, miembro de la Academia de Medicina y cirujano honorario del Hospital de la Piedad de París.

Han sido puestos en el orden del día del Congreso las cuestiones siguientes:

- 1.º *Lesiones traumáticas cerradas de muñeca.* Ponentes: Sres. Jeanne (de Rouen) y Manchet (de París).
- 2.º *Tratamiento del cáncer de la lengua por el método de la sangre.* Ponentes: Sres. Seblean (de París) y Vallas (de Lyon).
- 3.º *Tumores paranefríticos.* Ponentes: Sres. Lecene (de París) y Thevenot (de Lyon).

Se ruega a los miembros de la Asociación envíen antes del 31 de Julio el título y las conclusiones de sus comunicaciones al secretario general J. L. Faure, rue de Seine, París.

El precio de las visitas de los médicos.—El Consejo de Administración del Sindicato de Médicos del Sena, comunica la resolución tomada por el Sindicato en el asunto de los honorarios médicos. Ha aquí el texto:

«El Sindicato de Médicos del Sena tiene el honor de poner en conocimiento de la población parisién que los honorarios de los médicos han sufrido un general aumento (el doble de los que regían antes de la guerra). Además, las visitas solicitadas después de las siete de la tarde y las que se hagan en domingo, tendrán honorarios dobles, y las hechas por la noche (de nueve de la noche a siete de la mañana) honorarios triples.

Dada la situación difícil de los médicos desmovilizados, se ruega a las familias regulen en lo que les sea posible sus honorarios en el más breve plazo.

Sociedad de Antropología.—Esta Sociedad ha concedido recientemente a M. Stephen Chanvet el premio Fauvelle con el título de laureado y una suma de 1.000 francos por su tesis sobre el infantilismo hipofisario.

Los gastos de hospitalización en los accidentes del trabajo.—La ley referente a la responsabilidad en materia de accidentes del trabajo pone, como es sabido, a cargo de los jefes de la empresa, los gastos de hospitalización.

El encarecimiento de la vida se ha dejado sentir en los hospitales como en todas partes. Además, numerosas comisiones administrativas han demandado la abolición del máximo fijado por la ley en 5 francos y 5,75 francos para la hospitalización de los accidentados del trabajo, y han solicitado la aplicación de la tarifa de asistencia médica aumentada en un 20 por 100.

La ley que ha votado el Senado satisface estas justas reclamaciones. Los gastos de hospitalización de los accidentados en el trabajo no podrán, todos comprendidos, exceder de la tarifa de la asistencia médica aumentados en un 25 por 100.

El Instituto de Puericultura de la Facultad de Medicina de París.—El 1.º de Julio ha tenido lugar en el anfiteatro grande de la Facultad, la sesión inaugural de esta fundación creada con un millón de francos ofrecido por la Cruz Roja americana y secundado por otro millón debido a la generosidad de los donantes franceses.

M. Lucien Poincaré, vicerrector de la Universidad de París, presidió el acto asistido del senador Paul Strauss; de M. Brissac, director de la Asistencia y de Higiene del Ministerio del Interior; de M. Gustave Mesnure, director de la Administración general de la Asistencia pública de París; de M. Appel, decano de la Facultad de Ciencias; del médico mayor Cronzon y de otras personalidades científicas y de la Administración.

Hicieron uso de la palabra M. Roger, decano de la Facultad de Medicina, y también con emotivas y cálidas frases hablaron el profesor Pinard, el Dr. Kennet Wigat que expresó la alegría cordial de la Cruz Roja Americana por el

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 muestra
gratis. LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

rápido éxito obtenido en la aportación de la segunda mitad del capital de la fundación; y finalmente, para clausurar la solemne sesión M. L. Poincaré representando al ministro de Instrucción Pública pronunció un emocionante discurso.

Entre estos discursos el Dr. Weil-Hallé dió lectura de los Estatutos por los que ha de regirse el Instituto, que fueron aceptados por unanimidad.

Facultades de Medicina.—Por decretos de fecha 1.º de Julio último de los que ha dado cuenta en su informe el ministro de Instrucción Pública, M. Gasset, agregado, ha sido nombrado profesor de Patología externa de la Facultad de París; M. Brump, agregado, profesor de Parasitología; M. Duval, agregado, profesor de Operaciones de la misma Facultad; M. Balthazard, profesor de Medicina legal; M. Ménétrier, de Historia de la Medicina; M. Faure, de Ginecología; M. Gouchet, de Patología; M. Bernard, de Higiene; M. Policard, de Anatomía en la Facultad de Lyon; M. Mourignand, de Patología de Lyon, y M. Maillard, de Química biológica en la Universidad de Alger.

Académicos corresponsales.—Han sido nombrados académicos correspondientes de la de Medicina de París: MM. Bernard y Fabre (de Lyon), Crivelli (de Melbourne), Sencert (de Strassburg) y Vanverts (de Lille).

El cultivo de plantas medicinales.—El comité interministerial destinado á organizar en Francia el cultivo de plantas medicinales y de esencia, se ha vuelto á formar recientemente.

Comprende entre otras personalidades á M. Guignard, presidente de la Academia de Ciencias, presidente de honor; M. Leprof Perrot, presidente; MM. Bertrand y Michel, vicepresidentes, y otros.

BÉLGICA

Sociedad belga de Cirugía.—La Sociedad belga de Cirugía celebrará el vigésimoquinto aniversario de su constitución en el próximo mes de Septiembre en Bruselas. Los profesores Wiliems y Deher harán un informe sobre los traumatismos articulares; MM. Derache y Jansen sobre los traumatismos de los pulmones; M. Danis sobre el shock operatorio, y MM. Lorthioir y Maffei sobre el mal de Pott.

Sociedad Anatómico-clínica de Lille.—Esta Sociedad científica, fundada en 1885, ha vuelto al curso de sus trabajos interrumpidos desde Agosto de 1914. Aunque muchos de sus miembros se hallaban aún movilizados, la Sociedad celebró sesión el 14 de Junio último, nombrando su Junta directiva en la cual y como presidente de honor se designó al profesor Duret, y efectivo al Dr. Danel.

HOLANDA

Las víctimas de la gripe.—Comunican de Amsterdam que según las estadísticas oficiales, han fallecido en Holanda desde el mes de Julio pasado hasta Mayo último, á consecuencia de la gripe, más de 19.000 personas.

INGLATERRA

Muerte de Rayleigh.—El barón John William Street Rayleigh, eminente físico inglés, ha muerto recientemente. Tenía setenta y siete años; hizo sus estudios en la Universidad de Cambridge, en la que sucedió á Max Wale en 1879 en la Cátedra de Física. En 1887 fué llamado al Real Instituto de Londres como profesor de Filosofía natural en sustitución de Tyndall. Era miembro correspondiente de la Academia de Ciencias de París. En 1904 fué laureado con el Premio Nobel. Los trabajos legados á la ciencia por el sabio Rayleigh sobre química, física, acústica, electricidad y óptica, son tan valiosos y excelentes como numerosos.

AMÉRICA DEL NORTE

Un donativo de los estudiantes americanos.—Los estudiantes americanos que en número de más de 5.000 han seguido desde hace muchos meses los cursos de las universidades francesas, han querido manifestar su agradecimiento á sus profesores con una suscripción abierta entre ellos en la que han recogido más de 70.000 francos. Esta suma se ha remitido al ministro de Instrucción Pública francés y ha sido destinada á crear 14 pensiones para los estudiantes franceses, que así podrán, gracias a la generosidad de sus compañeros americanos, ir á seguir los cursos de una universidad americana.

Al presente número acompaña una circular informativa, cuya lectura recomendamos, sobre el producto **Paidina** inyectable y sobre inyectables indolores de **Arfocina**. **Poli-Arfocina** y **Fer-Arfocina**, del Laboratorio y Farmacia Americana.—Madrid.

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

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

IODASA BELLOT
Solución titulada de **IDOPEPTONA**

ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE
gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.
Dosis.— Niños. . De 5 á 20 gotas.—Adultos. . de 10 á 50 gotas

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

SOLUCION BENEDICTO
Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT
(Reconstituyente)



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

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 552.