



EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	JOSÉ SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	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: Clínica Quirúrgica, por el Dr. José Blanc Fortacin. — Contribución al estudio del diagnóstico funcional del hígado, por Francisco García Guijarro. — Valoración de la técnica en el pronóstico de la laringectomía, por el Dr. Tapia. — Los escépticos en terapéutica hidrológica, por el Dr. Rodríguez Pinilla. — Bibliografía, por E. Luengo. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Nicolás Rodríguez Abaytúa, por Antonio Espina y Capo. — El doctor D. Antonio Fernández Chacón, por A. Cortezo Collantes. — Federico Toledo de la Cueva, por Antonio Espina y Capo. — Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalido. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

CLÍNICA QUIRÚRGICA

POR EL

DOCTOR JOSÉ BLANC FORTACIN

del Hospital de la Princesa.

Dermoides sublinguales

El enfermo cuya fotografía aparece aquí (figura 1.^a) presentaba una enorme tumoración en cuello, que subiendo hasta maxilar inferior hacía relieve en la boca, levantando el suelo de la misma y rechazando la lengua a un lado, parecía adherirse a maxilar inferior en su cara interna. Una exploración más detenida, sin embargo, revelaba la independencia de dicha tumoración respecto a hueso; pero la palpación combinada buco-cervical hacía evidente la continuidad de ambas tumoraciones: bucal y de cuello; la aparente adherencia a hueso no era más que la íntima justaposición de la tumoración con la cara interna del maxilar en virtud del crecimiento del tumor, que, por decirlo así, no cabía en el estrecho espacio limitado por los órganos que le rodeaban.

La blandura y renitencia de la neoplasia, la lisura de sus contornos, la transmisión de la presión de uno a otro polo, la relativa movilidad de la misma, etcétera, eran propias de un proceso enquistado.

Desde luego, había que eliminar lo inflamatorio agudo, por ser de fecha antigua al proceso y haber crecido lentamente, y lo inflamatorio crónico porque un análisis de la modalidad de la tumoración la diferenciaba de todos aquellos procesos enquistados, debidos a una evolución inflamatoria crónica.

En efecto, esa tumoración cuya porción principal aparecía en región submaxilar, había crecido corriéndose por dentro del hueso maxilar inferior y había levantado el suelo de la boca; para efectuar esa evolución, había tenido que salvar el obstáculo representado por el diafragma inferior de la boca, el milohiideo, empujándolo en parte, y en parte dissociando sus fibras; pero al hacerlo, ninguna alteración de índole inflamatoria había producido, ni en el músculo ni en el tejido celular, que aparecían lisos, blandos y sin plastrones ni durezas. Eso no sucede ni en los procesos estafilocócicos de evolución lenta, los cuales esclerosan dando la sintomatología de los flemones leñosos; ni en los procesos tuberculosos, que antes de llegar a ese enorme desarrollo esclerosan, en parte, sus contornos y reblandecen y caseifican otras zonas, dando origen a fistulas. Sólo pueden recordar el proceso de que nos ocupamos esos abscesos osifuentes enormes, los cuales, sin embargo, había que eliminar en la evocación

de procesos que con el actual pudieran relacionarse en razón a la ausencia de un punto óseo o ganglionar a que poder referirlos.

Ni tampoco podían en nuestro caso ser objeto de discusión diagnóstica los procesos actinomicóticos, duros, más circunscritos, fistulizados al adquirir desarrollo, ni los procesos específicos terciarios, cuyo volumen no alcanza nunca las proporciones que en este caso llegó a adquirir el tumor que nos ocupa.

Ni el aspecto de la piel ni el desenvolvimiento lento del tumor, hacían pensar en un sarcoma. Ni

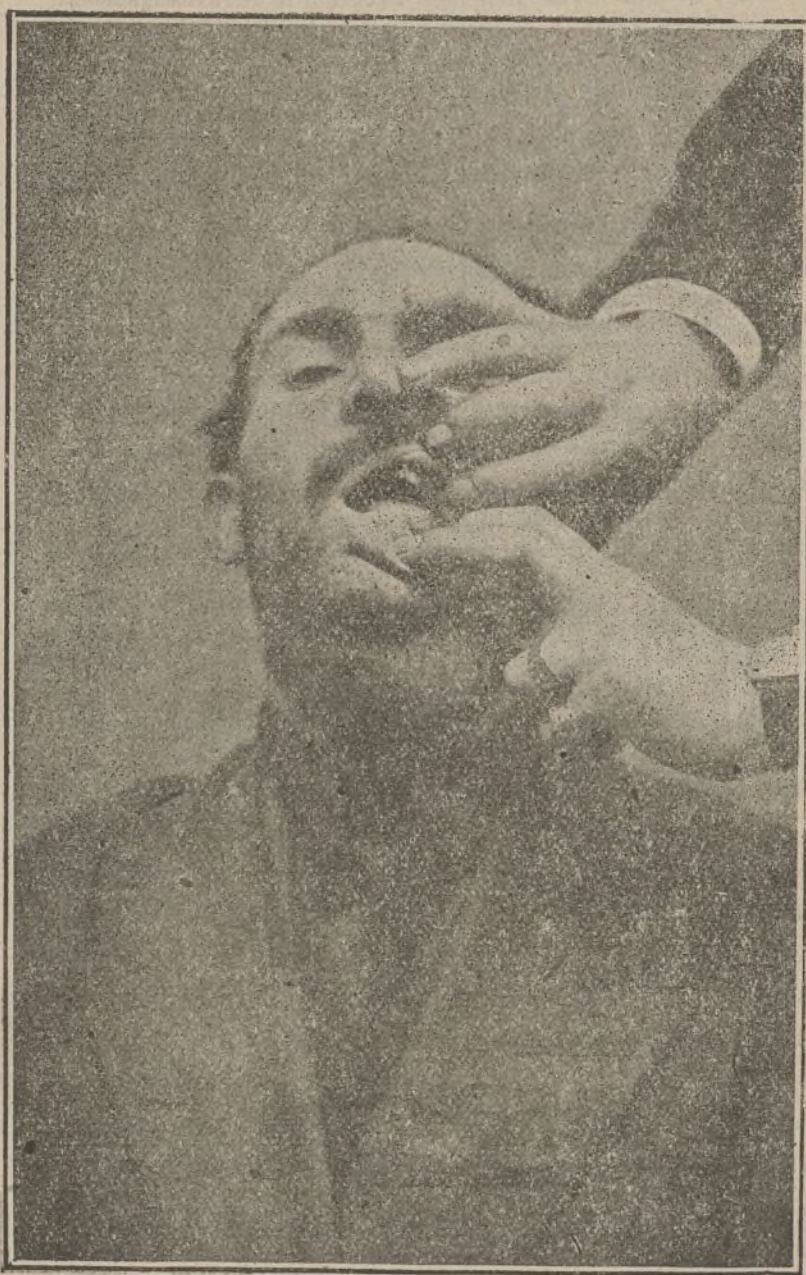


Fig. 1.^a—Enorme dermoide sublingual.

tampoco podía incluirse en el grupo de los mixomas, mielomas, ni otros tumores blandos que tienen todos una evolución mucho más rápida.

Era, pues, un quiste de los llamados dermoides de suelo de la boca, cuya patogenia viene ligada con el desarrollo de la poción de cuello y maxilar inferior que, como es sabido, tienen su origen en una zona o campo mesodérmico distribuido en bandas, llamadas arcos bronquiales.

Suponed a los lados del cuello dos bandas de ectodermo, limitando un espacio mesodérmico; esas bandas van aproximándose hasta cerrar el espacio expresado; ese es el modo de evolución normal. En

nuestro caso, al cerrarse esas bandas ectodérmicas una porción de ellas quedó encerrada, secuestrada en el campo mesodérmico. Y al cabo de años, la particular evolución del segmento ectodérmico dió lugar a un quiste. En otros casos la evolución es distinta; el segmento ectodérmico secuestrado origina un proceso maligno, un epiteloma branquiogénico.

La intervención fué laboriosa; como ocurre en casos de procesos congénitos.

La reacción de los tejidos ambientes es escasa, y el proceso se insinúa entre ellos como hemos dicho en múltiples e intrincadas derivaciones que obligan al operador a ser cauto en los despegamientos, atento en las exploraciones realizadas durante la intervención y decidido en la maniobra, debiendo laborar en las regiones vasculares con un conocimiento perfecto de la anatomía de la región. En nuestro caso practicamos una incisión angular con un lado vertical paralelo al borde anterior del esterno mastoideo, y otra horizontal siguiendo desde el ángulo maxilar todo el borde inferior de dicho hueso. Despegamos así un gran colgajo triangular de piel, y penetramos por detrás de la tumoración en el espacio vasculo nervioso del cuello. Puesto éste al descubierto, comenzamos la disección del gran quiste. Esta disección realizada, primeramente, a punta de tijera, trabajando muy junto a la cubierta quística y, más tarde, en forma obtusa con dedo y espátula, nos llevó al espacio suprahideo sublingual, del cual hubimos de desempotrarlo con alguna cautela para respetar el nervio hipogloso. Ya entonces, fué fácil extraerlo de debajo del maxilar, al cual se hallaba poco adherido, y despegarlo de la cara profunda de la mucosa sublingual. Hemostasia, sutura del colgajo cutáneo y desagüe con tubo y gasa que taponó la enorme cavidad que ocupaba el quiste. Extraído el desagüe a las cuarenta y ocho horas, fué dado de alta el enfermo a los quince días.

Mal de Pott e injertos óseos.

Otro nuevo caso que añadir a la serie de los ya presentados por mí a la Sociedad Ginecológica Española es el presente: Era un hombre de treinta años, con gibosidad angular de la columna vertebral. La lesión recaía en últimas vértebras dorsales y primeras lumbares, y la historia era antigua y característica de proceso pottico. La inmovilización y los vendajes a que había sido sometido el enfermo no habían podido impedir ni la deformidad, ni los dolores en cintura, ni la rigidez vertebral, ni las parestesias en las piernas, ni la exaltación de reflejos, signos todos de persistencia de las lesiones óseas y de repercusión de las mismas en la meninges medular. La evolución de la lesión ósea fué progresivamente invasora en tejidos ambientes, los cuales fueron infiltrados por la siembra de tubérculos procedentes del foco vertebral. La fusión de esa zona infiltrada determinó la producción de un absceso osifluente que, siguiendo el trayecto del psoas,

llegó a la región crural, haciéndose allí palpable y accesible.

Practiqué la intervención según la técnica ya conocida. Incisión curva en arco, cuya cuerda viene representada por la línea de apófisis espinosas. Denudación de dichas apófisis en número de cinco; hemisección de las mismas hasta las láminas; implantación en esa zona de avivamiento de un injerto óseo tomado de la espina de escápula; sutura de las masas musculares con catgut y sutura de la piel con crin de Florencia.

La evolución posterior de este caso me permitió comprobar la realidad de un concepto hipotético que en un trabajo aparecido, hace pocos meses, en *Medicina Ibero* formulaba acerca del papel, no sólo mecánico, sino biológico, que a los injertos óseos en lesiones tuberculosas óseas podía concedérseles. Decía yo en ese trabajo: «Cuando después de seccionadas por mitad las apófisis espinosas colocamos junto a ellas una lámina ósea (el injerto), por de pronto han de verificarse en el hueso receptor fenómenos análogos a los que tienen lugar en los primeros períodos de consolidación de una fractura. Y en ese período, las cosas ocurren del modo siguiente: Los elementos blandos, próximos al foco de fractura, son asiento de un proceso inflamatorio aséptico; leucocitos, células conjuntivas y fibras musculares en fase de activa proliferación, originan alrededor de ese foco una capa plasmática, en la cual la fagocitosis está exaltada; por otra parte, los elementos propios del hueso son asiento asimismo de un proceso de intensa actividad, en virtud de la cual la capa medular subperióstica, llamada fértil, prolifera, formando un tejido de granulación. Los osteoblastos corroen las paredes óseas y la porción medular desenvuelve asimismo sus actividades en sentido formativo.

»Pues bien, ya sólo por esas consideraciones se comprende la posibilidad de que ese activo metabolismo celular que se desenvolverá de modo análogo al de las fracturas, sobre todo en la porción de hueso preparado para el injerto, podrá influir sobre la porción de cuerpo vertebral donde el proceso tuberculoso asienta. Se me dirá quizás que la acción es muy indirecta, puesto que el segmento vertebral donde se actúa está muy distante del sitio de la lesión. Mas téngase en cuenta, que siendo el hueso en último término un conglomerado medular rodeado de substancia calcárea orgánica, cuya producción, condensación y orientación vienen regulados por la actividad de esa misma médula, los diversos elementos de que se compone una vértebra pueden, en el terreno anatómico, considerarse individualizados; pero en el aspecto biológico deben juzgarse solidarizados, no pudiendo ninguna porción del hueso substraerse a la influencia de lo que en otras porciones del mismo hueso ocurra.

»Hay que tener en cuenta, además, que los fragmentos óseos que se ponen en contacto, al hacer el

injerto no pueden asimilarse en un todo a los que componen una fractura; éstos son porciones de un mismo territorio orgánico, en los cuales ha de desenvolverse un proceso de cicatrización. Pero entre las apófisis seccionadas y el nuevo hueso que frente a ellas se coloca, el proceso es más complejo, pues se trata de todo el intrincado mecanismo inherente a la transplatación de un segmento orgánico. Cuando éste sea cualquiera el tejido que utilicemos, aun siendo autoplástico, es decir, procedente del

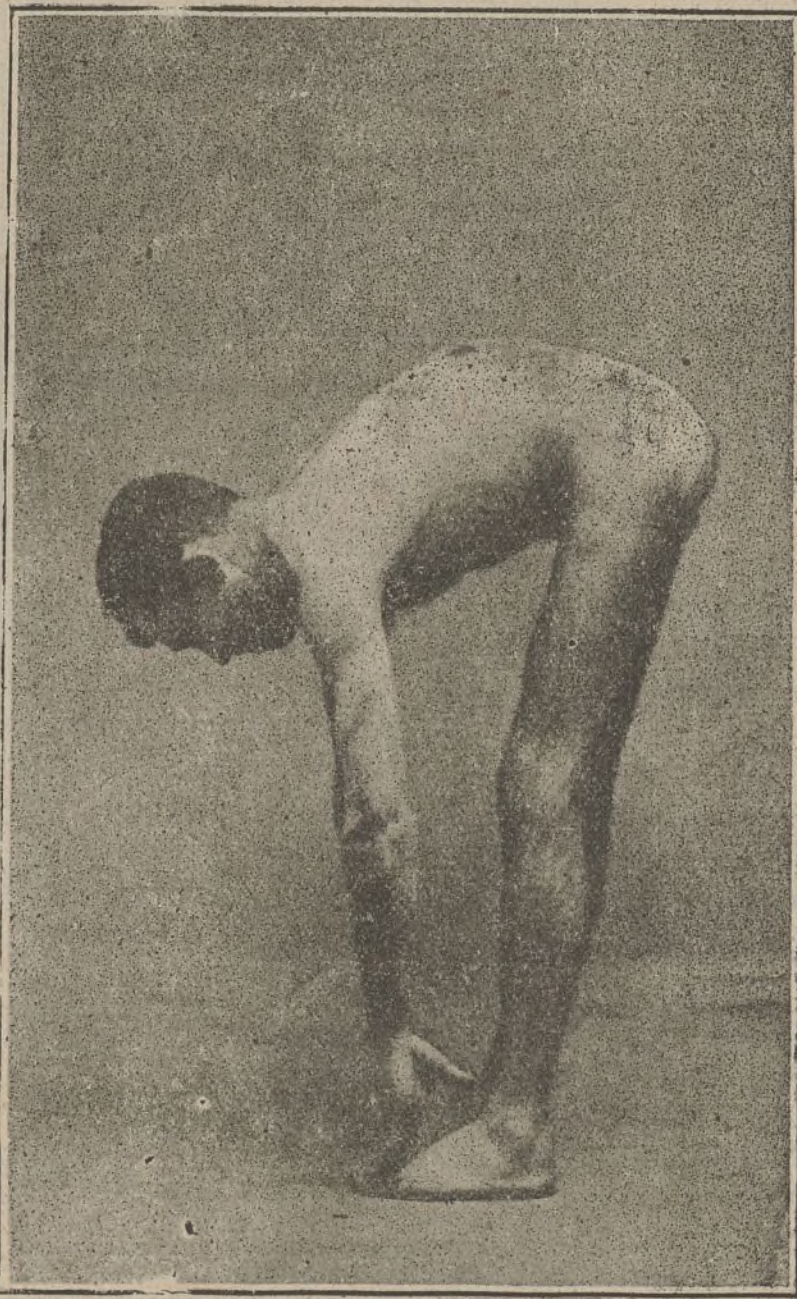


Fig. 2.^a—Resultado obtenido al cabo de un mes de una transplatación ósea en enfermo pódico.

mismo individuo, es transportado a otra zona orgánica de la misma categoría celular que la suya propia (piel a piel, hueso a hueso); las primeras fases de la vida del injerto son difíciles; tiene lugar algo semejante a lo que en los individuos se llama aclimatación.

»El hueso transplantado, hasta que contrae vínculos firmes con el hueso receptor, sufre fenómenos de rarefacción ligados a una deficiente nutrición del mismo.

»Todas esas fases histológicas parecen relacionadas con fenómenos bioquímicos de cuerpos y anticuerpos; algo así como si en el hecho de implanta-

ción del injerto se produjeran sustancias lísicas que tendieran a destruir el injerto, y éste por su propia vitalidad en principio conservada, aunque atenuada, produjera a su alrededor fermentos capaces de contrarrestar la acción de aquélla. Es indudable, pues, la existencia de un mecanismo bioquímico en la zona operada, que por ser intenso debe influir sobre los focos tuberculosos vertebrales».

La realidad de ese proceso bioquímico que en otros casos se manifestó por una mejoría evidente de los síntomas subjetivos, se hizo más ostensible en este caso, en que se modificó favorabilísimamente con sólo dos punciones y sin inyección modificadora alguna la evolución del absceso osifluente enorme que el enfermo presentaba; al mes, el enfermo andaba sin molestias y realizaba los movimientos de flexión de tronco indicados en la figura segunda.

Hay que decirlo todo. La operación no está exenta de peligros; entiéndase bien: no son inherentes a la perturbación del foco vertebral, sino derivados de la influencia que el acto traumático operatorio puede ejercer sobre zonas de centros nerviosos, más vitales, por decirlo así, que la porción raquidiana, y en las cuales o en sus vecindades pueda existir alguna localización tuberculosa latente. El caso siguiente es un ejemplo.

Un niño de nueve años, es recomendado a nuestra clínica para ser tratado por el método cruento, su lesión póttica; el enfermito presentaba parestesias en las piernas, atribuidas a la lesión vertebral. Este niño fué operado el mismo día que el enfermo cuya lesión acabamos de relatar. Las primeras horas después de la intervención transcurren sin contratiempo; en la madrugada del siguiente día se presentó un cuadro de hipotensión brusca, seguida de cuadro comatoso, con gran elevación térmica, y el niño muere en la tarde de aquel día. No se hizo autopsia; sospecho que fueran fenómenos de base cerebral, resultantes de la reactivación de algún foco latente en esa región y que al comenzar su evolución determinarían ya, por razón de localización vecina a centros vitales, la inhibición de esos centros y de las funciones de ellos derivadas.

La más escrupulosa y atenta observación del enfermo, y el más concienzudo análisis de los signos de exploración y de los datos hematológicos que del mismo se puedan recoger, se impone cuando se vaya a tratar de algún modo cruento a todo tuberculoso, no sólo vertebral, sino de cualquier otra zona o región.

No ha sido éste el primer caso de muerte rápida después de una intervención en esos individuos. Recordamos otros dos uno después de una trepanación de trocantes, y otro después de una resección de rodilla; ambos sucumbieron pocas horas después de la intervención con el mismo cuadro de hipotensión y coma que en este niño se presentó.

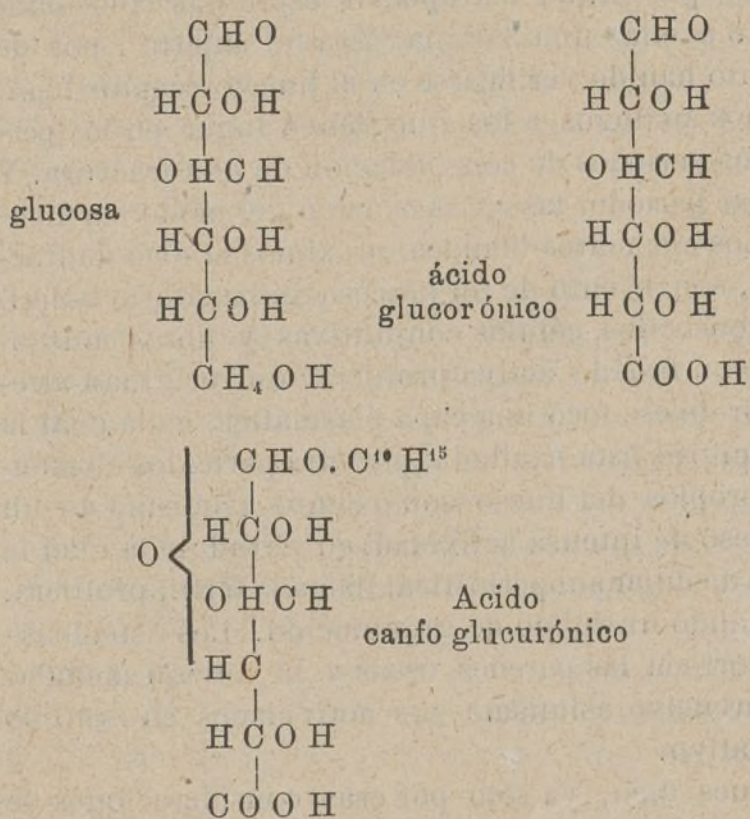
Contribución al estudio del diagnóstico funcional del hígado ⁽¹⁾

POR

FRANCISCO GARCIA GUIJARRO

—o—

En efecto, en el hombre normal la glucuronuria es constante; pero su intensidad varía con el régimen alimenticio y con la intensidad de las putrefacciones intestinales. En ayunas la glucosuria disminuye y puede llegar a desaparecer. Para obtenerle cuando se produce en pequeña cantidad se suministra un cuerpo conjugable cualquiera, que suele ser el alcanfor, como ya se ha dicho, y con el que se forma el ácido canforoglucurónico, que tiene por fórmula la siguiente:



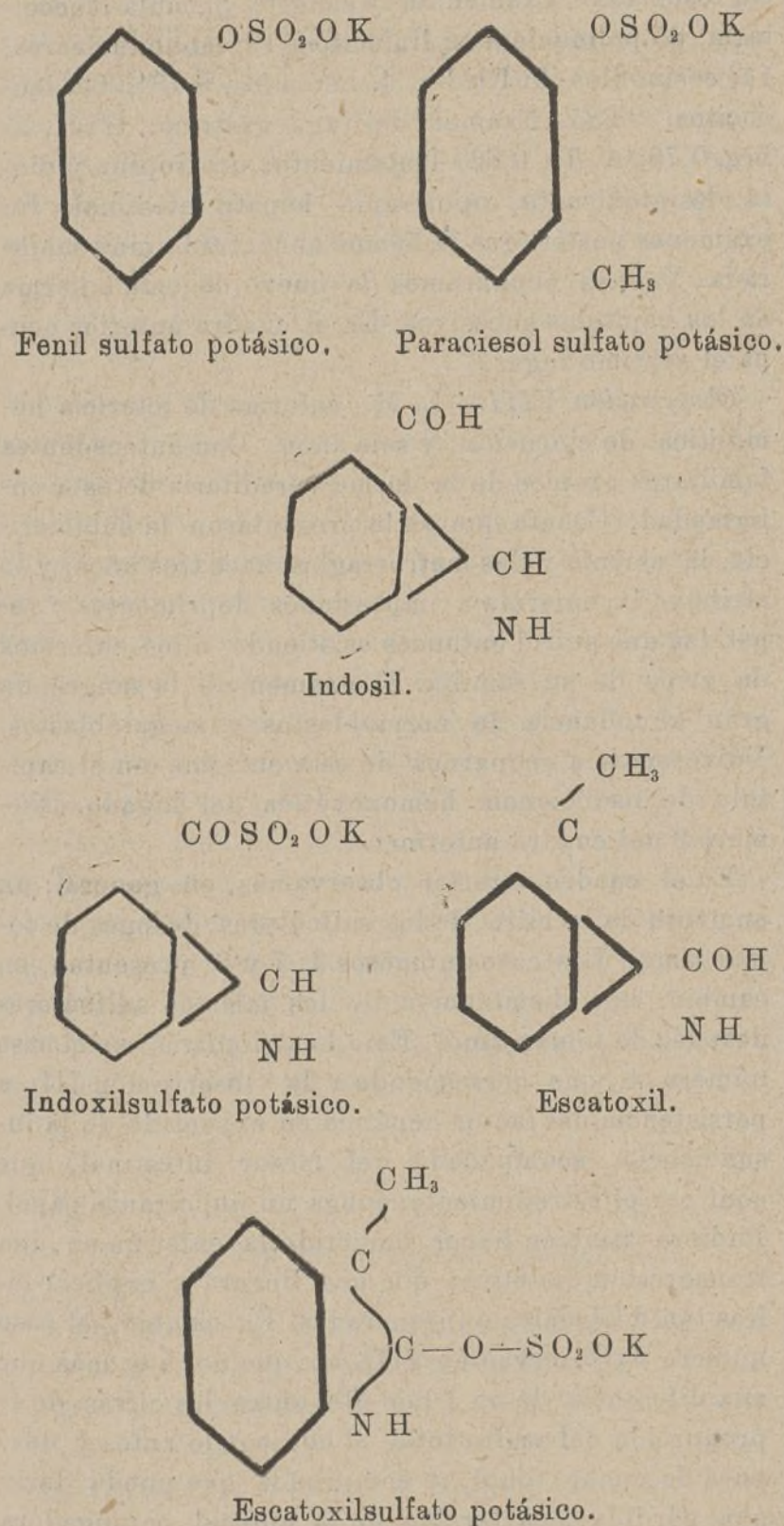
Para reconocer el ácido glucurónico en este compuesto conjugado se habrá de hidrolizar éste con un ácido mineral, con lo que queda libre, y pueden emplearse sobre él las reacciones características espectroscópicas y colorimétrica (17).

Además de estas dos maneras de producirse la conjugación de las sustancias aromáticas, Fischler (18) cree que la urea puede asociarse a los distintos cuerpos tóxicos conjugables, de la misma manera que aparecen unidos el ácido aminobenzoico, los ácidos ortoamidosalicílico y paraamidosalicílico con la urea, que corresponden a los ácidos uramidos. También la taurina se une en parte con la urea.

Los compuestos sulfoconjugados, su valoración en la orina e importancia clínica.—Como queda dicho, los productos aromáticos oxidados se conjugan con el ácido sulfúrico y dan lugar a las combinaciones llamadas sulfoéteres. El ácido sulfúrico, que, como es sabido, es bivalente, satura una de sus valencias con un átomo

(1) Véase el número anterior.

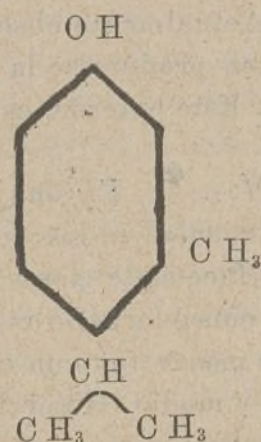
de potasio, y la otra valencia con el radical aromático correspondiente; así, se pueden representar estos cuerpos de la siguiente manera:



En la orina hay, además, compuestos de azufre en otras formas, a saber: sulfatos inorgánicos y azufre neutro. El conjunto de todos ellos constituye el azufre total, el cual viene a contener el 15 por 100 de sulfo-

éteres, cifra que nos interesa consignar para reconocerla en los resultados de nuestros análisis.

Foster y Kahn (19) han propuesto el siguiente método para la determinación cuantitativa de esta función sulfoconjugadora: El paciente toma por la mañana en ayunas 20 gramos de aceite de ricino y se somete durante dos días a un régimen alimenticio constante y conocido. Se recoge la orina de veinticuatro horas para investigar la cantidad de azufre total y de azufre conjugado que contiene. En el tercer día el paciente toma medio gramo de timol y vuelve a recoger la orina de veinticuatro horas para investigar también en ella la cifra de sulfúrico total y la del conjugado que contiene después de haber tomado timol. Se emplea este cuerpo porque, como puede verse por su fórmula, tiene un núcleo aromático, el metacresol. Si el timol ha sido conjugado por completo, la cifra de sulfatos etéreos, que normalmente es de 0,2893 gramos, sube a la de 0,7666 gramos, cambiando la relación respecto a la cantidad de sulfúrico total de los 15 por 100 normales a los 25 por 100 aproximadamente.



Nosotros hemos investigado estas cifras por el método gravimétrico, que en líneas generales consiste para el azufre total en oxidar completamente la materia orgánica para convertir su azufre en ácido sulfúrico y dosificarlo junto con el mineral al estado de sulfato bórico. La valoración de sulfoéteres consiste en precipitar en frío con el cloruro bórico los sulfatos minerales, y en el filtrado descomponer el sulfoconjugado mediante ebullición prolongada en presencia de clorhídrico, separándolo entonces también al estado de sulfato bórico.

He aquí los resultados obtenidos:

CUADRO NÚMERO 1

Caso Número	DIANOSTICO	SULFURICO TOTAL		SULFATOS ETEREOS		PROPORCION DE SE-ST	
		antes timol	después timol	antes timol	después timol	antes timol	después timol
1	Normal.....	2,0375	2,1295	0,2893	0,5646	14,02	26,08
2	Cirrosis bivenosa....	3,2439	2,1735	0,1956	0,2883	6,03	17,8
3	"	3,9892	2,4783	0,3020	0,4184	13,5	16,9
4	Lit. biliar.....	1,2224	1,2769	0,1441	0,0686	11,0	5,4
5	"	1,2224	2,1831	0,0892	0,4045	7,2	18,5
6	"	0,7414	0,7277	0,0892	0,1990	12,0	27,6
7	Angiocolitis.....	0,7345	0,6315	0,2093	0,0686	28,0	10,0
8	Hepatitis sífilítica...	2,4028	4,1465	0,1304	0,1893	5,4	4,5
9	Ictericia hemolítica..	1,0613	1,1270	0,0823	0,1853	7,7	16,05

Observación I.—G. S., hombre de treinta y dos años. Sin antecedentes familiares dignos de anotar. Cuenta que hace cuatro años, durante los dos o tres meses más calurosos del verano, tenía una febrícula con ligeras exacerbaciones vespertinas, escasos sudores y dolor en el hipocondrio izquierdo. Este cuadro fué diagnosticado y tratado como paludismo, sin resultado satisfactorio alguno (abunda extraordinariamente el paludismo en la provincia de Cáceres, de donde procede este enfermo). Desde hace cuatro meses los dolores se han extendido en forma de cinturón. Ascitis, más tarde edema maleolar. Escasas epistaxis. Diagnóstico: Cirrosis bivenosa. Tratamiento: Régimen alimenticio seco y de desintoxicación. Paracentesis repetidas, y últimamente se le practicó la operación de Talma (doctor Olivares). Este enfermo corresponde al núm. 2 del cuadro anterior.

Observación II.—M. H., hombre de treinta y seis años, que ocupa la cama 31 de la clínica del doctor Madinaveitia. Sin antecedentes familiares pertinentes a su estado actual. Desde hace ocho años dolor epigástrico y en el hipocondrio derecho. Hace dos años que se le presentó ascitis. Le han practicado numerosas paracentesis. Actualmente observa el enfermo que tarda más tiempo en producirse la ascitis. Diagnóstico: Cirrosis bivenosa. Este enfermo es el señalado con el núm. 3.

Observación III.—F. F., mujer de veintinueve años. Nada de particular en los antecedentes familiares y personales. Hace siete meses tuvo el último parto; fué eutócico y con puerperio regular, gran estreñimiento. Hace dos meses tuvo un cólico hepático, que le repitió al mes y medio. Hiperclorhídrica. (Núm. 4 del cuadro anterior.)

Observación IV.—S. C., enferma de litiasis biliar, de cincuenta y un años. Hipoclorhídrica. Síntomas de reacción glandular climatérica. En este caso, que es el señalado con el núm. 5, se comprende que en la patogenia de la litiasis intervenga la hipercolesterinemia por hiperepinefria reaccional menopáusica, como en el caso anterior puede achacarse a la hipercolesterinemia gravídica, y en cuya perturbación del metabolismo colálico quizás no sea extraña la insuficiencia hepática por intoxicación gravídica más o menos acentuada, además de la hiperproducción de colestera en el organismo.

Observación V.—B. U., enfermo de litiasis biliar, de treinta y cinco años. Hace siete años tuvo un cólico hepático. Hace dos años fiebre tifoidea; desde entonces, molestias durante la digestión, con dolor, a veces, en el punto cístico. Hipoclorhídrico. Estreñido. Hace vida sedentaria (empleado de oficina). (Enfermo señalado con el núm. 6).

Observación VI.—M. R., enferma de angicolitis, de cuarenta y dos años. Hace nueve años, hipopepsia, que acompañó a crisis hipoóvaricas (amenorrea, sofocaciones, etc.) Hace seis años padeció una intoxicación (¿argéntica? ¿saturnina?) al teñirse el pelo. Hace un mes se le presentó urticaria, que desapareció rápi-

damente; luego ictericia intensa. En la orina se observan pigmentos biliares (reacción de Grimbert); pero no sales biliares (reacción de Hay); hay, pues, ictericia disociada. Examen de la sangre: fórmula leucocitaria: 85 polinucleares; linfocitos, 10; mononucleares, 11; eosinófilos, 0; Rieder, 4; hematíes, 6.484.000; leucocitos, 9.683. Examen del jugo gástrico: C i H, libre, 0,75; A. T., 0,82) Tratamiento: urotropina y dieta desintoxicante, opoterapia hepato-intestinal. En exámenes posteriores la hemos encontrado muy mejorada. Ya nos ocuparemos de nuevo de esta enferma en los capítulos sucesivos. En el cuadro anterior ocupa el séptimo lugar.

Observación VIII.—L. M., enferma de ictericia hemolítica, de cincuenta y seis años. Con antecedentes familiares propios de la forma hereditaria de esta enfermedad. Cuenta que se le presentaron la subictericia, la astenia y las metrorragias hace tres años, y lo atribuye la enferma a impresiones deprimentes y repetidas que sufrió entonces asistiendo a los enfermos de gripe de su familia. El examen de la sangre da gran abundancia de normoblastos y megaloblastos. Volveremos a ocuparnos de esta enferma en el capítulo de insuficiencia hemopoyética del hígado. (Número 9 del cuadro anterior).

En el cuadro anterior observamos, en general, un aumento de la cifra de los sulfoéteres después de tomar timol. Los casos números 4, 7 y 8 presentan, en cambio, una disminución de los mismos sulfoéteres después de tomar timol. Esto lo atribuimos, en el caso número 4, que corresponde a la Observación III, a persistencia del factor hepático en el sentido de la insuficiencia, acompañado del factor intestinal, que aquí por el estreñimiento, juega un importante papel. Pudiera también haber incurrido la enferma en una transgresión dietética, que nos llegará a explicar cifras tan desiguales e inesperadas. En cambio, el caso número 8 (Observación VII), en que no hay más que una diferencia de un 1 por 100 entre las cifras de la proporción del azufre total al conjugado antes y después de tomar timol, se comprende que pueda darlo una pérdida considerable de la aptitud conjugadora de la célula hepática; hipótesis que abonaría plenamente la información clínica del enfermo. En el caso número 7 (Observación VI), aunque hay síntomas clínicos de insuficiencia hepática, no nos dan una explicación convincente de las extrañas cifras conseguidas. En el resto de los casos anotados, vemos que las cifras de las dos últimas columnas dan resultados muy demostrativos: el cirrótico núm. 3 (Observación II), conjugua menos cresol que el número 2 (Observación I); el litiasico biliar núm. 6 (Observación V) conjugua perfectamente el núcleo cíclico del timol; la enferma de ictericia hemolítica n (Observación VIII), tiene una cifra deferencial entre ambos valores porcentuales que está en relación con la marcha clínica de su enfermedad, en la que se ha conseguido una remisión de los síntomas y una considerable mejoría de su síndrome hemático con la lipoidoterapia.

En resumen, nosotros creemos que, en efecto, la prueba de la sulfoconjugación que estamos comentando puede ser un medio auxiliar corroborador para investigar la función hepática; nunca un indicador que pueda por sí solo delatar el estado funcional del hígado. Y es que, efectivamente, la función sulfoconjugadora del hígado se ha demostrado; pero también se ha demostrado que en la intimidad de los tejidos, por la acción de los enzimas digestivos o por la intervención de las bacterias intestinales, los sulfoéteres pueden producirse, y ello resta firmeza y seguridad al fundamento teórico en que esta prueba quiere apoyarse y que serviría de garantía para sus resultados. Desconocemos el ciclo del metabolismo intermediario; le pretendemos averiguar imitando la circulación a través de hígado, de páncreas o de riñón, y reconociendo los productos resultantes y, aun *in vitro*, reproducimos muchas reacciones bioquímicas; pero el fino, el delicado intercambio molecular del protoplasma en la trama de los tejidos, no le alcanzamos; no conocemos más que las etapas del comienzo y del fin del metabolismo. Por esto dice Chauffard, que valerse de los datos analíticos de la orina es confiarse «a un testigo distante y, a veces, infiel de la vida química de los tejidos». Este es el inconveniente y más grave achaque que tienen todas las pruebas de eliminación, y aquí en este caso particular de la sulfoconjugación las dudas aumentan. Damos, pues, en definitiva, a esta prueba un valor clínico diagnóstico secundario y auxiliar y no participamos de los entusiasmos de Foster y Kalm.

III

La función hemopoyética del hígado.

Ya es clásico el cuadro clínico de insuficiencia hepática formado por la triada sintomática de trastornos térmicos, alteraciones nerviosas y hemorragias que la escuela francesa de Gilbert (20) dejó tan escrupulosamente acabados. Atribuir al hígado funciones hemopoyéticas es cosa que las investigaciones recientes van confirmando. Parece ser que uno de los puntos de origen del fibrinógeno es el hígado; la tromboquinasa procedería también en parte de esta glándula. Goodpasture (21) ha llamado la atención sobre el hecho interesante de que en las cirrosis bivenosas la sangre pueda digerir completamente un coágulo sanguíneo en muy pocas horas y a la temperatura de 37° c. Ese mismo coágulo permanece sin ser digerido días y hasta semanas frente a sangre normal. Goodpasture cree que la disolución del coágulo es debida a un enzima que se destruye por el calor, y cuya acción inhibe el suero normal. Whipple, Mason y Peightal han encontrado aumentada la lipasa del suero en algunas enfermedades hepáticas. El hígado, pues, vierte en la sangre enzimas y favorece su coagulabilidad.

El fibrinógeno y las enfermedades hepáticas.—El fibrinógeno es una globulina que en el momento de la coagulación se transforma en fibrina. Hammarsten

cree que ésta es producto de una trasposición molecular del fibrinógeno. Schmiedeberg (23) cree que por acción hidrolítica de la trombina el fibrinógeno se desdobra en fibrina insoluble y fibrinoglobulina soluble. Para Nolf, la producción de la fibrina no sería sino la pérdida de la estabilidad del sistema coloidal fibrinógeno. Sea de ello lo que fuere, lo cierto es que el fibrinógeno representa el substratum, sobre el que los enzimas de la coagulación sanguínea actúan. Nada tiene de extraño, pues, que las fuentes de producción del fibrinógeno (hígado, medula ósea, según Morawitz (24), intervengan en las hemopatías hemorrágicas, y que a su vez el estado de la coagulación sanguínea y la cantidad de fibrinógeno en la sangre puedan indicar el estado funcional de aquellos órganos.

Por lo que al hígado respecta hemos de hacer constar que la cantidad de fibrinógeno investigado en sangre nos ha servido con bastante exactitud para establecer el diagnóstico funcional del hígado. Es una de las pruebas más fieles y constantes, que tiene además la ventaja de ser sencilla en su ejecución. He aquí la técnica de Whipple y Horwitz, que es la que nosotros hemos empleado: Se extraen 10 c. c. de sangre y se colocan en un Erlenmeyer que contenga 20 c. c. de una solución al 1 por 100 de oxalato sódico (lo mismo puede emplearse cualquiera otra sal soluble del ácido oxálico, porque lo que se pretende con ello es precipitar las sales cálcicas de la sangre y que ésta no se coagule). Se centrifuga esta sangre así tratada y se recoge el plasma oxalatado que sobrenada. Se someten 20 c. c. de este plasma a la temperatura de 59° c. durante veinte minutos, al cabo de los cuales se ponen en un crisol de Gooch tarado para que filtre el plasma y queden retenidos los coágulos que se habrán formado. A veces es tal la viscosidad del líquido a filtrar que se necesita hacer la operación en el vacío por medio de la trompa de agua. El residuo que retiene el crisol de Gooch se lava con alcohol y éter, se lleva después a la estufa para someterlo a la temperatura de 120° c., se deja luego media hora en un tectador y se pesa, deduciendo por diferencia con la tara, la cantidad de fibrinógeno obtenido.

En estado normal la cantidad de fibrinógeno que contienen 100 gramos de sangre es de 0,226 a 0,40 gramos. En las enfermedades del hígado está disminuido (cirrosis bivenosa llega a veces a 0,05 gramos); en las enfermedades de la medula ósea también está disminuido (los leucémicos tienen poco fibrinógeno en la sangre); recientemente Kottmann y Lidsky han demostrado que en el bocio exoftálmico las cifras del fibrinógeno descendían a 0,20 y 0,18, mientras que en los mixidematosos mostraba una riqueza su sangre en fibrinógeno de 0,34 y 0,49. En general, hay aumento de fibrinógeno en las enfermedades (supuraciones, etc.) que producen leucocitosis y disminución en las que tienen tendencia a la leucopenia.

Más adelante insertaremos un cuadro con los resultados obtenidos en la investigación del fibrinógeno en nuestros enfermos hepáticos.

La lipasa del suero en las hepatopatías.—Hanriot demostró la existencia de un fermento lipolítico en la sangre. Esta lipasa aumenta, según dicen los autores americanos antes citados, en las enfermedades del hígado. Sin embargo, ellos mismos consignan que suele disminuir en la cirrosis bivenosa. Nosotros hemos obtenido cifras muy bajas en todos los enfermos de hígado que hemos examinado. Para la determinación de la lipasa en la sangre existen varios métodos; pero los que se usan más frecuentemente son el de Rona-Michaelis (25) y el de Lowenhart (26). El primero está basado en el hecho de que una solución de monobutirina o éter monobutírico de la glicerina experimenta una disminución de la tensión superficial en presencia de la lipasa, pudiéndose conocer la cantidad de esta misma lipasa por el aumento del número de gotas si se emplea el «Tropmethode» de Traube o estalagmométrico.

Requírese para este método dos disoluciones: una solución al 1 por 100 de monobutirina y otra solución de fosfato sódico. Esta última se obtiene añadiendo a una parte de solución n/3 de fosfato monosódico siete partes de solución n/3 de fosfato disódico. La técnica es la siguiente: se toman 1 ó 2 c. c. de suero sanguíneo, 50 c. c. de solución de monobutirina y 2 c. c. de la solución de fosfatos. Se agitan y se mide la tensión superficial a una temperatura de 18° c.; se deposita en la estufa la mezcla de soluciones a la temperatura de 37° c. durante media hora. Al cabo de este tiempo se enfría la mezcla hasta los 18° y se vuelve a determinar la tensión superficial. Se repite la operación al cabo de una, dos o más horas. Cuando ha aumentado el número de gotas es que se ya ha producido el desdoblamiento de la butirina.

Método de Lowenhart.—En cuatro tubos de ensayo limpios, secos y esterilizados se colocan medio centímetro cúbico de suero, 4 c. c. de agua destilada y esterilizada y medio centímetro cúbico de butirato de etilo; el butirato sólo en dos tubos de los cuatro. Se cubren las mezclas con una capa de tolueno. Se agitan los tubos y se colocan en la estufa a 38° durante veinticuatro horas. Al cabo de este tiempo se enfrían los tubos en agua fría, se añaden tres gotas de azolitmina en cada uno de ellos y se practica la acidimetría en los dos que llevan butirato y la alcalimetría de los otros dos.

El butirato de etilo se habrá desdoblado por la acción de la lipasa en ácido butírico y alcohol etílico. Nosotros no dosificaremos todo el ácido butírico formado al practicar la acidimetría. Las primeras porciones del ácido se habrán neutralizado con los compuestos alcalinos de la sangre; por eso, para determinar la cantidad total de butirato desdoblado hay que sumar la cifra de la alcalimetría de la sangre y la cifra de la acidimetría calculadas en soluciones n/10 de ácido clorhídrico y sosa, respectivamente. En la sangre normal el resultado de esa suma asciende a 0,2 o 0,3, expresado en función de solución n/10 de ácido clorhídrico. Nuestras cifras en individuos normales son bajas 0,1 0,2.

Para conceder a esta prueba el valor que le corresponde veamos primero en qué condiciones se realiza la acción hidrolítica de la lipasa. El agua de disolución—los 4 c. c. empleados—determina el desdoblamiento del butirato de etilo. Nosotros hemos colocado en una serie de tubos la misma cantidad de butirato (medio centímetro cúbico) a distintas diluciones, y hemos observado, después de someterlos durante veinticuatro horas a 38°, que la acidez del butirato (siempre lleva algo de ácido butírico libre) aumentaba progresivamente y que a la dilución de los 4 c. c. de agua destilada la acidez era de 0,0286 c. c. de solución n/10 de sosa. Además hay que tener en cuenta, como antes dijimos, que en el desdoblamiento del butirato de etilo se produce alcohol etílico, el cual, aunque en muy pequeña concentración, pudiera alterar los resultados, ya que, como han demostrado Connstem, Hover y Wartenburg (27), Hover y Falk (28) y Genitsu y Minora Osumi (29), la actividad de la lipasa desaparece por el alcohol etílico y no es restaurada por ningún tratamiento. He aquí, pues, motivos que hacen temer por la exactitud y fidelidad de las cifras alcanzadas.

Trabajando siempre en condiciones iguales; y advertidas y corregidas todas las causas de error que hemos citado, los valores que se obtengan pueden servir de alguna referencia; pero ¿tienen aplicación al diagnóstico funcional del hígado o de cualquier otro órgano? Las cifras que nosotros hemos obtenido en nuestros enfermos no llegan más que muy raramente a la normal; casi todas son subnormales. No hemos visto esos aumentos considerables de cinco y ocho veces sobre lo normal que han visto en las hepatopatías Whipple y sus colaboradores.

Nuestras cifras son las siguientes:

(Continuará.)

Valoración de la técnica en el pronóstico de la laringectomía⁽¹⁾

—O—

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, POR EL DOCTOR TAPIA

Y dicho esto, vamos a hacer una ligera exposición del método de Gluck, que es a mi juicio el ideal para la laringectomía.

Se hacen dos incisiones horizontales desde el borde anterior de un esterno-cleido-mastoideo al borde anterior del otro; la primera, a la altura del hioides; la segunda, a nivel del borde inferior de cricoides. Otra incisión vertical media une el centro de las precedentes. La disección de los dos colgajos así formados proporciona un campo amplísimo; se ligan las venas

(1) Véase el número anterior.

cuidadosamente, se separa la aponeurosis superficial y se descubre la capa muscular prelaríngea. Con la espátula de Kocher, insinuada por entre la cara posterior de estos músculos, se facilita la sección; nosotros usamos ventajosamente una tigura larga; una de sus ramas, botonada, nos sirve de despegador, y con la otra se seccionan de un golpe por arriba, a uno o dos centímetros del hioides, y por debajo, a nivel del cricoides.

Bascúlase la laringe hacia un lado y se desprenden las inserciones de los constrictores faríngeos.

Antes de practicar la abertura de la faringe conviene hacer una hemostasia perfecta para evitar la caída de sangre a las vías respiratorias. Es conveniente hacer la sección vascular entre dos ligaduras, dadas las numerosas anastomosis de estos vasos. Las arterias principales son tres a cada lado: arteria laríngea superior, cricoidea y laríngea inferior; las dos primeras son fáciles de encontrar y de ligar previamente; la última es pequeña y se liga cómodamente después de seccionada en cada lado. Aislada la laringe por delante y por los lados, ligados los vasos y hecha la anestesia troncular del laríngeo superior (si, como nosotros hacemos, se emplea la anestesia local), se procede a la desinserción de su extremo superior y desprendimiento de arriba abajo. Con una pinza de garfios se atrae fuertemente la laringe hacia adelante, a la vez que un ayudante tira con un separador del hueso hioides hacia arriba; entonces se secciona la membrana tirohioidea hasta los cuernos del tiroides. Se descubre y aísla la epiglotis, que también es atraída hacia adelante con una pinza, siendo notable observar que no penetra una sola gota de sangre a la laringe.

Si la respiración se dificulta, se introduce en la laringe una cánula o un tubo semejante a los de intubación o, como hace Gluck, se secciona el cartilago tiroides verticalmente en su línea media y se entreabren sus dos mitades.

El desprendimiento de la pared posterior es difícil. Un corte transversal con el bisturí detrás de los aritenoides proporciona una hendidura, por la cual se comienza el despegamiento; que debe ser muy cuidadoso a nivel de los senos piriformes, cuya anatomía no conviene olvidar un momento si no se quiere perforar la pared de la hipofaringe; pasado este sitio y este acto, todo es ya fácil; el desprendimiento se continúa justamente hasta el borde inferior del cricoides, sin despegar la pared posterior de la tráquea. Para que la herida no se infecte se procurará defenderla con compresas de gasa.

Es curioso ver al enfermo respirar por su laringe, desligada de todas sus adherencias, pero unida todavía a la tráquea. De este modo compréndese bien cómo es imposible que caiga al árbol respiratorio ni una sola gota de sangre, ni de saliva y moco que, procedentes de la boca y del esófago, invaden la región.

Inmediatamente se hace la sutura de la faringe con puntos de catgut a lo Lemberg y se procede a desinfectar el campo operatorio con agua oxigenada, pues

no es posible evitar el contacto con las mucosidades procedentes de la boca.

La operación está casi terminada y, sin embargo, la laringe no se ha extirpado aún. Pero como está libre por todas partes, a excepción de su extremo inferior, unido a la tráquea por la membrana intercricotraqueal, sólo se necesita un golpe de bisturí para extirparla.

Yo quisiera preguntar ahora si este último momento operatorio puede considerarse con razón como un tiempo que, sumado a lo efectuado anteriormente, alargue su duración y lo agrave. No; juzgar de distinto modo es argumentar sofisticadamente; la traqueostomía circular, hecha como un solo tiempo operatorio, es una maniobra difícil, peligrosa e innecesaria; realizada en este momento, sólo requiere algunos segundos.

La extirpación de los ganglios debe hacerse sistemáticamente; es un principio general de la cirugía de cáncer, que no debe omitirse aquí, siendo ésta la razón de la diferencia de los resultados lejanos de las estadísticas de los diferentes autores. El amplio campo que proporciona este procedimiento lo facilita mucho.

La sutura de la tráquea a la piel debe hacerse teniendo cuidado de que coapte exactamente con la mucosa traqueal; se procurará no perforar la pared traqueal, aun cuando este hecho no tenga gran importancia.

Antes de suturar el resto de la herida cutánea debe ser colocada por una fosa nasal la sonda blanda que ha de servir para dar la alimentación del enfermo los días siguientes a la operación.

Los bordes de los colgajos se suturan colocándolos en su posición. En los cuatro ángulos externos se ponen drenajes de gasa, utilísimos para derivar la secreción hacia los lados, alejándola de las vecindades de la tráquea.

El vendaje debe ser compresivo, sobre todo en la línea media, para que la adaptación de la piel a la pared anterior del esófago y faringe sea completa.

Ventajas de operación de Gluck:

1.º Evita de un modo seguro la penetración de sangre en la tráquea.

2.º Proporciona amplio campo operatorio y en todo momento permite libre y fácil acceso a todas las regiones, facilitando extraordinariamente la extirpación de los ganglios.

3.º La facilidad de aislar previamente los vasos perilaríngeos aleja todo peligro de hemorragia; la operación se hace casi exangüe.

4.º Jamás se mortifican los anillos traqueales. Obsérvese que la sección horizontal de la piel se hizo a nivel del borde inferior del cricoides, y por lo mismo no se ha despegado absolutamente nada de las paredes traqueales anterior y laterales; recuérdese también que el desprendimiento de la pared posterior de la laringe se llevó hasta el mismo nivel, y tampoco se despegó nada de la pared posterior traqueal. Resultado: La tráquea conserva íntegra su nutrición, razón única para que no se necrose. Yo no he tenido un solo

caso de esfacelo de los cartílagos en mis operados por este procedimiento. Por eso cuando leo en el trabajo de Paul Rouget: «Cette complication est une des plus fréquentes. On se demande pourquoi, alors qu'après une tracheostomie banale elle ne se rencontre pour ainsi dire jamais, elle est si souvent constatée à la suite des laryngectomies, tracheostomies, laryngostomies. Certes, les troubles trophiques ne suffisent pas à l'expliquer», no puedo menos de sentir inexplicable sorpresa.

5.º Suprime de un modo absoluto la bronconeumonía, gracias al aislamiento perfecto de la tráquea. El doctor Gluck, en sus últimos 104 casos no ha visto una sola vez la bronconeumonía. Nosotros tampoco en nuestros 80 casos (hoy 95) operados por este procedimiento. Dicese que en el procedimiento de Gluck se confía a una sutura que debe unirse indudablemente. Esto no es exacto. El método es perfectamente previsor. En primer lugar, la sutura se une siempre si se hace bien. ¿Qué puede impedirlo? Ni esfacelos de cartílagos, ni exudados infectos, ni tensión en la sutura, puesto que la piel se hunde hasta la pared posterior de la tráquea sin violencia alguna. Nosotros hemos tenido un caso de vómitos postoperatorios que duraron varios días, y la sutura permaneció intacta, y la tráquea cicatrizó, como siempre, por primera intención.

6.º En segundo lugar, la piel, por el hecho de no haber capa muscular que lo impida, se adapta exactamente en toda su extensión a la pared anterior de la faringe y esófago, y no hay intersticios ni hoquedades que, además de dar lugar a retención de productos infectos, los conduzcan hacia la tráquea. Y por último, la ideal colocación de los drenajes desvía hacia fuera de la tráquea los exudados purulentos y los mucosálivares que salgan por la faringe cuando al quinto o sexto día ocurra el hecho que es frecuente, de desunión de la sutura faríngea en limitados sitios, época en la cual, además, la tráquea ya está completamente soldada a la piel.

7.º El resultado cosmético es inmejorable. Todos nuestros operados pueden prescindir del uso de la cánula, puesto que la ostomía obtenida es absolutamente perfecta.

No hay tiempo para exponer las variaciones circunstanciales que pueden hacerse al método de Gluck, y de las cuales nos hemos ocupado en otras ocasiones. Baste recordar que cuando un paciente llega a nosotros, hecha la traqueotomía, la conducta varía según los casos. Si la traqueotomía es muy baja (tercero y cuarto anillos), se hace la operación típica de Gluck, y como la incisión horizontal inferior dista uno o dos centímetros del orificio traqueotómico, se hace la sutura de la sección horizontal de la tráquea a la piel, sin ocuparse de la cánula de traqueotomía, que permanece *in situ* durante la operación. Terminada ésta, podemos seguir uno de estos dos caminos: a), quitar la cánula traqueotómica y ponerla (la de adecuada forma) en la ostomía transversal resultante de la laringectomía; b), dejar la cánula donde estaba, (en el

orificio traqueotómico), y colocar un macizo tapón de gasa, de tamaño y forma apropiado, en la ostomía transversal.

Esta última variación que yo he ideado y empleado varias veces es recomendable para los principiantes y permite un exacto taponamiento, para evitar la broncopneumonía por deglución, en el caso raro de fístula, puesto que la cánula de traqueotómica mantiene asegurada la respiración por la tráquea.

Si la traqueotomía es alta (primero y segundo anillos), la incisión horizontal inferior ha de hacerse casi a nivel del orificio traqueotómico. Se tallan los colgajos, como es la regla, se extirpan los músculos y se desprende la laringe de arriba abajo; mientras tanto se ha mantenido la cánula *in situ*.

Cuando se va a seccionar transversalmente la tráquea para extirpar la laringe se quita la cánula de traqueotomía y se secciona la tráquea en el sitio de elección, que corresponde por delante al trayecto previamente ocupado por la cánula. Despréndense con una tijera curva las fungosidades del trayecto y se procura hacer una sutura lo más exacta posible.

(Se concluirá.)

Los escépticos en terapéutica hidrológica

(EXTRACTO DE LA CONFERENCIA DADA EN EL ATENEO DE MADRID EL 22 DE ENERO DE 1921)

POR EL

DR. RODRIGUEZ PINILLA

Esta conferencia tiene como objetivo contribuir al aumento de un factor de la riqueza nacional y propagar una verdad científica, oscurecida por corrientes de la moda (que también existe en las ciencias).

Sobre la haz de la tierra, y puede decirse que en las cinco partes del mundo, la Naturaleza nos depara una asombrosa cantidad de surtidores o de fuentes acuíferas, frías, calientes o templadas, y desde la cuna de la Humanidad estas fuentes minerales—filones movibles, como las denomina Fernández Navarro—inspiraron al hombre devoción y respeto, dándoles culto religioso y simbolizando en ellas a sus dioses más queridos. La utilidad de esos veneros para la salud de los mortales fue vista bien pronto, y sin hacer historia larga, no habrá más que recordar esta frase de Plinio: «Durante seiscientos años, el pueblo romano puede decirse que no tuvo otra medicina.» Y tal opinión sobre esto debía tener aquel pueblo (ya heredada de los griegos, como estos de Oriente), que a la conquista de las Galias, estos territorios, fecundos también en aguas minerales, quedaron, como Italia, preparados para rendir el mismo culto, adjudicando a sus dioses mayores

y menores la protección de sus manantiales. En ese cul-
había, pues, una mezcla de religiosidad, de interés
egoísta y de amor patrio. Como es sabido, a la caída
del Imperio romano cayeron otras muchas cosas, y la
Humanidad, más civilizada, cambió de *idearium*.

Dijo Aristóteles que las revoluciones son para cam-
biar las fortunas. También cambian las ideas. Antes
de Jesucristo, el hombre bueno era el rico, el guerre-
ro o el noble. Después de Jesucristo, el más bueno fue
el que ama a los demás.

En España puede decirse que San Isidoro el Hispa-
lense reconcilió a la Iglesia con la Medicina hidroló-
gica. Mas, hasta el siglo XVII no puede hablarse de una
organización de la riqueza a este respecto. En España
se organiza su explotación en 1816.

Contaba España a mediados del siglo pasado con 73
establecimientos balnearios (entonces, como hoy, po-
seía más de 2.000 manantiales termales). Concurrían
a ellos 33.000 enfermos, los cuales hacían un gasto por
total concepto de siete millones de reales. Añadiendo
los acompañantes y sumando gastos de viaje, resulta-
ba el numerario puesto en circulación unos tres millo-
nes de pesetas.

En 1917 España tenía 166 Establecimientos, con una
clientela de 85.000 personas, que invierten 16 millo-
nes de pesetas, y con los gastos de viajes movilizan un
numerario calculado en 20 millones de pesetas. Ex-
portamos aguas minerales, unos diez millones de bo-
tellas.

Francia calcula que a sus 165 balnearios concurren
(en 1910) 300.000 bañistas, que gastan 109 millones de
francos. Exporta 45 millones de botellas.

Y Alemania (para no citar más naciones), con me-
nor número de balnearios (tiene 250 manantiales, pero
hay balneario que posee diez o más fuentes), goza de
una concurrencia de casi siete millones de personas.
Aparte las 33.474 que van a baños de mar. Y aquéllas
hacen un gasto de 356 millones de marcos (cifras del
Baderbüchres de 1907). El importe de las aguas mine-
rales exportadas ascendió a cuatro millones de mar-
cos. Sólo *Apollinaris* vendía en esa fecha 36 millones
de botellas.

¿Puede vivir esa industria sin apoyo de la ciencia?
Los escépticos en estas materias, que yo comparo a los
ateos que rezan a la Virgen del Pilar, atribuyen a la
fe, a la superstición, a la psicoterapia, en fin, los rela-
tivos beneficios de las aguas minerales.

¡Ah! No neguemos los milagros de la fe. Aplana las
montañas y resucita muertos. En mi concepto, la fe
no es tanto creer lo que no vemos, como esperar lo que
deseamos a través del tiempo y del espacio. Una cier-
ta fe es necesaria en el médico como en el enfermo.

(El orador recuerda los experimentos realizados por
Mathieu y Dobrovici en tuberculosos, a los que in-
yectaron suero fisiológico con el nombre de *antífimose*,
obteniendo resultados magníficos, aunque efímeros.)

Pero el recurso psicoterápico tiene sus límites. Uno
de ellos lo pone la razón, cuando busca la verdad y

prefiere ser hombre desgraciado y no bruto satisfecho.
«No busques ciencia y saber», dice el Kempis y repite
Pascual: *Il faut s'embêter!* Pero luego el filósofo de
Port-Royal alaba a los que tienen *l'esprit de finesse*.
¿Y qué es eso sino el espíritu investigador y racioci-
nante?

La sugestión tiene una variabilidad grande en su
outillage. O fracasa.

Las aguas minerales son hoy, sin embargo, las que
eran hace treinta siglos.

Mas ahora somos más exigentes. Queremos las prue-
bas objetivas de sus éxitos... Así ha nacido la Hidro-
logía experimental con His, y Kionka, y Grunhut en
Alemania; con Casciani, Lo Monaco, Nassini y Marfo-
ri, etc., en Italia; con Robin, Moureu, Bardet, Salig-
nat, Glenard, en Francia; y así han nacido los Con-
gresos balneológicos anuales de Alemania; y eso se ha
visto en el reciente Congreso de Mónaco, y eso puede
verse en la literatura contemporánea de esas naciones,
y de Rumania y de Portugal.

(El orador cita nombres y trabajos publicados sobre
estos asuntos, que demuestran la concordancia entre
la Clínica y el Laboratorio.)

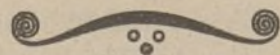
Ahora bien; ¿dónde están esos escépticos a que alu-
de el título en la conferencia?

En España, respondo. Ahí tenéis al Estado español,
que deja arrasar un Balneario de crédito secular para
dar paso a un embalse de hulla blanca; que consiente
sin sanción Balnearios indecorosos que le denuncian
con sus firmas los médicos-directores a sus gerarcas;
que toleran la desobediencia de los propietarios a re-
novar los análisis de sus fuentes, etc., etc.

Los escépticos *suellos* son los que creen que la Ciru-
gía, y el salvarsán, y la opoterapia sustituyen a las
aguas minerales. En Alemania no habrá nada de esto,
sin duda, cuando a su lado florece esta otra terapéu-
tica.

España no es conocida de los españoles. Unos por
espíritu antinómada, otros por *admirativismo* extran-
jero, que lleva 15.000 nacionales a Vichy y 5.000 a
Neris; unos que subieron al Montblanc e ignoran el
Mulhacen, y, en fin, que se niegan a toda unión cor-
porativa para explotar este ramo de la riqueza...

(El orador termina recordando un drama de Ibsen:
«El enemigo del pueblo», y dice que como el prota-
gonista del drama, el doctor Stockman, que con sus
estudios creó el esplendor de un Balneario, que luego
declaró estar contaminado, arrostrando la impopula-
ridad, los hidrólogos españoles dicen hoy estas verda-
des, pero se sumarían a los escépticos si ellos tuviesen
la razón.



BIBLIOGRAFIA

Los leucocitos eosinófilos y la eosinofilia, por el Dr. JIMÉNEZ ASÚA. (Monografías «Calpe», 110 páginas y una lámina en color. Madrid, 1920. Precio, 6 pesetas.)

La cultura hematológica va extendiéndose cada vez más entre la clase médica española; raros son ya los médicos que, por lo menos, no conocen el gran valor que puede tener en muchas ocasiones el examen morfológico de la sangre, y cada vez más, se descuida menos el estudio de las alteraciones hemáticas, al lado del de los demás síntomas que acompañan a una determinada enfermedad. Por otra parte, el interés que el conocimiento de la hematología ha despertado en gran número de estudiantes y médicos jóvenes principalmente, es en la actualidad bien notorio para todo aquel que esté en contacto más o menos directo con clínicas y laboratorios. Y, sin embargo, puede decirse que la Hematología está todavía en sus comienzos, a pesar de la mucha labor acumulada durante estos últimos años. Bien conocidas las células sanguíneas desde el punto de vista morfológico, apenas han sido estudiadas como merecen desde el punto de vista bioquímico, estudio interesantísimo y probablemente de gran trascendencia para la resolución de muchos problemas de índole variada no resueltos todavía. La monografía de Jiménez Asúa llega, por tanto, en el momento en que se inicia la transformación del estudio morfológico de las células hemáticas en un estudio bioquímico de sus actividades, y principalmente de sus propiedades diastásicas. Los leucocitos eosinófilos son quizá las células de la sangre más sugestivas para este estudio, el cual, sin embargo, no puede emprenderse sin un perfecto conocimiento de los datos que suministra el estudio morfológico, y así lo ha tenido muy presente Asúa, ocúpase, ante todo, de la morfología de los eosinófilos con todo detalle. Pasa después a exponer y criticar las diversas opiniones que existen acerca del origen de estas células.

En la segunda parte de la monografía se ocupa de las alteraciones cuantitativas de estos leucocitos, o sea de la eosinofilia, después de tratar de las cifras normales y circunstancias fisiológicas que las modifican. Las causas de la eosinofilia, las teorías que la explican y su significación son diversas cuestiones admirablemente desarrolladas por el autor. En la última se exponen las consideraciones tan interesantes acerca de las funciones de los eosinófilos. Por último, se ocupa Asúa extensamente de los estados patológicos con eosinofilia, dividiéndolos en procesos en que la eosinofilia está producida por agentes eosinotácticos de origen externo (infecciones por parásitos, ya animales, ya vegetales y estados anafilácticos); procesos en que la eosinofilia es debida a

sustancias eosinotácticas formadas en el mismo organismo (por destrucción de tejidos normales o patológicos y eosinofilia de las enfermedades endocrinas y diatésicas) y estados leucémicos.

Por este ligero esquema del plan seguido por el autor se comprende fácilmente que no es fácil hallar reunido un estudio más acabado de todo lo que se relacione con los eosinófilos y la eosinofilia; por otra parte, la monografía de Asúa es fruto de una labor personal, llevada a cabo, en parte, en el Laboratorio de Pittaluga; en parte, en el Instituto de Anatomía Patológica de Nápoles, que dirige el profesor Pianese, cerca del cual estuvo pensionado por la Junta para ampliación de estudios, y al propio tiempo de una severa selección bibliográfica y de largas meditaciones sobre este asunto. Constituye, pues, un valiosísimo resumen de nuestros conocimientos actuales acerca de los leucocitos eosinófilos, muy útil para todos los que se interesen por las cuestiones hematológicas; precisamente una de las más grandes dificultades con que tropiezan los estudiosos de la hematología, a quienes nos referíamos al principio de esta nota, es el tener que recurrir continuamente a obras y revistas extranjeras de Hematología, por la escasez de las mismas en nuestro idioma. Por fortuna, la actividad creciente de los médicos españoles dedicados a la Hematología se va traduciendo en la aparición de tratados, como el tratado de enfermedades de la sangre, de Pittaluga, del Manual de Medicina interna de Marañón y Hernando; de monografías, como la que referimos; de revistas como los Archivos de Hematología y Cardiología, y de numerosos trabajos originales repartidos en diversas publicaciones por hematólogos de tanta competencia como Mas y Magro y algunos otros.

E. LUENGO

Periódicos médicos

ATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA EXTRANJERA

I. Terapéutica de la sífilis por el médico práctico, por el doctor E. Finger.—El autor trata de puntualizar ciertas cuestiones, acerca de las cuales el médico práctico debe saber a qué atenerse para no cometer errores ni deficiencias, por una parte, y para tener idea de hasta qué punto puede satisfacer el deseo de su paciente, que quiere ser tratado de un modo secreto, y cuándo debe imponer lo que ha de hacerse por tratarse de algo necesario.

Ante todo, un sífilítico que ha sido tratado de la afección primitiva, del chancre, y que ha curado sin conservar el menor indicio de la enfermedad, no se debe considerar ya como sano, dándole la libertad de obrar que éste puede tener; el esperma, la leche, el exudado de alguna erosión que se produzca en el mo-

mento del coito de estas personas, pueden infectar.

Por lo que se refiere al diagnóstico de la enfermedad, nadie debe esperar hoy, como se ha venido haciendo y aún se hace, a veces, por desgracia, a que aparezca el período secundario, para tener la evidencia de que se trata de sífilis. Y no sólo esto, sino que tampoco hay que esperar a que la reacción de Wassermann sea positiva, porque precisamente, si el tratamiento prematuro de la sífilis ha de tener buen resultado y si se ha de conseguir la curación abortiva de la enfermedad, ha de ser con tal de que se comience, se verifique y se termine el tratamiento antes de que la reacción de W. haya dejado de ser evidentemente negativa. Todo médico práctico, por tanto, está en la obligación de tener conocimiento exacto del aspecto que ofrece el chancro sífilítico, y además, a la menor sospecha de que en un caso dado se trate de esta afección, debe, sin pérdida de tiempo, requerir un análisis bacteriológico del exudado de la lesión con el fin de investigar la presencia de treponemas. Es aquí pertinente advertir que el tratamiento del chancro por los antisépticos enérgicos, como son el ácido fénico, mercurio, yodoformo y yodo, impiden el resultado positivo de esta investigación, por lo que el tratamiento sólo se hará por medio de pomadas de ácido bórico y fomentos de soluciones salinas.

Nunca se insistirá bastante en que deben considerarse como sospechosas de sífilis las lesiones ulcerosas indoloras y más o menos semejantes al chancro, que aparecen en regiones extragenitales. Si el primer análisis bacteriológico resulta negativo, se repetirán varios en los días siguientes. En cuanto uno de estos análisis dé resultado positivo, o por los demás caracteres clínicos haya motivo para considerar la lesión como evidentemente sífilítica, se procederá a un enérgico tratamiento mercurial y salvarsánico, poniendo 10 a 15 inyecciones de aceite gris y cinco o seis de neosalvarsán.

Si al terminar este tratamiento el W. es todavía negativo y no ha sido antes jamás positivo, se puede tener la tranquilidad y casi la seguridad de haber hecho un tratamiento abortivo y de que el enfermo no recidivará. Si cuando el enfermo se presenta al tratamiento la reacción de W. es ya positiva, no hay que esperar una curación absoluta, y se debe proceder a un tratamiento crónico intermitente. En estos casos las curas deben ser enérgicas, y hay que tener presente que si una terapéutica mercurial insuficiente es inútil, una terapéutica insuficiente por el salvarsán es perjudicial, porque mata los gérmenes que alcanza fácilmente y excita la reproducción de los demás, principalmente los que asientan en el sistemanervioso.

Indudablemente da buen resultado el empleo, en las circunstancias de que ahora tratamos, de medicamentos que ocasionen fuertes reacciones febriles; pero los detalles, indicaciones y contraindicaciones de este tratamiento todavía están poco puntualizados para que se utilicen en la práctica corriente. Los intervalos de descanso en el tratamiento intermitente no deben pa-

sar de tres meses; los períodos de tratamiento deben continuarse hasta que el W. se haga negativo. Si a los tres meses de descanso siguiese siendo negativo, no por eso se dejará de reanudar el tratamiento. Los casos que se presentan sin haber padecido síntoma alguno desde cuatro o cinco años antes, pero con W. positivo, suelen dar mucho que pensar, porque generalmente no se encuentra la causa de este resultado de la seroreacción. Debe implantarse un tratamiento enérgico; pero es muy raro que ya en estas condiciones se consiga un W. negativo.

El tratamiento de las lesiones terciarias de la piel, mucosas y huesos por el mercurio, salvarsán y yodo da muy buen resultado. Por lo que se refiere al líquido céfalo-raquídeo, si se hace el W. al final del primer año de la infección, en los casos en que en la sangre es positivo se encuentran también muchos resultados positivos en aquél. Muchos de estos casos se alivian en el curso del segundo o tercer año de la infección (y esto muchas veces, aunque no se haga tratamiento) y queda un remanente de un 30 por 100 de los infectados en los que el líquido céfalo-raquídeo da W. positivo de modo persistente.

La práctica ha demostrado que sólo en la mitad de ellos se suelen desarrollar las grandes lesiones parasifilíticas del sistema nervioso; de modo que no podemos prever, en un caso dado, si se desarrollarán o no. Además, la terapéutica en estos casos suele ser ineficaz. (*Wiener med. Woch.*, núm. 1; 1921.)

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Sustitución de la nutrosa en los medios de cultivo diferencial de las bacterias, por el doctor J. Leuchs.—El autor recuerda que Klein para un cultivo de los bacilos diftéricos ha sustituido el suero de Löf-
fler por una mezcla de agar y albuminato alcalino que se obtiene (el albuminato) tratando suero de caballo por lejía de sosa oficial y neutralizando luego con ácido clorhídrico. El medio de cultivo que de esta manera obtiene, se puede esterilizar bien; es claro y transparente, se puede fundir bien, porque el suero al ser tratado por el alcali pierde la propiedad de coagularse por el calor y en cambio no se liquida por la acción de gérmenes proteolíticos. Este seroalbuminato alcalino que no se precipita por el calor, si lo hace por los ácidos, por lo que se puede aplicar en los medios preparados, según Barsiekow. Se procede del modo siguiente: Nueve partes de suero se mezclan con una de solución oficial (al 15 por 100) de lejía de sosa. Esta mezcla se tiene cuarenta y ocho horas en la estufa a 37° y después se añade ácido clorhídrico hasta que la reacción resulte débilmente alcalina al tornasol. (La solución de ClH estará al 25 por 100). Una parte del suero así preparado se diluye con cuatro de agua; a esta dilución se añade por un 5 por 1.000 de cloruro de sodio, se esteriliza al vapor y después de enfriada se filtra. Las operaciones ulteriores se hacen con arreglo

al método original de Barsiekow: se pone a hervir al bañomaria durante quince minutos una solución tornasolada se Kubel-Tiemann y se disuelven en ella un 1 por 100 de glucosa o lactosa; para los bacilos disentericos un 2 por 100 de manita, maltosa o sacarosa y se continúa después la ebullición durante seis a ocho minutos en el mismo baño-maria. Estas soluciones de diversos azúcares deben filtrarse también hasta que resulten claras. La solución tornasolada y la dilución de seroalbuminato alcalino se mezclan luego (todavía calientes) en la proporción de 1 a 20; la mezcla se reparte en tubos y luego se esteriliza aún durante tres días sucesivos, diez minutos cada día, al vapor.

Las soluciones terminadas son completamente claras y transparentes y de color azul intenso. Sembrando en estos medios bacilos tifus o coli se produce ya al cabo de tres horas una transformación del color azul en rojo y un enturbiamiento que si no es tan abundante y flojo como el de la nutrosa sí es bien apreciable al cabo de cinco o seis horas. Puesto este medio de cultivo en comparación con las soluciones originales de Barsiekow ha dado siempre idénticos resultados y es mucho más barato. Recientemente Czaplewski ha propuesto una modificación del método de Klein que consiste en preparar el seroalbuminato alcalino mezclando 100 cc. de suero con 10 cc. de solución normal de potasa y esterilizar al vapor. Este medio de preparar el seroalbuminato es más rápido y más barato; el autor no tiene experiencia personal acerca de sus resultados. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 16 de diciembre de 1920.)

2. Un caso de psicosis gravídica curada sin interrupción del embarazo, por el doctor F. Bierende.

El caso que expone ha de servir de demostración de que la mayoría de las psicosis que se presentan durante el embarazo se deben al agotamiento y que tratando éste de modo oportuno se suele conseguir la curación sin necesidad de interrumpir el embarazo. Se trataba de una enferma que no tenía antecedentes hereditarios ni personales salvo una fiebre tifoidea padecida un año antes que la había tenido en cama durante cinco meses. Como además de sus labores tenía que dedicarse a dar clases y había tenido ya varios partos, se encontraba algo agotada. Cuando la enferma ingresó en la clínica, estaba completamente desorientada en el tiempo y en el espacio, no se apercibía de nada ni contestaba a las preguntas. Después de estar algún tiempo en la cama se tranquilizó algo, pero seguía con delirio maniaco alucinatorio. Sólo con grandes dosis de escopolamina se tranquilizó un tanto y cuatro días más tarde la enferma comía con apetito, cosa a la que antes se negaba, habiendo sido preciso mantenerla con inyecciones de suero. Desde entonces la mejoría se acentuó considerablemente, y a los diez días de su ingreso en la clínica se encontraba tan bien, que por voluntad de la familia, se marchó del hospital sin permiso del médico. A los siete días dió a luz una robusta criatura y el puerperio se verificó sin trastorno alguno. Insiste el autor en que los primeros días el aspec-

to de la enferma era tan intranquilizador que estuvieron a punto de provocar el parto, y el buen resultado del tratamiento del agotamiento le mueve a invitar a los demás a que la ensayen, con lo que muchas veces podrán obtener la curación de la psicosis, continuando luego su curso el embarazo. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 16 de diciembre de 1920.)

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Un caso de cirugía conservadora.—El doctor Gilberto E. Francó publica la siguiente historia clínica:

César Duarte, de veinticinco años de edad, estado soltero, de oficio jornalero, nacido en Alamor, residente en Chontillal (sito en la provincia de El Oro).

Ingresa al Hospital general el 30 de marzo de 1920; ocupa la cama núm. 42 de la sala de San Juan Bautista, que corre a cargo del doctor Aquiles Rigail.

Interrogado el enfermo acerca del ingreso, me refiere que en los primeros días del mes de febrero tuvo una reyerta con N. N.; que éste le atacó con un machete, resultando el enfermo con una ancha y profunda herida en el tercio superior del miembro superior derecho. Se fué inmediatamente a Machala e ingresó al hospital Teófilo Dávila, donde fué atendido por el doctor Braulio E. Galarza, que después de varios días de tratamiento, y viendo que no se le podía practicar la operación que necesitaba, se trasladó a esta ciudad, donde ingresó en la fecha antes dicha.

Practiqué la desinfección completa de la herida, situada en el tercio superior del miembro y en la región externa; una fractura circular de la epífisis del húmero, por debajo del cuello quirúrgico; lesiones de los músculos de la región del hombro, así como la completa parálisis del miembro y supuración abundantísima.

Seguí tratándolo durante varios días con agua oxigenada, yodo, gasas simples y yodoformadas; pero, como a pesar de esto persistía la supuración, me decidí por eliminar la cabeza del húmero, operación que practiqué el 14 de abril del mismo año.

OPERACIÓN

La operación la hice del modo siguiente: Después de practicar la asepsia completa del miembro, y en especial de la región infectada, hice con el bisturí una incisión longitudinal de ocho centímetros, siguiendo la dirección de las fibras e inserciones del músculo deltoides; no pude hacer el corte en raqueta de la piel por estar lesionada y supurada la región; desbridé completamente, corté las inserciones del músculo subescapular, coloqué un par de separadores, incindí parte de las inserciones del músculo dorsal ancho, de los tendones del supraespinoso, infraespinoso, redondo menor, redondo mayor, muy leves cortes; una vez libre de todos estos músculos, di una vuelta circular al bisturí al nivel de la cápsula articular de la articula-

ción del hombro; incindi los ligamentos córaeo braquial, gleno humeral y el rodete glenoides, y con una pinza de extraer cuerpos extraños extraje el secuestro óseo, o sea la cabeza humeral con sus depresiones, rugosidades, etc., intactas y muy bien marcadas, sólo careada en la superficie de fractura. Quedó una cavidad de gran extensión y profundidad en la que era imposible practicar sutura por encontrarse infiltrada y supurada la región; opté por rellenar la cavidad con gasa yodoformada; inhibida en agua oxigenada, puse apósito y vendé la región.

Terminada esta operación, inmovilicé el miembro poniendo en flexión el antebrazo sobre el brazo (en ángulo agudo), descansando el antebrazo sobre la región torácica y la mano sobre la región clavicular izquierda, mediante grandes bandas de esparadrapo (gasa adhesiva de óxido de zinc), conservando el miembro con este vendaje durante varios días.

Seguí todos los días las curaciones, practicando la desinfección de la cavidad con agua oxigenada y rellenándola con gasas yodoformadas inhibidas con yodargol hasta la cicatrización.

El día 2 de junio quité el vendaje y practiqué desde este día ligeros movimientos del miembro hasta el día 10 de junio de 1920, que salió el paciente, completamente cicatrizada la herida, con ligeros movimientos de abducción del brazo como de 20 centímetros medidos desde la región lateral del abdomen hasta el codo, movimientos de abducción, extensión y flexión del antebrazo sobre el brazo, completo movimiento de la mano y los dedos, fuerza suficiente para levantar un peso de dos libras y media sin ninguna dificultad.

Sentí bastante no haber practicado la radioscopia y radiografía de la región por no prestar servicio en esos días la instalación del Hospital general.

Lo único que presentaba es una amiotrofia en la extremidad superior del brazo sin nada anormal.—(*Boletín de Medicina y Cirugía*, Guayaquil, noviembre de 1920.)

OFTALMOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Contribución al estudio de los trastornos del equilibrio endocrino. Método de las pruebas biológicas, por H. Claude, S. Bernard y R. Piédelievre.—

Las lesiones de las glándulas de secreción interna determinan síndromes complejos, cuyo origen verdadero es con frecuencia difícil de conocer. En estos últimos años ha sido propuesto un nuevo método para esclarecer estas cuestiones; se ha tratado de agrupar los enfermos, según las reacciones que presenten a las inyecciones de extractos glandulares. Con estas inyecciones no se trata de provocar fenómenos del orden, de los que produciría una secreción anormal de las glándulas endocrinas, sino que se persigue solamente obtener efectos farmacodinámicos susceptibles de cooperar a la puntualización de ciertos estados patológicos difíciles, a menudo, de caracterizar clínicamente.

La técnica del método es la siguiente: las sustancias que más corrientemente se inyectan son el extracto del lóbulo posterior de hipófisis a dosis de 0,05 gramos a 0,15 gramos, y la adrenalina en solución al milésimo a dosis de uno a tres c. c.; las inyecciones se hacen intramusculares. Las reacciones que hay que registrar son las *cardio-vasculares*: después de haber contado las pulsaciones y tomado la presión arterial del enfermo, se le practica la inyección de una u otra sustancia. Durante la hora, o las horas que siguen a ésta (hora y media parece tiempo suficiente), se cuenta el pulso y se anotan las oscilaciones del Pachon, tomando la tensión sistólica y diastólica de cinco en cinco minutos, estando el enfermo en reposo en decúbito dorsal. Sólo hay que tener cuidado de no desplazar el manguito del aparato, lo cual falsearía los resultados. Las modificaciones que sobrevienen se observan antes con el extracto hipofisario que con la adrenalina. Otra reacción a registrar es la *aparición de glucosuria*, administrando al enfermo una comida de prueba, compuesta de 100 gramos de pan, 150 gramos de leche y 50 de azúcar, o bien 150 gramos de glucosa, después de asegurarse de que su orina no contiene azúcar, practicando inmediatamente después la inyección y recogiendo las orinas de tres en tres horas. La reacción, es decir, la eliminación del azúcar, se produce de una manera bastante continua durante las seis o nueve horas que siguen a la inyección. La tercera reacción se refiere a las *variaciones de la fórmula sanguínea*, y se manifiesta por variaciones en el número de leucocitos y en la fórmula leucositaria dos horas y media después de la inyección.

Los A. A. exponen después los resultados obtenidos, primero en sujetos normales y luego en addisonianos, casos de insuficiencia ovárica, de acromegalia, estados mixedematosos o supuestos hipotiróideos y estados basedowianos o supuestos hipertiróideos, acompañando al texto de gráficas explicativas. De su trabajo se deduce que por la influencia de los extractos glandulares, las reacciones cardio-vasculares y la aparición de la glucosuria alimenticia, aportan importantes elementos de diagnóstico en las perturbaciones del equilibrio endocrino. Este procedimiento de las pruebas biológicas se podría extender además a todos los estados patológicos que parezcan ligados a un funcionamiento glandular anormal. En los sujetos normales, la inyección de lóbulo posterior de hipófisis apenas modifica la velocidad de las pulsaciones, pero acarrea un descenso de la presión sistólica (de dos a cinco centímetros). La glucosuria provocada es nula o muy pequeña. Con la adrenalina aumenta claramente la presión sistólica, y la glucosuria es bastante constante y más fuerte que con el extracto hipofisario. En los addisonianos, la inyección de hipófisis aumenta la tensión sistólica (al revés que en los normales) y falta la glucosuria. Pero en los síndromes addisonianos mejorados, curados o compensados, la reacción es igual a la de los individuos normales. En la insuficiencia ovárica la hipófisis acelera las pulsaciones y baja la ten-

sión como en los normales. En la acromegalia, los enfermos soportan dosis algo elevadas de extracto hipofisario, sin acusar ningún fenómeno general; esta tolerancia parece muy característica. En el hipotiroidismo, la hipófisis no modifica el número de pulsaciones y hace bajar la tensión más que normalmente. No suele producir glucosuria. La adrenalina no modifica tampoco el pulso ni la presión sistólica. En el hipertiroidismo, la hipófisis produce una lentitud constante y marcada del pulso (20 a 40 por minuto), una disminución clara, pero poco acentuada de la presión y una glucosuria que puede llegar de 5 a 15 gramos de azúcar en las veinticuatro horas. La adrenalina ocasiona una taquicardia intensa y duradera; aumenta la presión y produce una glucosuria que puede llegar a 40,50 y hasta 75 gramos en 24 horas. (*Paris Medical*, número 37; 11 septiembre 1910.)—*E. Luengo*.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Acción recíproca de las glándulas endocrinas en la enfermedad de Basedow, la diabetes sacarina y el problema del rejuvenecimiento, por el doctor E. Leschke.—1.º Enfermedad de Basedow. Fue considerada primeramente como una hiperfunción pura del tiroides por ser contraria al mixedema, por el efecto favorable que se conseguía con la reducción del tiroides, por la aparición de síntomas basedówicos tras de la administración de grandes cantidades de tiroides, las alteraciones anatómicas de la glándula fuele en los enfermos de Basedow, su impersensibilidad para el yodo, su resitencia espontánea a la morfina, igual a la que se obtiene inyectando yodotirina. Pero la oposición entre la enfermedad de Basedow y el mixedema no es absoluta, tanto que se dan lesiones mixtas y la intervención operatoria no siempre da resultados seguros. Se ha tratado de explicar esto admitiendo una disfunción en vez de una hiperfunción; pero no está demostrada todavía; las investigaciones recientes hablan a favor de que el basedowismo sea un síndrome pluriglandular. En tres cuartos de los casos hay hipertrofia del timo, y la reducción de volumen de éste practicada al mismo tiempo que la del tiroides o la irradiación de ambas glándulas suele dar excelentes resultados terapéuticos. Además es corriente la atrofia de la corteza de las suprarrenales que da lugar a pigmentación hasta bronceada de la piel y debilidad muscular. Suele existir atrofia de las glándulas genitales (intersticiales), sobre todo en las mujeres (desaparición de la menstruación, reblandecimiento de los huesos, trastornos de la vida sexual). Por el contrario, alteraciones de las glándulas genitales (pubertad, desfloración, embarazo, menopausia) pueden determinar la aparición de los primeros síntomas de Basedow. La relación con el lóbulo anterior de la hipófisis se manifiesta por las alteraciones anatómicas del mismo, por el desarrollo alto y esbelto de los basedówicos y la prematura osificación.

Además tiene participación en esta enfermedad el sistema nervioso simpático y el parasimpático, especialmente el primero, sin que por eso se pueda admitir la existencia de tipo simpaticotónico y vagotónico de la enfermedad como pretendieron Eppinger y Hess. 2.º Diabetes sacarina. Todavía no poseemos la clave de los fenómenos que se presentan

en casos de diabetes pancreática, y esto principalmente porque no hemos podido aislar la hormona segregada por el páncreas. En casos de diabetes humana o experimental, la trasplantación de páncreas o la administración de extracto de esta glándula no sólo no hace disminuir la eliminación de glucosa, sino que la hace aumentar. No puede ser solamente de origen nervioso esta diabetes, porque así como la extirpación del páncreas la produce, la enervación total de la glándula y su desplazamiento dentro del mismo animal (inertándola, por ejemplo, en el bazo como han hecho Pratt y Murphy) no determinan enfermedad. Los islotes de Langerhans no son todavía regiones, cuya significación se conozca en absoluto. No parecen ser autónomos, sino que se engendran por modificaciones del tejido glandular pancreático, y sin embargo, mientras se destruye el tejido glandular por oclusión de las vías excretoras, los islotes quedan intactos y no se presenta la diabetes. Una vez que los islotes se destruyen, la diabetes se presenta. Pero no puede ser el páncreas la única glándula que intervenga en la producción de la diabetes; también intervienen las suprarrenales, prueba de ello la glucosuria por la administración de adrenalina, la hipoglucemia en la enfermedad de Addison. La hipertrofia del lóbulo anterior de la hipófisis, sobre todo de sus células eosinófilas, determina glucosuria. La influencia del sistema nervioso es innegable desde que Cl. Bernard demostró la acción de la picadura del cuarto ventrículo; pero más importante en la clínica es la acción del mesocéfalo, que también es indudable. La impotencia de muchos diabéticos demuestra la participación de las genitales en la lesión; la glucosuria de muchos basedówicos indica la intervención del tiroides. La hiperfunción del tiroides parece que inhibe el páncreas, y así da lugar a la glucosuria, la disfunción del páncreas da lugar a hiperfunción del tiroides. 3.º Rejuvenecimiento. La falta de madurez durante la infancia se debe al timo y a la glándula pineal; la madurez corporal e intelectual de la pubertad a la reducción de estas glándulas y al desarrollo de las genitales (intersticiales), que cuando tiene lugar antes de tiempo da origen a la madurez prematura. La corteza de las suprarrenales determina también cuando se encuentra en exceso madurez precoz y aparición de caracteres sexuales secundarios masculinos; su hipoplasia determina la vejez prematura, que también aparece por hipoplasia del lóbulo anterior de la hipófisis. Para el problema del rejuvenecimiento no hay que excitar solamente las glándulas intersticiales, sino también la corteza de las suprarrenales, el lóbulo anterior de la hipófisis, y mejor que la excitación (el autor la hace por irradiación) es la trasplantación que desde luego tiene un grave inconveniente: la dificultad de procurarse el material fresco necesario. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, núm. 1, 1921.)

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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



Boletín de la semana

Nueva crisis.—La consulta de "Decio Carlan"

Otra vez, y ya debiéramos tener estereotipada la noticia, nos encontramos en crisis total. Ni nuestro concepto del mundo político ni el hábito a que nos lleva la repetición del hecho nos consienten mirarle con indiferencia, ya que no con contenida indignación.

Recientes unas elecciones generales y, como estas significan, en todo su vigor la confianza regia que otorgó el decreto de disolución y convocatoria, y la expresión de la voluntad nacional que de las urnas se deduce; aún no constituido el Congreso y apenas constituido el Senado, resulta que por un decreto de índole puramente interna en la organización de un Ministerio, el Gobierno que afrontó los peligros del plebiscito nacional y que ofreció arrogante reconstituir las fuerzas políticas en agrupaciones poderosas, se amedrenta y encoge ante la actitud de unos cuantos escribientes, oficiales o lo que sean, que le muestran su enojo con una actitud exteriorizada en su habitual y perezosa gestión. Esto por una parte; por la otra, una Cámara, que debiera darse clara cuenta de lo que significa la imposición indiscutible de las circunstancias, regatea con meticulosidades incomprensibles su apoyo a un Gobierno endeble, asustadizo y pusilánime, pero al fin representativo de la acción ejecutiva del Poder responsable del equilibrio que a tales Cortes da vida después de haberles dado origen de dudosa utilidad.

El Senado, con mayor clarividencia y más alto patriotismo, concede por unanimidad la confianza, reservándose el juicio ulterior; pero el Congreso, desmenuzado en parcialidades de inverosímil insignificancia, niega su apoyo, que a tanto equivale el concederle con abstenciones, y lanza a la Corona, al Gobierno y al país a la incomprensible situación que le ha creado el egoísmo de cada uno y la falta de patriotismo de todos.

¿Qué resultará de todo esto? Lo de siempre: *un pis aller*, que dicen los franceses; un *salir*

del paso, que decimos los españoles; pero un *salir del paso* para caer en el tropezón y en el traspiés e ir en definitiva al fondo del abismo, que nos llama y nos atrae, a pesar de todas las advertencias y favores con que hace años viene la Providencia significando su deseo de protegernos. Pero todo es inútil; la demencia, que el viejo apotegma asegura que Júpiter inspira a los que ha de perder, es la endemia que aflige al pueblo español, o cuando menos a sus políticos, y el resultado será la perdición que el mismo apotegma anuncia.

Ah, si el viejo "Decio Carlan" fuese llamado en consulta (cosa que nada tendría de asombroso, dado lo que el nivel de los llamados baja), ¡qué pronto resumiría su opinión ante el Poder moderador, diciendo: «Señor, olvide Vuestra Majestad todo lo que representa tradición, o mejor dicho rutina, en estos repetidos conflictos; encargue de la gestión de política exterior y de política interior a dos hombres parlamentarios y representativos, según la confianza que a Vuestra Majestad inspiren, y el resto de los Ministerios provéalo, según la Constitución le autoriza, en hombres duchos en cada especialidad, verdaderamente técnicos, desligados de compromiso de bandería y dispuestos a someter al Parlamento una serie de leyes y de reformas organizadoras, sin darse por derrotados cuando el Parlamento se la rechace o modifique y sin hacer cuestión de amor propio, ni menos de conflicto político el que su pensamiento sea modificado por una enmienda o repulsados por una negativa. Sean ellos los ponentes; las Cortes las que resuelvan, y bórrese la idea de mayoría ni de minorías, con la cual está bien claramente demostrado que es imposible vivir ni gobernar, cualesquiera que sean las altas dotes de inteligencia, de abnegación y de patriotismo con que la Providencia ha favorecido a Vuestra Majestad.»

Si una vez se hiciera el ensayo de este procedimiento, ¿no nos iría mejor de lo que ahora nos va?... Por lo menos, lo que puede asegurarse es que peor no había de irnos.

DECIO CARLAN

Nicolás Rodríguez Abaytúa

Toda una vida, casi vivida en la intimidad, desde su llegada nuevamente a Madrid, y su carrera brillantísima, seguida con tanto más mérito cuanto menos necesitado fué porque su fortuna personal le brindaba descanso y placer, pero él prefirió seguir carrera tan penosa, tan llena de peligro y tan poco agradecido el sacrificio, nos han de impedir, por la amargura de su pérdida, hacer una biografía completa y como exige una figura excepcional de la Medicina Española en la



segunda mitad del siglo pasado y en lo que llevamos del presente.

Recuerdo de años juveniles, luchas de aquellos tiempos, amistades que se va llevando la muerte, cariños que buscan lo que perdieron, nombres que se agolpan a la memoria, todo ello nos trastorna el espíritu para pensar, y nos hace más sentir, más entristecernos, que poder coordinar detalles que por numerosos hay gran dificultad para escoger los más característicos del eminente hombre que hemos perdido.

Hay, sin embargo, que rendirle justo tributo; hay que decir en este periódico, Archivo secular de la Medi-

cina Patria, quién fué Abaytúa, y venciendo nuestro dolor intentar un bosquejo de su vida.

Débil de cuerpo, no hemos conocido una voluntad más firme para el trabajo y para regular su vida en constante sacrificio, enfermo, y a veces con síntomas que arredran al más fuerte, como las hemorragias y el dolor. Le conocimos entre los discípulos de Cortezo y Salazar en el hospital de la Princesa, allá por los años lejanos de 1873 y asistiendo a nuestra clínica libre de aquellos tiempos. Nos llamó la atención aquel joven delgado de cuerpo, atildado de porte, grave de carácter, más atento de espíritu que fácil de palabra, criterio de observación y atención tan educada, que más parecía un médico ya hecho que un estudiante deseoso de aprender, respetuoso con todo el mundo y sin que nunca se le oyera una crítica mordaz ni una palabra molesta.

Pronto se captó las simpatías de todos, y muy luego demostró sus aptitudes, debutando su carrera médica con una obra que muchos achacaron a un médico ya de años. Le sucedió lo que a Galdós en su primer Episodio de Cádiz, que algunos casi le creyeron contemporáneo de sus héroes. Con sólo esta obra, *La Termometría Médica*, se colocó Abaytúa a la cabeza de los escritores médicos de su época. Hoy todavía es de una enseñanza muy grande, y casi no ha envejecido en este eterno mudar de la Ciencia médica que caracteriza su intenso progreso y que siempre marca la cultura en cada país.

Desde aquel triunfo, hasta las últimas páginas escritas veinte días antes de su muerte, Abaytúa no ha perdido nunca el primer puesto alcanzado como escritor médico. Tenía entonces veintiséis años, porque nació en Madrid el 16 de septiembre de 1855. Suman sus obras 21 tomos, todas ellas hechas a conciencia y siempre con un espíritu de crítica muy superior y originales en todos los sentidos de la palabra. Las dos últimas, *Los fenómenos bioquímicos ante la Filosofía* y la terminada, como decimos, en diciembre de 1920 *La bioenergética y termoquímica alimenticia, Estudio razonado para la alimentación del hombre adulto*, cuyos primeros ejemplares recogió momentos antes de su muerte, son de seguro una de las publicaciones de mayor fondo y mejor escritas de la literatura médica contemporánea, y como no es momento, ni hay lugar, nos reservamos para más adelante un análisis crítico de ellas, diciendo para terminar esta característica como escritor de Rodríguez Abaytúa, ya debe entrar en la historia de la Medicina.

Desde aquella remota época de su aparición hasta hoy, perteneció a la gloriosa Academia Médico Quirúrgica Española, siendo su presidente muy joven y asiduo asistente a las sesiones tan hermosas de esta Corporación, por donde hemos pasado y pasan hoy cuantos médicos tienen afición al saber y buscan en buena lid una pronta y segura reputación.

En la Real Academia Nacional de Medicina, refugio y casi familia de Abaytúa, ha sido un verdadero campeón de las buenas doctrinas y asiduo como pocos a

todo género de trabajos en esta Corporación, en donde ha de perdurar su recuerdo como el de uno de los más valiosos académicos y tanto en las sesiones públicas como en las comisiones, su opinión era religiosamente escuchada.

Ejerciendo, más por afición que por necesidad, con Moreno Zancudo, de feliz memoria, fundó la especialidad de enfermedades de las vías gástricas, y numerosa clientela de poderosos, y la que él se buscaba de pobres, le dieron en Madrid la autoridad de gran conocedor de esta difícil especialidad, y entre los médicos teníamos a Abaytua, como casi un oráculo y un perspicaz clínico, pues amaba el ejercicio de la clínica como el principal fundamento de la Medicina, sin rechazar, pero discutiendo los métodos experimentales, no dejándose llevar con facilidad por escritos y hechos que no hubiera comprobado y sancionado la experiencia.

De cultura general enciclopédica, su único consuelo en sus constantes dolencias era la lectura, y deja una Biblioteca verdaderamente notable, principalmente de filosofía moderna, estudios que le entusiasmaban últimamente.

Hombre muy social, muy aficionado a la música, viajero universal, su conversación, muy buscada, era tan agradable que Abaytua sólo conquistó amigos y muere sin enemigos, querido y admirado. Vida ejemplar, templado y aristocrático en sus gustos vivió, como un gran señor cuya aristocracia fué adquirida por él y su ejecutoria la caballería y cultura. Caritativo, nadie puede alabarse de haberle oído nunca nada de lo que hacía; pero sus íntimos sabíamos que no supo desgracia que personalmente no fuera socorrida, sin dejar su nombre, ni rasgo alguno para que le pudieran pagar su buena obra.

Su muerte, fin de una vida inmaculada, su testamento, cuya publicación acordó anoche la Real Academia de Medicina, por ser un modelo de discreción y de altruismo, han sido digno final de la existencia tan bien empleada de nuestro querido amigo.

Ha muerto rodeado de sus libros, querido de sus amigos; será llorado por todos, y bien se le podía aplicar las palabras de *Juvenal: Vitam impendere verum.*

ANTONIO ESPINA Y CAPO.

23 de enero de 1921.

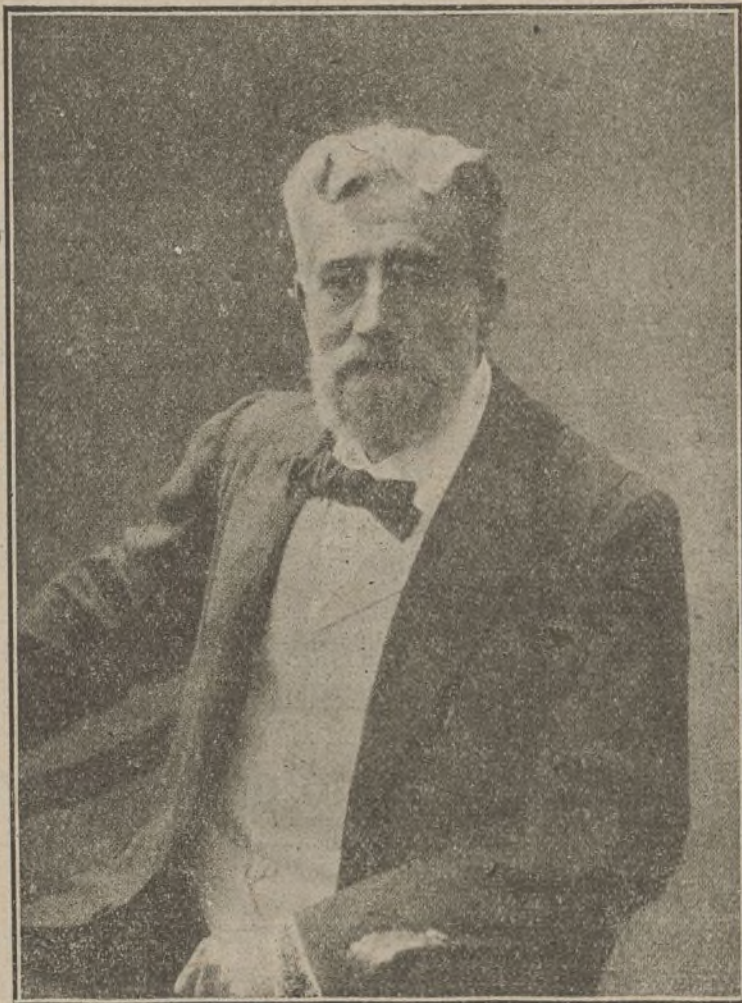
El Dr. D. Antonio Fernández Chacón

No es necesario encomiar la figura de este ilustre profesor en una notas necrológicas para que gran número de generaciones de estudiantes, muchos de ellos primeras figuras de la ciencia hoy, sientan una pérdida como la que supone la muerte del doctor D. Antonio Fernández Chacón.

Cuando vemos morir un hombre de ciencia joven

al que auguramos triunfos constantes en su carrera, nos mueve al dolor alguna parte egoísta de nuestro sentimiento. Cuando vemos morir al que realizó una labor intensa, no interrumpida y que constituyó aportación fructífera al progreso de la especialidad, el móvil de nuestro pesar es más honrado: el reconocimiento.

Chacón colaboró eficazmente al progreso de la obstetricia y de la ginecología en la cátedra y en la clínica. Divulgó los conocimientos que adquiría y cultivaba, en las Universidades de Granada, Santiago, Valladolid, Madrid, etc. Su larga vida pedagógica le proporcionó ocasión para no detener en su



entendimiento los nuevos principios de su ciencia más que el tiempo necesario a consolidarse y tomar mayor amplitud y firmeza. El profesorado le atraía desde sus primeros pasos en la profesión y todos los puestos que en él alcanzó se los debió a su estudio y a las brillantes oposiciones en que le fueron otorgados. Así, de alumno interno de la Facultad de Granada pasó a ser en ella profesor clínico.

Por oposición también, ganó la cátedra de obstetricia y ginecología de la Facultad de Medicina de Santiago; por traslado explicó esta misma asignatura en la de Valladolid, y tras reñidísimos ejercicios consiguió la victoria en las celebradas para proveer la de la misma Facultad en la Universidad Central, en la que muchas generaciones, repetimos, pudieron escuchar sus explicaciones ilustradas y amenas, porque este hombre, inteligente y culto, supo, al mismo tiempo que enseñar con arreglo a los más

modernos procedimientos, apartar el adusto ceño y la severidad del catedrático de rutina sometido y guiado por el texto anticuado.

Su exquisito trato de gentes, su carácter jovial, su crítica sana y acertada, sus dichos y anécdotas, que se hicieron proverbiales, la corrección y propiedad en la manera de decir le crearon muchas amistades, muchos admiradores y una clientela tan numerosa como adicta.

Los compañeros y la opinión le elevaron a la Real Academia Nacional de Medicina y a la presidencia de la Sociedad Ginecológica española. En el ejercicio de la profesión descolló con el marqués del Busto, el conde de San Diego, Cospedal, etc., etc.

El Estado le reclamó para el Consejo de Instrucción pública y el Rey premió sus méritos con la Gran Cruz de Alfonso XII.

Sus meritisimos trabajos son conocidos de todos sus compañeros, y entre ellos se debe a él la traducción de la sexta edición francesa del clásico Tratado de obstetricia de A. Ribemmont Dessaignes y G. Lepage.

Su genio, su afectividad, su bondadosa llaneza y su gracia, comentada y reconocida por todos los que le trataron, le conquistaron simpatías y amistades que primero sintieron que fuese jubilado hace dos años, y hoy lloran su muerte, porque con ésta todos hemos perdido un buen amigo y España un hombre de ciencia.

A. CORTEZO COLLANTES.

Federico Toledo de la Cueva

Con gran sentimiento participamos a nuestros lectores la muerte de este médico, modesto, pero muy digno de una justicia que jamás alcanzó en vida.

Compañero nuestro desde sus primeros pasos en la carrera, interno del Hospital general, estudiante brillantísimo, políglota y muy buen escritor castellano, al acabar sus estudios, las necesidades de la vida le llevaron a la práctica rural, calvario de nuestra clase en todo tiempo, pues aun triunfando allí, siempre hay la tristura del medio ambiente social de la incultura para el hombre lleno de conocimientos e imposibilitado de tratar con inteligencias que le comprendan, y gracias si encuentra corazones que le estimen.

Federico Toledo supo librarse del mefitismo moral, y siguió firme en su propósito de cultivar su espíritu y de conseguir la estimación de sus modestos clientes, y éstos le demostraron a la hora de su entierro cuánto sentían su pérdida, acudiendo todo el pueblo de Las Rozas para acompañar su cadáver al cementerio.

Un espíritu siempre justo le buscó para traerle a Madrid y llevarle a un puesto digno de sus grandes conocimientos, y entró con nosotros en la Redacción de la «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas». Citar

todo su trabajo allí, sería escribir la historia de nuestro querido periódico; tal vez por la modestia de don Federico, como le llamábamos todos, oscureció esta labor; pero hoy es muy justo decir públicamente cuánto valía este médico de partido y este trabajador infatigable, que deja un hijo, su digno descendiente, cuya corta historia se traduce en el acto tan simpático que realizaron los estudiantes de Anatomía de San Carlos enviando magnífica corona al paso de su maestro y acompañando a pie su cadáver. Estos actos son demostrativos, para los que critican sin conocer a la juventud estudiosa, de que el porvenir de España está asegurado con hombres de corazón como estos estudiantes.

Deja Federico tal cantidad de trabajo, ha traducido tanto, ha sido un clínico eminente, que sería para nosotros una verdadera injusticia que hubiera muerto sin una lágrima y sin una expresión de su valer, realzando en muerte al que en vida se empeñó en pasar inadvertido, y afirmar que se mereció mejor suerte tan productiva, tan honrada vida profesional y una inteligencia tan superior.

ANTONIO ESPINA Y CAPO.

Enero-23-1921.

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 26 DE JUNIO DE 1920 (1).

La dietética en la fiebre tifoidea

El DR. MARISCAL, al intervenir en este debate, aporta curiosísimas citas de autores españoles de siglos pasados, que se ocuparon en sus obras de la dietética en las fiebres agudas, principalmente de esas que tantos nombres han recibido, como el de *febris putrida*, *synochus putris*, fiebre maligna nerviosa, adinámica, atoxoadinámica, entérica o enteromesentérica, enteritis foliculosa, dotinenteria, fiebre tifoidea, tifus o tifoabdominal o intestinal, ileotifus, y que entre nosotros se las conoció con el de tabardillo (*febris tabifica* de los antiguos). Con este motivo el doctor Mariscal cita a nuestros clásicos Juan de Aviñón, que habla de una epidemia de *tabardete*, observada por él en Sevilla en 1393 y 1394, y tras él Amato Lusitano, Alfonso López Corella, Juan de Carmona, Luis Mercado, Luis de Toro, Antonio Gómez Pereira, Juan Bravo de Piedrahita, Nicolás Bocangelino, Miguel Martínez Leida, José Amor y otros muchos.

Al fijarse en la dietética del tratamiento de la fiebre tifoidea dice que los primeros que se ocuparon de ello fueron Gedeón Harvey, médico de los Estuardos de Inglaterra, y Benech, médico francés del siglo XVIII,

(1) Última del curso académico.

SIL-AL

Silicato de aluminio purísimo

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid

Ayuntamiento de Madrid

que reaccionaron contra los excesos de la dieta rigurosa y de la sangría, prescribiendo a los enfermos el régimen más succulento, y sustituyendo un método reparador al régimen de cuaresma que imperaba en aquellos siglos y hasta fecha muy reciente en la clínica. Añade que muchos ignoran que los médicos españoles, quizás inspirados en la lectura de los clásicos griegos y romanos de la Medicina, que se sabían de corrido, hablaron ya de alimentar a los enfermos febriles en pleno siglo XVI, es decir, un siglo antes que el doctor inglés y dos siglos primero que el francés.

Hipócrates, Asclepiades y Temison, no fueron partidarios de la dieta absoluta, y Cornelio Celso, al combatirla en su hermoso *Tratado de la Medicina*, afirma: *Optimum vero medicamentum est, opportune cibus datus* (el alimento, dado con oportunidad, es el mejor de los medicamentos), sentencia que recordaba dos siglos después Areteo de Capadocia, cuando decía en su *Tratado de las enfermedades agudas y crónicas: In alimenta, medicamenta sunt*. Pero se pasó a la alimentación excesiva y el *tenuis victus* hipocrático convirtiéndose por algunos en succulentos manjares, en pechugas de gallina, jamón y solomillo.

Trata también de los consejos que daba Porcell, con motivo de una peste bubónica, diciendo que a los enfermos se les diera de comer poco, bueno y muchas veces, conforme a la enfermedad y fuerzas del enfermo... y al tiempo, edad y costumbre del mismo enfermo...; porque a uno le será dieta comer un capón o un pollo, y a otro le será mucho mantenimiento; en conclusión: una dieta moderada, no comiendo tanto como solían, sino menos, y que sea de fácil digestión.

También habla el doctor Mariscal del profesor valenciano, Francisco Franco, catedrático de Sevilla, el cual está por un buen *mantenimiento humido*, que además optaba por las frutas sazonadas, jugosas y frescas, entendiéndose que no se han de *ingurgitar* y hartarse de ellas; de Luis de Toro, modesto médico de Plasencia (hallándose Carlos I en el Monasterio de Yuste), quien manifestaba que «no hay que fiarse del estado de fuerzas del enfermo», pues aunque al principio de la enfermedad sean muchas, hay que contar con la duración del mal y con la debilidad que se presenta constantemente en el tercer período; y unas veces echaba mano del suero y otras de la tisana de cebada de Hipócrates, y otras preconizaba los alimentos astringentes y aperitivos, las hierbas y sustancias aromáticas y las frutas, raíces y conservas, llegando en ocasiones a prescribir hasta las carnes y los pescados.

Dice que Corella, Mercado, Toro y Carmona coinciden en aconsejar un alimento muy de ahora, que tan en boga está, la dieta vegetal, caldo de pollo cocido con lechuga, en la que encontraban virtudes anodinas, atemperantes, aperitivas y mundificantes, y las bebidas frías, refrigerantes de los espíritus vitales, agua de cebada o de limón, agua con vinagre, agraz, cidra, etc., horchatas, principalmente las de almendra, ligeramente endulzadas todas ellas con diversos jarabes para refrescar el ardor que sufren los enfermos, el

gran calor y mucha sed que suelen experimentar, y como diluyentes de muchas materias picantes o humosas intemperados, que, con las bebidas copiosas, se transformaban y eliminaban por los muchos emunctorios naturales que su fisiología admitía.

El doctor Mariscal, en apoyo de los inconvenientes de la dieta rigurosa, cita el caso, que pudo observar, de una tía suya, dama de compañía de la duquesa de Híjar, mujer hermosa, desarrollada y robusta, que cayó enferma de tifoidea; fué visitada por los médicos de los duques; se venció la enfermedad con régimen de agua de limón por todo alimento, y la convalecencia fué tan larga, quedó tan débil, que al poco tiempo falleció de tisis cascosa, como entonces se llamaba.

Repite la anécdota del irlandés Graves, que dijo a sus discípulos: si no encontráis epitafio que poner sobre mi tumba, escribid: *He fed fevers* (alimentaba en las fiebres).

Hasta aquí, el doctor Mariscal sólo se ocupa de historiar la fiebre y su dietética, y entra de lleno a lo dicho por el doctor Marañón, con quien está conforme respecto a no prescindir ni un solo día de sostener las fuerzas del tifódico y reparar las pérdidas que experimente merced a una adecuada alimentación; pero no está conforme en que pueda darse toda clase de alimentos desde el principio (carnes y pescados) a un febricitante con 40° sin tener en cuenta el estado del aparato digestivo; la inflamación o ulceración de éste, su predisposición a la hemorragia, etc. Y respecto a este último accidente, cree que en la fiebre tifoidea hay hemorragias intestinales de tres géneros. Conforme en que uno de ellos es el debido a un proceso hemorrágico generalizado a una especie de hemolisis o hematomolisis; pero también las hay que son causadas por una fluxión intestinal, como ocurre con las que se presentan en los primeros días del primer septenario, coincidiendo con epistaxis que tienen el mismo origen, la fluxión de la membrana pituitaria y las que se presentan hacia el tercer septenario, que anuncian muchas veces la perforación intestinal, ordinariamente son debidas a las ulceraciones del intestino y a la erosión de un vaso más o menos importante. Estas últimas son las que pueden presentarse tras una alimentación poco apropiada. Por eso dice el doctor Mariscal que hasta que el período de reposición no estuviera muy avanzado, y por supuesto limpio de fiebre el enfermo no se atrevería a alimentarlo sino con sustancias líquidas o semilíquidas; que es partidario de que no debe prescindirse de la leche, por ser ésta un alimento y un medicamento a la vez, por sus propiedades eupépticas, reparadoras, calmantes, diuréticas, etc.; que también son buenos alimentos durante el período febril el kéfir y toda clase de leches fermentadas, el kumis, el yooourt y el *maibul*, elaborado por el Laboratorio Municipal de Madrid; ni se puede prescindir del sabroso caldo español, alimento ideal en los primeros períodos de la tifoidea, digan lo que quieran los que en ciencia todo lo sacrifican a la moda; recomienda la somatose como peptona excelente. Res-

CARBOLAN

Pelrid's C.^o, New-York

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

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

pecto al pan no lo permite hasta pasados algunos días sometido el enfermo al régimen de pescado y carne.

El DR. GONZÁLEZ ALVAREZ lee unas cuartillas sobre el punto de discusión, y rebate el exclusivismo lo mismo en la medicación que en el régimen; que el régimen en la fiebre tifoidea nunca puede ser de sólidos, ni al principio ni en el de estado, ni en la declinación, y aun el régimen de líquidos y semilíquidos se prescriben modificados, según las circunstancias de cada caso, (gelatinas, papillas, purés, leche, caldo vegetal, zumos y mermeladas bien tamizados).

El DR. GRINDA dice que el problema de la alimentación es puramente de experiencia, puramente clínico, y no hay más remedio que ser empíricos; que esto conforme con el criterio de los señores Huertas, Mariscal y González Alvarez, y se limita a decir que en la práctica no hay que repetir aquella hermosa fábula de Iriarte «La contienda de los mosquitos».

El DR. CRIADO AGUILAR explica el concepto que le merece el empirismo, que fué un procedimiento de la ciencia, un método; pero es un método que es lo último para adquirir ciencia; es utilizable, es la observación en el ejercicio, y, por lo tanto, facilita cosas excelentes, imaginativas, de impresión, de observación escueta, sin que se tenga la razón de por qué. Ejemplo: la quina en las intermitentes, el mercurio en la sífilis, etc.; de suerte que se admite el empirismo como informado en la práctica de la Medicina; pero no se le debe estimar como elemento primordial, porque esto llevaría a la rutina, y ésta no sería ciencia estable. Después de este concepto filosófico del empirismo, se fija en lo dicho por el doctor Marañón, y sostiene que la fiebre no es un estado bueno para alimentar al enfermo, pues el febriestante tiene la lengua seca, le falta saliva, el jugo gástrico se encuentra sumamente disminuido, el intestinal lo mismo, el pancreático también; de suerte, que no existe realmente aptitud orgánica para digerir, y todo lo que sea forzar la alimentación es ir contra la naturaleza; pero hay que alimentarla, teniendo en cuenta el estado del intestino; es decir, que el estado de lesión vital, de lesión aguda, requiere, como las ulceraciones y heridas en general, un procedimiento de dulcificación, de suavidad, de respeto, para no aumentar el proceso y no estimularlo de una manera anómala, y aun cuando hay que alimentar al enfermo para que no pierda fuerzas de prolongarse la tifoidea, hay que tener la habilidad particular de atender y respetar al propio tiempo la aptitud digestiva del estómago y del intestino.

Concretando su criterio a la alimentación, dice que la leche es un alimento completo indiscutiblemente; lo afirma la experiencia universal de siempre. El régimen lácteo es completo; la leche tiene todos los principios, es un régimen de enfermo, no es un régimen de trabajo, es un régimen pobre; pero esto no quiere decir que sea incompleto; que si fatiga al estómago puede mezclarse con una pequeña cantidad de harina; a harina de patata, por ejemplo, la de arroz en cortísima cantidad, puesta en tela metálica en seguida para

que se dextrinifiquen un poquito la fécula, el almidón, y se facilita su transformación. Esto, disuelto en un poco de agua fría y después mezclado con la leche, dándole un hervor de unos cuantos minutos, hace que el coágulo que se forma se encuentra mezclado con esta harina, y en vez de formarse un bloc de caseína, es un bloc pequeño y se digiere mucho mejor. Rechaza el pan y todo sólido porque el tifoideo no tiene condiciones de aptitud digestiva, ni tiene la mucosa intestinal integridad bastante para resistir este micro-trauma o macrotrauma que esta clase de alimentos producen.

El DR. DIAZ VILLAR dice que la leche es un alimento completo, por constar de los cuatro grupos de principios inmediatos alimenticios: sustancias albuminóideas, hidratos de carbono, materias grasas y principios minerales; que en ella, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, se encuentran los principios inmediatos alimenticios que constituyen el alimento completo.

Habla del valor nutritivo de la leche, que depende de tres factores: relación nutritiva, digestibilidad de los principios constitutivos de la leche y modificaciones que experimenta dicho valor por las condiciones individuales, por las variaciones funcionales y por causas exteriores. Explica los tres conceptos.

El DR. ALBIÑANA habla como paciente sometido a la dieta mixta preconizada por el señor Marañón, cuando éste con otros compañeros le trataron de una fiebre tifoidea que le puso a las puertas de la muerte. Defiende el concepto empirismo en su aspecto filosófico-médico, no el empirismo puro, porque es la negación absoluta de todo raciocinio; pero hay que justificarlo, y desde el momento que se justifica por razones, el empirismo ya es razón, y, por lo tanto, no existe empirismo puro.

De este modo dió fin el curso académico, que en las últimas sesiones se animó la discusión al tratarse de un tema de tanta trascendencia, como es el de la dietética en la tifoidea.

DOCTOR CESALDO

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 717,1; ídem mínima, 712,6; temperatura máxima, 12°4; ídem mínima, 0°2; vientos predominantes, SO. O.

Ha variado muy poco el estado sanitario de la semana: siguen los afectos de los órganos respiratorios y las agravaciones de las cardiopatías crónicas; la epidemia tifoidea disminuye visiblemente; la mortalidad ha aumentado muy poco.

La escarlatina y el sarampión disminuyen en los niños.

LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar a razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 25, * San Sebastián.

Crónicas

Oposiciones a farmacéuticos de Sanidad militar.—La *Gaceta* del día 5, ha publicado una Real orden del Ministerio de la Guerra por la que se convoca a oposiciones entre doctores y licenciados en Farmacia, a fin de proveer ocho plazas de farmacéuticos segundos al Cuerpo de Sanidad Militar.

Las instancias documentadas de los aspirantes se presentarán en la sección de Sanidad del ministerio, hasta el 15 de febrero, y los ejercicios se verificarán en el Laboratorio Central de Medicamentos de Sanidad Militar, y darán principio el 1.º de marzo próximo.

Ampliación del plazo para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad exterior.—La *Gaceta* del día 5 publica la siguiente Real orden del Ministerio de la Gobernación:

«Con el propósito de dar más facilidades a los médicos que aspiren al ingreso en el Cuerpo de Sanidad exterior.

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer: Que la fecha para el comienzo de los oposiciones, señalada en el párrafo primero de la Real orden de 21 de julio último, publicada en la *Gaceta* del 27 del mismo mes, se amplie por un mes y, que asimismo, se prorrogue la admisión de solicitudes hasta el 31 de enero de 1921».

Inspectores provinciales de Sanidad.—La *Gaceta* del día 6 publica la siguiente Real orden del ministerio de la Gobernación sobre el concurso para ocupar varias plazas de inspectores de Sanidad:

«S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo informado por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, y lo propuesto por la Inspección general, ha tenido a bien disponer:

1.º Que se apruebe dicho concurso, y en su consecuencia que se nombre a don Francisco Bécares Fernández inspector provincial de Sanidad de Valladolid, con el sueldo o gratificación de 7.000 pesetas anuales; a don Ramón Fernández Cid, inspector provincial de Sanidad de Pontevedra, con el sueldo o gratificación de 5.000 pesetas anuales; a don José Molina Martos, inspector provincial de Sanidad de Cuenca, con el sueldo o gratificación de 5.000 pesetas anuales, y a don Eduardo Méndez del Caño, inspector provincial de Sanidad de Teruel, con el sueldo o gratificación de 5.000 pesetas anuales; y

2.º Que se desestimen las peticiones de los aspirantes a las plazas que resultan vacantes en este concurso».

CURAMOS CON ELECTRICIDAD, RAYOS X Y RADIUM, en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocios, tumores graves, reumatismo, gota, artritis deformantes, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, dispepsias neuromotrices, colitis mucomembranosa, graves afecciones de la piel o cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas, imposible mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58.

Siguen las irregularidades.—A lo que dijimos en números pasados, respecto a la reunión del Tribunal para provisión de la Cátedra de Historia de Medicina, y que fué justamente reparado anulando la ilegal convocatoria, tenemos que añadir hoy una nueva irregularidad. Los señores entusiastas de la «nonnata» autonomía, consiguieron que un Real decreto dispusiera que en cada Tribunal hubiese dos jueces pertenecientes al Claustro de la

Universidad, a que correspondiese cada vacante y..., con efecto en el aludido Tribunal, no hay «ninguno», pues el doctor Simonena, que le debe presidir, lo hace como consejero «y no como catedrático, y a propuesta unipersonal de la Facultad», que es la que mandaba el decreto. ¿Rectificará el actual ministro el error como lealmente lo hizo su predecesor en el caso análogo?

En el Hospital de Guadix.—El día 7 de los corrientes se celebró en Guadix, con toda solemnidad, la inauguración de la nueva sala de operaciones del Hospital Real de Caridad.

Bendijo la sala el obispo.

Terminada la ceremonia religiosa, el médico director, señor Sánchez Bayo, leyó un discurso para dar las gracias al pueblo de Guadix, que contribuyó espléndidamente a la realización de obra tan necesaria.

En parecidos términos habló también el señor Obispo.

La mortalidad en Madrid.—Durante el último mes de diciembre ocurrieron en Madrid 1.447 defunciones.

La mortalidad ha sido una de las más bajas registradas en el mes de diciembre.

En relación con los demás meses del año 1920, fallecieron por fiebres tíficas 15 más que en noviembre, 31 menos que en enero, 17 menos que en abril, 14 menos que agosto y ocho menos que en marzo.

La tuberculosis en Guipúzcoa.—Un concurso.—El día 15 se reunió en la Diputación la Junta de gobierno de la Fundación Sagastume, y acordó abrir un concurso de trabajos sobre el siguiente tema: «La tuberculosis en Guipúzcoa. Sus causas y sus efectos. Medios de evitarla. Sus relaciones con el alcoholismo. Estadística de la mortalidad causada por la tuberculosis».

El mejor trabajo será premiado con 1.000 pesetas.

El Colegio Médico y la Academia Médico-Quirúrgica, informarán a la Junta de la Fundación acerca de los estudios que se envíen al concurso.

Las obras de terminación de la Casa de Salud de Santa Cristina.—La *Gaceta* publica el siguiente decreto del ministerio de Instrucción:

«Artículo 1.º De conformidad con el dictamen técnico emitido por la Junta facultativa de Construcciones civiles, según lo dispuesto en el Real decreto orgánico de dicho servicio de 4 de septiembre de 1908, y habiéndose cumplido las formalidades establecidas en los artículos 67 de la ley de Contabilidad de 1.º de julio de 1911 y 5.º de la de 19 de marzo de 1912, se aprueba el proyecto redactado por el arquitecto D. Luis de Landecho para las obras de terminación de la Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela de Matronas, en esta corte, con un presupuesto de contrata que asciende a la suma de 1.102.215,53 pesetas.

Art. 2.º Las obras se ejecutarán dividido el importe en cinco anualidades, por el orden siguiente: 102.215,53 pesetas en el ejercicio económico actual de 1920-21 y 250.000 en cada uno de los de 1921-22 a 1924-25, abonándose este gasto en la forma especial que se señala en la consignación que figura en el capítulo XXIV, artículo 2.º, concepto segundo, «Otros servicios», del presupuesto del ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.»

Las estaciones sanitarias de Irún y Port-Bou.—En atención a la intensidad e importancia del tráfico comercial que desde el punto de vista sanitario se verifica en las estaciones sanitarias de Irún y Port-Bou, fronterizas con Francia; a fin de que la inspección de sus servicios pueda realizarse con la prontitud que ellos mismos exi-

PEÑACASTILLO

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

jan y la eficacia que cada caso requiera, la Inspección general ha dispuesto:

Que la estación sanitaria fronteriza de Port-Bou quede adscrita al distrito sanitario de Barcelona para todos los efectos reglamentarios, y la de Irún, al distrito sanitario de Bilbao, a iguales fines.

Consultas.—En la consulta de oftalmología establecida en la casa de socorro del distrito del Hospicio (Augusto Figueroa, 45), bajo la dirección del doctor Aleixandre, se han prestado durante el año último, los siguientes servicios:

Enfermos asistidos, 469; operaciones, 25; reconocimientos oftalmológicos, 42; corrección de agudeza visual con lentes, 53; asistencias, 3.649.

A esta consulta pueden concurrir cuantos enfermos pobres lo deseen; los martes, jueves y sábados, de 9 a 10 de la mañana.

La rabia en la provincia de Cádiz.—Telegramas procedentes de esta capital, dan cuenta de haberse presentado en aquella provincia numerosos casos de perros hidrófobos; y en la Inspección provincial pecuaria, se ha recibido la denuncia oficial de la existencia de la rabia.

En el campo de Algeciras, que es donde parece que se ha decarado primeramente su existencia, han sido muertos más de 200 perros sospechosos, no respetándose su procedencia, única manera de cortar la propagación del peligroso mal.

Los médicos de Guipúzcoa y Navarra.—Una Comisión de los Colegios Médicos de Guipúzcoa y Navarra visitó el día 22 al presidente de la Diputación guipúzcoana para manifestarle que se adhieren ambos organismos a la Diputación en lo referente a la reglamentación de servicios médicos.

Los comisionados pidieron que aquella Corporación influya para que las relaciones de los Colegios de Alava y Vizcaya con los de Guipúzcoa y Navarra sean tan cordiales como las de estos últimos.

Inspección a los servicios de higiene de Sevilla.—El gobernador civil, acompañado del delegado de Higiene del Ayuntamiento, Sr. Casas, visitaron el día 22 el Laboratorio municipal, donde pudo darse cuenta de la perfecta organización de todos los servicios.

Estuvo también en el matadero. Las naves de sacrificio de reses no reúnen condiciones y la instalación de aguas es muy deficiente.

El Sr. Casas ha dispuesto que se instale un botiquín de urgencia en el matadero del Perneo, dedicado a las reses de cerda, para poder asistir solicitamente a los matarifes en sus frecuentes accidentes.

De acuerdo con el gobernador, ha dispuesto también el dechado que se realicen diversas mejoras higiénicas en los mercados.

Don Nicolás Boatas Bielsa.—Ha llegado a nosotros la noticia de la muerte del doctor Boatas Bielsa, médico que fué de San Esteban de Litera (Huesca).

El comportamiento de este compañero fallecido, durante las últimas epidemias de gripe, asistiendo a los enfermos cuando un cáncer le privaba al poco tiempo de la vida, le hizo acreedor del cariño de aquel vecindario que quiso pedir la cruz de Beneficencia para premiar sus servicios y que su modestia no le consintió admitir.

SULFOBARIUM (marca registrada).—Sulfato de bario purísimo para Radioscopia. Cajita de 130 gr., 2,40 pesetas; de 150, en dos dosis, 3 pesetas; en forma emulsionable en frío; a granel, por kilos. *Unico preparador en España:* DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha, 35, Tel. M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.



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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

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

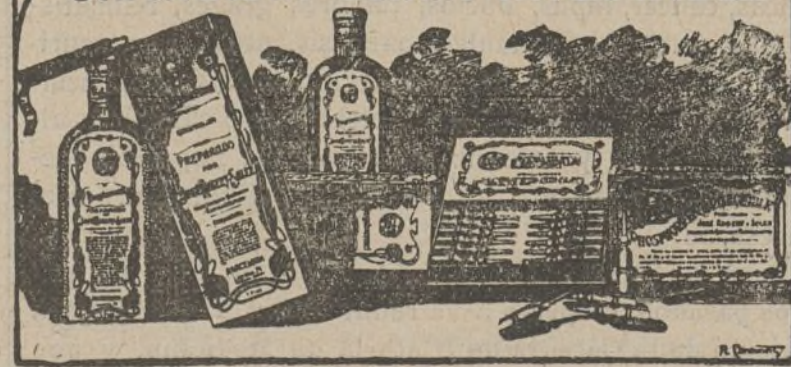
PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



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

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.—Teléf. J. 923.

TRIDIGESTINE Granulada DALLOZ

El más activo de los Polidigestivos

Dispepsias gastro-intestinales por insuficiencia secretoria.

Miembros: DALLOZ Y C^a, 13, Boul' de la Chapelle, PARIS.

Ayuntamiento de Madrid