

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNÁNDEZ Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
		A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
		F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.—Archivo é inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: El doctor Marañón y su obra, por el Dr. Simón Hergueta.—Tratamiento curativo de la tos ferina o coqueluche, por el Dr. Baltasar Hernández Briz.—La vía endobronquial en la terapéutica del aparato respiratorio, por T. Martín Carrasco.—Contribución al estudio del diagnóstico funcional del hígado, por Francisco García Guijarro.—Bibliografía, por A. Cortezo Collantes.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La viruela en Guipúzcoa, por Tomás Peset.—Opiniones autorizadas, por Angel Fernández-Caro, Luis Soler e Isla Bolómburu.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sociedad Española de Higiene.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

El doctor Marañón y su obra

POR EL

DOCTOR SIMÓN HERGUETA

Difícil es, por más de un concepto, ocuparse de una personalidad como la del Dr. Marañón, joven, de reputación extraordinaria, tanto desde el punto de vista científico, como del social y profesional, y autor de numerosos trabajos en que campea un estilo suelto, cierta originalidad y juicio crítico acertado.

Condiciones son, ciertamente, que unidas al trabajo constante, a la lectura asidua y a la meditación sobre los fenómenos biológicos, le hayan hecho brillar, distinguirse y destacarse de la inmensa mayoría de los médicos españoles.

La rapidez de su reputación y sus éxitos profesionales, no han sido bien apreciados por algunos compañeros, tanto de los que ocupan las primeras jerarquías profesionales, como de muchos jóvenes, que unidos ambos por una cualidad, que desgraciadamente es muy común en todas las clases sociales, pero sobre todo en la médica, la ENVIDIA, han tratado de discutir y cercenar sus méritos, haciendo creer y propagando por todas partes que su reputación era más bien debi-

da a la influencia que alguno de su familia ejercía sobre la prensa política española.

Tales conceptos, a más de depresivos, son injustos, puesto que la personalidad del doctor Marañón se había destacado en la Universidad, terminando su carrera brillantemente, ingresando después en la Beneficencia provincial mediante oposiciones y bien reñidas, por cierto, en las que obtuvo el número uno, y siendo premiada por la Real Academia de Medicina su Memoria sobre las *Glándulas de secreción interna y las enfermedades de nutrición*.

El que empieza así no es un profesor vulgar; pero si examinamos sus numerosos trabajos y producciones, nos convenceremos en seguida de que se trata: primero, de una persona muy laboriosa; segundo, que sus artículos y memorias llevan siempre el sello de la investigación experimental y de laboratorio; y, tercero, que sus juicios indican un buen entendimiento nutrido por grandes lecturas, que demuestran su cultura enciclopédica.

Y al exponer estos juicios imparciales acerca de la persona de mi amigo el doctor Marañón, puedo asegurar que no me guía otro objeto que el de la justicia y el de la verdad; y en este punto soy testigo de la mayor excepción por la sencilla razón de no comulgar en las mismas ideas que él en algunos puntos, tanto científicos como filosóficos, sobre todo.

Posee una cualidad excelsa que yo admiro: la de exponer públicamente sus ideas de todo género, médicas, políticas, sociales, filosóficas, de crítica, etc., aunque algunas sean equivocadas, con tal energía y fé, y con tal claridad y convencimiento, que demuestran el valor de sus convicciones y ser un *carácter* digno de admirar y de aplaudir, y más en los tiempos actuales en que predominan la hipocresía y, sobre todo, la cobardía.

¿A qué ha debido Marañón su rápida celebridad? Pues sencillamente, el haber vulgarizado entre la clase médica el estudio de las secreciones internas, tanto desde el punto de vista anatomo-fisiológico como del clínico, asunto nuevo en el que se vislumbra un horizonte inmenso, lo mismo patogénica que terapéuticamente.

Y como entre los múltiples y numerosos estados, debidos a la alteración de dichas glándulas, hay que incluir a la OBESIDAD, frecuentísima en nuestras damas, he aquí la causa y el origen de la reputación social de Marañón en sus primeros tiempos, si se tiene en cuenta que todas las señoras tienen guerra declarada a la gordura por entender que la belleza desaparece cuando se pierden la esbeltez en el talle y la gracia y flexibilidad en los movimientos.

Estos atisbos geniales de Marañón indicaban desde luego a un profesor que supo especializarse en una rama nueva de la patología, en la que ha cosechado y cosecha ópimos frutos. Mas no se crea que todo ha sido coser y cantar. En estos últimos diez años lleva publicados más de SESENTA trabajos de investigación personal dados a conocer en forma de *artículos* en numerosos periódicos profesionales; de *Memorias* y *comunicaciones* en Academias y Congresos nacionales y extranjeros, y cinco volúmenes en que sintetiza todos sus trabajos de endocrinología, titulados el primero *Investigaciones anatómicas sobre el aparato paratiroideo del hombre. (Estudio anatómico e histológico de la región tiroidea de 180 cadáveres)*; el segundo, *Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición*; el tercero, *La doctrina de las secreciones internas; su significación biológica y sus aplicaciones a la patología*; el cuarto, *Enfermedades de las glándulas de secreción interna. (Manual de Medicina interna, dirigido por Hernando y Marañón. Tomo III)*; y, finalmente, el quinto se titula EDAD CRÍTICA. (*Estudio biológico y clínico*).

Los artículos, comunicaciones y Memorias podemos considerarlos como los materiales de construcción que le han servido para fundamentar la obra crinológica expuesta en sus cinco volúmenes, dando, al parecer, explicación satisfactoria de multitud de fenómenos biológicos, lo mismo en lo que se refiere a la patogenia de ciertos estados morbosos, que a la fisiología patológica y, sobre todo, al tratamiento que, en resumen, es lo más importante en Medicina.

Son curiosísimas sus observaciones personales acerca de los signos que suministra el análisis de la sangre no sólo en las enfermedades de las glándulas de secre-

ción internas, como el hipertiroidismo, el bocio exoftálmico, la enfermedad de Addison, etc.; sino en otras infecciones, como la viruela, por ejemplo.

Si en estos artículos aporta datos interesantes sobre diversos temas tanto fisiológicos como clínicos que esclarecen algunos puntos oscuros de patogenia, no menos notables son los que dedica a la enfermedad de Addison, al estudio experimental de la Adrenalina, a la influencia que las lesiones de la hipófisis ejercen tanto en la obesidad como en la diabetes insípida; a las minuciosas investigaciones anatómicas sobre el aparato paratiroideo del hombre; a la patogenia y síntomas de la delgadez y enflaquecimiento; y muchos más temas que se refieren, la mayor parte, a la investigación de la fisiología y patología endocrinológicas.

Mas en donde Marañón se manifiesta como un gran biólogo es en el estudio de las secreciones internas, asunto vasto y complejo y que cada día domina más a la patología, puesto que existe un sistema que relaciona unos con otros los órganos más distantes por dos mecanismos; el *nervioso* y el *químico* que persisten en íntima relación funcional durante toda la vida. El mecanismo *nervioso* es conocido de todos; el *químico* se desarrolla merced a ciertas sustancias químicas elaboradas por los tejidos, denominada *hormona*, que a favor principalmente del torrente circulatorio, ganan los órganos más alejados, ejerciendo su acción específica sobre multitud de funciones.

Claro es que antes de ocuparse de éstas describe anatómica e histológicamente el aparato paratiroideo de 180 cadáveres, estudio fundamental para conocer biológicamente sus funciones tanto en el estado normal como cuando existe exceso o defecto de función y la influencia que ejercen sobre todos los síntomas y aparatos. Mas como en el organismo existe cierta correlación fisiológica, estudiada muy bien por Pí y Suñer, entre las secreciones internas y los órganos más distantes; y aun cuando a medida que en el ser se hace más intensa la vida de relación con el mundo externo, adquiere una importancia inmensa el sistema nervioso, no es menos cierto que el mecanismo químico preside y dirige las funciones vegetativas, estando uno y otro en íntima relación funcional durante toda la vida.

¿Para qué sirven en la economía normal las secreciones internas? Pueden reducirse a lo siguiente:

- 1.º Regulación del crecimiento y modelamiento de la morfología del organismo y de la evolución sexual.
- 2.º Regulación del funcionamiento del sistema nervioso.
- 3.º Regulación del metabolismo.
- 4.º Contribución a la defensa humoral contra los agentes tóxicos, endógenos y exógenos.

Vasto plan constituye el estudio de la fisiología y patología de cada uno de estos grandes procesos desde el punto de vista endocrinológico, y aun cuando la totalidad del problema ha sido esbozado por varios autores, quedan, sin embargo, multitud de puntos que no han sido aclarados todavía. Mas para el médico

práctico la parte más importante es la que se refiere al metabolismo, cuya patología y terapéutica se ilumina de un modo inesperado con los conocimientos endocrinos, asunto tratado por Marañón de una manera admirable en el estudio magistral que ha hecho de la influencia de las secreciones internas sobre la diabetes, insípida; temas todos, cuya patogenia se va aclarando poco a poco y en la que se fundamenta una terapéutica opoterápica que vino a corroborar la idea endocrinológica del origen de dichos padecimientos.

No nos hemos propuesto hacer una crítica de las obras de Marañón, ni tampoco hacer una exposición detallada ni de sus trabajos personales, ni de las ideas originales contenidas en los mismos; pero no podemos menos de citar su último libro «Edad crítica», que honra a su autor y constituye una joya en la literatura médica española.

Asunto nuevo en que si bien existían multitud de materiales desperdigados, aislados, sin vínculo ninguno, ha tenido la habilidad de ordenarlos, de agruparlos y exponerlos de una manera lógica sí, pero original en sus artículos de patogenia de la edad crítica, en la etiología, en la cronología, en sus múltiples y variadísimos síndromes lo mismo genitales que nerviosos, que psíquicos, que de los aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo y urinario, que de los trastornos del metabolismo. Dedicó dos hermosos capítulos a la menopausia artificial o quirúrgica y a la edad crítica del varón. Y termina con el tratamiento que lo divide en patogénico (opoterapia, higiene y diatética general) y en sintomático.

Marañón demuestra en este libro ser un gran biólogo, y que domina la patología médica y cuanto con ella se relaciona; convece el ánimo de que multitud de procesos que no se les daba importancia obedecen a alteraciones pluriglandulares; es en una palabra la obra del Dr. Marañón, la mejor y más completa que poseemos acerca de la Menopausia. Asunto, al parecer, tan árido, lo ha engalanado con multitud de citas literarias que demuestran su gran cultura, y con un estilo agil, suelto, castizo y en ocasiones brillante, como en este trozo que copio, para terminar, de la «Génesis del acto cmotivo.» «Desde un alto contempló, por ejemplo, el atardecer en un valle; la belleza de los colores del crepúsculo, el relieve que adquieren los montes lejanos, la sombra que va llenando los barrancos, el silencio que lo invade todo, me llena de una sensación de belleza puramente mental y tranquila; poco a poco se agudiza el encanto de la perspectiva y de la soledad, y la sensación que recogen mis sentidos después de henchir mi cerebro, pugna ya por derramarse por el resto del organismo; las células neuróglícas empiezan a entrar en actividad y a tender sus brazos hacia los capilares sanguíneos; y de pronto surge del silencio una voz lejana que canta una copla llena de melancólica poesía; y entonces, traspuesto el obstáculo, el dique nervioso y neuróglíco de que antes hablábamos, la excitación harmónica corre por la sangre, el tiroides y las suprarrenales, en una instan-

tánea reacción, vierten en el terreno circulatorio sus productos que de un modo electivo y exquisito impresionan estos y aquellos territorios de mi sistema vegetativo; y siento que mi corazón se acelera, que los músculos de los bulbos pilares se contraen originando en mi piel la sensación de la «carne de gallina», que la vaso constricción de los capilares cutáneos, me produce un ligero y agradable escalofrío que recorre mi espalda; y quizá, si soy muy sensible, mis ojos se nublán con una lágrima involuntaria expulsada por la contracción del seno lagrimal. Y entonces vi que la pura contemplación intelectual de un espectáculo bello se ha convertido en una emoción. Y tal vez no se trate sólo de una fenomenología subjetiva, sino que un ser extraño a mí que me observa, se puede apereibir también de que estoy emocionado.»

Es, en resumen, el doctor Marañón un médico culto, distinguido, experimentador sagaz con aplicaciones a la clínica; de buen talento, excelente escritor y, sobre todo, muy laborioso y constante trabajador; y que se diferencia de muchos por publicar todo cuanto cree pertinente para el progreso de la Medicina en en nuestra nación. En la actualidad está en el apogeo de su fama, siendo todavía muy joven, y cuando a su edad ha escalado los primeros puestos profesionales, es porque tiene cualidades superiores a las de la inmensa mayoría de sus compañeros, debidas unas a su buen entendimiento, y otras a ser un obrero tenaz, y sobre todo constante, condición rara en España, y por cuya falta no progresamos como en las demás naciones.

Hoy todo le sonríe; consideraciones, halagos, nombramientos, atenciones, etc., y solamente le deseo le dure mucho, porque es el principal tónico espiritual del hombre trabajador; pero en nuestra profesión, desgraciadamente está mezclada una satisfacción con diez disgustos, y aun aquéllas nos la aguan con frecuencia todos los que nos rodean.

Además la sociedad es tan versátil, que al que hoy cree como un Dios, mañana le trata como hombre, pagando muchas veces con la *ingratitude* al profesor que ha puesto su ciencia, su descanso, su tranquilidad y todas sus facultades mentales para salvar la vida a sus semejantes.

Hace falta en nuestra profesión un amor grande a la humanidad para no desanimarse en ciertos momentos ante la injusticia e ingratitude sociales, así como ante la conducta incorrecta de nuestros compañeros. Hoy predomina en algunos tal idea de su sabiduría con las secuelas lógicas de *vanidad* y *orgullo*, que miran con cierto desdén, y sobre todo, tratan con tan poca consideración y respeto a profesores dignísimos, tanto desde el punto de vista científico y profesional como del social y moral, que apenas el ánimo contemplar la conducta poco correcta que observan algunos jóvenes con médicos ilustres encanecidos en la profesión y que la han ejercido y la ejercen con el decoro y dignidad que exige la moral médica, tan olvidada por aquellos mal aconsejados compañeros.

Y tengan presente éstos, para que no se engrían con sus conocimientos modernos, que la evolución de las ideas en Medicina cambia por completo cada diez o doce años, y como comprobación, no haré más que recordar que desde que empecé la carrera hasta hoy se han dado cuatro explicaciones distintas de los fenómenos biológicos: la *flojística* o de Broussais, la *celular* o de Virchow, la *bacteriológica* o Pasteuriana y la *química biológica* que hoy priva.

Por esa asociación de ideas inexplicable, la personalidad de Marañón ha traído a mi memoria la de muchos jóvenes que, dotados de entendimiento y cultura, están engreídos y satisfechos de sí mismos y persuadidos de que deben ocupar los primeros puestos en todas partes, y principalmente en el ejercicio de la profesión, saltando para conseguirlo por encima de cuantos obstáculos se opongan a su decidido propósito de llegar a la meta.

Tratamiento curativo de la tos ferina o coqueluche

POR EL

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ

Médico-jefe de la Inclusa, Colegio de la Paz y Asilo San José, de Madrid (1)

La coqueluche o tos ferina es una enfermedad frecuentísima en los niños, desesperante en alto grado, tanto para el enfermito como para el médico, contra la cual se han ensayado infinitos remedios, sin haber encontrado hasta el presente uno de acción *verdaderamente curativa*.

En el año 1888, en *EL SIGLO MEDICO* (núm. del 30 de septiembre) y en *Los Archivos de Medicina y Cirugía de los niños* (núm. 30 de noviembre), di a conocer, por primera vez, los resultados verdaderamente sorprendentes de las *inhalaciones de ácido fluorhídrico* en el tratamiento de esta enfermedad, pues en varios casos historiados fueron suficientes cinco o seis inhalaciones para conseguir la completa curación de estos enfermitos atacados de formas intensas y graves de esta dolencia.

El año pasado, a fines de marzo, se presentó una pequeña epidemia de tos ferina en los niños de la Inclusa del Asilo San José, y entonces me decidí a usar otra vez las inhalaciones de ácido fluorhídrico, recordando los brillantísimos resultados obtenidos con su empleo, y para cerciorarme de si con este agente habíamos encontrado la medicación curativa por excelencia, el *medicamento específico* para combatir y curar esta rebelde y tenaz enfermedad.

¿Cómo administrar estas inhalaciones en forma práctica y sencillísima para que en cualquier lugar, en la población más insignificante, el médico pueda emplearlas?

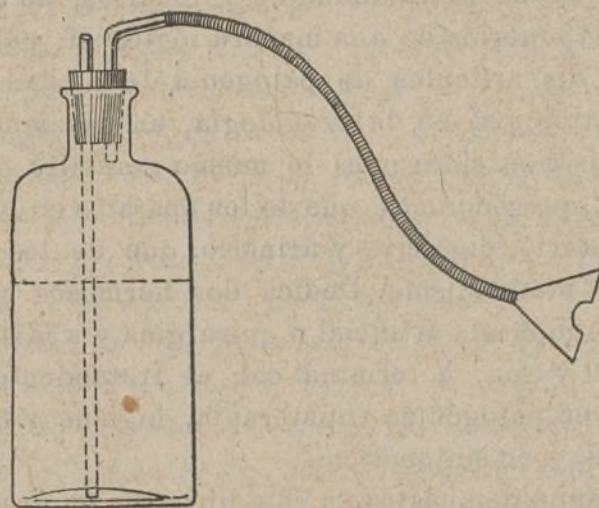
(1) Comunicación presentada a la Real Academia Nacional de Medicina.

Use el siguiente recurso que puede improvisarse, repito, en cualquier parte.

En un frasco, de cavidad de unos 500 gramos, de boca algo ancha, se pone un tapón de goma con dos aberturas; por una de ellas se pasa un tubo que llega hasta el fondo del frasco, y por la otra, otro tubo acodado que parte desde el tapón, y en la otra parte acodada, fuera del frasco, se pone un tubo de goma de unos 70 u 80 centímetros de largo, y en su extremo un embudito de cartón con una pequeña escotadura en su borde para tapar la boca y la nariz del enfermito al hacerse la inhalación.

Dispuesto de esta manera el inhalador, se pone dentro del frasco agua hasta la mitad (unos 250 ó 300 gramos), y se vierte en ella *diez centímetros cúbicos* de ácido fluorhídrico; más adelante quince centímetros cúbicos, y después, como máximo, veinte centímetros cúbicos del referido ácido.

Colocado el embudito en la cara del niño, al res-



pirar éste el aire atmosférico, recoge los vapores del ácido fluorhídrico, y bañan la mucosa *naso-faringo-laríngea*, lugar donde anida el germen específico de esta dolencia, y dichos vapores lo matan, aniquilan a las pocas inhalaciones.

Las inhalaciones se hacen de diez minutos de duración, empezando por las dosis débiles (10 c. c.), aumentando la cantidad de ácido según se observan sus efectos.

Como el ácido fluorhídrico ataca el cristal, los tubos se rompen mucho, y entonces, este aparato improvisado, lo perfeccioné, empleando como frasco uno vacío, donde se expende el referido ácido, que es de una goma endurecida, y los tubos de cristal los sustituí con tubos de goma algo gruesa, y de esta manera queda un aparato definitivo que no es atacado por el ácido y no es frágil.

Treinta y ocho niños fueron tratados de esta manera (dos de ellos de pecho, y los restantes de tres a diez años de edad); todos *se curaron por completo en ocho o diez días*, y lo primero que se observa es que, a la primera inhalación, ya no vomitan los niños, ni echan sangre a la tercera o cuarta inhalación, apenas tienen accesos quintosos, y a los ocho o diez días se consigue la curación completa.

Las inhalaciones se hacen diariamente.

Un hecho curioso ocurrió, que pudiera tomarse

como contraprueba: un niño de tres años (observación 39) no pudo ser sometido a estas inhalaciones por haberse concluido el ácido fluorhídrico y no encontrarse en ninguna parte en Madrid; tuvo este pobrecito que sufrir las molestias terribles de su forma intensa de tos cerca de tres meses, que milagrosamente se salvó, cuando sus compañeros de Asilo se habían curado todos en dos semanas escasas.

Decía Bufon: «basta que una cosa sesuce da siempre del mismo modo para que nos dé una certeza»; y el no menos ilustre Magendie decía: «registrar hechos, coleccionar hechos, nada más que hechos»; pues bien, el médico recoge las observaciones de los hechos a la cabecera del enfermo, los colecciona y deduce de los mismos su enseñanza práctica y positiva.

Yo suplico modestamente a mis compañeros que ensayen este recurso terapéutico, para que entre todos, sin apasionamientos, hagamos la experiencia, y comuniquen el resultado que observen, favorable o adverso, a EL SIGLO MEDICO, y si el resultado, como en los casos por mí apreciado, se repite, habremos hecho un gran bien a los niños, habiendo tenido la fortuna de descubrir el tratamiento específico de esta enfermedad.

SERVICIO ANTITUBERCULOSO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

La vía endobronquial en la terapéutica del aparato respiratorio

POR

T. MARTIN CARRASCO

Alumno interno del Hospital Clínico.

Una cuestión bastante sugestiva en el estudio de las enfermedades del aparato respiratorio es la terapéutica de las enfermedades crónicas. Afecciones que el práctico ha de tratar a diario, y que con los medicamentos y vías de administración clásicos pocas veces queda satisfecho de llenar un papel verdaderamente eficaz, no ya sólo en el sentido de la curación absoluta, sino ni aun a veces en el de evitar al enfermo los sufrimientos de ciertos síntomas o complicaciones como la tos dificultosa, la expectoración excesiva, infecciones bronquiales y cavitarias agregadas a la tuberculosis; por ejemplo, accesos de asma, etc.

Encontrándome bastante escéptico por lo que a la curación de tales afecciones crónicas se refiere, pensé en la conveniencia de practicar los nuevos medios de administraciones medicamentosas por vía intratraqueal, con el fin de ver si realmente se podía contar con resultados más alentadores en este sentido.

Aprovechando las facilidades halladas en el doctor Gutiérrez Gamero para trabajar con los enfermos del

Servicio antituberculoso de la Facultad, me adiestré en la práctica de tal terapéutica. De los resultados vistos ha nacido el objeto de estas líneas, que nada en absoluto pueden ilustrar a especialistas, de sobra conocedores de ello, pero que sí deben ser una especie de profesión de fe, en la que la convicción de la gran utilidad de dichos tratamientos adquirida por mí pueda mover a la esperanza y a la comprobación de los hechos a todos los que, como yo (estudiantes aún quizá), estén poco resignados a hacer un papel poco eficaz en tales enfermos.

* * *

Se concibe fácilmente que los fundamentos que indujeron a Violet, Dor, Mendel, Ephraim, etc., a elegir la vía intratraqueal o endobronquial para la administración de ciertos medicamentos fueron:

1.º El pensar que, puesto que se pretende una acción curativa local, es el modo más seguro de que las dosis empleadas se utilicen en su totalidad en tal acción tópica, cosa muy dudosa de conseguir en las administraciones por vía gástrica, pues aun los medicamentos eliminables por la mucosa respiratoria no se eliminan en su totalidad por ésta o pueden sufrir transformaciones antes en el organismo.

2.º Poder evitar el inconveniente que ciertas lesiones, como abscesos pulmonares, infecciones secundarias de cavernas, las mismas lesiones tuberculosas, etc., ofrecen para la actuación en ellas de medicamentos aportados al pulmón por la vía sanguínea, pues las barreras fibrosas poco vascularizadas que suelen cercar o limitar los focos son un obstáculo al aporte de los agentes terapéuticos que les hace inútiles en un grado más o menos absoluto. Con la vía bronquial, en cambio, es muy posible en tales casos conseguir que las dosis medicamentosas se pongan en contacto con el foco, puesto que éste suele ser completamente accesible por esta vía, en la que están abiertos generalmente.

3.º Lograr evitar los inconvenientes que para el aparato digestivo tiene el uso continuado de ciertas sustancias.

El beneficio que por la vía bronquial se obtiene es superior al conseguido por las administraciones «per os», subcutáneamente, etc., de las mismas sustancias medicamentosas. Los mismos enfermos que usando las vías de administración clásicas son la desesperación por sus constantes quejas de no mejorar experimentan un inesperado optimismo, encontrándose muy pronto mejorados subjetivamente hasta el punto de que muchos hacen verdaderos sacrificios en sus profesiones, etc., con el fin de no interrumpir el tratamiento. Una pregunta que puede ya haberse hecho el lector no especialista o no muy iniciado es si el método de aplicación medicamentosa intrafaringea o intratraqueal no tiene dificultades de técnica tan considerables que le hagan inaplicable en la práctica general, y surge la idea de si tal técnica sólo será hecha por el laringólogo. Por eso expondré primero algo sobre este punto.



Técnica.—No es otra que la especial de las inyecciones intratraqueales e intralaringeas. Colocación del enfermo y del médico en situación para laringoscopia, cogiéndose aquel la lengua del modo adecuado, puesto que el médico emplea las dos manos en la intervención. Enfocando con el espejo frontal, el médico hace laringoscopia, y luego, con la otra mano, y guiándose siempre por la imagen del espejo, introduce la cánula incurvada de la jeringa de inyecciones intratraqueales y busca meter el pico de dicha cánula en la glotis, para lo cual aprovechará una inspiración del enfermo o le hará pronunciar la letra *e*.

Entonces inyectará el contenido de la jeringa poco a poco. Claro es que antes de la inyección medicamentosa es conveniente anestesiarse con solución de clorhidrato de cocaína al 5 ó 10 por 100, tanto la mucosa laringea y traqueal como la faríngea, para evitar reflejos tusígenos y nauseosos, que podrían luego echar el medicamento fuera de las vías respiratorias, y también con el objeto de hacer más tranquila y exactamente la inyección. Es de recordar que existen grandes variantes en los distintos enfermos en su facilidad tusígena y nauseosa. Los reflejos de faringe llegan a ser muy tenaces en ciertas personas excitables (mujeres, sobre todo) y los de las vías respiratorias también, dependiendo de la naturaleza y grado de la inflamación de la mucosa y de la cantidad y temperatura de la sustancia inyectada, para evitar lo cual se echará lentamente y a temperatura parecida a la del cuerpo.

Especialmente los tuberculosos con inflamación de la mucosa tráqueobronquial son muy sensibles al reflejo tusígeno. Pero, a pesar de haber casos difíciles, al cabo acaban por ser más dominables, y en muchos puede luego hacerse el tratamiento sin anestesia. Coincide esto con cierto adiestramiento del enfermo en cogerse la lengua, en no hacer movimientos intempestivos, en dominar la emoción y serles fácil respirar perfecta y regularmente durante la inyección, así como el cumplimiento del consejo de inspirar profunda y lentamente a continuación de recibir el líquido. Finalmente, ello se debe también a la mejoría que van adquiriendo las lesiones inflamatorias de la mucosa. Lo demás de la técnica (toda una serie de detalles minúsculos de cierto interés) sólo lo consigue la práctica y son largos de explicar y fáciles de hacer. Se dirá que precisamente la dificultad estará en que se necesitará mucho tiempo hasta llegar a hacerlo bien. Sin embargo, es mucho más fácil de lo que a primera vista puede parecer al no habituado. Yo sé de mí y de otros compañeros que a los quince días de empezar era ya posible un dominio aceptable, y con poco tiempo más lo hacíamos ya sin dificultad alguna de ordinario. Como al mismo tiempo también se va adiestrando el enfermo y como la anestesia previa facilita bastante, son muchas menos las dificultades de las que se pueden creer. Insisto sobre el hecho de que la técnica es muy dominable porque se leerá en ciertos autores (Mendel, Rosenthal) que es dificultosa y hasta

insegura, pues el medicamento muchas veces es expulsado o deglutido. Sobre el primer punto ya digo que estoy convencido de que es fácil y que el que así no lo crea es porque no ha tenido la paciencia indispensable de unos cuantos días de ensayo. Sobre la seguridad de la llegada y tolerancia de los medicamentos en los bronquios, Rosenthal, en sus dudas, cree conveniente aplicar su procedimiento de traqueofistulización, dejando puesta una fina cánula, por la que se viertan a diario los medicamentos. Este procedimiento será de valor para el tratamiento endobronquial de ciertas afecciones respiratorias agudas; pero para las que nos ocupamos ya es otra cosa, pues aun no diciendo nada sobre varios inconvenientes que se comprende ha de tener el procedimiento, cabe pensar que Rosenthal desanimó muy pronto en los ensayos que hiciera por vía laringea, pues, aunque durante el aprendizaje fracasase alguna inyección, al cabo de algún tiempo ya no fracasaba ninguna. Dice que es difícil meter el pico en la cánula de la glotis, o bien que ésta se contrae sobre ella y sobrevienen reflejos.

Ciertamente que es algo difícil hacerlo así, pero al cabo de algún tiempo se consigue; entretanto lo que sí puede conseguirse muy pronto es el verter el líquido dentro de la laringe, aunque por encima de la glotis, sin meter la cánula a través de ésta, pudiéndose asegurar que de este modo, haciendo la inyección lentamente, llega el líquido perfectamente a la tráquea.

En cuanto al método sencillo de Mendel, de hacer inclinar al enfermo la cabeza hacia atrás para que de este modo la pared posterior de la faringe haga declive en embudo con la laringe y el líquido que se hace resbalar por dicha pared posterior caiga a la laringe es muy problemático. Lo que sucede en ese caso es que gran parte del medicamento se acumula en los canales o bolsas faringolaríngeos, y al dejar la tracción de la lengua es deglutido. Aparte de que haciendo arrastrar primero el medicamento por la faringe se corre el peligro de que lleve gérmenes peligrosos. Además, no cabe duda que, no siendo difícil adiestrarse en la buena técnica con laringoscopia, este procedimiento es demasiado tímido, además de muy inseguro, y debe desecharse. Otro procedimiento de administración por vía endobronquial ya más difícil de dominar es mediante el traqueobroncoscopio, que se ha empleado también en los enfermos del Servicio antituberculoso de la Facultad. Es muy útil su uso, pues proporciona una guía excelente para seguir la marcha de la inflamación de la mucosa y por el interior del tubo pueden también echarse los medicamentos, inclusive a un solo pulmón si conviene así. Recordemos hasta el papel de alivio de la broncoscopia en los enfermos de asma.

RESULTADOS TERAPÉUTICOS.—En el curso de 1919 a 1920 se trataron en la Facultad el siguiente número de enfermedades y enfermos de cada una:

1. *Bronquitis crónica.*—Se trataron 29 enfermos en este grupo, de los cuales 14 siguieron el tratamiento durante un mes, por lo menos, y cinco por más de dos o tres meses sin contar temporadas de descanso.

Estos enfermos recibían diariamente una inyección intratraqueal de aceite gomenolado en concentraciones 3, 5 y 10 por 100. Del conjunto de observaciones resultan varios hechos dignos de nombrarse: 1.º Todos los enfermos, sin excepción, salieron mejorados, mejoría sostenida perfectamente en los períodos de descanso y comprobada en algunos como curación bastante tiempo después de dejado el tratamiento. 2.º Esta mejoría suele ser notada clárisimamente antes de los diez o doce días de tratamiento. 3.º La mejoría subjetiva de los enfermos puede llegar a ser absoluta al cabo de un mes o dos. Clínicamente se ven disminuir al tiempo la tos y la expectoración hasta llegar a desaparecer por completo en bastantes casos; en la mayoría de los otros quedó reducida a un mínimum. Paralelamente los síntomas regresaban, como se podía comprobar con la exploración periódica de los enfermos y mediante el uso del broncoscopio, con el cual se pudo ver en muchos la marcha regresiva de la inflamación de la mucosa. 4.º No hubo que lamentar ninguna clase de trastornos en los enfermos.

He aquí alguna historia resumida:

Núm. 157 de consulta. C. G., de cincuenta y cinco años. Pulmonía a los veinte. Desde su juventud catarros, tos, especialmente molesta por la noche, expectoración abundante, alguna disnea.

A la exploración acusa los signos difusos de bronquitis crónica y enfisema.

A los ocho días de tratamiento mejoría clara. Al mes, desaparición de la disnea y reducción notable de la tos y de la expectoración. Disminución de los signos estetoscópicos de la bronquitis. Al mes y medio el propio enfermo, hallándose perfectamente, se dió de alta por serle algo difícil venir a la clínica.

Núm. 223. G. A., de treinta y ocho años. Catarros frecuentes. Ahora tiene mucha tos, con alguna disnea y dolor retroesternal. Expectoración muy abundante, que tiene muy molesto al enfermo en su vida social. A la exploración acusa los signos de catarro bronquial crónico. A los seis días de tratamiento mejoría notada. A los veinte, regresión casi completa de síntomas y signos de exploración. A los dos meses se le prescribió descanso indefinido ante curación clínica, recomendándole volver más adelante, cosa que hasta la fecha no ha hecho.

En los enfermos de bronquitis crónicas la eficacia del tratamiento es evidente, debiéndose hacer notar el papel paliativo tan útil que proporcionan en aquellos que presentan ya complicaciones cardíacas, pues se comprende que el disminuir la tos y expectoración penosas dan un reposo al corazón, que contribuye a mejorar pronto al enfermo y evita complicaciones por parte de la circulación, cosa que pudimos conseguir en algún enfermo.

2. *Asma bronquial.*—Seis enfermos fueron tratados, de los cuales dos lo fueron por espacio de dos meses, y otro de uno y medio, sin contar los días de descanso.

La fórmula usada fué solución de novocaína al

1 por 100, con unas gotas de solución de adrenalina al milésimo. Diariamente o en días alternos, según los casos, se inyectaban de cuatro a cinco centímetros cúbicos de la solución cocaínica, más unas siete gotas de la adrenalínica; se hacían en períodos de ocho a quince días, alternando con descansos. El resultado de todos los casos fué excelente a partir ya de la tercera o cuarta inyección y sin que se presentaran molestias asmáticas en los períodos de descanso.

He aquí historias resumidas:

Núm. 11. E. P., de treinta y tres años. Catarros con frecuencia. Mucha tos. Disnea frecuente. Accesos típicos de asma a menudo. Signos de bronquitis diseminados; cierto grado de enfisema. En la primera serie de inyecciones (siete) mejoró notablemente y no se presentó más que un acceso ligero en el intervalo de descanso. En las series sucesivas, mejoría cada vez mayor. A los dos meses de tratamiento se le dió de alta sin haber presentado nuevos accesos.

Núm. 114. J. H., de treinta y un años. Pulmonía hace doce años. Catarro crónico consecutivo. Tos y expectoración molestas por su cantidad. Accesos de asma típicos desde hace tres años, que van menudeando. En este enfermo, como en otros de asma con bronquitis crónica, se usó en períodos alternados el aceite gomenolado y la novocaína adrenalizada. Al mes, supresión de las molestias asmáticas y reducción notable de tos y expectoración. Este enfermo se trató durante setenta días y logró verse curado por completo del asma cuando terminó el curso, aunque la bronquitis crónica resistía aún, si bien muy atenuada.

3. *Abscesos pulmonares.*—Se trató el siguiente caso:

Núm. 77. G. de la R., de treinta y dos años, labrador. Pulmonía a los veintidós años. En junio del 19 gripe de forma broncopneumónica. Desde entonces no se encuentra bien. Tiene fiebre irregular de exageraciones vespertinas que llegan a 39°. Tos, expectoración de mal olor y sabor, purulenta, alguna vez hemoptóica. En el mes último (febrero de 1920) ha tenido varias vómitas francas y ahora las tiene larvadas. Examen clínico: estertores gruesos y medianos en el pulmón izquierdo, sobre todo a nivel de los espacios intercostales tercero, cuarto, quinto y sexto; frotos pleurales a nivel de la región axilar izquierda. Por radioscopia y radiografía se ve un foco oscuro de forma algo oval, de eje mayor vertical, próximo a pleura. Análisis de esputos: Koch negativo y abundantes estreptococos.

El tratamiento se hizo a base de inyecciones intratraqueales de aceite gomenolado al 10 por 100 durante dos meses. Regresión de los fenómenos citados, paulatinamente. Curación clínica.

4. *Estados de infecciones secundarias en tuberculosis cavitarias, en bronquitis tuberculosas, etc.*—Trataronse siete enfermos, todos ellos en los que la tos había llegado a hacerse muy penosa. Se usaron las inyecciones gomenoladas para hacer la desinfección de las asociaciones microbianas y la supresión de la ex-

pectoración en lo posible. Pero sobre todo, el propósito real era que el gomenol obrase como preparante para el uso posterior de la vacuna antituberculosa de Bossau y Valvay, aplicada también por vía intratraqueal.

Con respecto a los efectos del gomenol en dichos enfermos puede decirse que fueron buenos, pues llegaron a reducirse mucho la expectoración y las molestias dependientes de ella, reduciéndose en algunos marcadamente la temperatura. Sin embargo, las bronquitis por infecciones secundarias en los tuberculosos son más difícilmente influídas y tardan más tiempo en experimentar mejoría marcada.

Sobre el empleo de la vacuna de Bossau en estos enfermos y sus resultados pensamos más adelante publicar otra nota, dando cuenta de ello una vez completados los datos que poseemos.

Octubre 1920.

Contribución al estudio del diagnóstico funcional del hígado ⁽¹⁾

POR

FRANCISCO GARCIA GUIJARRO

—O—

Nuestras cifras son las siguientes:

Caso Número	Diagnóstico	Orina		Sangre	
		Pigmen- tos	Salas	Colesterina	Hemoconias
1	Normal.....	—	—	1,50	+
2	Cirrosis bivenosa.	—	—	—	+
3	Angiocolitis.....	+	+	0,81	+
4	Ictericia hemolítica	—	—	—	+
5	Litiasis biliar.....	—	—	1,50	+
6	Hepatitis sifilítica	+	+	0,02	+
7	Litiasis biliar....	—	—	2,57	+

Observación IX.—J. H., enfermo de quiste hidatídico, de treinta y nueve años. Nada de particular en los antecedentes familiares. Hace cuatro años sufrió una contusión abdominal. Tuvo dolor en el hepigastrio, que se le irradiaba a ambos hipocondrios. Hace dos años tuvo síntomas de obstrucción intestinal, por lo que ingresó en una clínica de San Carlos. Hoy presenta un vientre voluminoso, tenso y doloroso, sobre todo en el epigastrio y vacío derecho. Ictericia. Prurito. Buen estado general. El examen de la sangre dió eosinofilia y reacción de Weinberg, fuertemente positiva. Corresponde este enfermo al número 8 del cuadro anterior.

Observación X.—P. G., enfermo de úlcera gástrica,

(1) Véase el número anterior.

de cincuenta y cuatro años de edad. Desde hace año y medio nota cansancio continuo, dolor en el punto hepigástrico que se irradia a la espalda. El enfermo dice que al mismo tiempo le aparecieron «manchas morenas» en la cara. Nosotros observamos, en efecto, esas manchas pigmentadas de la piel de la cara, como también de la mucosa bucal. Este enfermo es un adisoniano con úlcera de estómago, coincidencia frecuente, de la que Hernando ha hecho un estudio reciente mente. Caso número 9 del cuadro anterior.

En el cuadro anterior hemos colocado la columna de las cifras de fibrinógeno al lado de las de lipasa, no porque tengan ninguna relación patológica, sino por facilitar la comparación de ambos datos.

Se advierte que la lipasa no llega a la normal más que en el caso número 8 (Observación IX); también el fibrinógeno del mismo enfermo dió una cifra alta. Acaso correspondiera este aumento a la probada supuración del quiste. Pero, de todos modos, lo que indican esos datos es que el estado funcional del hígado era normal; conclusión que, por otra parte, coincide con el diagnóstico y con el buen estado general del enfermo.

El caso número 2 (Observación I) presenta las cifras más bajas del cuadro, muy subnormales, como corresponde a su aspecto clínico. Salvo los resultados excesivamente bajos (¿por qué?) de los litiasicos, números 3 y 4 (Observaciones III y V), las restantes cifras están muy en armonía con las particularidades clínicas de cada caso, y obsérvese cómo los valores de una columna corresponden a los de la otra, en relación a la intensidad de la perturbación hepática.

En resumen: los datos que nos suministra el fibrinógeno son fáciles de conseguir y bastante fieles; los que proporciona la cantidad de lipasa en sangre son más trabajosos de alcanzar y menos seguros. Nosotros creemos que con datos como los que proporciona la cantidad porcentual de fibrinógeno se puede llegar a conocer el estado funcional del hígado, siempre que se tengan en cuenta los procesos infecciosos y hemáticos que influyen en la elaboración del fibrinógeno. De la lipasa, cuya producción en el organismo no está suficientemente aclarada, y frente a la cual la influencia inhibitoria del hígado es completamente hipotética, no podemos tener grandes seguridades en el diagnóstico. Desde luego el aumento de lipasa sanguínea en los hepatopatas no se ha comprobado en nuestros casos.

IV

La función biliar del hígado.

No vamos a entrar en este capítulo en prolijas disquisiciones sobre la función biliar, sino que vamos a decir solamente lo que nosotros hemos visto en relación con esta función, a saber: las ictericias disociadas, la tasa de coles-terina en la sangre y el examen ultramicroscópico de las hemoconias; pero para esto hemos de dejar sentadas algunas ideas relacionadas con esos tres asuntos.

En primer lugar, sabemos hoy, por trabajos de Brulé (30) Lemierre, que las ictericias obstructivas no son sino calculosas en su mayor parte; todas las demás, y son la mayoría, no tienen obstáculo mecánico alguno para verter la bilis en el intestino. La ictericia se produce en estos casos por alteración del parenquima, de la propia célula hepática que se encuentra insuficiente, sea por una infección o por una intoxicación o por cualquier otra causa, y no elabora la bilis ni en su calidad ni en la proporción normal de sus componentes, y no la vierte por sus vías normales, que suelen estar expeditas y permeables en estos casos. En esto el hígado recuerda al parenquima renal; en las nefritis uremígenas puras la eliminación nitrogenada está comprometida y dificultada por esta vía; en las hidropígenas lo está la molécula clorurada; en las mixtas se combinan ambos factores, y las dos categorías de sustancias sufren por igual el obstáculo no mecánico, puesto que las vías urinarias excrementicias están normales, sino funcional. De igual modo, ¿qué inconveniente hay en admitir que la célula hepática insuficiente no permite el paso a las sales o a los pigmentos biliares, o a ambos a la vez, aun sin existir obstáculo mecánico, sino funcional del parenquima? De aquí se deducen dos cosas: primero, la posibilidad de presentarse ictericias disociadas, y segundo, que la ictericia, disociada o no, nos indique la insuficiencia hepática que la origina y hasta la intensidad de esa insuficiencia. En este caso teníamos un medio racional y natural de investigar esta función, ¿para qué, entonces, la prueba de la tetraclorofenoltaleína de Rowatree, Horwitz y Bloomfield inyectando esa materia colorante para reconocerla después en las heces, si un pigmento como el biliar, ya espontáneamente, investigado en sangre, orina, heces, daba noticia exacta del estado funcional del hígado?

La investigación de los pigmentos biliares en la orina se hará por los reactivos de Grimbert, Gemelin, Rosenbach, Huppert, Smith y Morel y Policard, y la de las sales por las reacciones de Pettenkofer y Hay. En las heces se buscarán los pigmentos por el reactivo de Triboulet. Y en la sangre se encontrarán hemoconias si las sales biliares llegaron al intestino, el grado de colesterinemia nos informará del metabolismo del ácido colálico a través del parenquima hepático, descontando previamente los otros factores colesterinógenos y los procedimientos de Hammarsten, Gilbert, Hercher y Posternak y el más reciente de Hijmans van den Bergh (31) mostrarán la cantidad de bilirrubina que la sangre contiene, con lo que se tendrá una información del estado de la célula hepática mucho más verídica que la que puedan dar las pruebas de eliminación que se han propuesto. Pero de todos estos medios de investigación ninguno tan exacto como los que buscan directamente en sangre. El método de Hijmans van den Bergh llega a reconocer el 1 por 200.000 de bilirrubina en sangre, y es tan ingenioso, que no resistimos al deseo de describirlo aunque sea a grandes líneas: Es un método colorimétrico basado en que una solución étera de sulfocianato férrico al 1 por

32.000 tiene el mismo color que una solución de azo-bilirrubina (suero con bilirrubina y reactivo benzaldehído de Ehrlich) al 1 por 200.000. El inconveniente de la alterabilidad de la solución clorofórmica de bilirrubina queda salvado con la solución de sulfocianato férrico, que sirve de solución de contraste y puede durar en forma más concentrada indefinidamente.

Nosotros hemos practicado sistemáticamente en nuestros enfermos las reacciones de Grimbert, Gemelin, Deniges y Hay en la orina; la cuantitativa de Grigaut para colessterina, y el examen ultramicroscópico para reconocer las hemoconias en la sangre.

Nuestros enfermos dieron los resultados siguientes:

Caso número	Diagnóstico	Fibrinógeno Gramos por c. c.	Lípasa en c. c. de solución n[10]
1	Normal.....	0,226-0,40	0,1-0,3
2	Cirrosis bivenosas..	0,061	0,03
3	Litiasis biliar.....	0,1019	0,052
4	" "	0,0886	0,059
5	Angicollitis.....	0,12	0,72
6	Hepatitis sífilítica..	0,155	0,086
7	Ictericia hemolítica.	—	0,93
8	Quiste hidatídico de hígado.....	0,686	0,12
9	Insuficiencia suprarrenal.....	0,0912	—

Vemos, pues, por este cuadro que los enfermos números 3 y 6 (Observaciones VI y VII), que presentaban ictericia, tienen, el primero de ellos, una disociación en la eliminación urinaria de los elementos componentes de la bilis (pigmentos, fuertemente positivo, sales, negativo), y el último una disociación menos intensa, que podríamos llamar parcial, frente a la del caso anterior, que es total. Aquí en este segundo caso hoy abundantísimos pigmentos biliares y escasa cantidad de sales. Entre el primero y el segundo hay, pues, diferencias de intensidad que corresponden con los resultados de las pruebas practicadas en la sangre de esos enfermos. Ningún caso más ha presentado pigmentos biliares (bilirrubina o urobilina) ni sales biliares en orina.

En la sangre hemos reconocido la colessterina de cuatro de nuestros enfermos: dos litíasicos, números 5 y 7 (Observaciones III y V), hemos encontrado las cifras más altas. El número 5 tiene una colesterinemia normal; el número 7 la tiene un 1 por 1.000 más elevada que el anterior, indicando una perturbación hepática para el metabolismo del ácido colálico que no presenta el otro caso. Hagamos aquí constar que las cifras que dió la prueba del fibrinógeno de estos dos enfermos es más favorable para el pronóstico del número 5 que para el del número 7 del cuadro número 3. Los dos ictericos presentan valores bajos de colesterinemia.

La hipercolesterinemia de los litíasicos es una hipercolesterinemia por retención, ya que la célula hepática encargada de transformar la colessterina circulante en ácido colálico (32) se encuentra insuficiente y deja pasar colessterina a la bilis en una cantidad ma-

yor de la que corresponde a las sales biliares que produce, y, por consiguiente, tiene lugar la coagulación del sistema coloidal (bilis) frente a la escasez o ausencia del estabilizador (sales biliares). Por esto Chauffard (33) cree que esto es una manifestación «de esa forma especial de insuficiencia hepática», lo que él mismo llama insuficiencia colaligénica.

Las hemoconías son coloides grasos que, por su pequeño grado de hidrofilia, presentan al ultramicroscopio un gran contraste con el campo de dispersión. Indican que las grasas han ingresado en el torrente sanguíneo, de lo que se deduce que han sido absorbidas en el intestino, para lo que es indispensable que existan sales biliares en él. De modo que la presencia de hemoconías en la sangre viene a traducirse clínicamente por la conclusión de que las vías biliares están permeables, y que por ellas han podido llegar al intestino sales biliares. Esta prueba se realiza haciendo que el paciente tome 30 ó 40 gramos de manteca de vaca y examinando la sangre a las cuatro horas de haber tomado esta comida. Corrientemente hemos comprobado que sin necesidad de esta comida especial, se encuentran hemoconías en la sangre después de las comidas ordinarias, contando desde luego que se ingieran grasas y se cumplan las condiciones de permeabilidad de vías biliares, etc. Nosotros hemos encontrado hemoconías en todos los casos observados, y creemos que el método serviría para dar idea de la intensidad del proceso que se diagnostica si se trabaja en condiciones constantes, contando los hemoconías que aparecen por campo, el volumen de las mismas y el tiempo transcurrido desde la ingestión de la grasa. Lemierre y Brulé (34) han practicado esta prueba en distintas condiciones experimentales, y le asignan también un valor cuantitativo. En efecto, ligando el colédoco a un perro, la prueba fué negativa; pero ocluyéndolo parcialmente, las hemoconías se presentaron en menor cantidad que cuando el paso por el colédoco para la bilis era expedito. Roubakine (35), por el contrario, no cree que sirva la prueba para apreciaciones cuantitativas, y lo confía a la dosificación de las grasas en sangre por medios analíticos químicos.

Entre los casos que hemos observado en relación con esta prueba, los señalados en el cuadro anterior con los números 3 y 5 nos pareció que tenían muy abundantes y grandes hemoconías. En cambio, el señalado con el número 6 las presentaba pequeñas y escasas. De todas maneras no insistimos respecto a esta aplicación cuantitativa, porque mientras no haya un medio más preciso de medición de tamaño y de recuento de hemoconías, sino que sea el factor subjetivo, tan variable de un observador a otro, el que dictamine, la prueba, en lo que respecta al *quantum*, no tiene gran valor. Parécenos que estas pruebas practicadas en orina, sangre, heces para delatar la existencia normal o patológica de la bilis en esos tres puntos tiene una importancia extraordinaria, no sólo para el diagnóstico clínico, sino para la investigación del estado de funcionalidad de la célula hepática.

V

Conclusiones.

De lo que antecede se desprende por sí solo lo siguiente:

- 1.º Que las pruebas llamadas de eliminación provocada para investigar la actividad funcional del hígado son muy inseguras, dada la complejidad del metabolismo intermediario.
- 2.º Las pruebas de la glucosuria alimenticia y de la sulfo conjugación por medio del timol no tienen más valor diagnóstico que como datos corroboradores o complementarios de otras pruebas.
- 3.º La determinación de la cantidad de fibrinógeno de la sangre indica, con bastante aproximación, el estado funcional del hígado.
- 4.º La cantidad de lipasa de la sangre no es un indicador fiel de la suficiencia de la célula hepática.
- 5.º La investigación de pigmentos y sales biliares en sangre, orina y heces tiene un alto valor demostrativo de las condiciones funcionales del parenquima hepático.

(Trabajos realizados en el Laboratorio y Clínica de Terapéutica de la Facultad Central de Medicina.)

Madrid, noviembre 1920.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—N. Pende. «Endocrinología». Milán, 1914.
- 2.—Falta, «Newgurg und Nobel: Zeit für klin.» Med. t. 76, 1911.
- 3.—A. Mayer, citado por Ambard en «Physiologie normal y pathologique des reins», dos ediciones, 1920, pág. 159.
- 4.—Marañón. «La edad crítica». Madrid, 1919, y «La reacción emotiva a la adrenalina», en *La Medicina*, 1920.
- 5.—L. Levi y H. Rotoschid. «La petite insuffisance thyroïdienne». París, 1913, pág. 129.
- 6.—Crotti. «Thyroid and thymus». Filadelfia, 1918. pág. 356.
- 7.—Ambard. Obra citada, pág. 158.
- 8.—F. Fischler. «Physiologie und Pathologie der Leber». Berlín, 1916, pág. 167.
- 9.—Kobert. «Lehrbuch der Intoxikationen», pág. 35.
- 10.—G. Baar. «Die Indicanurie». Berlín, 1912, página 10.
- 11.—Ackermann y Kutschera. «Ueber die Aporrhemen». «Zeit für physiol. Chem.», 1910, t. 69, pág. 265.
- 12.—Kendall. «Bacterology gral. and intestinal pathology».
- 13.—Effront. «Les catalyseurs biochimiques». París, 1914, pág. 675.
- 14.—H. D. Dakin. «Oxidations and reductions in the animal body». 1912, pág. 75.
- 15.—Lambling. «Précis de biochimie». París, 1919, pág. 232.

- 16.—Emden. «Die Bildung gepaarter Glikuronsäuren in des Leber». Hofm. Beiträge, 1902; t. II, página 59.
- 17.—R. J. H. Jean. «La glycuronurie de la grossesse». Tesis de París, 1915, pág. 15.
- 18.—Fischler. Obra citada, pág. 165.
- 19.—Foster and Kahn. Jour. Lab. and Clin. Med. 1916; t. XI, pág. 1.
- 20.—Garnier, Herscheretc. «Les maladies di foie». París.
- 21.—Goodpasture. «Johns Hopkins». Hosp. Bull, 1914; t. XXV, pág. 330.
- 22.—Whipple, Mason y Peightal. «Jons Hopkins Hospital Bull, 1913; t. XXIV, págs. 207, 343, 357.
- 23.—Schmiedeberg. «Arch. für experimentelle Pathol.», t. XXXIX, pág. 1.
- 24.—Morawitz. «Blutterkrankugen». Lebrbuch d. inn. Méd. von Mohr und Staheling.
- 25.—Wolgemuth. «Gründiss der Fermennmethode».
- 26.—Lowenhardt. «Amer. Jour Phisiol», 1902, t. VI, pág. 331.
- 27.—Connstem, Hover y Warterburg. «Berichte der deutscher Che. Gesellschaft, 1902; págs. 3.988 a 4.006.
- 28.—Hover y Falk. «Jour Amer. Chemi. Society», 1913; t. XXXV, pág. 616.
- 29.—Gen-itsu y Minora Osumi. «Jour Tokyo Chem. Society», 1918; t. XXXIX, págs. 13 a 22.
- 30.—M. Brulé. «Recherches recentes sur les ictères». París, 1920. pág. 63.
- 31.—A. Hijmans van den Bergh. «Der Gallenfarbstoff im Blute». Leiden-Leipzig, 1918, pág. 16.
- 32.—A. Grigaut. «Le cicle de la cholesterinemie». París, 1913.
- 33.—A. Chauffard. «Lecons sur le lithiasis biliaire». París, 1914, pág. 72.
- 34.—Brulé et Garban. «Physio-Pathologie des ictères», des Traité de Path. Med. et Therap appliqué.
- 35.—Roubakine. «Insuffisance hepaticque chez les tuberculeux pulmonaires». Tesis de París, 1916.

BIBLIOGRAFIA

La función de la inspectora a domicilio, por el comandante Richard C. Cabot.

Para divulgar un libro es necesario decir algo de lo que contiene, no todo, porque esto nos llevaría al plagio, pero sí mucho, cuando lo hemos traducido, de lo que el pensamiento transplantado puede significar en el espíritu de los que hablan el idioma a que se vierte. El que se impone la obligación de bibliografiar una obra extranjera que se quiera divulgar en otro país tiene el deber, de que no están exentos los autores nacionales, de preparar el terreno para la aclimatación y desarrollo de la idea, tan-

to más cuanto mayor sea su originalidad y exotismo.

El libro del comandante Richard C. Cabot (que, en honor a la verdad, está admirablemente traducido por la doctora González Barrio y el profesor Pittaluga, respectivamente) se titula *La función de la inspectora a domicilio*.

Desde el título de la obra, hasta su última página, en una exposición clara y concisa, no vemos más que ideas originales que están en el espíritu de todos, es verdad, pero que no tomaron forma hasta que se la dió la pluma del comandante Cabot.

Empieza por llamarnos la atención el título, porque en nuestra patria, la palabra Inspector lleva siempre consigo una idea restrictiva de nuestra libertad individual, de esa independencia que todo español considera violada en lo que atañe al desarrollo último de su vida privada; y es natural, que al examinar los términos *Inspectora a domicilio*, este espíritu de protesta o repulsión se exacerbe. Pero la transformación de nuestro criterio no tarda en producirse, y pronto nos convencemos de que nuestro temperamento latino nos lleva en muchos casos a hacer juicios precipitados. La Institución a que nos referimos, desconocida hasta por semejanza con otras en nuestro país, es una institución benéfica y a cuyo desarrollo debemos cooperar en cuanto se inicie por alguien su establecimiento en España.

A la función de médico en la sociedad, en pocos países se ha sabido dar la importancia que tiene; en el nuestro, salvo la organización oficial sanitaria, el médico no tiene relación obligada en la sociedad constituida como Estado, y en relación con sus clientes, otra que la de parte en un contrato de servicios. Y así considerada la profesión del médico, no nos puede extrañar que el problema de la Sanidad general vea cada vez más dilatada su solución.

Lo mismo en los establecimientos de beneficencia sustituidos por el Estado, que en los que se debe su existencia a un movimiento caritativo particular, el médico de los hospitales y de los dispensarios sólo conocen al enfermo aislado, en un ambiente que no es en el que acostumbra a vivir y apartado de las influencias que, quizás, fueron causa remota, y aun próxima, de su padecimiento, cuando no influidos por las que considera desagradables en este género de establecimientos y que empeoran, al menos, su estado de ánimo.

Ni el espíritu religioso, ni el cuidado esmerado, ni el interés y genio por parte de los que le rodean en el momento de ser consultados o asistidos, pueden devolver al enfermo a la normalidad que se exige para que un diagnóstico pueda ser exactamente acertado.

Esta es una de las labores fundamentales encomendada a la inspectora, el estudio del medio ambiente en que vive el enfermo que nos consulta en el dispensario, del cual ignoramos hasta las causas

que le movieron a ponerse en curación de sus dolencias.

Motivos de intranquilidad en el orden familiar, determinan en los individuos estados de espíritu que se reflejan en la agravación de un mal latente. Las costumbres, los vicios, la situación económica, los celos, el régimen de vida, el desorden en la alimentación y tantas otras causas que el médico a quien muchas de estas cosas se ocultan o puede ignorar, son otras tantas series de datos preciosos para la terminación de un diagnóstico y para la formación de un plan de combate contra la enfermedad.

Esta especie de cooperadores del médico de dispensario u hospital no tiene ninguna analogía con la profesión de enfermeras. Lo que a ellas se encomienda es una investigación de carácter social: la adquisición de la certeza de si el mal no tiene un origen ajeno al estado patológico del organismo, o si éste se produjo por causas exteriores o éstas le agravaron.

En el desarrollo del libro de Cabat, con una filosofía y un conocimiento de la sociedad poco frecuentes en los escritores de obras de este género, se hallan admirablemente expuestas las condiciones que debe reunir la inspectora, y terminadas las enseñanzas que debe recibir y las dificultades con que ha de luchar en el difícil desempeño de su misión, que pronto salta a la vista, considerando que todo su trabajo se ha de realizar con un tacto exquisito en el propio hogar del enfermo, observándole en el desarrollo de su vida normal, para lo cual nunca podrá presentarse la inspectora como delegado del médico.

Si es útil esta institución por los datos que pueden adquirirse para la formación de un diagnóstico perfecto, no lo es menos en los que son tan necesarios para determinar un plan curativo.

En innumerables casos, las prescripciones de los médicos son desatendidas por las dificultades que se presentan al enfermo su puesta en práctica. Decir a un paciente que necesita reposo y vida tranquila en el campo, distraer su imaginación viajando mucho y cómodamente, si no lo puede realizar por su situación económica, es llevarle a la desesperación, haciéndole comprender que si no abandona el trabajo que le perjudica y del cual no puede prescindir para vivir modestamente, va derecho a la muerte.

¡En cuántos casos no sería más humanitario callar los remedios a añadir a las dolencias físicas las morales de la humillación o la impotencia!

Como antecedentes de la *Inspectora a domicilio*, no se conocen más que las visitadoras o inspectoras que prestaban cuidados y vigilaban a los enfermos salidos de los manicomios de Inglaterra (1880), para prevenir sus recaídas y vigilar el cumplimiento del plan curativo determinado; y las *Sadies Almoners*, cuya labor consistía en averiguar la situación pe-

cuniaria de los enfermos de los hospitales, con el fin de adquirir la seguridad de que debían ser admitidos en los establecimientos gratuitos.

En 1905, Cabot hizo entrar en el Hospital general de Massachusetts la primera inspectora social. En 1918, 200 hospitales de los Estados Unidos habían empezado a ejercer este género de asistencia social, empleando algunos hasta 50 inspectoras renumeradas, aparte de las que se admiten con carácter voluntario.

Por lo que se refiere a la aclimatación de esta institución en España, hoy día no ofrecería tantas dificultades como hace pocos años. De todos modos, los primeros pasos en este sentido deberían darse con personas muy preparadas de antemano y siempre amparadas por el prestigio de un eminente profesor.

El carácter del español y las costumbres de nuestra sociedad actual, hacen más necesaria, que en país alguno en España, una institución análoga. El espíritu abierto y hospitalario de nuestros compatriotas se anula ante el interrogatorio de nuestro médico; queremos engañarnos a nosotros mismos hablando de nuestras ausentes grandezas, y tememos más a la opinión ajena que a nuestra propia miseria. Todos los españoles llevamos un hidalgo dentro, menos cuando se trata de confesar nuestro estado de salud o nuestra situación económica.

El libro del comandante Cabot, diremos para terminar, tiene capítulos (la encuesta económica y la encuesta mental y moral) de una filosofía social modernísima y claramente expuesta.

A. C. Y C.

La Facultad de Medicina de la Universidad de París.

Este es el título de un folleto en 8.º publicado por la Sociedad de amigos de la Facultad de Medicina de París, en el que se explican: la organización general, las enseñanzas que se dan, los cursos complementarios y de perfeccionamiento, exámenes, títulos, programas y horarios para el curso de 1920-1921; precio, un franco.

La Sociedad de amigos de la Facultad de Medicina, presidida por M. León Bourgeois y dirigida por el profesor Chauffadr, acaba de publicar un folleto que contiene los datos más interesantes y completos acerca de la organización de la Facultad de Medicina de la Universidad de París.

Es muy interesante para los estudiantes y médicos franceses y extranjeros, que todos los años vienen en gran número a París para completar los estudios teóricos y prácticos que tienen hechos, conocer los recursos de que dispone actualmente la Facultad de Medicina, así como las facilidades con que pueden contar. Tal es el objeto de este folleto.

Está elegantemente editado y proporciona datos muy útiles a todos los que quieren seguir estudios

e investigaciones médicas; indica los horarios de los cursos y la materia que va a ser objeto de las conferencias; la organización, completamente nueva de la enseñanza clínica en los hospitales, da a conocer los trabajos prácticos, los cursos de perfeccionamiento y de vacaciones, los medios de trabajo en los laboratorios de investigación; indica también los precios de las matrículas y los títulos y certificados que se pueden obtener.

Es verdaderamente digna de elogio la idea de la sociedad de Amigos de la Facultad de Medicina, al proporcionar a los estudiantes, médicos y sabios, un elemento importante para favorecer sus estudios y facilitar sus trabajos.

Periódicos médicos

UROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El tratamiento de los tumores vesicales.—

El doctor B. A. Thomas hace un análisis de sesenta y dos casos de tumores vesicales, y establece las siguientes conclusiones:

1. El cistoscopio es de importancia suprema para diferenciar los varios tumores vesicales, su naturalaza, localización y extensión, a fin de determinar el tratamiento más acertado y mejor, y por fin, para continuar observando periódicamente al paciente y distinguir y dominar cuanto antes toda señal de recurrencia.

2. Muy rara vez se encontrarán casos en los que el diagnóstico diferencial dependerá del examen histopatológico de un corte extirpado y del cistograma.

3. El tratamiento por excelencia del papiloma solo o múltiple es la llamada fulguración cistoscópica de alta frecuencia, aunque raras veces se encontrarán casos en los que este tratamiento es imposible y se necesitan la cistotomía y otros procedimientos quirúrgicos.

4. La resección de la vejiga, con o sin transplatación ureteral, es el único tratamiento racional para el carcinoma precoz localizado en un sitio favorable.

5. En la enfermedad maligna que invada el cuello de la vejiga puede verificarse muy excepcionalmente la cistectomía total.

6. En ciertos casos de carcinoma, localizado en un sitio desfavorable para la resección, o que han progresado demasiado para el tratamiento radical, estamos probando hoy día la cistotomía seguida de la fulguración intensa, la implantación de radium y los rayos X, con la esperanza de que prolongará la vida, y que quizás en raros casos se logrará la curación.

7. En carcinomas avanzados e inoperables de la vejiga, el alivio que consiste en la cistostomía, si existe anuria, y la aplicación de los rayos X y el radium para mitigar los síntomas molestos, ofrece escaso con-

suelo para los esfuerzos fútiles y las tentativas vanas del cirujano concienzudo.

(*The Journal A. M. D.*, 15-XII-920.)

2. **Revista crítica de 500 casos de úlcera gástrica y duodenal.**—El doctor Elmer J. Eggleston, después de un interesante estudio sobre 500 casos de úlcera gástrica y duodenal, establece las siguientes conclusiones:

1. Si la úlcera péptica, en particular la duodenal, se observa precozmente, y si el paciente se somete a un tratamiento cuidadoso y bien planeado por un período de tiempo razonable, y después de este tratamiento observa un régimen bien regulado por un período de algunos meses, se puede tener confianza en obtener una curación completa.

2. En los casos no complicados de larga duración, el tratamiento médico apropiado alivia por lo menos, 70 por 100 de ellos.

3. En la gran mayoría de los casos en que los síntomas desaparecen durante el tratamiento médico y luego retornan, esto se debe a descuidos dietéticos.

4. Debe preferirse el tratamiento quirúrgico en los casos complicados con estenosis pilórica, que no ceden fácilmente a las medidas médicas, los casos con hemorragias repetidas, úlceras penetrantes o perforantes, y los casos en que es imposible un curso médico prolongado.

5. La gastroenterostomía simple no proporciona alivio permanente en un número considerable de casos y debe suplementarse por resección de la úlcera, cauterización, invaginación o gastrectomía parcial.

(*The Journal A. M. D.*, 15-XII-920.)s

RADIOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El tratamiento de la actinomicosis con el azul de metileno y los rayos X.**—Los doctores Viggo W. Jensen y C. W. Schery publican el siguiente caso:

Una mujer blanca, de veinticuatro años de edad, embarazada, se quejó de una ulceración en el lado izquierdo de la cara. Comenzó como un dolor de muela, después de haberse limpiado los dientes con pajas de escoba. Se produjo un absceso que se trató por la extracción del diente enfermo. La hinchazón y el dolor de encías se extendió a la mejilla, de la cual tres semanas más tarde se extrajo una onza de pus por medio de una incisión; pero una segunda incisión, una semana más tarde, no reveló más pus.

Exploración.—Esta fué negativa, con excepción de hallarse un embarazo a término y una lesión que se extendía unas dos pulgadas (cinco centímetros) desde el ángulo del maxilar hasta el cuello, anteriormente, hasta la comisura de la boca, y hacia arriba hasta el proceso maxilar. Tenía un color rojizo de cobre, con fístulas múltiples que irradiaban del centro y estaban llenas de pus. El maxilar sólo se podía abrir unos dos centímetros. Existía un área ulcerada en la membrana

mucosa, de dos centímetros de diámetro, frente al sitio del primer molar, con induración marcada, pero sin fístulas ni gengivitis, y gran dolor sólo a la presión. No podía sacar la lengua, pero en su superficie existían numerosas ulceraciones y fisuras profundas.

El análisis urinario y varias reacciones Wassermann fueron negativas durante toda la enfermedad. La fórmula leucocitaria durante el estadio quiescente fué de 8.000, con un recuento diferencial normal y sin eosinofilia.

El informe radiológico del doctor Sante dice: »Existe un área oscura, que puede ser destrucción ósea, que va hacia adelante del sitio de donde se extrajo el diente, bajo los demás dientes. Es un área oscura que puede ser rarefacción ósea, debida a un proceso infeccioso. Parece que la corteza estuvo infectada y puede haberse destruido más hacia adelante; sin embargo, no existe irritación perióstica.»

El doctor W. T. Coughlin sugirió que podía existir una infección fungoidea, pero no se hizo el diagnóstico positivo sino después de obtener y examinar raspados de las fístulas con objeto de hacer el diagnóstico, y resultar repetidas veces negativos para los actinomicos.

Tratamiento y evolución.—Por sugestión del doctor Schery se administró el azul de metileno internamente, así como en inyecciones locales, siendo éstas en solución al 3 por 100. Se comenzó la inyección local con dosis de dos granos (0,13 gm.) tres veces al día, aumentando más tarde hasta cinco granos (0,32 gm.) cuatro veces al día.

Esta terapéutica produjo náuseas, vértigo y debilidad al principio, pero estos síntomas desaparecieron pronto. La inyección local, aunque aparentemente disminuyó la supuración, no se consideró justificada en vista del dolor que producía, y además aumentaba la zona externa del edema.

Al cabo de doce días de tratamiento se reavivó la enfermedad, invadiendo la órbita y produciendo el cierre completo del ojo. Los trastornos generales fueron un promedio de temperatura de 101 F. (39,4 C.) durante cuatro días, con un total de 12.000 leucocitos y un recuento diferencial de 96 por 100 de polimorfonucleares.

Se creyó conveniente hacer uso de los rayos X y se dió una exposición de dos minutos a seis miliamperios a una distancia entre puntas de seis pulgadas (15 centímetros), con el cátodo cutáneo a 10 pulgadas (25 centímetros) de distancia, sin filtro más que en la porción superior. Esto produjo la cesación de los síntomas agudos, disminuyendo el edema local. Quedaban algunas fístulas en el área más grande y se formaron dos abscesos grandes exactamente debajo del ojo. Se incindieron éstos y se conservaron abiertos. Once días después de haber usado los rayos X se encontraron los primeros gránulos de azufre, y se vió que los frotos hechos de éstos continúan *Actinomyces*.

Se consideró que el estado había terminado en ambas áreas, cuando se presentó un segundo ataque. Se

aplicó un segundo tratamiento con los rayos X, obteniéndose el mismo estado local y constitucional, pero la enfermedad retrocedió tan rápidamente que al cabo del cuadragésimotercer día se abandonó todo tratamiento; en todas las fístulas habían desaparecido el edema y la induración. El color rojo cobrizo fué reemplazado gradualmente por un tinte amarillento. Había sólo un ligero grado de contractura cutánea sobre el proceso maxilar. La paciente podía entonces abrir la boca casi hasta la distancia normal y no tenía dolor ni molestias. El informe radiológico final declaró que no existía lesión visible en el maxilar interior.—(*The Journal*, A. M. A., 15-12-920.)

PEDIATRÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

I. Patogenia de los espasmos laríngeos en los niños de pecho.—El doctor Martín Calderín hace un estudio experimental de esta afección, y después de reseñar algunos casos por él tratados, establece las siguientes conclusiones:

I. Que el laringoespasma del niño de pecho no es el resultado de una perturbación funcional ni anatómica de su laringe, sino el resultado de un trastorno orgánico y nutritivo general.

II. Que este trastorno orgánico se encuentra determinado por una alteración en el balance calcáreo normal.

III. Que la alteración en el metabolismo del Calcio se encuentra determinada en primer lugar por la disfunción paratiroidea.

IV. Que el Timo influiría en esta regulación metabólica, siendo el precursor en edad de las mencionadas glándulas endocrinas.

V. Que el resto de las glándulas de secreción interna (Tiroides, suprarrenales, hipófisis, etc.), ejercerían su acción sobre el metabolismo salino apuntado por influencia indirecta; bien por su papel de agentes activadores de las combustiones, bien regulando el índice orgánico-salino total.

VI. Que el resultado de estas alteraciones endocrinas con su perturbación cálcica consecutiva, es el establecimiento de una Diátesis.

VII. Que la causa origen de estas perturbaciones se encuentra en las fermentaciones anormales desarrolladas en el intestino como consecuencia de la alimentación (dispepsia grasa).

VIII. Que la mencionada Diátesis conocida con el nombre de Espasmo-filia es la única responsable patológicamente hablando del espasmo laríngeo.

IX. Que por tanto, y dada la perturbación metabólica de que hablamos, están indicados en el tratamiento de este proceso los compuestos a base de Calcio y la opoterapia paratiroidea.

X. Que la máxima acción terapéutica se logra asociando y simultaneando ambos tratamientos.

XI. Que de los compuestos salinos a base de Calcio concedemos la máxima acción curativa al lactado

y al Bromuro; después al Cloruro y un grado bastante más inferior al Sulfuro.

XII. Que es conveniente una vez obtenida la curación, someter al enfermo durante largo tiempo al Clorhidro, o Lactofosfato de Cal.

XIII. Que en el orden higiénico-dietético será conveniente modificar la forma y régimen de la alimentación y dirigirla con arreglo a los canones de la fisiología infantil.

XIV. Asimismo y en este orden será conveniente un aislamiento relativo de los enfermos, que disminuya o evite toda causa de emoción, debilidad o irritación de su sistema nervioso; y

XV. Que todos estos hechos mencionados hemos logrado encontrarlos una plena y rotunda demostración clínico-experimental; base evidente sobre la que asientan; y piedra fundamental sobre la cual basamos nuestro concepto patogénico y orientamos una racional terapéutica causal. (*Archivos Españoles de Pediatría*, septiembre de 1920.

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Estudio clínico de 83 úlceras gastro-yeyunales; diagnóstico establecido por la operación, por G. B. Eusterman.—Los casos que son la base de este trabajo pueden ser reunidos en dos grupos; 47 de ellos siguieron a gastro-enterostomías practicadas en la Clínica de Mayo para el tratamiento de úlceras gástricas o duodenales benignas; los otros 36 fueron consecutivos a la misma operación practicada en diversos establecimientos. Como el autor pertenece también a la Clínica de los hermanos Mayo, ha podido estudiar con detenimiento las causas a que obedecen estas úlceras gastro-yeyunales, y los casos del primer grupo le permiten establecer con bastante fundamento las siguientes conclusiones:

La úlcera gastro-yeyunal es una de las secuelas más frecuentes de la gastro-yeyuastomía, presentándose en el 2 al 3 por 100 de los casos; la proporción de los varones y hembras es de 7 a 1, o sea dos veces y medio mayor que la de la úlcera primaria. La causa de esta lesión es en gran parte algún defecto mecánico o error de técnica al practicar la operación. En la tercera parte de todos los casos observados, el material de sutura no absorbible fué un factor causal muy probable. La sintomatología se aproxima mucho a la de la úlcera benigna en el 87 por 100 de los casos que comprenden las úlceras de tipo regular e irregular; en el resto se incluyen los tipos con complicaciones. El 88 por 100 de los enfermos, comprendidos los que no obtuvieron ninguna mejoría o una mejoría incompleta, presentaron nuevamente los síntomas al cabo de un año de la operación original. La reaparición tardía de los dolores después de una gastro-enterostomía se debe, con frecuencia, a la úlcera gastro-yeyunal. Otras veces puede ser debida también al recrudecimiento de la úlcera primitiva, sólo curada parcialmente, o bien a la formación de una nueva úlcera, o bien a la transfer-

mación neoplásica de la úlcera primitiva. Como hechos clínicos de importancia diagnóstica podemos citar los siguientes: gran retención gástrica; pequeña masa movable en la región umbilical; dolor postoperatorio localizado en un nivel bajo; fístula gastro-cólica; hemorragias visibles u ocultas con anemia concomitante; curso progresivo, sin mejoría satisfactoria con el tratamiento médico. La localización exacta del proceso ulceroso antes de la operación sólo es posible mediante el examen radiográfico, el cual suministra datos positivos en el 65 por 100 de los casos. La técnica operatoria cuidadosa asociada a una vigilancia médica inmediata y continua post-operatoria reducirá muchísimo la presentación de esta lesión después de las gastroenterostomías.—(*Minnesota Medicine*, vol. III, número 11, noviembre 1920.)—E. Luengo.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

I. Signo o punzada apendicular en el cólico hepático.—El doctor Jenaro Giacobini dice le cabe el placer de puntualizar un nuevo signo semiológico y clínico del cólico hepático.

Lo constituye una punzada apendicular, punto preciso de Mac Burney que aún no ha sido registrado en la Ciencia Médica.

Ha observado infinitos casos de cólicos hepáticos, en los cuales, no existiendo la punzada epigástrica y ausente también la escapular, el enfermo acusaba un intenso dolor en la región apendicular y que simulaban verdaderos ataques de apendicitis.

Tiene capital importancia semiológica y clínica este signo, desde que precisa el diagnóstico diferencial entre un ataque de cólico hepático en todas sus restantes expresiones sintomáticas con la apendicitis, a los efectos del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

El cólico hepático con su sintomatología apendicular se manifiesta por lo común después de algunas horas de las comidas, producido por la contracción de la vesícula que derrama en el intestino la bilis que contiene.

Como se ve, la iniciación brusca coincide con la de los ataques comunes de cólico hepático; pero lo que lo diferencia y le da un carácter particular es su sintomatología apendicular, su punzada de dolor especial al apéndice y que establece un verdadero tipo de clasificación de calculosis hepática, que expone a la consideración del mundo médico. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 18-11-920.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Los gatos como portadores de la difteria.—

Ha pasado ya el día en que se consideraba al paciente diftérico como la única fuente de contagio de la difteria. La amenaza del «portador» humano del microorganismo infeccioso se va comprendiendo tan bien, que se toman medidas contra él en los procedimientos de la medicina preventiva y en las medidas para sostener la salud pública. Además, existen muchos casos

en los que se ha considerado que los animales domésticos, en particular gatos y perros, han diseminado la difteria. Es manifiestamente importante saber si nos hallamos o no rodeados continuamente de estos peligros no sospechados, puesto que no debemos colocar en la misma categoría a nuestros enemigos animales con los animales amigos del hombre. La dificultad para aceptar esta acusación contra el perro y el gato y hasta el caballo, al cual también se ha culpado, se halla en la falta de información fidedigna. En la mayoría de los casos de difteria natural en los animales no se ha demostrado la existencia del verdadero agente etiológico de la enfermedad humana. Recientemente, sin embargo, el médico mayor Simmons¹ ha aislado bacilos diftéricos virulentos para cobayas, de dos gatos que pertenecían a una persona que contrajo una faringitis diftérica mortal. Los animales realengos de la misma especie que se capturaron en el mismo sitio dieron cultivos negativos. Estas observaciones comprobadas bacteriológicamente, incluyendo la víctima humana sospechada, prestan mayor probabilidad a la impresión desde hace tiempo comunicada, de que los gatos pueden contraer la difteria de los sujetos humanos y que, a su vez, estos animales pueden comunicar la enfermedad al hombre. (*The Journal A. M. T.*, 15-11-920.)

3. Tratamiento de la poliartritis aguda.—El doctor S. W. Boorsteiro cree indispensable descubrir toda causa de infección y suprimirla a ser posible, para lo cual conviene examinar los dientes, las fauces y las vías digestivas y génito-urinarias.

Tratamiento general.—El enfermo debe evitar la exposición al frío y la humedad. Para favorecer la eliminación de las toxinas por las vías naturales, se emplean al principio purgantes fuertes, y después laxantes suaves. Son útiles también los aceites minerales, los enemas o irrigaciones del colon y los diuréticos.

La alimentación debe ser nutritiva, no estando contraindicada la carne ni aun durante el período agudo. Conviene administrar en abundancia leche y frutas crudas o cocidas.

Los salicilatos están contraindicados y sólo deben prescribirse los medicamentos que favorecen la digestión, la actividad intestinal y la circulación (estricnina, arsénico).

En los casos crónicos se recomienda también el aceite de hígado de bacalao. Durante los períodos agudos y subagudos son convenientes para aumentar la fuerza de resistencia del organismo las inyecciones hipodérmicas de cacodilato de sosa a la dosis de cuatro a seis centigramos, repetidas cada cuatro o cinco días. El dolor se calma con la tintura de gelsemum, cinco gotas, tres veces por día. Contra la putrefacción intestinal es de gran utilidad el carbonato de Guayacol a la dosis de 30 centigramos, tres veces en las veinticuatro horas. Las vacunas son ineficaces por completo y hasta perjudiciales.

Tratamiento local.—La articulación debe inmovilizarse por medio de un apósito circular de escayola en

la posición más conveniente, por ejemplo, la rodilla en extensión, la articulación tibio-tarsiana en ángulo recto, el codo en flexión, la muñeca en hipertensión ligera. El apósito se separa a los ocho o diez días, dividiéndole en dos mitades, y después se mantiene aplicado sólo durante el día, suprimiéndole por la noche para poder emplear otros medios locales. El tiempo de su aplicación va disminuyéndose gradualmente.

Son útiles los baños alternos fríos y calientes y las compresas calientes y frías. El miembro afecto debe sumergirse en agua caliente en la que se disuelve sal Epsom. Los baños de vapor de cuarenta y cinco minutos de duración son de gran utilidad, y deben emplearse en cuanto se suprime el apósito de escayola.

Puede emplearse también la hiperemia pasiva obtenida con una venda elástica delgada. La compresión debe ser lo bastante enérgica para estrechar el calibre de las venas superficiales. Este medio es doloroso durante el período agudo cuando no se emplea bien. Su duración será al principio de dos a tres horas por día, aumentándola gradualmente hasta veintidós, separándose el vendaje durante una hora al día y elevando el miembro para favorecer el curso de la sangre.

El masaje bien hecho es muy eficaz. Es el medio de tratamiento del que más se abusa y el responsable de muchas deformidades. No debe emplearse mientras hay rubicundez, sensibilidad y otros signos de inflamación. Se practica tres o cuatro veces por semana en los casos agudos, y cinco en los crónicos, procurando amasar más los músculos que la articulación.

El ejercicio activo es muy útil y conviene emplearle en cuanto principia a disminuir el proceso inflamatorio. En los casos crónicos se emplean los ejercicios pasivos.

La hidroterapia es también muy eficaz; pero no conviene abusar de este medio de tratamiento en perjuicio de otro. La deducidad es inútil, y en ciertas formas hasta perjudicial. (*The Medical Record*, 17 de julio de 1920).—*F. Toledo.*

4. El alcohol bencílico en el dolor de muelas.—El doctor David I. Macht ha descubierto, como también lo han hecho otros, que el alcohol bencílico, ya sólo (100 por 100), o todavía mejor, cuando se mezcla en partes por volumen de cloroformo, proporciona un anodino muy eficaz para el dolor de muelas cuando se introduce en un tapón de algodón en el agujero de un diente o se aplica a un nervio expuesto. El alivio que se obtiene con el empleo de tales gotas es marcado y casi instantáneo, y es también duradero.

No conozco ningún otro medicamento, con excepción de la cocaína, que sea más eficaz para el alivio del dolor de muelas. Como el alcohol bencílico es el más tóxico de todos los anestésicos locales bien conocidos, el uso repetido y libre de tal combinación del modo ya descrito se halla libre de las objeciones que ofrece el empleo de la cocaína y puede administrarse con impunidad hasta a los niños pequeños. Por esta razón ha creído que vale la pena publicar esta nota a fin de recomendar a los médicos un remedio sencillo para el alivio de uno de los dolores más terribles.—(*The Journal A. M. Q.*, 15-11-920.)

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

Recepción académica.—La fiesta de los estudiantes. Legado importante.

El domingo 30, a las cuatro de la tarde, tuvo lugar en la Real Academia Nacional de Medicina la recepción solemne del nuevo miembro numerario Dr. D. Ricardo Pérez Valdés.

El salón presentaba el aspecto de las grandes solemnidades, siendo en especial de notar la proporción en que las señoras figuraban entre el público de doctores, de personalidades notables y de alumnos. En cambio, no era muy nutrido el número de señores académicos, cosa que produce extraño contraste de los hábitos de esta Academia con sus congéneres, en las cuales se estima como deber de cortesía y de urbano agasajo el acudir a manifestar su complacencia por el arribo de cada nuevo compañero, sobre todo cuando como en la ocasión presente ha sido éste llamado por voz unánime de los mismos que le reciben. Esta manifestación de la falta de unión en las altas esferas profesionales, no es sino *signo de los tiempos*, y no puede dejar de ser notada. para que en otros grados profesionales no produzca asombro la falta de ligación, que es característica de la clase médica y que tan caro paga ésta sin que se dé de ello cumplida cuenta.

Presidió el acto el vicepresidente Dr. Fernández Caro, y leyó su discurso de entrada el recipiendario, disertando acerca del *suicidio* desde el punto de vista médico y social, manteniendo embelesada la atención del público durante la lectura de su notable escrito, en el que con apropiado estilo y copiosa erudición trató del difícil tema con gran aplauso de todos.

Leyó a seguida el discurso de contestación del Dr. D. Carlos María Cortezo el secretario Sr. Pulido, y lo leyó con la maestría y arte exquisito que le tienen acreditado de lector incomparable.

En cuanto al trabajo del señor presidente, quien no acudió al acto por la reciente muerte de su único hermano, se dedicó de un modo principal a tratar las condiciones relevantes del Sr. Pérez Val-

dés, y al describirlas, hizo por comparación resaltar las deficiencias que en nuestro mundo profesional se advierten respecto a las altas condiciones que los médicos deben reunir para llenar el alto fin social a que están llamados y que, según severamente afirma el Sr. Cortezo, son cada día más deficientes y menos atendidas por las ambiciosas pretensiones de una juventud mal encaminada y en la que si cada día se atiende más al aspecto científico de sus deberes, se desatiende también en proporción creciente a las obligaciones morales y de compañerismo.

Las muestras de aprobación con que ambos trabajos fueron interrumpidos y premiados al final de sus lecturas, fueron prueba de la aquiescencia del distinguido público con el espíritu de ambos.

—o—

Con verdadero entusiasmo aplaudimos a la juventud estudiantil por su acertada idea de celebrar, como lo ha hecho, una fiesta expresiva del deseo de confraternidad y de unión entre los que se aprestan a la lucha por la vida y a la conquista de los ideales que la embellecen y mejoran.

Los actos que han sido expresión de esta fiesta nos parecen muy simpáticos y dignos de aplauso; pero no seríamos sinceros si no dijésemos a la juventud estudiosa, que para los años sucesivos (si es que ha de insistir en su laudable propósito de fraternidad) sería conveniente que contara al menos con que le dieran carácter casi exclusivo las autoridades universitarias y el profesorado, pues en el Cuerpo escolar hay sobrados elementos para hacer solemne, cordial y brillante un acto peculiar suyo, dejando como resultado de él manifestaciones espontáneas de sus aspiraciones nobles y desinteresadas, sin que venga por deferencias respetables a encerrarse en fórmulas cuadriculadas y convencionales que el profesorado puede manifestar en otras esferas de su particular acción.

De todos modos, nuestra cordial enhorabuena a los estudiantes... y también a los catedráticos.

—o—

Como decíamos en el número anterior, al dedicar frases de sentimiento a la muerte del Dr. Rodríguez Abaytúa, este médico ha legado la casi to-

talidad de su fortuna a la Fundación de pensiones, donativos y premios encaminados al socorro de las necesidades y al estímulo del estudio y del progreso de nuestra Ciencia.

La Real Academia Nacional de Medicina hereda, por encargo del que fué su distinguido miembro, la obligación de cumplir su voluntad; pero no, como erróneamente se ha dicho, el importe de su fortuna.

Tenemos por cierto que la noble Corporación agradece más esta muestra de confianza que cualquiera otra forma de legado, a más de que siempre ella, por su especial misión, habría de dar parecido empleo a los bienes que se le confían.

La memoria del Sr. Rodríguez Abaytúa merece bien ser tenida en alta consideración y servir de ejemplo a aquellos favorecidos de la fortuna que tanto pueden hacer por la Ciencia, por sus compañeros desgraciados y por sus familias desvalidas.

El testamento del Sr. Abaytúa será, según tenemos entendido, impreso por la Real Academia de Medicina, por estimar ésta que las consideraciones morales y pedagógicas que en él hace son muy dignas de ser conocidas por todo el mundo.

DECIO CARLAN

La viruela en Guipúzcoa

Sr. Director de EL SIGLO MEDICO.—Madrid.

Muy señor mío e ilustre compañero: He tenido el gusto de leer el suelto publicado el día 15 del corriente en el periódico de su digna dirección sobre «La viruela en Guipúzcoa», por cuyo contenido le expreso mi agradecimiento. Para ampliar las noticias que contiene me permito rogarle la publicación de los datos adjuntos, a fin de que brille, una vez más, la verdad, en honor de la clase médica y de quienes se hagan dignos de ella.

Según datos oficiales que obran en esta Inspección, de los noventa pueblos que integran Guipúzcoa, sólo se han presentado casos de tan desagradable enfermedad en nueve, en la mayoría no pasan de un solo caso, como en Beasain, Lezo, Oyarzun y Urnieta; en Hernani, dos; en San Sebastián, cuatro; en Pasajes, tres; en Alza, 11, y únicamente en Rentería ha habido 45 casos, que por fortuna, en su mayoría, han sido de poca gravedad.

Ahora bien, como los vecinos de muchos pueblos se han presentado voluntariamente a la vacunación, puede asegurarse que el vecindario de todos ellos está vacunado casi por completo, al menos prácticamente, pues nadie ignora que en todas partes existe una proporción de individuos, pequeña por fortuna, de nivel intelectual mínimo o nulo, que no sólo no se prestan voluntariamente a esta medida profiláctica, sino que alucinados por las enormidades, frac-

sos y hasta perjuicios que ellos mismos inventan para fundar su negativa, y que atribuyen a la acción de la vacuna antivariólica; dejan incumplidas las disposiciones de las autoridades y de los médicos todos. Este pequeño grupo de desgraciados son los que mantienen la enfermedad en la mezquina vida que lleva, ya que desde hace quince días sólo, como rareza, se presenta un caso semanal, siempre en alguno de tales individuos. Como dato ratificador de que las debidas medidas se toman siempre que resulta humanamente posible, daré algunas cifras de vacunados, precisamente de los pueblos en los que actualmente se ha registrado algún caso a saber: Pasajes, 4,100 vacunados o sea todo el censo; Rentería, sólo vacunaciones oficiales, 5.933, mas las practicadas por los particulares para un censo de 6.500; Lezo, todo el vecindario, según lo acredita el propio Inspector municipal. En San Sebastián, y según datos de varios centros, pasan de 40.000 las vacunaciones practicadas para un censo de 49.008, haciendo constar, que continuamos vacunando, girando visitas a centros docentes, talleres, etc., para obligar a que se vacune o revacune quien por descuido o negligencia no lo hubiera hecho ya. Del resto de los pueblos, nada diremos para no hacernos pesados: baste saber que de todos ellos se tienen noticias satisfactorias en esta Inspección, y que en muchos, la vacunación fué completamente voluntaria, y casi anterior al bando publicado por este Gobierno civil, para prevenir, en lo posible, la extensión del mal, cuya existencia indica que los pueblos que lo padecen no son precisamente los que figuran al frente de la civilización.

Como final, diré que la medida complementaria, o sea el aislamiento, ha sido tomada hasta con extremado rigor, ya que todos los invadidos, sin distinción de clases ni de poblaciones, fueron reclusos en el hospital correspondiente, y su vivienda desinfectada con todo rigor.

Antes de concluir hago constar que, aunque parezca ser un decidido defensor de esta hermosa provincia, cuya Inspección de Sanidad desempeño hace muy pocos meses, no soy exagerado en mis afirmaciones, pues si bien sus médicos y habitantes contribuyeron a que sólo hayan existido 69 casos para un censo como el nuestro, invitando y sometiendo voluntariamente a la vacunación; precisa que sigan contribuyendo con su labor de convencimiento e ilustración, acerca de aquellos de sus coterráneos, que en grupo mayor del que debiera corresponder a un país que goza su justa fama de culto y progresivo, impiden la realización absoluta de las medidas necesarias para la extinción de una plaga llamada a desaparecer.

Con el mayor gusto se ofrece de usted, muy agradecido por la publicación de los anteriores datos, su atento compañero y s. s. q. e. s. m.,

TOMÁS PESET

San Sebastián, 25 de enero de 1921.

Opiniones autorizadas

Como parece que es cuestión candente (aunque tantas veces se ha dicho lo mismo y no se ha hecho nada) la de la provisión de cátedras, reproducimos gustosos tres opiniones autorizadas que acerca de su pregunta sobre el asunto le han sido enviadas a nuestro colega la *España Médica*:

«Señor doctor D. José Eleizegui.

Distinguido compañero: Me pide usted mi opinión sobre este punto concreto: «¿Cuál es el mejor procedimiento para la provisión de cátedras en Medicina?», y yo, a mi vez, le pregunto: «¿Por qué en Medicina? y no en todo lo que atañe a la labor docente?»

Durante mucho tiempo, cuando yo era joven y aún no conocía la vida, parecíame que la oposición, en lucha, reñida, ante un Tribunal recto, competente, imparcial, que adjudicaba la palma del triunfo al más sabio, al que mejores y mayores méritos había demostrado, era el mejor procedimiento de proveer las cátedras. El catedrático era para mí, con sólo serlo, un hombre que estaba por encima de los demás; él era la superioridad; los otros no eran más que la suficiencia. Pronto me convencí de mi error, y pude comprobar que había muchos catedráticos que no eran más que honorables medianías y muchas eminencias que no habían logrado alcanzar una cátedra. El procedimiento no era, por tanto, la medida de la capacidad, y podía darse el caso, aun sin incorrección del Tribunal, que obtuviese el mejor lugar, no el más instruido, el más capaz, sino el que tuviere mejor memoria, más facilidad de expresión o más atrevimiento. Por otra parte, la oposición era casi exclusiva para los médicos noveles, para quienes el solo hecho de aprobar los ejercicios constituía un mérito; no tenían nada que perder y sí mucho que ganar. En cambio, el médico que tenía una clientela, que gozaba de envidiable reputación, que había adquirido notoriedad, ese no podía presentarse a una oposición. Si la ganaba, bien; pero si la perdía, su reputación venía por los suelos. El riesgo era demasiado grande para correrlo.

Pero ese riesgo podía evitarse, decía yo; si la oposición no tiene más objeto que averiguar la capacidad, y entre las capacidades elegir la mayor, ese medio de comprobación es innecesario para el caso del médico eminente, ilustre, que notoriamente se haya distinguido por su talento, por sus escritos, por su palabra, por su práctica, por ese conjunto, en fin, de circunstancias que dan al hombre personalidad. Cuando exista uno, diez, veinte que reúnan esas condiciones, nómbraseles catedráticos. Eso, para mí, representaba el ideal, y cuando vi que salía una disposición gubernativa que así lo determinaba, creí que la Enseñanza estaba de enhorabuena y que la cultura general había dado un paso gigantesco. En

efecto, aparecieron en la *Gaceta* nombramientos de catedráticos en favor de hombres que la opinión pública llamaba ya desde hacía muchos años maestros.

Pero no pasó mucho tiempo sin que este procedimiento se convirtiese en un medio de favorecer amigos y de encumbrar a quienes jamás traspasaron el nivel común. No vea nadie ofensa en mis palabras; hablo en general, y me refiero al procedimiento, no a las personas. Tampoco el catedrático de Real orden resolvía el problema.

Hechos recientes que no juzgo, pues ni puedo ni vendrá al caso hacerlo, han puesto esta cuestión sobre el tapete, y han dado motivo para que usted, señor Eleizegui, abra en su ilustrado periódico una información con la sencilla pregunta que encabeza estas líneas, que dudo mucho que, a pesar de su sencillez, pueda ser contestada. Yo, por mi parte, renuncié a hacerlo.

Cuando empecé yo a servir en la Armada abominaba del sistema exclusivo del ascenso por antigüedad. El procedimiento era, a mi entender, de protección de las nulidades y la esterilización de las aptitudes; el ascenso por elección se imponía. Mis aspiraciones, quizá ambiciosas e interesadas, no se realizaron; por rigurosa antigüedad llegué yo al puesto superior de mi Cuerpo. Hoy existe, en la Armada, el ascenso por elección, aunque sólo para el generalato; pero se ha aplicado muy pocas veces; ha sido selección más que elección.

Pues bien; hoy que soy viejo y conozco algo de la vida y de sus impurezas, creo que la antigüedad, a pesar de todos sus defectos, es el procedimiento de ascenso, si no el mejor, el menos malo.

Y viniendo a la provisión de cátedras, digo lo mismo: la oposición, con todas sus deficiencias, con todos sus inconvenientes y hasta con todos sus peligros, es el procedimiento menos malo, ya que no el mejor.

No está en el procedimiento el mal, está en los ejecutores, y por eso es tan difícil de remediar; no hay procedimiento que no pueda mejorarse, en cambio es muy difícil modificar las personas. Elijanse Tribunales idóneos, competentes, que conozcan bien la enseñanza, que se penetren de la importante misión que han de llenar, que consideren que un mal catedrático supone muchas generaciones de malos discípulos, y que el mejor maestro no es el que tiene más ciencia, sino el que *sabe mejor enseñar*, y el problema estará resuelto.

Me objetará usted que eso mismo decía la Constitución del año 12, refiriéndose a cómo debían ser los españoles, y, sin embargo...

¿Y qué le hemos de hacer! Así es el mundo; una aspiración, no una realidad.

ANGEL FERNÁNDEZ CARO.»

Mi querido amigo: Con el mejor deseo de acertar tengo mucho gusto en contestar a su atinada pre-

gunta, en la que se ve claramente su deseo, digno de aplauso, por que la enseñanza de la Medicina vaya por derroteros de franca utilidad, que considere la oposición como el mejor procedimiento, pues si bien es verdad presenta lunares de gran relieve, culpa es de los hombres que por su competencia, excesiva tolerancia, o presión de superiores por favores otorgados, no suelen ostentar en sus calificaciones la moralidad y justicia debidas; así resulta, con todos los respetos que el claustro me merece, se registren catedráticos que no dejaron en sus alumnos otra impresión que el agradecimiento a los ratos de hilaridad y profundo sueño que sus lecciones les produjeran. Sin embargo, la existencia de otros catedráticos, cuyo nombre callo, porque no se atribuya a parcialidad lo que es justo entusiasmo, a más de estar en la conciencia de todos, que sacrifican, con sus excepcionales dotes de talento y docentes, su tiempo, su salud y su dinero en provecho del alumno, que tienen perfecto derecho a exigir se le enseñe, anulan los anteriores, si ya no se anularán por sí solos, dando honor al claustro y a la enseñanza de la Medicina española.

Nada vale mi indicación, seguramente; pero debiera instituirse un tribunal que ejerciera verdadera y amplia revisión en la manera de cumplir de los catedráticos, y así ciertos defectos, ya de vagancia, ya de nulidad, desaparecerían ante la autoridad sin límites del referido tribunal.

Otra indicación me permito señalar: es la del aumento de sueldo. El catedrático, que tiene necesidad de atender a las exigencias de la vida, imposible se pueda dedicar su tiempo y su actividad a la enseñanza con la asignación mezquina, sencillamente vergonzosa, que actualmente disfruta.

No desconozco que todos los procedimientos, siempre que vayan presididos por la más sana moral, son buenos; y así, reconociéndolo, mi voto, sin reparo alguno sería para aquellos hombres, verdaderos genios, que la opinión pública de profesionales y extraños proclama; pero como en toda obra humana ha de haber defectos, siempre estaré del lado de la provisión de cátedras de Medicina por oposición, por ser el procedimiento en el que menos hallo.

Es cuanto sinceramente se me ocurre exponer a usted en el trascendental asunto que ha tenido la deferente amabilidad de solicitar mi opinión.

Suyo invariable buen amigo,

LUIS SOLER.

Mi distinguido amigo: Me pone usted en un verdadero aprieto con pedirme opinión respecto a la manera de elegir catedráticos de Medicina. El problema es muy complejo, y difícil proponer con acierto un procedimiento.

Mientras las Facultades de Medicina carezcan de total autonomía y no puedan hacer la elección de su Profesorado, y además establecer con amplitud la-

boratorios, salas de disección y clínicas, atrayendo con su fama docente a numerosos alumnos que aspiran a aprender, *principalmente*, no hay que pensar más que en la oposición directa, pública y libre entre doctores, en la que se acredite el saber práctico de los actuantes y también sus condiciones expositorias: precisa evitar el dominio efectista del verbalismo en los ejercicios.

Pero antes se impone la necesidad de elegir el tribunal censor, y que no se diga que las cátedras se ganan de antemano con el Consejo de Instrucción pública, obligando a los interesados, como primer ejercicio de oposición, a encomendarse a *Santa recomendación bendita*, patrona milagrosa en general, no de los sabios, sino de los más intrigantes. El nombramiento de los jueces académicos, catedráticos o competentes, debe ser sometido a plebiscito entre los distintos centros médicos de la capital donde radica la vacante y Madrid, enviando a la Real y Nacional Academia de Medicina el resultado, para que ésta lo transmita y sea oficialmente sancionado por el ministro del ramo. El sufragio emitido por personas tan cultas como los médicos no elude el respeto a que tienen derecho los reputadísimos Consejeros de Instrucción pública. El espíritu democrático de estos tiempos va cambiando las costumbres y las representaciones autoritarias.

Demás está el indicar que las reputaciones consagradas por el aplauso unánime, después de largos trabajos de investigador o de clínico acreditados, en la enseñanza libre de laboratorios u hospitales pueden y deben ser muy excepcionalmente catedráticos.

Por último, amigo Eleizegui, la experiencia enseña que todos los procedimientos para escoger catedráticos de Medicina son buenos o son malos, según la independencia de juicio y el desinterés personal de los jueces que hayan de intervenir con la debida competencia en la apreciación de los méritos de los aspirantes a las cátedras.

Me reitero suyo afectísimo y viejo amigo,

q. e. s. m.,
ISLA BOLÓMBURU.

La importación de sustancias tóxicas

En esta ocasión, como en muchas otras, *los de fuera* velan por nuestra salud.

La *Gaceta* del día 27 de enero publica una Real orden de Gobernación, cuya parte dispositiva dice:

«Primero. Que los importadores de opio, morfina, cocaína, ecgonina y diamorfina y sus respectivas sales, opio medicinal y cualquier preparación, mezcla, extracto u otra sustancia que contenga no menos de $\frac{1}{10}$ por 100 de morfina o $\frac{1}{10}$ por 100 de cocaína, eco-

SIL=AL

Silicato de aluminio purísimo

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid

Ayuntamiento de Madrid

nina o diamorfina, procedente de la Gran Bretaña, deberán solicitar de la Inspección general de Sanidad una certificación en cada caso que acredite están destinados los pedidos a uso medicinal y científico y que el importador se compromete a no venderlos para exportación o a exportarlos; y

Segundo. Que para este objeto, además de justificar estos extremos, los importadores dedicados al comercio de drogas para su venta a los farmacéuticos, se requiere que el subdelegado de Farmacia compruebe e informe que los pedidos recibidos anteriormente se han destinado sólo a la venta para fines medicinales, según el art. 9.º del reglamento de las sustancias tóxicas.»

Debe tenerse en cuenta que esta disposición, que nos parece acertadísima, tiene su origen o es consecuencia de un comunicado del Gobierno inglés, en que para evitar el consumo ilegítimo del opio, cocaína, etcétera, se exige para la concesión de licencias de exportación a España de estas sustancias una certificación autorizada por nuestro Gobierno, en la que se hará constar los fines legítimos a que se destinarán y la promesa de que no serán reexportadas.

Así se hace constar en el preámbulo de la Real orden circular que para conocimiento de todos extracemos.

Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL 27 DE MAYO Y 16 DE OCTUBRE DE 1920 (1)

—O—

No resulta cierto que en todo Francia se venga practicando la sutura de la córnea; son contados los que la realizan lo mismo en Francia que en el resto de Europa sistemáticamente. La mayoría, salvo rara excepción, la ejecuta solamente en los pocos casos en que está indicada, y ya diré qué casos son éstos.

Según el doctor Márquez, al practicar la sutura se llena una indicación fundamental de Cirugía, pues toda herida operatoria se debe suturar. El fin fundamental de la sutura en Cirugía es hacer que coaptan los bordes de toda herida que de por sí no tiende a hacerlo. Aquí no podemos hablar de la sutura cuyo fin es otro, por ejemplo, el rehacer planos u órganos cavitarios que, al intervenir, hemos deshecho o abierto voluntaria o involuntariamente. Limitándonos a su papel principal, el de la coaptación, tengo, sin querer, que preguntarme: ¿Para qué suturar una herida, que sólo

alcanza unos milímetros de longitud, que bien practicado el colgajo, la sección algo en bisel que resulta favorece su adaptación, y más aún si se añade un colgajo conjuntival? ¿Cuántas veces tenemos ocasión de observar después de hecha la queratotomía y extraído el cristalino, que quedan los bordes tan bien adaptados, que parece que hemos operado? Sucediendo así. ¿Para qué añadir la sutura que complica el acto operatorio y no está exenta de inconvenientes?

Nos dicen los defensores de la sutura, que con ella se evitan los enclavamientos del iris, los más equívocos, que disminuye su número en un tanto por ciento, según las estadísticas imparciales, es tan escaso que, ante los peligros que tiene la sutura, hay que pensar si esas escasas ventajas no quedan sobradamente compensadas con los inconvenientes que tiene la sutura, y que, por otra parte, no es garantía absoluta puesto que, a pesar de la sutura, bien sabido es que se enclava el iris.

También afirman que la sutura evita la salida del vítreo. Esta afirmación tiene un valor relativo. Cuando vamos a operar a un enfermo es de suponer que anteriormente ha sido reconocido con todo detenimiento y, a excepción de aquellos casos que de antemano podemos asegurar la salida de vítreo (son los casos en que está indicada la sutura) en los demás que constituyen la mayoría, si sale vítreo lo hace inesperadamente, y sale lo mismo con sutura que sin ella. No hay que tener tanto pavor al vítreo, tampoco hay que sonreírnos ante su presencia. Lo que sí es preciso cuando ocurre este contratiempo en los casos que no lo preveemos, y que son los menos, es tener mucha serenidad y teniéndola, en general, no pasa nada. Lo malo y contraproducente es, creo yo, tapar enseguida el ojo y dejarlo abandonado. Más vale, repito, tener serenidad, cortar el vítreo y dejar el ojo en las mejores condiciones posibles.

Afirman también los defensores de la sutura, que evita la infección y favorece la cicatrización. Yo no puedo dudar que todo oculista, antes de intervenir, tomará todas las medidas y garantías que son elementales para prevenirse contra la infección. Aceptado esto, pregunto yo ahora: ¿Es que por practicar la sutura se considera que queda la herida corneal cerrada tan perfectamente que no queda abierta ninguna puerta de entrada a los gérmenes? Si esto se afirmase, lo consideraría verdaderamente iluso, sería desconocer los rudimentos de anatomía patológica ocular. Es lo mismo que si se dijese que una herida incisa de la piel, por el hecho de suturarla evitaba la infección. ¿Se quiere decir que al suturar la córnea quedan mejor coaptados los bordes de tal modo, que favorece la cicatri-

(1) Véase el número anterior.

FIRMUGENOL

(Nombre registrado)

ESPECIFICO DEL ESCROFULISMO
Compuesto de ioduro ferroso estable, arsénico orgánico y principios vegetales tónicos de la nutrición y depurativos, en forma de JARABE

Literatura y muestras a su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico.
Pola de Gordón (León).

zación, y, por tanto, aleja el peligro de infección? Ya he dicho antes que tan bien coaptados quedan los bordes con sutura, que sin ella. Lo primero que se regenera, según nos enseña la anatomía patológica ocular, es el epitelio; el parenquima tarda algo más. ¿Es bastante garantía el epitelio para garantizarnos de la infección? Me parece que no. Prueba de ello son esas infecciones post-operatorias una vez rehecha la cámara anterior, y algunos días más tarde de la operación cuando menos pensábamos en ella.

En la operación de Elliot, con quedar el orificio que resulta de la trepanación, cubierto por la conjuntiva que es tanta o mayor garantía que el epitelio corneal, sobrevienen esas infecciones post-operatorias a largo plazo, que tanta discusión están provocando.

Inconvenientes que tiene la sutura de la córnea.—Es indudable que la sutura complica la operación, alargando una intervención tan delicada como es la extracción del cristalino opaco, que conviene ejecutarla lo más rápida y con el menor traumatismo posible. Si el hecho tiempo en otras intervenciones puede ser de escasa importancia, no sucede lo mismo al operar una catarata, porque aquí no basta saber, para el éxito de la operación, lo que se hace: se lucha con un enemigo que constantemente nos acecha y es difícil vencer. Este enemigo es el enfermo mismo, que en todo momento puede echarnos por tierra nuestro saber y buenos deseos. La sutura es un elemento más posible de provocar una infección, por la seda y por la herida corneal que se realiza.

Para practicar la sutura, se requiere que la aguja y seda sean sumamente finas; esto, unido a la dureza de la córnea, con facilidad sucede que una u otra se rompen al ejecutar el punto corneal, o después, si lo primero no importa, si lo segundo, porque hay que volver a empezar, y no es tan fácil volver a introducir la aguja por el canal o trayecto anterior. Ello supone perder tiempo, traumatizar la córnea y dejar más puertas abiertas a la infección.

¿En qué casos está indicada la sutura de la córnea?—Únicamente en los casos de reblandecimiento del vítreo, en las miopías muy elevadas, en los casos de luxación o subluxación del cristalino, cuando existe aumento de tensión y en aquellos enfermos que, por padecer alguna afección del aparato respiratorio—bronquíticos crónicos, enfisematosos, etc.—, o por su temperamento, temamos que puedan perturbar el curso post-operatorio. Para terminar, señores, salvo en estas circunstancias que acabo de enumerar: si a mí o a alguien de mi familia nos tuviesen que operar de catarata, sería sin sutura.

Discusión

Doctor Mansilla.—La práctica de la sutura tiene y ha tenido sus partidarios. Los resultados no eran superiores al no hacerla; después vino la sutura de conjuntiva. Todo lo que sea coaptar los bordes es una ventaja. Yo dejé la sutura y ahora adopto el colgajo conjuntival, y algunas veces con sutura de éste.

Doctor Márquez.—Sin tener la menor intención de molestar a nadie, carece de autoridad el que juzgue las cosas *a priori* (teóricamente).

Sólo el Sr. Mansilla dice haberlo hecho; pero es de extrañar que en su numerosa estadística no se cite ningún caso. Me permito invitar a los que todavía no la han practicado que la hagan, y se convencerán. La sutura de la córnea la emplean en España Sánchez Aguilera, Duarte, Oliveres, etc., y en París, Lapersonne y otros. Si se pregunta a los enfermos, de cada 10 no notan nada nueve. Yo al principio la rechacé, pero ya la empleo con gran frecuencia.

No es ser sistemático el que hace las cosas mejor. Hay casos en los cuales se coapta mejor con la sutura. Yo no he dicho que corte la hernia de iris, pero las disminuye; tampoco he dicho que evite la infección, pero las probabilidades sí las evita; lo que aseguro es que hay un tanto por ciento mayor de no infecciones, aunque en la inmensa mayoría se escogen los casos peores, y siempre ocurre. Conozco sólo dos casos de flemones. Un caso de un viejo que había perdido el otro ojo por úlcera de hipopión, y el ojo, operado en malas condiciones se infectó en el punto, siendo un fracaso y un éxito. Nunca se infecta la herida, sino el punto, produciéndose una queratitis peri-punto, y aun así aquel hombre, con iridectomia, se manejaba. En cuanto al tiempo, no implica nada; total, dos minutos más; algunas veces se corta, si hace falta, el punto, y en este caso, como si no hubiéramos hecho sutura, y desde luego tengo la evidencia que este procedimiento de la sutura se irá generalizando.

Sociedad Española de Higiene

Programa de premios para el año 1921

PREMIO DEL EXCMO. SR. CONDE DE BUGALLAL
Ministro de la Gobernación

Tema.—*Reglamentación social de la Higiene del Trabajo en España, con aplicación a las principales industrias.*

Habrà para este tema un premio de mil pesetas con diploma de socio corresponsal, un *accésit* y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

PREMIO DEL EXCMO. SR. D. NEMESIO FERNÁNDEZ-CUESTA
Secretario general de la Sociedad.

Tema.—*Higiene del obrero minero.*

Habrà para este tema un premio de doscientas cincuenta pesetas con diploma de socio corresponsal, un *accésit* y menciones honoríficas.

PREMIOS ROEL

Tema 1.º—*Adulteraciones alimenticias. Medios prácticos de reconocerlas y modos de evitarlas. Acción del Estado y del individuo.*

TOLUDEN
Pelrid's C.º, New-York

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

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

Ayuntamiento de Madrid

Tema 2.º—*Higiene de la casa del pobre. Instrucciones para conseguirla.*

Habrà para cada uno de estos temas un premio de quinientas pesetas con diploma de socio correspondiente, un accésit de doscientas cincuenta y menciones honoríficas.

Las Memorias que aspiren a recompensa en estos temas Roel no deben exceder de tres pliegos de impresión ni tener menos de dos. El tipo y condiciones de impresión son los de las publicadas hasta aquí. Deberán estar escritas precisamente en español, en atención a que su principal objeto es la divulgación de estos conocimientos entre las clases populares.

REGLAS GENERALES

Todos los trabajos que se presenten al concurso se remitirán al Secretario general de la Sociedad, Excmo. Sr. D. Nemesio Fernández Cuesta, calle del Arenal, 20, entresuelo, hasta el día 30 de septiembre inclusive, de tres a siete de la tarde, no debiendo sus autores firmarlos, ni rubricarlos, ni escribirlos con su propia letra, distinguiéndolos con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, lacrado y sellado, que remitirá adjunto, y el cual contendrá su nombre y residencia.

Las Memorias estarán escritas en castellano, francés o italiano, y podrán aspirar a los premios todos los españoles o extranjeros que cumplan las condiciones arriba expresadas.

Los premios se adjudicarán en la solemne sesión de apertura de curso de 1921 a 1922.

Siendo el objeto de estos concursos, no sólo la instrucción de las clases populares, sino fomentar el amor al estudio en la mayor extensión posible, no podrán aspirar a nuevo premio los que hayan obtenido tres seguidos en los diversos concursos anteriores, hasta después de transcurrir dos años desde el último recibido.

No se admitirá al concurso ninguna memoria que no esté escrita en letra muy clara y perfectamente legible y mejor aún en letra de máquina.

Los pliegos de las Memorias no premiadas se inutilizarán en la primera sesión de gobierno que se celebre después de la inaugural, a no ser que fuesen reclamados oportunamente por sus autores.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Sociedad, y no podrán ser publicadas por sus autores sin autorización de la misma.

Ningún trabajo presentado podrá retirarse.

Por acuerdo de la Junta directiva.

Madrid, 1.º de enero de 1921.

El Presidente, El Secretario general,
A. FERNÁNDEZ-CARO NEMESIO FERNÁNDEZ-CUESTA

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,4; ídem mínima, 705,4; temperatura máxima, 10º3; ídem mínima, 0º6; vientos predominantes, NNE. OSO.

Han aumentado en los últimos días los catarros bronquiales, laríngeos y traqueales; también se han presentado en mayor número las bronconeumonías y las pleuresías. Disminuyen las fiebres infecciosas de localización intestinal.

En los niños no se registra epidemia alguna de importancia.

Crónicas

Curso breve en la Facultad de Medicina de Valladolid.

El día 11 de febrero dará comienzo el curso breve de «Patología de las glándulas de secreción interna y del sistema nervioso simpático», que, aprobado por la Junta de Facultad, explicará el catedrático de Patología y Clínica Médicas Dr. D. Ismael Bañuelos García, con arreglo a las siguientes bases:

1.ª El curso tendrá lugar todos los lunes, miércoles y viernes que sean días lectivos.

2.ª Las lecciones se darán a las seis y media de la tarde en el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina.

3.ª El cursillo será completamente gratuito.

4.ª Las inscripciones de matrícula se pueden hacer en la conserjería de la Facultad y en las clínicas del doctor Bañuelos.

Movimiento de población en Zaragoza.—Únicamente a título de información transcribimos los datos que publicó el diario *El Sol* del día 23, referentes al progreso del censo de población de Zaragoza y de la importancia de la emigración obrera.

El censo de población de aquella ciudad asciende en la actualidad a la cifra de 145.000 almas, lo cual supone un aumento de 40.000 sobre el total registrado hace diez años. Estos son los datos favorables. En cambio, la cifra a que se eleva el total de obreros emigrantes, cuyas familias siguen residiendo en Zaragoza es de 4.251.

Otro conflicto sanitario.—Esta vez no es de índole económica, sino de dignidad.

Parece ser que un veterinario de Lora del Río denunció las carnes de una cabra que se sacrificaba en el Matadero que no reunía las condiciones que se exigen para poderlas poner a la venta, y que el matarife que quería darlas por buenas, viendo que se defraudaban sus propósitos, insultó gravemente al veterinario denunciador.

Qué actitud no sería la de este matarife que provocó la inmediata dimisión de los veterinarios y médicos titulares de Lora del Río, que solicitaban un correctivo para él.

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.

Las autoridades locales invocaron el ocurrir el suceso dentro del período electoral para no castigarlo, y esto ha motivado que una comisión de la Federación sanitaria regional de Andalucía visitase al gobernador para anunciarle que los sanitarios de aquel partido se declararán en huelga si no se impone un serio correctivo al iracundo matarife.

Es de esperar que esta autoridad sabrá velar por el cumplimiento de las leyes y defender la dignidad de aquéllos a quienes se obliga a hacerlas cumplir.

Entrega de medalla.—Leemos en el *Heraldo de Madrid*: «Entrega de una medalla a Francos Rodríguez.—Buenos Aires, 15.—El conocido periodista y comediógrafo español don Javier Santero, ha hecho entrega al señor Francos Rodríguez de una antigua medalla que le concedió la Real Academia de Medicina de Madrid, haciendo al mismo tiempo dimisión del cargo para facilitar su incorporación a otro.»

Para evitar equívocos podemos afirmar que la vacante del Sr. Santero se proveyó tiempo ha, cumpliendo lo dispuesto por los Estatutos y Reglamento de la Academia, cuando tuvo ésta el sentimiento de saber que aquél su querido compañero hacía definitiva su ausencia de Madrid y de España.

Curso breve.—Invitado por el claustro de profesores de la Facultad de Medicina, el Dr. Verdes Montenegro dará un curso breve de «Preparación para el tratamiento científico de la tuberculosis.»

El curso comenzará el lunes 14 del corriente, a las siete de la tarde en la cátedra primera de dicha Facultad de Medicina.

Las lecciones siguientes tendrán lugar los lunes y viernes a la misma hora y en la misma cátedra.

Estas conferencias serán públicas.

Sensible defunción.—El día 28 de los corrientes falleció en Barcelona el Sr. D. Daniel Cortezo, único hermano de nuestro querido y respetable director. Don Daniel Cortezo, que en las primeras edades de su vida ejerció la carrera militar con verdaderos éxitos en el Colegio de Infantería de Toledo, en la guerra de Africa de 1859-60 y en la campaña carlista de 1874-76. Dedicóse después de retirarse del servicio, a negocios editoriales en los cuales produjo obras tan notables como la «Biblioteca de novelas ilustradas», «La Ilustración artística» y «La Biblioteca de autores clásicos».

Ultimamente el Sr. Cortezo vivía retirado en el seno de su cariñosa familia a la que, y particularmente a su hermano D. Carlos, enviamos la expresión de nuestro sincero sentimiento.

Suscripciones combinadas.—Nos interesa hacer saber a nuestros lectores que las suscripciones combinadas que hasta ahora veníamos haciendo con el periódico *El Sol*, han cesado, debiendo hacerse separadamente las de cada periódico, y no sustituyendo al nuestro ninguna otra Revista por autorización ni cesión de nuestra parte.

La Prensa no diaria.—De la reunión celebrada el día 22 del pasado enero por los periódicos no diarios, se ha facilitado la siguiente nota:

«Reunidos el día 22 de enero en el Fomento de las Artes los directores y representantes de publicaciones periódicas no diarias, convocados por la Comisión ejecutiva nombrada en sesión del día 13 del actual, acordaron por unanimidad:

Primero. Ratificar su absoluta confianza en dicha comisión, que integran los señores don Blas Cuadrado Carrasco, don Basilio Alvarez, don Manuel Palop, don Guillermo del Valle, don Ramón Martínez de la Riva y don Antonio Escudero Alvarez, y su reconocimiento por las gestiones que viene realizando contra el establecimiento del Arancel.

Segundo. Designar a los señores don Carlos María Cortezo, don Luis Ortega Morejón, don Ezequiel Solana, don Luis Massó y don José Alvarez Arranz para que, sin pérdida de tiempo, visiten a los señores presidente del Consejo y ministro de Hacienda, en nombre de la Prensa no diaria, y entreguen la razonada exposición en que ésta aboga por la libre importación del papel, al propio tiempo que recaben la asistencia de las Cortes contra las peticiones de las empresas papeleras.

Los ilustres doctores Cortezo y Ortega Morejón ofrecieron su apoyo incondicional, aletando a la Comisión ejecutiva en su labor para librar a la cultura española de la hegemonía del monopolio.

Y tercero. Realizar una gestión común entre toda la Prensa no diaria nacional, invitando a las asociaciones de provincias así como a las publicaciones que aún no la han enviado, a que remitan su adhesión a los anteriores acuerdos, pudiendo dirigirla a nombre de la Comisión ejecutiva de la Prensa no diaria, a la Redacción de «La Villa y Corte de España», Ponce de León, 9, principal, Madrid.»

LABORATORIO DE ANALISIS DEL DOCTOR GIRAL.

Análisis clínicos (orinas, esputos, sangre, etc.); agrícolas (tierras, abonos, etc.); metalúrgicos (minerales, combustibles, etc.); bromatológicos (aguas, vinos, etc.); de productos y drogas diversos.—Atocha, 35. Tel. M. 33. Farmacia y laboratorio del doctor Giral.

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, catarrros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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