

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. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	A. MEDINA Auxiliar 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.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.

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: Infección terciaria recidivante después de la esplenectomía, por esplenomegalia postpalúdica, por D. Ramón Jiménez y D. Gustavo Pittaluga.—Los tres mil niños españoles muertos por difteria el año 1919 que no debieron morir, por el Dr. Martín Vargas.—¿Gastroenterostomía ó gastrectomía?, por el Dr. Santiago Carro.—Indicaciones de la radioterapia profunda, por el Dr. Julián Ratera.—**Periódicos médicos.**—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Carta abierta á D. Gonzalo Rodríguez Lafora, por Enrique Fernández Sanz.—El Congreso de Ciencias de Oporto, por A. C. C.—El Congreso Médico cubano.—**Sociedades científicas:** Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesáreo. Sociedad Oftalmológica de Madrid, por el Dr. R. Márquez.—**Sección oficial**—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Infección terciaria recidivante después de la esplenectomía por esplenomegalia postpalúdica.

NOTA CLÍNICA POR

D. RAMÓN JIMÉNEZ

Catedrático de Operaciones en la Facultad de Medicina de Madrid

y

D. GUSTAVO PITTALUGA

Catedrático de Parasitología y jefe de la Consulta de enfermedades de la sangre.

Creemos oportuno referir á continuación la historia clínica de un caso interesante, observado por nosotros durante los meses de Abril y Mayo últimos. A la escueta referencia de la observación clínica, de la intervención operatoria y de sus secuelas, haremos seguir breves comentarios.

J. R., de treinta y un años, múltipara, natural de Córdoba, ingresa en la clínica el día 2 de Abril del presente año. Ningún antecedente patológico que merezca mencionarse hasta hace cuatro años, en que enfermó de paludismo, contraído en Peñarroya, apreciando en seguida un abultamiento del hipocondrio izquierdo, que fué aumentando de volumen y adquiriendo ulteriormente tal movilidad que ocupaba variadas posiciones en relación á las actitudes de la enferma. Es de advertir que la infección palúdica tuvo largos plazos

de remisión, merced á un tratamiento con los preparados de quinina, desordenadamente administrados (referencias de la enferma).

La enferma, como síntomas subjetivos, manifiesta amostenia generalizada, disminución del apetito, digestión laboriosa, estreñimiento, dolores abdominales no muy intensos, pero más acentuados en la posición vertical, en la marcha y en la posición de decúbito derecho, y adicionada esta modesta sintomatología con un estado neurótico acentuado.

Explorada la enferma se aprecia á la inspección: proporción adecuada entre el volumen y la talla, ligera decoloración del tegumento externo, sin que se aprecie tinte terroso ni subictérico; flacidez de las masas musculares. Nada anormal á la percusión y á la auscultación del tórax. Hígado ligeramente aumentado de volumen. En el hipocondrio izquierdo, y en plena cavidad abdominal, el bazo aparece á la palpación como una masa dura, indolora, flotante, movable á voluntad con movimiento de rotación completa, del volumen de una cabeza de niño de dos á tres años (aproximadamente unos 20 centímetros de diámetro transversal y unos 25 de diámetro longitudinal). Se trataba, pues, de un caso de esplenomegalia acentuadísima con esplenoptosis. Quedaba por averiguar cuál era el estado funcional de este bazo y cuáles sus relaciones anatómicas con el proceso morboso (infección palúdica) que había padecido la enferma y que parecía

estar ligado, íntima y directamente, con la patogenia de la tumoración esplénica.

La enferma fué sometida á partir del día 15 de Abril, hasta el 8 de Mayo, á una serie de observaciones hematológicas, parasitológicas y fisiopatológicas, cuyos resultados someros comunicamos á continuación.

15 de Abril.—Examen de sangre. No se aprecian parásitos del paludismo en ninguna de sus formas. No se aprecian restos de pigmento melánico en macrófagos.

Hematimetría:

Rojos..... 3.670.000
Blancos..... 8.000

Fórmula leucocitaria:

Granulocitos neutrófilos..... 79
Idem eosinófilos..... 3
Mielocitos neutrófilos..... 2
Monocitos azurófilos..... 1
Leucocitoides linfocitos..... 4
Linfocitos propiamente dichos..... 12
100

Arneth: $\frac{5 \ 38 \ 53 \ 3 \ 1}{5 \ 76 \ 159 \ 12 \ 5} = \frac{100}{259}$ (ligera desviación hacia la izquierda).

En los días siguientes los resultados fueron aproximadamente iguales, con pequeñas variaciones. No los referimos por brevedad. No se logró nunca hallar parásitos en la sangre periférica. Temperaturas normales.

5 de Mayo.—Preparamos para mañana la prueba de la adrenalina para la movilización de los gérmenes eventualmente existentes en estado latente en el parénquima esplénico, y procuramos fijar con exactitud la hematimetría y la fórmula:

Glóbulos rojos..... 3.600.000
Idem blancos..... 7.200

Fórmula:

Granulocitos neutrófilos..... 88
Idem eosinófilos..... 1
Mastzellen..... 1
Mielocitos neutrófilos..... 1
Mononucleares sin granulaciones..... 2
Linfocitos propiamente dichos..... 7
100

Un eritroblasto policromatófilo.

Arneth: $\frac{6 \ 36 \ 53 \ 4 \ 1}{6 \ 72 \ 159 \ 16 \ 5} = \frac{100}{258}$

6 de Mayo.—A las diez menos cuarto de la mañana (antes de la adrenalina).

Hematimetría:

Rojos..... 4.160.000
Blancos..... 5.800

Fórmula:

Granulocitos neutrófilos..... 69
Idem eosinófilos..... 2
Mielocitos neutrófilos..... 1
Monocitos azurófilos..... 1
Mononucleares grandes..... 4
Linfocitos propiamente dichos..... 23
100

Arneth: $\frac{7 \ 28 \ 43 \ 19 \ 3}{7 \ 56 \ 129 \ 76 \ 15} = \frac{100}{263}$

6 de Mayo.—A las diez se practica una inyección hipodérmica de 1 c. c. de solución al milésimo de clorhidria de adrenalina.

He aquí los resultados sucesivos del examen de sangre:

	A los 15 minutos.	A la 1/2 hora	A la hora.	A las 3 horas.
Glóbulos rojos..	5.280.000	4.000.000	3.360.000	4.280.000
Idem blancos...	8.600	5.200	3.800	5.900
Granulocitos neutrófilos...	62	65	74	80
Idem eosinófilos.	1	1	1	1
Metamielocitos neutrófilos...				
Mielocitos neutrófilos.....	2		2	1
Formas de tránsito linfoides..	1	3	3	3
Grandes mononucleares.....	2	1	3	
Monocitos azurófilos.....				
Linfocitos propiamente dichos.....	31	30	17	15
Células de Rieder.....	1			
	100	100	100	100

Arneth:

A los 15 minutos: $\frac{13 \ 51 \ 31 \ 5 \ 0}{13 \ 102 \ 93 \ 20 \ 0} = \frac{100}{228}$
A la 1/2 hora: $\frac{7 \ 39 \ 34 \ 15 \ 4}{7 \ 78 \ 102 \ 60 \ 20} = \frac{100}{267}$
A la hora: $\frac{6 \ 21 \ 36 \ 33 \ 4}{6 \ 42 \ 108 \ 132 \ 20} = \frac{100}{308}$
A las 2 horas: $\frac{4 \ 38 \ 54 \ 4 \ 0}{4 \ 76 \ 162 \ 16 \ 0} = \frac{100}{258}$

A pesar de la acción fisiológica ejercida por la adrenalina, y expresada con claridad por los resultados hematológicos referidos, el examen de numerosas preparaciones no permitió tampoco hallar ninguna forma de parásitos del paludismo en la sangre periférica durante las horas que siguieron á la inyección.

A los dos días resolvimos practicar la punción exploradora del bazo y el examen de preparaciones de la pulpa esplénica, con objeto de proporcionar al cirujano datos posiblemente exactos, acerca del estado funcional del parénquima esplénico de esta enferma.

La punción del bazo no ofrece, como es sabido, dificultad alguna en la mayor parte de los casos. En nuestra escuela (Pittaluga) se lleva á cabo corrientemente siempre que razones semiológicas lo aconsejan.

En nuestro caso, la aspiración de la pequeña cantidad de pulpa esplénica para los exámenes, fué relativamente difícil y demostró tratarse de un bazo escleroso, con trabéculas espesadas y evidente proliferación de conectivo.

En las preparaciones no se logró poner de relieve, á pesar de muy detenidas pesquisas, ninguna forma de parásitos del paludismo. Se vieron, en cambio, algunos, aunque muy raros, gruesos monocitos linfoides con escasos gránulos de hemozoina. Las imágenes globulares aparecían íntegras, correspondiendo casi por completo el aspecto y la cromatofilia de los hematíes contenidos en el jugo esplénico á los caracteres de los hematíes circulantes. No se apreciaban apenas imágenes de desintegración globular, restos de estromas hemolizados, esquizocitos

basiófilos, ni células eritrofágicas. Estos datos avalaban la impresión clínica; á saber: que se trataba de un bazo escleroso, en un proceso relativamente rápido de involución funcional por proliferación conectiva. La indicación de la esplenectomía, en vista también de la ectopía del órgano (esplenoptosis acentuadísima), resultaba evidente.

La cirugía operatoria del bazo ha ampliado mucho el campo de su indicación á numerosos procesos, y aportado intervenciones variadas, cuales son la esplenotomía, esplenorrafia, esplenopexia, exoesplenopexia, ligadura atrofiante de parte de su aparato vascular, y como más radical la esplenectomía. A esta última intervención es á la que se ha recurrido en esta enferma, ya que la clínica humana, consecutiva á la aplicación en anie males, ha sancionado de modo concluyente la posibilidad de la extirpación total de esta víscera y su ulterior sustitución funcional por otros órganos, ó cuando meros, el restablecimiento de un equilibrio funcional que permite una larga supervivencia. De todas formas la esplenectomía, como dice muy bien uno de los más geniales cirujanos, el Dr. Pauchet, es intervención operatoria siempre grave, y á mejorar su pronóstico deben conducir algunas precauciones relativas á los elementos que integran toda intervención, no teniendo nada de particular que en lo relativo á la anestesia, Prince, de Birmingham, recomiende anestesiar á estos enfermos con protóxido de ázoe, que no provoca hemolisis como la anestesia con el cloroformo, ni disminución de la hemoglobina como el éter; que Pauchet utilice la anestesia regional paravertebral infiltrando el trayecto de los siete nervios dorsales del sexto al doce á su salida del raquis en el lado izquierdo, que Jonnesco sea partidario de su anestesia raquidiana alta. Esta enferma, no obstante por las buenas condiciones generales en que se hallaba, fué anestesiada con el cloroformo.

La vía de entrada á la celda esplénica debe adaptarse á las condiciones de la tumoración en lo relativo principalmente á su movilidad. En las varias esplenectomías que uno de nosotros (Jiménez) lleva practicadas, nuestro criterio ha sido el de realizar en bazos poco movibles, la incisión sub-costal izquierda desde el borde externo del músculo recto hasta la línea axilar, incisión de amplio campo que permite dominar fácilmente el pedículo y adherencias diafragmáticas, tiempo quizás el más importante de la operación. Los casos en que el bazo es muy movable ó flotante, la incisión pararrectal izquierda y extensa la encuentro muy adecuada, y fué la elegida en esta enferma para la abertura de la cavidad abdominal, que permitió, previa la separación de laxas adherencias, exteriorizar la víscera, y proceder á la ligadura de su ancho pedículo desde el ligamento freno-esplénico hasta el espleno-cólico, ligadura que se hizo en cuatro pedículos por transfixión, complementando la hemostasia con la ligadura aislada de las ramas de voluminoso calibre de la arteria y vena esplénicas. Todo rigor en la hemostasia del pedículo y adherencias en la esplenectomía no será nunca excesivo, ya que la abertura de algunas de las ramas es del más grave pronóstico y la muerte por hemorragias,

después de esta intervención, es desgraciadamente de alguna frecuencia. Se cerró la cavidad abdominal en forma corriente sin practicar, como algún cirujano recomienda, contra-abertura en la pared posterior ó dorsal para el desagüe, cubriendo la línea de sutura con el apósito de Kocher al subnitrato de bismuto, y obteniendo la cicatrización á los doce días. El curso post-operatorio fué regular presentándose algunas pequeñas elevaciones térmicas que carecieron de importancia. Sólo se pudo apreciar en la enferma dolorimiento, ligera tumefacción en los ganglios linfáticos del cuello, dolores más acentuados en los miembros, hecho que pudiera tener su explicación en las modalidades de la reacción leucopoyética que á los ganglios linfáticos y medula ósea imprime la extirpación del bazo, según la experimentación practicada en animales por Wauthrin, Emilianou y otros.

Pero, en cambio, cicatrizada ya la herida y próxima la enferma á dejar la clínica, sobrevino de improviso (16 de Mayo) un acceso febril con hipertermia considerable (40°,2), precedido por escalofrío, con todos los caracteres de un ataque de infección palúdica aguda. Se llevó á cabo un examen de sangre en las primeras horas de la mañana del día siguiente, cuando la enferma se hallaba ya sin fiebre, y en efecto, encontramos una gran cantidad de monontes endoglobulares de *Plasmodium vivax*.

La enferma fué sometida á tratamiento intensivo con quinina, arsénico y hierro y se marchó, al parecer, en buen estado, el día 21 de Mayo, con la promesa de volver en Octubre.

Este caso nos ha parecido digno de ser publicado, dejando á un lado el interés que siempre ofrece todo caso de esplenectomía, sobre todo cuando se tiene, como en este caso acontece, alguna probabilidad de seguir y observar al enfermo en ulteriores períodos de su vida, por las enseñanzas que de él se desprenden en lo que atañe á la investigación reiteradamente negativa de los parásitos del paludismo en la sangre periférica y en el propio parénquima esplénico, antes de la intervención quirúrgica, y á la aparición de un ataque de paludismo agudo con hallazgo de parásitos de tipo tercianario, dos semanas después de la operación. Descartada en absoluto la hipótesis de una infección primitiva en Madrid, á primeros de Mayo, y dados los precedentes de la enferma, no cabe dudar de que tratase en este caso de una recidiva por persistencia de gérmenes, en estado latente, probablemente en el tejido mieloide.

Ahora bien: ¿la esplenectomía puede haber intervenido como estímulo excitador para la reviviscencia de las formas parasitarias y la determinación de la recidiva?

No podemos contestar á esta pregunta más que con hipótesis. Pero si se tiene en cuenta que muchas recidivas palúdicas sobrevienen por causas ocasionales más ó menos relacionadas con la fisiología de los órganos hematopoyéticos, incluso los traumas (existen en la literatura algunos casos de traumas del bazo seguidos de recidivas palúdicas); que el bazo ejerce una acción inhibitoria sobre las actividades eritro y leucopo-

yéticas del tejido mieloide, y que por tanto, aun cuando en este caso la función hemocaterética estuviese muy aminorada por el estado anatomopatológico del órgano, la extirpación del bazo determina en cierto modo un imprevisto desequilibrio de las actividades de la medula ósea, y ésta introduce en un primer período en modo tumultuoso, en la circulación general, materiales de la serie hemoglobínica y de la serie leucocitaria; no es aventurado suponer que puedan haberse movilizado al propio tiempo gérmenes latentes en el tejido mieloide.

Los tres mil niños españoles muertos por difteria el año 1919 que no debieron morir

POR EL

DR. MARTÍNEZ VARGAS

A raíz de descubrirse el suero antidiftérico hicieron algunas afirmaciones en guisa de profecía; parte de ellas han tenido afirmación, en cambio otras han servido sólo para hacer patente el poco provecho que la humanidad sabe extraer de los bienes que se le ofrecen. En este concepto negativo del aprovechamiento humano, figura ese capítulo de la mortalidad diftérica. Dijo-se allá por los años 1894 y 1895 que la mortalidad por difteria podría reducirse á 0 y el mero anuncio de este pronóstico, lanzado por Behring, causó profunda emoción á médicos, á deudos y estadistas acostumbrados, mejor diría, horrorizados de ver desde los más remotos tiempos cómo la difteria mataba á casi todos los atacados. En los tratados monográficos de Jacobi, Baginsky, Bayeux y Marfan (1) se encuentran cifras desconsoladoras en este respecto.

En la primera comunicación del Dr. Roux al Congreso de Budapest, se consiguió la reducción de la mortalidad de un golpe al 44 por 100; más tarde, en 1897, en el Congreso Internacional de Moscu, después de haberse compulsado las estadísticas de todos los países cultos, se sancionó la eficacia del suero antidiftérico y salvadas todas las asperezas y contiendas que acompañan á toda innovación, quedó imperando en el ambiente el optimismo de la aminoración de la mortalidad. Teóricamente, al menos, era lógica tan consoladora afirmación.

Han pasado veinticinco años, y á pesar de que la preparación del suero ha experimentado toda la perfección apetecible, aquella reducción de la mortalidad dista mucho de alcanzar el grado ínfimo que se anunciara. Y ya que hablo de la preparación del suero antidiftérico, permítaseme una digresión. Yo consigno con viva complacencia, que en este respecto nuestra patria ha alcanzado una capacidad técnica insuperable y los laboratorios de Madrid y Barcelona dan á la profesión una antitoxina tan eficaz y tan excelente como la del más acreditado laboratorio extranjero, por lo cual de-

claro, á fuer de patriota, que España no debiera importar un solo frasco de suero antidiftérico, ni pagar esa enorme suma que paga al año de dólares, francos ó marcos, con desequilibrio de nuestra balanza monetaria y merma de la riqueza nacional. Transmito este tema á los economistas que manejan á ciegas las columnas del arancel lesionando los legítimos intereses de nuestro pueblo. España se basta por sí sola en la preparación de la antitoxina diftérica y es capaz de surtir al extranjero.

No voy á comentar esas épocas que en Francia y en otros países se han caracterizado por una exacerbación transitoria de la mortalidad diftérica. Deseo contraerme á nuestro país y declaro con pena que al ojear los *Boletines mensuales de Estadística demográfica-sanitaria*, publicados por la Inspección general de Sanidad, he sentido espanto al llegar á la columna de *Difteria y crup*. Tomando al azar dos años distantes, el de 1905 y el de 1919, he recogido las siguientes cifras: en el primer semestre de 1905 ocurrieron en España por difteria y crup 1.606 defunciones y en el segundo 1.311, en todo el año, 2.917. Sólo en el mes de Enero murieron 316 niños, más de 10 por día.

En el año 1919, no obstante el progreso que suponen los catorce años de adelanto en la perfección preparatoria y en la educación de las masas y en el diagnóstico de la enfermedad, ha ido en aumento la mortalidad toda vez que el número de óbitos por aquella causa ha pasado de 3.009. Francamente, no se concibe tal mortalidad, cuando en uno de estos últimos años yo pude publicar una estadística de mi sala de diftéricos del Hospital Clínico en que de 27 ingresados, durante el curso, de ellos 19 con crup y operados, curaron los 27.

Tratemos de analizar esta crecida mortalidad. Depende unas veces, las más, de la negligencia y otras de la obscuridad del diagnóstico. No se concibe tamaña negligencia en las familias, dada la difusión que se ha hecho en el campo social de los peligros de la difteria. Y contando con la influencia de la cultura médica, con la autorización tácita que se da al escolar y al médico de que ante un caso dudoso, *basta la duda para inyectar el suero cuanto antes*, é imperando el criterio de que además de pronto el suero debe inyectarse en cantidad superabundante, los médicos no podemos excusar nuestra negligencia ó nuestra dosis insuficiente, si alguna vez incurrimos en ellas.

Hace unas semanas, mientras explicaba mi lección, diaria en esta Facultad, se me anunció que desde un apartado suburbio me traían una niña agonizante por garrotillo. La esperamos con todo el material dispuesto para operarla. Contaría la niña diez años. Desde el automóvil fué trasladada á la mesa de operaciones, y apenas acomodada en ella dió su última boqueada. Sin esperar á desnudarla, le hice la traqueotomía rápida y seguidamente la respiración artificial, tracciones rítmicas de la lengua, inyección subcutánea de oxígeno, y estímulos en la región precordial é inyecciones de cafeína y estricnina. En vista de tanto esfuerzo sin resultado, pues con la *traqueotomía in extremis* he vuelto á la vida á nueve

(1) Jacobi: «A treatise on diphtheria», New-York, 1893.—A. Baginsky: «Diphtherie und diphtheritischer croup», Wien, 1893.

R. Bayeux: «La Diphtérie», Paris, 1899.

A. B. Marfan: «Leçons cliniques sur la Diphtérie», Paris, 1905.

niños dejados por muertos, supuse que esta muerte debía obedecer antes que á la asfixia crupal mecánica, á la intoxicación diftérica; la escena había sido muda hasta aquel instante; interrogué al médico de cabecera que la acompañaba y afirmó que sólo contaba cuarenta y ocho horas de enfermedad, las que él le venía asistiendo. Pero de haber sido éste un *garrotillo d'emblee*, esto es, primitivo, la niña hubiera vuelto á la vida. Examiné entonces su garganta y ví en la base de ambos pilares y en las amígdalas, unas superficies redondeadas, erosionadas, cual las placas diftéricas en reparación y sin membrana. La niña debía contar con unos doce ó catorce días de enfermedad; interrogada una persona de la familia que esperaba el desenlace de la operación, declaró que la niña empezó á quejarse quince días antes, pero que no le habían hecho caso hasta que se presentó el garrotillo dos días antes. La negligencia de la familia dió tiempo á que se presentara un crup descendente, cuando ya la intoxicación había ganado terreno é hizo completamente inútil la acción curativa del suero. Casos como éste he visto muchos y son los responsables de esa alta mortalidad que es evitable.

La otra causa de mortalidad es, por fortuna, poco frecuente en la práctica; la confusión diagnóstica depende de la localización morbosa en esas regiones inaccesibles á la visión directa de las membranas, y así como en la localización diftérica en la laringe, el obstáculo respiratorio es ruidoso y alarmante, y permite hacer un diagnóstico aun cuando no se vean las placas en otras localizaciones, el proceso evoluciona en la sombra, calladamente; y los síntomas son vagos, imprecisos, el síndrome indescifrable, y mientras, la intoxicación trae un funesto desenlace sin dar tiempo á conocer el mal ni á la aplicación del salvador remedio.

Estas localizaciones suelen recaer en la pared faríngea, en la mucosa nasal y en la tráquea, con un crup ascendente.

La faringe suele presentar algunas placas que, por su pequeño tamaño, no despiertan interés ni temor y, pasados unos días, adquieren una intensidad peligrosa. Fui llamado para asistir á una niña de cinco años, uno de cuyos hermanos había fallecido aquel mismo día de crup diftérico. Presentaba detrás de cada pilar posterior, escondidas en el repliegue de la faringe, una placa en cada lado, tan pequeñas, que no excedían de medio centímetro de diámetro, superficiales, sin nimbo inflamatorio. Costaba trabajo verlas en toda su extensión. Dispuse toques con ácido fénico y bicloruro de mercurio en una solución glicerínada, y pude comprobar que durante seis días consecutivos, ni desaparecían aquéllas ni aumentaban de volumen. Pero al séptimo, en unas cuantas horas, á pesar de seguir con las pincelaciones, la extensión membranosa fué extraordinaria; sin invadir las amígdalas, recubrieron la parte lateral y posterior de la faringe y los síntomas generales se agravaron. Practiqué la inyección de suero y la niña curó por completo. Sin duda alguna los bacilos diftéricos fueron venciendo la resistencia orgánica y cuando la dominaron la enfermedad tomó gran desarrollo. Demuestra este caso que no debemos mirar con menos-

precio estas reducidas placas, por pequeñas que parezcan, pues si bien en algunos casos he comprobado la naturaleza diftérica y la curación tan sólo con los medios tópicos, en otros, cual el que acabo de referir, la enfermedad es capaz de adquirir una intensidad mortal y confiados en una intensidad menospreciable llegar tarde con el remedio.

La difteria nasal es algo más obscura y difícil de conocer en ocasiones. Si la placa diftérica es algo anterior, si rezuma algo de líquido por delante é irrita la piel del labio superior, si asoma alguna lengüeta blanquecina y á plena luz se divisa cerca de la ventana nasal, fácil será *pensar* en la difteria y arbitrar los medios para comprobar el diagnóstico. Pero si la localización es posterior, si no rezuma líquido alguno, ni hay señales de rinitis, ni asoma por la faringe ninguna placa sospechosa, es punto menos que imposible pensar en la difteria; el enfermito se pone febril, su cuadro morbo es indescifrable, y cuando aparece por la extensión natural de la placa alguna manifestación membranosa que revela el diagnóstico, la intoxicación está tan avanzada que es tardío é inútil todo remedio.

Esta dificultad sube de punto cuando la difteria nasal coincide con algún otro proceso que asume toda la responsabilidad sintomática. Esto ocurrió con un niño de cinco años, sano y robusto toda su vida. Enfermóse un día con una bronconeumonía; curó al parecer, según los signos físicos revelaron, en nueve días. Pero su convalecencia no fué franca. Su piel demasiado pálida, su astenia, inspiraban poca confianza; examinada su garganta no ofrecía ninguna anormalidad, la rinoscopia anterior fué negativa; existía tan solo un timbre gangoso en la voz y ligera ingurgitación en la región naso faríngea. La astenia no cedió á las inyecciones estimulantes, y en cambio, al duodécimo día de enfermedad estalló un garrotillo, se le inyectó con abundancia y prontitud suero antidiftérico, se le hizo la intubación y al final la traqueotomía, y á pesar de todo la criatura murió. Es indudable que la enfermedad evolucionó juntamente con la bronconeumonía y que esta preparó el terreno para aumentar su malignidad.

Otras veces la difteria nasal puede evolucionar lentamente y sin dar señales de su existencia, con lo cual se produce más de una víctima. Hace unos diez meses trajéronme un niño de Portbou. Sus padres venían en plena desolación. Habían enterrado el día anterior un niño de veinte meses atacado de garrotillo diftérico y temían por la vida de este otro hijo, único que les quedaba. Examinadas sus fauces no hallé ni inflamación ni membranas. Pero á través de la ventana nasal descubrí en ambos lados algún punto blanco y un líquido que mojaba é irritaba el labio superior. Recogida con el asa de platino una partícula y examinada al microscopio, se comprobó la presencia de bacilos diftéricos. Lo curioso fué que este niño llevaba varios días en esta guisa, y como su hermanito, el muerto, no tuvo contacto con nadie de fuera de la casa y sólo con éste, la familia sospechó que este niño era quien había producido el contagio al niño menor, en el que la afección había evolucionado con mayor rapidez. Sometido este

niño á inyecciones abundantes y prontas de suero, se curó completamente. Es preciso vigilar cuidadosamente estos portadores de gérmenes.

Hace tres semanas fui llamado para asistir una niña de nueve años. Presentaba gastricismo, ligera obstrucción naso-faríngea, voz gangosa; exploradas las fauces no había en ellas ni rubicundez ni placas. Había, sin embargo, cierta incongruencia sintomática; el tercer día apareció por detrás del pilar posterior derecho, una exudación y una mucosidad sospechosa. Recogida con el asa de platino y examinada al microscopio se comprobó la naturaleza diftérica. Las inyecciones de suero solas, pues suprimí toda otra medicación, curaron la niña.

Otro de los casos difíciles de diagnóstico y que produce defunciones es la localización traqueal. La propagación de la placa diftérica en la dirección ascendente, ocasiona un garrotillo y éste es el que se encarga de deshacer el misterio. En el mes de Marzo último fui llamado para asistir una niña de cuatro años. Robusta, de espléndido desarrollo, era esta la primera vez que enfermaba. Había comenzado con fiebre y manifestaciones de un resfriado, al decir de sus padres. Ni por la percusión ni por la auscultación pude apreciar las manifestaciones de una traqueobronquitis. A lo sumo, percibíase una respiración áspera á nivel de la tráquea. No hallaba yo congruencia clínica en la niña. Irascible como era de suyo, indómita y muy mimada de sus padres, tuvo mientras la examinaba el tercer día un acceso de respiración ruidosa y de tos crupal. Me asaltó la idea de un garrotillo. No podía aceptarse un falso crup, cuando llevaba tres días de fiebre, de quietud en la habitación calentada á 20°, por lo mismo que la niña no se prestaba á permanecer en cama y se pasaba el día en los brazos de su niñera. Quise hacer la reacción de Shick, pero la familia se opuso tenazmente. A todo esto la niña iba palideciendo, y se mostraba más abatida que de costumbre. La noche había sido molesta, angustiosa, tuvo insomnio y algún acceso crupal. Las fauces estaban normales, de color y superficie.

Traté de enfadarla, cosa fácil, hice el tacto laríngeo, ya que el examen laringoscópico habría sido imposible, y no percibí la sensación que se nota en el vestibulo laríngeo en los casos de garrotillo común. La niña tuvo un ataque intenso de crup, con asfixia. No esperé más. Expuse á la familia el peligro, y vencida la resistencia á producir molestias á su hija, ante el riesgo de muerte, aceptaron la inyección de suero que á prevención tenía preparado. Le inyecté *ipso facto* 2.000 unidades inmunizantes. Suprimí toda otra medicación y repetí aquélla á las doce horas. Poco después de ésta, la mejoría se hizo patente, disminuyó la fiebre, cesó el malestar, rebajáronse las pulsaciones y fueron cediendo los síntomas crupales. Le hice en total cuatro inyecciones, y al cabo de cuatro días la niña se hallaba en plena convalecencia. La marcha del proceso me confirmó al cabo de unos días que éste había sido un caso de crup ascendente.

Los hechos clínicos que acabo de exponer, representan diversas modalidades de la localización anor-

mal de la difteria, inaccesibles á la visión directa del síntoma fundamental, de la membrana y, por tanto, causante de grandes vacilaciones diagnósticas cuando no de imposible certidumbre diagnóstica. Es preciso divulgar estas contingencias para recordar al médico práctico la posibilidad de tal conflicto y plantear ante su mente la solución en esos momentos críticos en que el tiempo apremia y en que una indecisión, una dilación, producen inevitablemente una víctima.

Por consiguiente, en los casos de incongruencia clínica, el médico sagaz aprovechará las ligeras perturbaciones guturales de la voz, las leves alteraciones de la respiración nasal, las pequeñas manifestaciones crupales, para orientar-e hacia la existencia de una difteria; aguzará su ingenio para comprobar en lo posible el diagnóstico, sea de un modo directo, ó sea por exclusión. Y seguro de la inocuidad del suero antidiftérico, inyectará éste, observando la acción fisiológica y el efecto terapéutico, para insistir en el remedio y, en caso adverso, para esclarecer el diagnóstico.

Divulgando estas ideas confío en que podremos rescatar la vida de algunos niños destinados á una muerte irremediable y reducir en España esa elevada mortalidad diftérica que pugna con el progreso científico de la época é invalida aquella consoladora profecía de Behring cuando auguraba que la mortalidad por difteria bajaría á 0 ó á una cifra insignificante.

¿GASTROENTEROSTOMIA O GASTRECTOMIA?

POR EL

DR. SANTIAGO CARRO

Profesor del Instituto Rubio. — C. de la Real Academia Nacional de Medicina.

De cuantos problemas quirúrgicos se debaten en la actualidad, acaso ninguno se discute tanto y con tanta pasión como el que se refiere á la úlcera de estómago. Esto es explicable. El gran número de ulcerosos gástricos en los que fracasa el tratamiento médico, más por indocilidad del enfermo que por ineficacia del mismo; las recidivas frecuentes después de practicado el tratamiento quirúrgico y la cronicidad que en general revisten los casos, cualquiera que sea la terapéutica instituida, son motivo más que suficiente para que á todos, médicos y cirujanos, nos preocupe cuanto se refiere á este padecimiento.

Convenientes es, por tanto, que no nos dejemos llevar por exclusivismos científicos ni por radicalismos operatorios, examinando serenamente las tendencias modernas de la cirugía en relación con la úlcera gástrica.

Una primera afirmación conviene sentar. Y es la de que el tratamiento esencial de la úlcera debe ser médico y que sólo cuando éste fracase—entendiendo por fracaso si resulta ineficaz cuando se ha observado debidamente—está indicado el quirúrgico. Esta es una opinión que aceptan todos los cirujanos, aun los que mantienen criterio quirúrgico extremista. Si hay alguno que aconseja la intervención desde el primer ins-

tante en que se diagnostica «úlcera gástrica», su criterio nos parecería anticientífico y contrario al estado actual de conocimientos sobre esta afección.

El diagnóstico de la úlcera gástrica es más difícil de lo que parece. La inmensa mayoría de los que clínicamente designamos como ulcerosos, no lo son, aunque se hallen en potencia de serlo. Casi siempre se trata de hiperclorhídricos más ó menos acentuados—al menos entre nosotros—con espasmo de piloro, con dolor ú otras molestias, pero sin que se hallen en fase activa de hemorragia. Los cirujanos encuentran pocas veces, comparado con el número de casos que los médicos diagnosticamos como ulcerosos, úlceras reconocibles á la vista ó al tacto, dato que coincide con el hecho de que, en estadísticas de necropsias recaídas sobre personas que han fallecido de diversos padecimientos, no se encuentre la úlcera de estómago más que en 1 por 100 de los autopsiados.

Claro que no faltan autores que, impresionados por el número relativamente grande de ulcerosos que hay entre los enfermos de aparato digestivo—aparentemente mayor por la cronicidad del proceso, que obliga á tratamiento prolongado,—opinen que la úlcera es frecuentísima y que todos los hiperclorhídricos deben ser considerados como ulcerosos. Afortunadamente esta opinión no descansa sobre bases rigurosamente científicas, pues en contra de ella están los datos biopsicos y necropsicos, aceptándose más bien hoy, sobre todo entre los cirujanos, el criterio de que los especialistas médicos vemos más úlceras de las que hay en realidad, pues como tales no podemos considerar las que se curan en pocas semanas con régimen y medicación alcalina, como simples accesos de agudización de una hiperclorhidria.

Sabido es que la localización más frecuente de la úlcera gástrica es la curvatura menor (alrededor de un 80 por 100 de los casos), más ó menos próxima á piloro y que uno de los síntomas de que casi siempre se acompaña es la dificultad en la evacuación pilórica. La hiperclorhidria suele ser la regla, al menos entre los ulcerosos que vemos en España, si bien los hay hipoclorhídricos y hasta anaclorhídricos. Hiperclorhidria y dificultad de evacuación pilórica son dos factores que favorecen la cronicidad de la úlcera y se oponen á su cicatrización, por lo que es lo primero que debemos perseguir con el tratamiento: modificar las condiciones de medio y lograr un buen funcionamiento pilórico. Esto perseguimos con un régimen dietético poco estimulante de la acidez y con la medicación alcalina saturadora de ácidos.

Si fracasamos con un tratamiento médico bien seguido ú observamos al enfermo ya en fase de estenosis pilórica, está indicado el tratamiento quirúrgico. Al llegar á este punto, debemos recordar que los cirujanos reprochan á los médicos prolongar excesivamente el tratamiento médico de los ulcerosos, haciéndolos correr el grave riesgo de perforación ú hemorragia grave. Estos accidentes son muy raros en enfermos sometidos á vigilancia médica consciente. Cualquier médico, más ó menos especializado en esta terapéutica, puede for-

marse juicio, por la evolución clínica del caso; por el estudio de las heces; por la exploración radiológica, y demás elementos de juicio que aporta la clínica ó el laboratorio, si el tratamiento médico resulta útil ó debe ser llamado incidentalmente un cirujano para realizar sin pérdida de tiempo un acto quirúrgico. Pero no olvidemos el caso inverso: se ha gastro-enterostomizado inútilmente á muchos enfermos, que no tenían úlcera ni estenosis pilórica, simplemente por aquejar molestias algo acentuadas debidas á su hiperclorhidria. Y el resultado ha sido, en tales casos, por demás desastroso: muchos de estos enfermos han visto aumentar sus molestias, y en algunos hubo que reoperar para cerrar la boca anastomósica. Esto debe servir de lección á los que opinan que todo hiperclorhídrico acentuado debe hacer un tratamiento quirúrgico, considerándolo desde luego como ulceroso gástrico.

Desde 1881 se viene tratando por gastroenterostomía á los ulcerosos gástricos. Desde que Wolfer, de Viena, practicó esta operación, han sido millares los ulcerosos de todos los países sometidos á ella. Tenemos treinta años de experiencia de esta intervención, que si ha curado á algunos enfermos, en la mayoría de los casos sólo ha logrado mejorías más ó menos prolongadas.

Las mejorías de los gastroenterostomizados deben atribuirse exclusivamente á la modificación de quimismo, creada por el amplio desagüe, que evita la acción irritante continua del jugo hiperácido sobre las paredes gástricas, y en particular sobre la úlcera. Nosotros no compartimos el criterio llamado «fisiológico», que relaciona la mejoría con la acción neutralizante de la bilis y jugo pancreático que refluyen por la boca anastomósica. Y nos apoyamos para mantener nuestro punto de vista, en los numerosos análisis practicados á gastroenterostomizados recientes, sin encontrar cantidades apreciables de bilis ni jugo pancreático en el recogido gástrico, y en el hecho de que, cuando se hallaban, era precisamente cuando los enfermos aquejaban vómitos, regurgitaciones y demás síntomas que indicaban que la intervención no había obtenido resultado satisfactorio, determinando un reflujo biliopancreático que comprometía su éxito.

El quimismo de los gastroenterostomizados continúa siendo hiperclorhídrico, si bien las cifras de acidez son menos altas y disminuyen sobre todo la acidez combinada y extraclorhídrica, por retención y fermentaciones anormales. Los gastroenterostomizados, mal aconsejados por los cirujanos ó indóciles al consejo médico, abandonan todo tratamiento en la mayoría de los casos, creyendo que el acto quirúrgico ha puesto fin á su dolencia. Y el resultado es que, unos ya á las pocas semanas, y otros, meses o años después, vuelven con todo el cuadro clínico anterior á su dolencia, y reclaman del especialista médico los consejos y prescripciones que antes no quisieron escuchar. Examinemos las causas del fracaso y veamos el modo de corregirlas.

La gastroenterostomía es una intervención que resuelve un problema mecánico: el de la dificultad de evacuación pilórica, pero que no modifica el quimismo

de un modo estable. Lo más que se consigue es un descenso en la cifra de acidez, pero no una vuelta al quimismo normal. Por ello, los gastroenterostomizados han de someterse á un régimen prolongado y á medicación alcalina, como los demás hiperclorhídricos. Además, siguen expuestos á las mismas complicaciones de antes de la intervención, principalmente á la úlcera, á la ulceración de la boca gastroyeyunal y á todas las molestias que lleva consigo aparejadas la anormalidad de su quimismo. Esto explica por qué los gastroenterostomizados, después de un período más ó menos grande de bienestar, vuelven casi todos á tener las mismas molestias que antes de haber surgido la indicación quirúrgica, y el que muchos de ellos, curados de una úlcera gástrica, merced á la gastroenterostomía, vuelven á ser ulcerosos, por las condiciones propicias que nuevamente determinó la hiperclorhidria.

Los gastroenterostomizados por estenosis pilórica cicatrizal, ven desaparecer en seguida los vómitos, los dolores, los síntomas acentuados de su hiperclorhidria, y, alentados en la mayoría de los casos por los mismos cirujanos, se entregan á una alimentación completamente adietética. Ganan rápidamente de peso y de estado general, el apetito es excelente y no vacilan en satisfacerlo, estimulando la reaparición de su hiperclorhidria, que traerá consigo la presentación de nuevas molestias y hasta la reproducción de la úlcera si la había cuando fué operado.

Insistimos, por tanto, en que en nuestros enfermos—porque hemos de referirnos preferentemente á nuestra experiencia—casi siempre es la hiperclorhidria la culpable de la estenosis ó de la úlcera que motivó la intervención y en que el quimismo tiende á recobrar aquel mismo carácter después de la misma, sobre todo si no se continúa el tratamiento médico, y en que el gastroenterostomizado suele volver así á continuar su historia de enfermo de estómago, sin que la operación haya logrado más que un éxito transitorio. Porque nosotros negamos, como ya hemos apuntado, los llamados efectos fisiológicos de la gastroenterostomía, es decir, la neutralización del quimo hiperácido por el jugo biliar pancreático que refluye al estómago.

Otro inconveniente de la gastroenterostomía, al decir de sus contradictores, es la de no atajar la marcha de ciertas úlceras y su degeneración maligna en ciertos casos relativamente numerosos. Creen que la reaparición de las molestias obedece á que la úlcera causante de las mismas, cuando fué la úlcera el motivo de la intervención, recobra su actividad, y con ella reaparece toda la sintomatología anterior al acto quirúrgico.

Separemos los conceptos. Cuando se hace gastroenterostomía por úlcera gástrica, de ordinario por úlcera de corvadura menor, la úlcera suele cicatrizar por las condiciones favorables de medio creadas por el amplio desagüe. La úlcera deja de estar bañada continuamente por un jugo hiperácido y cicatriza con relativa facilidad. Pero la vuelta á la hiperclorhidria que se efectúa en la mayoría de los casos crea nuevamente un medio adecuado á la ulceración y aparece nueva úlcera muchas veces, otras reaparece la antigua úlcera si no

se había operado una cicatrización completa. Pero lo más frecuente es lo primero, de donde resulta que nada hubiera resuelto en tales enfermos la extirpación de la úlcera por gastrectomía parcial, además de gastroenterostomía, puesto que el trastorno de quimismo creaba condiciones favorables, en estos estómagos ulcerables, á la aparición de nuevas úlceras.

Queda el concepto de la malignidad, es decir, de la degeneración maligna que sufren muchas úlceras gástricas. Se viene abusando de este argumento, diciendo que son muchas las úlceras que degeneran en cáncer, y que ese peligro se evitaría con la gastrectomía parcial. En primer lugar, como dice Paterson, «es difícil probar que una úlcera, en la cual hay células de cáncer, no haya sido siempre maligna». Por otra parte, nosotros no vemos con esa frecuencia que se dice degenerar en cancerosos á nuestros ulcerosos, y en nueve años hemos visto algunos centenares de aquellos enfermos. Seguramente que el número de cancerosos entre los enfermos que tienen historia larga de hiperclorhidria ó de úlcera, no es mucho mayor que el que arrojan los enfermos de otras gastropatías y aún que el porcentaje que dan las personas que no han padecido del aparato digestivo. Y procedemos tan ilógicamente atribuyendo á causa degenerativa el cáncer que se presenta en los hiperclorhídricos—designados como ulcerosos para estos efectos de estadística—como si dijésemos que los dilatados están expuestos á tal degeneración, por el hecho de que el cáncer sea su final como el de muchas personas que no han padecido del aparato digestivo.

Hay derecho á sostener la anterior argumentación, por iconoclasta que parezca, frente al criterio actual que mantienen los cirujanos y aun muchos especialistas médicos, al leer los resultados de las estadísticas concernientes al número de cancerosos presentados entre ulcerosos gástricos que fueron gastroyeyunos, tomizados, y cuya marcha se siguió durante bastantes años. Las estadísticas de Paterson dan el 2 por 100; las de Kocher y Grant un 3 por 100, muchos menos, en todo caso, que los que mueren prematuramente en manos de los cirujanos por realizar gastrectomías parciales. Y entre un 2 á un 3 por 100 de degeneraciones malignas remotas—cifra que se da hasta entre no enfermos gástricos—ó un 10 á 15 por 100 que da la gastrectomía parcial de muertes postoperatorias, en manos de la mayoría de los cirujanos, queda todavía un saldo considerable en favor de la abstención de un método que no cuenta con el control de la experiencia.

A la vista de dichas estadísticas, Paterson razona así: «Si el carcinoma sobreviene en la proporción que se dice en los casos de úlcera gástrica, entonces un considerable número de estos enfermos, en quienes se ha hecho gastroenterostomía por úlcera gástrica, deben subsecuentemente morir de cáncer. Pero esto no sucede: por lo tanto, el cáncer no se desarrolla en úlcera gástrica con frecuencia, ó, si se desarrolla, la gastroyeyunostomía cura el cáncer. Claramente, de consiguiente, el argumento de la resección parcial con preferencia á la gastroyeyunostomía cae por tierra. Yo no dis-

cuto que la gastrectomía parcial sea conveniente y necesaria en ciertos casos, pero debemos estar seguros de nuestros principios y no usar argumentos en favor de la operación más severa, los cuales no son concluyentes ni fundados en hechos sólidos».

Nadie discute que en presencia de una úlcera callosa, de bordes indurados, de tendencia a la perforación, se extirpe al mismo tiempo que se practica la gastroenterostomía. Pero úlceras de aspecto benigno, en buenas condiciones de cicatrización, no deben sistemáticamente ser operadas por resección amplia como ahora se pretende, sometiendo al enfermo a los riesgos de una intervención grave y de mortalidad elevada, por evitar un peligro remoto y numéricamente poco considerable. A esto debemos oponernos los especialistas médicos, no estando, como no estamos, convencidos de las ventajas del método, y siendo nosotros los que indicamos la conveniencia de la intervención y arrosamos con las responsabilidades de lo que ocurra.

Para animarnos a aceptar el procedimiento de las gastrectomías parciales, los cirujanos nos exhiben sus estadísticas de mortalidad. Moynihan ha tenido el 1 por 100 de defunciones en gastroenterostomizados, y el 2,5 en gastrectomizados. En úlcera gástrica tuvo el 2,9 por 100, y en yeyunal llegó a tener el 7,40 por 100. Mayo tuvo el 1,76 por 100 de mortalidad para la úlcera duodenal y el 3,77 por 100 para la gástrica.

Nosotros somos escépticos en cuanto a estadísticas, pero no desdeñamos las menos numerosas de que hemos sido testigos presenciales en nuestros enfermos. En simples gastroenterostomizados hemos visto cifras de mortalidad relativamente elevadas, acaso no inferiores a un 10 por 100, y eso practicando la intervención cirujanos que nos merecen todo respeto por sus

conocimientos y hábitos quirúrgicos. No podemos hablar de cifras en cuanto a gastrectomizados, porque hasta ahora sabemos de pocos casos para formar juicio, pero desde luego el riesgo es bastante mayor y no creemos baje de un 15 por 100 su mortalidad, cifra no tan despreciable como la que acusan las estadísticas de autores extranjeros. Bien es verdad que muchas veces se excluye de las estadísticas numerosos casos que consideran como de mortalidad no derivada de la intervención, con lo que aquéllas pierden su valor, aunque queden más a gusto del cirujano que las recoge.

Y si el peligro de las degeneraciones malignas de la úlcera es muy pequeño, como sostiene también nuestro ilustre compatriota Madinaveitia, apoyado en los numerosos casos que ha visto, y la práctica de la gastrectomía parcial, además de elevar considerablemente el riesgo operatorio, no da garantías de mayor bienestar que la gastroenterostomía, debe reservarse aquella intervención para las úlceras engrosadas, callosas, de difícil cicatrización, pero no realizarla de un modo sistemático. Porque es el caso de que entre los pocos enfermos en quienes se ha hecho reciente gastrectomía parcial, estamos viendo algunos con los mismos síntomas que aquejan los gastroenterostomizados, lo cual contradice los optimismos de los cirujanos. Seamos, ante todo, humanitarios, porque si después de treinta años de practicar gastrectomías y adquirir una experiencia tan grande como la de la gastroenterostomía, venimos a parar en que sólo hemos logrado con el nuevo método elevar las cifras de mortalidad operatoria, tendremos que acusarnos todos de un pecado de ligereza, del cual yo, por mi parte, creo obligación moral, debemos eliminarnos los que no compartimos ciertos radicalismos quirúrgicos.

INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA PROFUNDA (1)

POR EL

DR. JULIAN RATERA

TUBERCULOSIS PERITONEAL

Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradiación.....	Dosis.....	Curso.	Resultado definitivo.
1 15-IV-917	36	Infiltración peritoneal situada en el lado izquierdo del vientre; existencia de molestias desde hace 18 años, muy acentuadas desde hace 10 años; período dura 3 a 4 días y es muy escaso; va acompañado de dolor el primer día y solo las primeras horas.	225	152X	Oligomenorrea: desaparición total de la infiltración peritoneal.	Alta el 6-V-919.
2 8-V-918	26	Anexitis tuberculosa del lado izquierdo muy en sus comienzos; molestias desde hace 3 años continuos que se agudiza durante el período.	130	73X	Mejorada.	La enferma se operó después de la 2.ª serie de irradiaciones.

(1) Véase el número anterior.

Por último, de los tres casos en que fué intentada la *provocación de la amenorrea*, en el primero fué dada de alta la enferma, completamente amenorreica; en el segundo, la enferma sólo recibió dos series de irradiaciones, y en el tercero la enferma se hizo embarazada antes de poder conseguir la amenorrea, no reanudando más adelante el tratamiento.

Todos los casos fueron tratados para impedir el estado grávido de las enfermas, por la debilidad que padecían ó por haber tenido muchos embarazos, después de los cuales se había resentido gravemente su salud.

Sin embargo, aun cuando con esta técnica se obtuvieron algunos éxitos clínicos, tenía el inconveniente de que los resultados tardaban en algunos casos mucho tiempo en aparecer y además no fué posible evitar en numerosas ocasiones la aparición de lesiones cutáneas, aun cuando Albers Schönberg, además de aconsejar esta distancia foco-piel, recomendaba filtrar los rayos por capas de gamuza y la dosis dada por cada puerta de entrada no excedía de 6 á 7 $\frac{1}{2}$ X, dejando transcurrir después un intervalo de descanso de catorce días antes de dar una nueva irradiación.

PROVOCACIÓN DE AMENORREA

Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradiación.....	Dosis.....	Curso.	Resultado definitivo.
1 8-II-915	39	Se propone la provocación de la amenorrea para evitar los embarazos por el estado de debilidad en que se halla la enferma.	247	183 X	Amenorrea desde Abril de 1915.	Alta el día 24-V-915; actualmente persiste la curación.
2 12-VII-916	30	Se trata de provocar la amenorrea por el estado de debilidad extrema en que se encuentra á consecuencia de los partos que ha tenido	141	128 X	La enferma solo recibió 2 series de sesiones.	
3 8-III-917	27	Enferma muy débil constitucionalmente: se desea evitar embarazos para prevenir lesiones fímicas.	121	136 X	Solo consiguió hacer aparecer el tratamiento la oligomenorrea.	El tratamiento fué suspendido el 29-V-917.

Técnica.—Actualmente y á pesar de los perfeccionamientos impresos en estos últimos años y los resultados brillantísimos obtenidos por la Escuela de Freiburg, existen, sin embargo, dos métodos distintos para la curación de las enfermedades ginecológicas de que hemos hablado en el presente trabajo.

Uno de ellos, el más antiguo, está patrocinado en Francia principalmente por Foveau de Courmelles y en Alemania por Albers-Schönberg, y se limita á hacer uso de pequeñas dosis de rayos Röntgen, repetidos hasta obtener la desaparición de las hemorragias y la reducción del fibroma.

El segundo, cuyo defensor más acérrimo es la Escuela de Freiburg y al frente de ella Krönig y Gauss, que lo han desarrollado, consiste en la administración de grandes dosis de rayos Röntgen muy penetrantes, fuertemente filtrados y aplicados á través de muchas puertas de entrada, á fin de obtener un gran efecto profundo y con ello la curación, en breve plazo, de las enfermas.

Al principio se tenía la idea de que solo una gran distancia desde el anticátodo á la piel podía preservar de la aparición de una radiodermatitis, pues se creía (Albers Schönberg) que los rayos blandos eran absorbidos por el aire en su curso desde el anticátodo á la piel y que á ésta solo llegaban los rayos penetrantes y por eso la Escuela de Hamburgo adoptó durante mucho tiempo la distancia de 38 centímetros foco-piel,

En Francia merecen citarse, además de Foveau de Courmelles, á quien corresponde el mérito de haber sido el primero en utilizar las irradiaciones con este fin curativo, sobre todo á Bordier y á Guillemín y Laquerrière, empleando Bordier filtraciones distintas en las tres zonas rectangulares que traza, una para cada ovario y parte lateral del fibroma y una central para la parte media del mismo, irradiando cada región ovárica con 1,5 milímetros de aluminio y la parte media con 3,5 milímetros de aluminio como filtro y obteniendo ya positivos progresos en el tratamiento de los miomas y metrorragias, variando la duración del tratamiento en sus manos de tres á ocho meses, según el volumen del fibroma y la edad de las enfermas.

Actualmente este autor ha reducido á 4 ó 6 el número de las series de irradiación en lugar de 7 á 8 que daba antes, para que no aparezca jamás ninguna reacción tardía, debiendo haberse suprimido el período después de la 3.^a serie y hallarse el tumor muy atrofiado, y como aconseja dar las irradiaciones cada veintidós días, este resultado debe alcanzarse, por lo tanto, al mes y medio después de comenzado el tratamiento.

Significó en Francia un progreso en la técnica los puntos fundamentales propuestos más adelante por Guillemín y Laquerrière, para el tratamiento de estas afecciones, que son las siguientes:

1.º Es necesario utilizar rayos muy penetrantes y filtrados de manera á obrar su profundidad;

- 2.º Es preciso multiplicar las puertas de entrada;
- 3.º Es útil colocar el tubo lo más lejos posible de la piel, dentro de cierto límite, para no alargar mucho las sesiones, á fin de disminuir la diferencia existente entre la dosis superficial y la profunda.

Podríamos citar infinidad de técnicas propuestas por otros tantos autores, pero se diferencian poco de las mencionadas, y, en cambio, pasaremos á hablar de las modificaciones impresas á ella por Gauss, cuyos trabajos han producido una revolución en la técnica de la radioterapia profunda.

Para Gauss, el principal fundamento de toda radioterapia eficaz ginecológica es, como dice él, un suficiente efecto profundo, fin que intentó conseguir Dessauer con su método de irradiación homogénea en el espacio, por el alejamiento del foco de luz y específica, aislando los rayos duros mediante una lámina de cristal. Sin embargo, esto no fué posible debido á la larga duración de las sesiones y la poca cantidad de luz recibida por el enfermo.

Siendo imposible, por consiguiente, realizar la irradiación homogénea de Dessauer, Gauss y Krönig siguieron durante una temporada la técnica de Albers-Schönberg, que, además de tener el inconveniente de su larga duración, tenía el no menor de ocasionar la aparición de reacciones, como hemos mencionado ya antes, pues estos autores citan, entre 670 zonas irradiadas, 9 por 100 de lesiones, habiendo aparecido eritema en 3 por 100 de las zonas cutáneas irradiadas por debajo de la dosis de eritema, y en 79 por 100 de los sitios sobredosificadas involuntariamente fueron observadas lesiones cutáneas, entre ellas cuatro veces de segundo orden.

Fué preciso, para evitar la aparición de estas lesiones, reforzar la filtración, y para no prolongar desmesuradamente las sesiones, se redujo la distancia foco-piel, y en los ensayos que Gauss hizo con el fantoma que lleva su nombre, se vió que á igualdad de dosis superficial llegaba mucha mayor cantidad de dosis profunda, empleando una distancia de 20 centímetros foco-piel, y con filtración de 3 milímetros de aluminio, que con la distancia de 38 centímetros foco-piel elegida por la Escuela de Hamburgo y filtrando solamente los rayos á través de cuatro ó cinco capas de gamuza ó de cuero.

Esta técnica tuvo además la ventaja de alejar las reacciones cutáneas que aparecían antes con tal lamentable frecuencia, habiendo transcurrido años enteros sin que Gauss hubiese observado ninguna lesión ni precoz ni tardía.

Con el fin de abreviar todo lo posible el tratamiento, estos autores pusieron en práctica la técnica del llamado «fuego cruzado», denominada así en Francia, multiplicando las puertas de entrada, á fin de irradiar el tumor en diferentes direcciones y acumular en él una gran cantidad de radiaciones en el menor espacio de tiempo posible, haciendo, como ellos dicen, una concentración temporal de la irradiación.

En favor de la multiplicidad de campos, Gauss aduce el razonamiento de que si á 8 centímetros de

profundidad llega á los tejidos situados á ese nivel $1 \frac{1}{2}$ de X, de la dosis de 10 X recibida á nivel de la piel y sólo se hace uso de tres puertas de entrada, entonces la dosis que quedará absorbida en aquella profundidad será de $5 \frac{1}{2}$ X, mientras que si en lugar de tres puertas se hace uso de 50, quedarán detenidos á la profundidad de 8 centímetros, $87 \frac{1}{2}$ X por 500 X medidas en la superficie.

De las importantes observaciones de Werner y los experimentos de Zaretyky, ha quedado demostrado hasta la evidencia, que la acción de la irradiación aparece tanto más rápida y evidente cuanto mayor es la dosis aplicada en la unidad de tiempo, de lo cual resulta que la concentración de esta irradiación con relación al tiempo debe ser ventajosa frente á todos aquellos métodos que hacen actuar en el cuerpo pequeñas dosis en grandes espacios de tiempo.

Con esta técnica han obtenido los autores 100 por 100 de curaciones en los casos tratados de miomas y metrorragias, no habiendo sido observada hasta ahora en general una supresión del efecto, y habiendo sido muy pocos los casos que han exigido dosis superficiales hasta de 3.000 X. Sin embargo, hay casos que reaccionan muy difícilmente, y en ellos es necesaria mucha paciencia y continuar las aplicaciones durante muchos meses de tratamiento.

La técnica aplicada por nosotros se parece en muchos puntos á la de Gauss, pero, en general, no hacemos tan numerosas las zonas de irradiación; generalmente su número es de ocho, y en algunos casos en que los fibromas eran muy pequeños, seis solamente. En casos en los que el volumen de éstos era muy grande, aumentábamos el número de zonas á 10, 12 y 16; en esos casos recubríamos toda la superficie de zonas cuadradas que no tuviesen nada más que 5 centímetros de lado.

Como filtros, si las paredes abdominales eran muy delgadas y los fibromas pequeños, utilizábamos 3 milímetros de aluminio; con el creciente espesor de los tejidos que recubren al mioma y el mayor volumen de éste aumentábamos la filtración, para hacer el mayor efecto homogéneo posible.

Recordemos á este fin los estudios de Belot sobre filtración, para saber que la radiación se selecciona cada vez más al emerger de un filtro de aluminio con el creciente espesor de éste, y que así como cuando se emplean 3 milímetros de aluminio, una irradiación incidente de 7º al radiocronómetro de Benoist, marca 8º,5 á su salida, pasando lo mismo al emplear una filtración de 4 milímetros de aluminio, si se emplea como filtro una capa de aluminio de 5 milímetros de espesor, el haz emergente tiene una dureza de 10 á 11 del radiocronómetro de Benoist.

Sin embargo, á pesar de que el radiocronómetro no acusa diferencia en el poder penetrante de los rayos emergentes cuando se emplean 4 milímetros de aluminio en lugar de 3, los estudios y experimentos de Langes permiten suponer que este grado radiocronométrico es mayor, puesto que poniendo en la vagina y cavidad uterina tiras del cuantímetro de Kienböck mos-

traban mayor ennegrecimiento á igualdad de dosis superficial cuando se empleaban 4 milímetros que cuando se empleaban 3 milímetros solamente.

Además hay otro hecho en favor de esto que digo, y es el alejamiento del límite del eritema, puesto que empleando un filtro de 3 milímetros de aluminio, el límite de eritema son 25 unidades X, y cuando se emplea un filtro de 4 milímetros, este límite es de 40 unidades X.

Sin embargo, nosotros no recomendaremos nunca que se llegue á esa dosis en las irradiaciones que se hagan por series para curar un fibroma, y aconsejaremos insistentemente no traspasar de la dosis de 10 unidades X, y aun 8 cuando el filtro es de 3 milímetros de aluminio, si se quiere evitar toda lesión, no pasando, como aconseja Bordier, de cuatro á seis las veces que se irradie en cada zona cutánea durante todo el tratamiento, y de ese modo habrá una casi absoluta seguridad de la no aparición de lesiones cutáneas, tanto precoces como tardías.

Hay que hacer algunas salvedades interesantes respecto á la técnica. La primera es el saber dirigir bien la luz Roentgen á fin de obtener pronto la curación de las enfermas: en este caso nos vimos nosotros con la enferma de la observación núm. 38, que tenía un fibromioma expulsado parcialmente á través del cuello del útero, que la producía hemorragias intensísimas, y había sido tratada ya sin resultado por radioterapia. Nosotros trazamos los campos de irradiación lo más bajos posible para hacer llegar la luz con seguridad á la región enferma, y á la tercera serie de irradiaciones habíamos conseguido la amenorrea, quedando la enferma completamente bien y siendo dada de alta al poco tiempo.

En otras ocasiones hemos irradiado enfermas que habían sido ya tratadas durante mucho tiempo (un año, año y medio y dos años), sin que hubiesen obtenido beneficio del tratamiento, antes al contrario, habiendo visto aumentarse sus hemorragias y el volumen de sus fibromas, lo que con toda probabilidad es debido á haber hecho uso de dosis cortas que habían excitado los miomas, como ha indicado muy bien Kienböck. Fué suficiente en estos casos emplear las dosis usuales para conducir al poco tiempo á las enfermas á la curación.

Por último; hay un tercer punto sobre el que ya en trabajos anteriores hemos llamado la atención, y es que no debemos dar el alta á una enferma inmediatamente después de obtenida la amenorrea, pues entonces hay la posibilidad de que sólo hayan sido esterilizados los óvulos maduros y los próximos á madurar, y en cambio, los restantes óvulos hayan quedado sin esterilizar, recobrando su actividad después de haber transcurrido un espacio mayor ó menor de tiempo, como de ello es ejemplo evidente uno de los primeros casos tratados por nosotros (Observación 7). Esta enferma, de treinta y un años, fué dada por nosotros de alta en Junio de 1914, después de obtenida la amenorrea, y no quisimos dar las sesiones complementarias para no hacer aparecer síntomas intensos de supresión

dada su edad; pues bien, antes del año comenzó por tener primero una débil emisión de sangre, que al mes siguiente fué un período normal y al tercer mes una metrorragia.

Recomenzamos el tratamiento, quitándose la hemorragia ya desde la primera serie de irradiaciones, y después le hicimos otras dos series análogas á la primera, dando de alta á la enferma en Junio de 1915 y hallándose hasta la fecha sin novedad ninguna.

No queremos cerrar este capítulo sin mencionar otro punto que nos parece de la mayor importancia: nos referimos al hecho de que coincida el período con una serie de irradiaciones y cuál debe de ser nuestra conducta en este caso. La mayoría de los autores aconsejan irradiar en las épocas intermenstruales, dejando de aplicar las irradiaciones si se presenta el período. Sin embargo, y en esto somos de la misma opinión de Berder, es mejor aprovechar la hiperhemia fisiológica que se produce durante la menstruación, irradiando los ovarios durante ésta, partiendo del hecho demostrado ya por Schwarz en 1909 de que el efecto de los rayos Roentgen sobre un tejido es tanto más intenso cuanto más viva es su circulación frente á la irradiación.

Nosotros irradiamos sistemáticamente á las enfermas cuando coincide su menstruación con las irradiaciones, y hasta en algunas ocasiones preferimos esperar dos ó tres días á fin de que la enferma se halle en estas circunstancias, sin que hasta la fecha tengamos nada de qué arrepentirnos, antes al contrario, nos parece haber observado que de haber habido alguna modificación es en sentido favorable, no habiéndose retardado la curación, sino más bien parece anticiparse y, en cambio, no se ha producido con ello jamás ningún perjuicio á las enfermas ni se ha resentido su salud lo más mínimo.

¿Operación ó radioterapia? — Antes de entrar de lleno en el estudio de las indicaciones y contraindicaciones, séame permitido poner en relieve las ventajas de la radioterapia frente á la operación, en el tratamiento de las enfermedades cuyo estudio hemos hecho, ventajas enunciadas hace ya mucho tiempo por los doctores Krönig y Gauss.

En primer lugar, la *mortalidad* operatoria oscila entre 3 á 5 por 100. En radioterapia la mortalidad es nula, pues hasta ahora sólo hay en la literatura dos casos de muerte de enfermas tratadas por el doctor Albers-Schönberg con su método, en los que se trataba de enfermas fuertemente apemiadas y en las cuales el aumento de las hemorragias al principio del tratamiento debido principalmente á las dosis pequeñas empleadas por la Escuela de Hamburgo, determinó la muerte de las enfermas. Sin embargo, enfermas fuertemente anemiadas y con corazón muy débil han sido frecuentemente sometidas á la radioterapia, enfermas que, como dicen muy bien Krönig y Gauss, son las que más benefician de la radioterapia, pudiendo, por lo demás, combatirse muy bien una fuerte hemorragia, por medio de un taponamiento vaginal, si se presenta en las reglas que siguen al comienzo del tratamiento.

La *duración de la convalecencia*, entendiéndola como tal el tiempo transcurrido desde el momento de la operación hasta que la enferma se dedica de nuevo á sus ocupaciones, es, por término medio, de tres á cuatro semanas, frecuentemente más. Con la radioterapia las mujeres pueden proseguir sus ocupaciones, pues aunque el tratamiento exige algún tiempo, las sesiones se hacen á intervalos alejados.

El *estado ulterior* de la mujer también es de tener muy en cuenta: la ablación del fibroma y la extirpación total por hemorragias dan, en general, resultados satisfactorios. Pero la ablación del útero tiene, sin embargo, como se sabe, una cierta influencia sobre el estado subjetivo de las pacientes. Aunque actualmente se deja frecuentemente los ovarios, la ablación del útero sólo ocasiona numerosas alteraciones, sobre todo si las enfermas son todavía jóvenes (alteraciones vasomotoras, palpitaciones, adiposidad, etc.) y que las molestan durante años.

En la radioterapia hay también ciertas molestias parecidas, que aparecen aproximadamente en una tercera parte de los casos, pero jamás las alteraciones han sido tan acentuadas como con la castración, y la tendencia á la adiposidad ha faltado en todos los casos. La razón de esto es que sin duda subsiste todavía la secreción interna, por lo menos en parte, que equilibra la acción de las otras glándulas internas (tiroides, cápsulas suprarrenales, hipófisis).

Más adelante, Krönig y Gauss, contestando en un razonado estudio á las objeciones hechas por v. Herff á la radioterapia profunda, dicen lo siguiente:

1.º Hasta el presente, la radioterapia no ha fracasado en la detención de las hemorragias, aun cuando las pacientes hubiesen pasado de los sesenta años, siendo lo corriente el éxito en todas las edades.

2.º Los autores han renunciado á la castración cruenta á causa de los trastornos psíquicos, tróficos y vasomotores correspondientes.

La acción de los rayos Roentgen sobre el sistema folicular del ovario es suficiente para detener la menstruación y para eliminar toda posibilidad de concepción, pero no perjudica las demás funciones del ovario, sobre todo su secreción interna, así es que la menopausia debida á ella es casi idéntica y tan benigna como la que resulta á consecuencia de la histerectomía con conservación de ovarios.

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Consideraciones quirúrgicas sobre las úlceras gástricas y duodenales.** — El Dr. C. A. Roeder hace un detenido estudio de esta cuestión y establece las siguientes conclusiones:

1.ª La coordinación y la incoordinación son elementos fisiológicos que no deben ignorarse en la cirugía de la úlcera crónica.

2.ª Las úlceras crónicas deberían designarse como «de-

fectos del tejido cicatricial» puesto que no son úlceras en el verdadero sentido de la palabra. Deberían dividirse en úlceras ó defectos: 1, con obstrucción orgánica (por tejido cicatricial); 2, con obstrucción espasmódica; 3, activas (edematosas ó agudamente infectadas), y 4, inactivas (asintomáticas, pero potencialmente infectadas).

3.ª La clasificación de las úlceras gástricas debería revisarse ó cambiarse por úlceras de las curvaturas mayor y menor, de la pulgada (2,5 centímetros) terminal del píloro, de las superficies anterior y posterior y de la bolsa del cardias. Esta clasificación es más significativa patológica y fisiológicamente, indicando mejor el tipo de operación que se necesita.

4.ª Las gastroenterostomías, según el tipo Wölfler modificado, para las úlceras sin obstrucción por tejido cicatricial, son tan sólo procedimientos indirectos para síntomas indirectos que deben abandonarse siempre que sea posible. No constituyen un procedimiento directamente curativo ni preventivo, como lo demuestran las úlceras en la región de la anastomosis.

5.ª Las úlceras duodenales precoces ó pequeñas sin obstrucción por tejido cicatricial, á menudo se curan por la resección simple, en la que debe dejarse mucosa en abundancia para impedir la reulceración traumática. Debe mantenerse al paciente en cama tres semanas, con los pies del lecho elevados seis pulgadas (15 centímetros) é imponiéndole un régimen médico para úlceras. La posición reclinada, para evitar la tracción después de la operación, permite un riego sanguíneo mejor, lo cual favorece más la curación. Debe adoptarse después de las comidas, por lo menos consecutivo á la operación, á fin de favorecer el área que es susceptible de reulceración. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 16 de Mayo de 1921).

2. **Dos casos de hemorragia consecutiva á absceso periamigdalino.** — El Dr. William J. Thomasson refiere los dos siguientes interesantes casos:

OBSERVACIÓN I. — A. E. C., varón de cuarenta y cinco años, que había tenido ataques frecuentes de amigdalitis y absceso periamigdalino toda su vida, lo vi el 2 de Mayo de 1921. El paciente era un hombre de negocios, muy activo, con historia de diabetes. En ninguna ocasión pudimos hallar más que indicios de azúcar, mientras estuvo bajo observación. Dió historia de amigdalitis con absceso periamigdalino, de una semana de duración. La amígdala izquierda estaba muy inflamada, la úvula desviada al lado opuesto, y el tejido inflamado demostraba claramente que existía pus en el espacio supraamigdalino. Se incindió el absceso. El tejido que cubría el absceso era tan delgado que el bisturí lo seccionó como si fuese un globo de goma. Se evacuó una gran cantidad de pus. El 5 de Mayo hallé que la amígdala derecha estaba inflamada y que existía un absceso periamigdalino activo. Se incindió un absceso bastante profundo, hallando una pequeña cantidad de pus.

El 22 de Mayo en la mañana, diez días después de incindirse el primer absceso, estando el paciente en el baño, se le produjo una hemorragia aguda y estimó que la pérdida de sangre había llegado á medio litro. La hemorragia se había cohibido cuando llegué á ver al paciente, pero se notaba una pequeña cantidad de sangre que resumaba del sitio del absceso, del lado izquierdo. Se puso al paciente en cama y se le recomendó quietud. Tomó su comida del mediodía, una cena ligera y á las ocho de la noche se levantó y fué al baño, en donde tuvo de nuevo una hemorragia grave. Cuando lo ví quince minutos después de iniciarse la hemorragia, le salía sangre por la boca y el baño estaba manchado. Estimamos que la pérdida de sangre era mucho mayor que la producida

en el primer ataque. Se puso al paciente en cama, se le administró morfina, comprimiendo el punto de la hemorragia. El médico de la familia y yo pasamos con él toda la noche y antes de dejarlo, taponamiento del espacio del absceso con yarda y media (1,39 metros) de gasa simple de $\frac{1}{2}$ de pulgada (0,6 centímetros). Celebramos una consulta en la tarde y se consideró la cuestión de la ligadura de la carótida, habiéndose desechado. En esta ocasión retiramos la gasa. La cavidad era del tamaño de una nuez pequeña y se podía observar un enorme vaso que pulsaba en la cavidad. Se taponó de nuevo la herida con gasa yodoformada y se repitió esto dos veces al día, hasta que cicatrizó. En cada ocasión se disminuyó la cantidad de gasa, para permitir la cicatrización por granulaciones sanas, desde el fondo de la herida. Usamos gasa simple para el primer apósito, debido á que no teníamos otra.

Se administraron al paciente 10 c. c. de suero equino cada doce horas, comenzando en la mañana siguiente á la hemorragia y continuando hasta haber administrado cuatro dosis. Se produjo anafilaxia molesta para el paciente, pero que desapareció pronto con los baños alcalinos. Se le ordenó que guardase cama dos semanas, dejando una enfermera que lo cuidase de día y de noche. No se le permitió sentarse ni hacer movimientos. Se le administró un régimen substancial y sano, y al cabo de tres semanas ya podía andar en el cuarto. Sanó sin contratiempo.

OBSERVACIÓN II.—J. U., varón, de cuarenta y ocho años, tuvo amigdalitis consecutiva á un absceso periamigdalino bilateral. El primer absceso se rupturó espontáneamente el 2 de Enero de 1921; el otro lado se rupturó el 5 de Enero; pocas horas después de rupturarse el segundo, se produjo una hemorragia intensa en el sitio del primer absceso. El médico de la familia fué llamado y el paciente continuó sangrando. Se le llevó al hospital en las últimas horas de la tarde. Cuando lo vi, la sangre salía de la cavidad izquierda detrás de la primera amígdala. Esto fué unos tres días después de la ruptura del absceso. Se llenó la cavidad con gasa yodoformada empleándose una yarda (0,93 centímetros) de gasa de $\frac{1}{2}$ de pulgada (0,6 centímetros). Se administró morfina inmediatamente, y se hicieron preparativos para usar el suero equino. Se supo que el paciente era un asmático; no se administró el suero equino, pero se tuvo á mano para el caso de que se produjese una hemorragia grave. La cavidad continuó rezumando toda la noche, pero cuando lo vi á las diez de la mañana, se había producido la hemostasia. Se quitó el apósito y la herida estaba limpia, de modo que no hubo necesidad de emplear más gasa. Por el estado anémico del paciente, considero que había perdido una gran cantidad de sangre, antes de entrar en el hospital. Al cabo de una semana regresó á su casa. Sanó sin contratiempo.

Comentarios.—En el primer caso, la hemorragia se produjo después de la incisión tardía del absceso, y en el segundo, después de la ruptura espontánea del absceso.

Estos dos casos me han convencido de que la incisión precoz, en un absceso periamigdalino, es mucho más segura para el paciente, que una incisión tardía ó la ruptura espontánea; porque si no se toca el absceso hasta más tarde, el pus, por necrosis ó presión, puede perforar las arterias tonilares ó aun la carótida, produciendo la muerte. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 16 de Mayo de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Consejos ortopédicos para el médico práctico. Causas y tratamiento de los trastornos del pie, por el Dr. F. Loeffler.—Hay muchos casos de trastornos del pie que aparentemente puede decirse que no dan síntoma algu-

no. Estos son los que plantean á los médicos los problemas de más difícil resolución. Lo primero que se debe hacer con el que padece un trastorno del pie, lo mismo que con todos las demás enfermos, es una anamnesis detenida, informándose de si los trastornos existen desde hace mucho tiempo bien, de si se exacerban con la posición de pie ó con la marcha; ó si, por el contrario, son más intensos al comenzar á andar después de estar sentado bastante tiempo, para ir disminuyendo según se va habituando el individuo á la marcha. También tiene importancia la profesión, los accidentes y las enfermedades sexuales. Luego de hecha la anamnesis se hace que el enfermo descubra sus pies y sus piernas y que se coloque de pie, con ellos paralelos y a unos cinco traveses de dedo uno del otro. Visto por detrás, el eje de la pantorrilla debe pasar por el centro del calcáneo; á ambos lados de la inserción del tendón de Aquiles se deben notar bien dos depresiones. Por delante, los dedos no deben estar demasiado separados. Acto continuo se hace doblar una rodilla y así se examina la planta del pie, fijándose si está bien abovedada, si la cabeza del tercer metacarpiano apoya mucho en el suelo (formación de callo). En seguida se hacen realizar toda clase de movimientos. Todo esto se debe hacer comparando siempre precisamente el pie enfermo con el otro.

Pie plano: Es la más frecuente de las afecciones que aparecen en los pies. No trata del congénito que suele coexistir con otras deficiencias. El adquirido lo es en el 89 por 100 de los casos por sobrecarga; en el 11 por 100 restante se debe á reumatismo articular, retracciones cicatriciales, fractura de los maleolos, parálisis infantil, raquitismo. El pie plano en sus comienzos no da más síntoma que el dolor, y para eso no se suele limitar al pie, sino que comprende también la rodilla y cadera; de aquí que á menudo, por no verse de formidad, se diagnostique de reumatismo y el tratamiento aplicado durante mucho tiempo no tiene efecto alguno. Por eso más que prestar atención á los trastornos objetivos hay que preguntar si los dolores aparecen y se exacerban al ponerse de pie, al andar mucho y al cargar peso y si desaparecen al pararse, sentarse y deshacerse de la carga. Si la respuesta es afirmativa, se puede tranquilamente diagnosticar de pie plano y el tratamiento será la prueba mejor del acierto.

El pie humano normal forma dos bóvedas, una longitudinal y otra transversal anterior. Los puntos de apoyo son el talón y las cabezas de los metatarsianos 1.º y 5.º. La cúspide de la bóveda longitudinal la forma el escafoide, y la de la bóveda transversal anterior la cabeza del metatarsiano tercero. Cuando el individuo descansa sobre los pies, las bóvedas se aplanan un poco, y cuando levanta el pie y éste por tanto se descarga, vuelve la bóveda á su posición. Así se favorece la marcha elástica. Cuando la carga es excesiva, los ligamentos, aponeurosis y músculos que mantienen la forma normal del pie se distienden, los puntos de apoyo tienden á separarse; el dorso del pie duele por compresión de las cabezas de los metatarsianos unos contra otros y la planta por la distensión señalada. Precisamente los dolores mayores aparecen cuando se está verificando la distensión, en cambio el pie plano completamente desarrollado es muy poco doloroso. Clínicamente se conocen las formas siguientes: 1.º Pie plano ó deprimido, cuando la que se halla deprimida es la bóveda longitudinal; 2.º, pie valgo, cuando se halla desviado hacia afuera y el eje de la pantorrilla no pasa por el centro del calcáneo sino por dentro; 3.º, pie plano valgo, resulta de la combinación de las formas, 1 y 2, es el más frecuente; 4.º, pie abierto, cuando es la bóveda anterior la que se aplanan y los dedos se separan mucho unos de otros. En los niños que

no andan, el acúmulo de grasa simula una deformidad de pie plano que en realidad no existe. La grasa desaparece en cuanto el niño comienza á hacer uso de los pies. El pie plano puede ser movable (no hay que explicar lo que es) inflamatorio ó fijo. El inflamatorio se produce porque el dolor da lugar á contractura muy fuerte y á consecuencia de la contractura aparece una verdadera inflamación, con dolores muy fuertes y empastamiento del dorso del pie y de las regiones maleolares. La brusquedad con que aparecen los trastornos excluye la posibilidad de una tuberculosis y acerca de la confusión con fractura de un metatarsiano, es la radiografía la que nos ha de aclarar las dudas. El pie inflamado recupera su movilidad por medio de la narcosis, y si esto no es posible, será que se trate de un pie fijo, ó sea de un pie en el que las deformidades de los huesos han hecho imposible toda movilización.

Limitándose al tratamiento del pie plano que se produce por sobrecarga dice el autor que conviene como profilaxia el empleo de brodequines que sujetan bien el talón y el empeine.

La parte anterior de la bota será ancha para que los dedos tengan sitio donde expansionarse. Se prohibirán los zapatos sin tacones, las sandalias y zapatillas. Andar descalzo es útil cuando el suelo es irregular, porque cada vez se tiene que adaptar el pie al terreno que pisa, ó hay que levantar el borde interno para evitar dolores. Este ejercicio es muy conveniente para reforzar los músculos del pie. Es nocivo andar descalzo por terreno llano y duro. Las personas cuya profesión les obliga á estar de pie mucho tiempo, deben emplear también brodequines bien ajustados, y si tienen comienzo de pie plano, no se pondrán á trabajar con alpargatas ó zapatillas y además tendrán cuidado de estar bastante tiempo apoyados sobre los bordes internos de los pies ó por lo menos con las puntas de estos dirigidas hacia adentro. El tratamiento del pie plano incipiente comprende dos partes: refuerzo de la musculatura del pie y corrección de la deformidad, devolviendo al pie plano su forma normal. Para reforzar la musculatura son convenientes los ejercicios de elevación de los talones, elevación de los bordes internos de los pies, andar de puntillas, andar con los bordes internos de los pies elevados. Para todos estos ejercicios se tendrán las puntas de los pies hacia adentro. También es muy conveniente la marcha por terreno desigual. La parte más importante del tratamiento de los pies planos es la colocación de las plantillas. Hay que rechazar en absoluto las que se venden hechas aunque sean más baratas, y conviene sacar modelo del pie, en escayola, para que un ortopédico se encargue de hacer la plantilla correspondiente, que luego será remitida al médico para que la examine y la pruebe en el pie del enfermo.

Para sacar el modelo de escayola hay que cuidar de no levantar demasiado y de una vez la bóveda plantar, porque la plantilla comprimiría entonces, y también hay que atender á corregir la posición del pie en valgo. Las mejores plantillas son las que se hacen de metal ligero. Además de la elevación necesaria para levantar la bóveda, llevarán en la parte externa del talón una lengüeta para sujetar éste de manera que no se escurra hacia afuera creando la posición en valgo. En los casos corrientes, con que la plantilla llegue á las cabezas de los metatarsianos es bastante, pero si hay también depresión de la bóveda transversal anterior, tiene que llegar hasta las puntas de los dedos. Cuanto más avanzado y sensible sea el pie plano, tanto más ligera tiene que ser la corrección que se haga en un principio, dejando para más adelante emplear plantillas de mayor elevación. Claro que solo las formas movibles de pie plano son las que se pueden someter á este tratamiento; por lo que hace á las

formas inflamatorias, hay que someterlas primero á un reposo absoluto en cama, fomentos, hiperemia pasiva, aire caliente, pediluvios calientes, masaje y algunas veces enderezamiento con narcosis y aplicación ulterior de apósito enyesado en posición de hipercorrección. Si se trata de un pie plano fijo, hay que emplear desde luego el enderezamiento en narcosis y el apósito en hipercorrección ó las intervenciones cruentas. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 16 de Abril de 1921.)

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La obesidad consecutiva á la encefalitis epidémica.**—L. Livet refiere cuatro casos de obesidad consecutivos á la encefalitis epidémica. El aumento de peso varió de 5 á 13 kilogramos, y en uno de los casos coincidió con la desaparición del período catamenial. Esta correlación entre la función ovárica y la sobrecarga adiposa, hace pensar que en la encefalitis epidémica, las mismas glándulas endocrinas sufren en su funcionalismo la repercusión del proceso infeccioso, no haciendo la obesidad más que traducir ésta disendocrinia tiroidiana, ovárica, hipofisaria ó pleuroglandular. La hipófisis puede estar más directamente interesada por razón de la localización anatomofisiológica, ya descrita en esta afección, principalmente situada en la región interhemisférica de la base. La terapéutica de esta forma de la afección puede recibir un útil complemento del tratamiento endocriniano y, sobre todo, hipofisario. (*Gazette des Hôpitaux*, 14 de Mayo de 1921).—L. P.

2. **Características histológicas del testículo de los homosexuales.**—Steinach ha publicado en los *Archiv für entwicklungsmechanik der Organismen* (tomo 46, primer cuaderno), un trabajo dedicado al estudio histológico de los testículos de los homosexuales. Steinach cree hay un tipo dado de lesión testicular, característico de esta clase de enfermos. Según él, el testículo de tales individuos presenta una cierta degeneración ó estado atrófico de los conductos seminales con estrechamiento y degeneración parcial de las células de Leydig; existen, además, grandes células intersticiales degeneradas que para Steinach ofrecen analogía por su aspecto y estructura con las células de luteína. El autor dice que tales aspectos microscópicos, sobre todo los caracteres de degeneración son tan particulares, que aun los médicos que no son muy prácticos en histología, reconocen inmediatamente la homosexualidad congénita, y puede utilizarse este dato ó para la resolución de una operación ó para fines forenses.

El Dr. Kyrle, en el *Wiener K. W.* (7 de Octubre de 1920) opone á las afirmaciones de Steinach razones fundadas en la histología de los testículos, y dice que todo patólogo sabe que los distintos virus pueden determinar estados degenerativos en los parénquimas de los testículos, que se parecen entre sí. Todo insulto que actúe sobre el testículo, cualquiera que sea su calidad, determina alteraciones fundamentalmente iguales. Manifestaciones degenerativas en el aparato formador del semen, cuya más alta expresión es la atrofia total del órgano; las células intersticiales se comportan de diferente modo, según el grado de las lesiones, y se presentan en un estado de hipertrofia ó de atrofia. Como apenas hay enfermedad general que no ataque los testículos, hay estados degenerativos del parénquima en un número extraordinario de casos. En ocasiones se descubren en individuos jóvenes, muertos de manera accidental, testículos cuya degeneración no podía haber sido sospechada, y para la cual no se encuentra causa.

Steinach ha encontrado en los testículos de los homo-

sexuales estados degenerativos; pero hay que tener presente que no está probado de ningún modo que tales lesiones se deban directamente á la homosexualidad.

En cuanto á la significación de los elementos grandes existentes en el tejido intersticial que Steinach relaciona con las células de luteína, que corresponden á las células de la pubertad femenina, y que el autor supone son la causa del proceso de atrofia del órgano, debe ser considerada con reserva. Las células intersticiales son capaces de tales variaciones, sobre todo cuando hay lesiones degenerativas, que es muy difícil hacer afirmaciones que tengan un valor diferente del subjetivo.—A. P. M.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las nuevas medicaciones del asma.**—En el *Journal Medical Français* (Diciembre, 1920) el Dr. Sagard (de Saint Honoré) expone la etiología del asma:

1.º Todo asma tiene una causa—ó sea, todo asma es sintomático;—hay necesidad de un detenido examen del enfermo por la variada etiología de asma. Los asmáticos son hipervagotónicos según demuestra el reflejo oculocardiaco. La crisis de pneumoespasma estalla, ya á consecuencia de una excitación que tiene su punto de partida en el dominio sensitivo del vago (la espina irritativa asienta en una de las grandes vísceras inervadas por el vago), ya después de un shock humoral de orden anafiláctico.

A) En algunos puede encontrarse una causa inmediata, una bronquitis, lesiones nasales, ptosis gástrica, obesidad, disfunción de las glándulas de secreción interna.

B) En otros no se encuentra causa visceral; es un asma anafiláctico, que estalla en individuos sensibilizados para diferentes proteínas, ya introducidas por ingestión (leche, huevos, carne, bacterias), ya por inhalación de polvos vegetales (polen de castaños, de tilo, de plátano, etc.) ó polvos animales, como pelos de gato, escamas de caballos, lanas, etc. Todo asmático pertenece á uno de los dos grupos, asma anafiláctico ó asma por espina visceral.

Las medicaciones nuevas son:

A) La adrenalina, excitante del simpático y antagonista funcional del pneumogástrico, pero como aumenta la presión intrapulmonar y congestiona el pulmón hay que añadirle un correctivo, la hipofisina (XV gotas de la disolución de adrenalina al milésimo, extracto de lóbulo posterior de hipófisis, 0,04 gramos, suero de Hayen 1 c. c.).

B) Las vacunaciones, que variarán según la proteína á la cual está sensibilizado el enfermo. Se utilizarán las vacunas de polen, ó vacunas de animales, es decir, soluciones cada vez más concentradas de pelos de gatos, de leche, de huevos, etc. Para los sensibilizados, por un microbio, vacunas de éste (estafilococos, estreptococos, etc., etc.), ó vacunas plurimicrobianas. Los enteroantígenos pueden ser muy útiles.

Para averiguar la proteína causal se acude á las cutirreacciones hechas en el antebrazo; el resultado positivo indica cuál es la proteína para la cual está sensibilizado el sujeto.

C) La autoseroterapia. Se coge sangre del enfermo y después de exudar el suero, se inyecta éste bajo la piel, ó se practica la autohemoterapia.

D) La peptonoterapia, administración de la peptona en diferentes formas. Cuando se determina con claridad el origen del asma en la carne, se hace tomar al enfermo un sello de 0,30 de peptona tres cuartos de hora antes de la comida principal, que tenga carne; también se puede inyectar en las venas una disolución de peptona (peptona 0,25, cloruro sódico 0,25, agua destilada 5 gramos) con lentitud extrema y no

inyectando más que la dosis óptima, suficiente para un efecto peptónico, pero insuficiente para provocar un shock. Si se teme la vía venosa se puede inyectar por vía intramuscular (5 c. c. de una disolución al 10 por 100).

También se han recomendado las sales de calcio, el benzoato de litio, el yoduro potásico, el benzoato de bencilo (XX á XXX gotas de una disolución alcohólica al 20 por 100, tres ó cuatro veces al día).—A. P. M.

2. **Tratamiento danés de la sarna.**—En el *Lancet* (de Londres) Lomholt publica una nueva forma de tratamiento de la sarna, una nueva pomada, de uso en Dinamarca, donde se ha mostrado tan superior á los otros métodos terapéuticos, que es el único hoy empleado en aquel país. Basta una sola unción; después de veinticuatro horas, la sarna está curada y no se ve jamás una recaída. La irritación cutánea es pequeña. El tratamiento puede muy bien hacerse sin hospitalizar al enfermo. Este recibe un baño de limpieza ordinario, se enjuga cuidadosamente y después se frota todo el cuerpo, excepto la cabeza, detenidamente, con la pomada, que tiene una consistencia como manteca. La untura debe cubrir toda la piel, pero no es precisa una frotación fuerte, que tampoco es deseable. El enfermo espera así un cuarto de hora para dar á la untura tiempo de penetrar en la piel y después puede acostarse. Al día siguiente hacia la misma hora recibe un segundo baño y nuevos vestidos y ya está terminada la cura; entretanto, toda su ropa ha sido desinfectada; Lomholt duda, sin embargo, sea esto necesario; todas las estadísticas parecen probar que este sencillo tratamiento es absolutamente eficaz y cómodo para el enfermo. La preparación de la untura es algo complicada: 1) un kilo de azufre sublimado es disuelto en calor suave en 2 kilogramos de una solución al 50 por 100 de hidrato potásico. Esto hace un líquido amarillo claro; 2) 225 gramos de vaselina y 225 gramos de lanolina anhidra son mezcladas sin calentar; 3) á esta mezcla se añaden 375 gramos de la disolución de azufre en potasa, mencionada antes; 4) se prepara hidróxido de zinc fresco, mezclando 28 gramos de sulfato de zinc y 40 gramos de una disolución al 20 por 100 de hidrato sódico, y esto se añade luego á la pomada; 5) se agrega parafina líquida hasta completar 1.000 gramos; 6) se adicionan 5 gramos de benzaldehído para suprimir el olor desagradable del hidrógeno sulfurado. El sulfuro de potasio constituye el elemento esencial de la untura y de él depende su actividad. Cuando la untura se aplica sobre la piel, se desarrolla el sulfuro de hidrógeno.—A. P. M.

3. **Infusión de apio en el tratamiento de los cálculos biliares.**—Cameron Kidd cita el caso de una mujer de más de setenta años de edad, que había sufrido desde muchos años antes, de cálculos biliares. Examinada por el autor durante un ataque, notó una masa grande en la región de la vejiga biliar, en la cual se podían notar cálculos. Le propuso la operación, pero la enferma dijo quería ensayar un procedimiento empleado por un amigo con el mayor éxito, que era beber infusión de apio. Empezó á tomar diariamente gran cantidad de infusión de apio que hacía poniendo dos puñados de hojas de apio fresco en agua fría, hirviendo el total y dejándolo enfriar. Insistió en este tratamiento que parece haberle curado. Después de dos años sigue bien libre de molestias y no se puede tocar ninguna alteración en la región de la vejiga de la bilis. El estado general es inmejorable. El fruto del apio y aparentemente toda la planta contiene un aceite esencial conocido con el nombre de apiol y es un remedio contra la dismenorrea. En la farmacopea francesa se recomienda.—A. P. M.

EL SIGLO MEDICO

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Otra vez la crisis.

Verdaderamente, deberíamos tener compuesto en estereotipia el epígrafe que encabeza estas líneas, de tal modo son frecuentes las ocasiones en que tenemos necesidad de emplearle; de esta manera evitaríamos un trabajo inútil y molesto á nuestros impresores. Con efecto, apenas transcurrida una semana en que inopinada y casi airadamente se cerraron las Cortes dejando en discusión unos proyectos y casi aprobados otros, apenas sometido de nuevo á la Regia decisión el pleito de la *cuestión de confianza*, nos sorprenden los periódicos de noticias con la de que la *crisis se halla de nuevo planteada*, y con el anuncio de que ella será total, extremo éste último que, por fortuna, no se ha visto confirmado. Y decimos *por fortuna*, no porque seamos ministeriales de este Gobierno y ¡librenos Dios de serlo de otro alguno!, sino por amor á la tranquilidad y por desesperanza en la mejora del cambio. Mucha fe hemos tenido siempre en la enérgica fortaleza de nuestra Patria, y nos ha sostenido en ella la consideración histórica de las graves y hondas crisis guerreras económicas, de epidemias y de toda suerte de desastres por que ha pasado; pero cuando verdaderamente nos convencemos de la resistencia y la interna virtualidad de nuestra España es cuando la vemos sobrevivir y defenderse de esta lucha con los microbios interiores, capaces de destruir por desmoronamiento lo más fuerte y consolidado. ¿Qué otro País, que no fuera el nuestro, podría permanecer activo y solvente, sufriendo á diario cambios inexplicables de Gobiernos en los que, á uno incapaz, torpe y tímido, sucede siempre otro desorientado, inconsciente é impulsivo?

El cambio actual, después de pasar por las solemnidades de *las crisis grandes* con sus consultas, cabildeos y demás aparato, se ha reducido á la salida del Sr. Argüelles (quien tanta sorpresa produjo en la opinión por su improvisado ensalzamiento), y á la del Sr. Piniés, que desempeñaba la cartera de Gracia y Justicia. Ha sido sustituido el primero por D. Mariano Odoñez, en quien tenemos motivos para creer que encontrarán los médicos más benévolas y corteses disposiciones que en su antecesor y el Sr. Piniés ha sido sustituido por el Sr. Wais San Martín, que ha dejado simpático recuerdo de su paso por la Subsecretaría de Gobernación.

Nuestra enhorabuena á los entrantes, que es de esperar presten alguna más atención á los asuntos del *impuesto de utilidades* y de la *organización de los forenses*, que la que prestaron sus efímeros antecesores.

Entretanto la *Ley de custodia de las aguas potables* quedará en suspenso, hasta que llegado Octubre se caiga en la cuenta de que el Gobierno no tiene mayoría en las Cortes y de que los señores que le componen no se entienden en el otoño entre sí, como tampoco se entendieron en la primavera, y entonces tendremos nueva crisis, disolución de Cortes y vuelta á empezar y á dejar todo por hacer, por la sencilla razón de que somos muy pocos aquellos á quienes importa lo que á todos debiera importar.

A propósito de esto: Hemos leído en muchos periódicos que el señor ministro del Trabajo, incitado por algunas personas á que publicase por Real decreto el proyecto de ley llamado *de las casas baratas*, aprobado en ambas Camaras y pendiente tan sólo del dictamen de *Comisión mixta*, se negaba á ello ante el escrúpulo del respeto debido al Parlamento, aun en trámite tan secundario y ante cuestión de tamaña importancia.

Nosotros no somos (ó á lo menos no debemos aparecer) políticos; pero conocedores de la buena voluntad y del inteligente celo del Sr. Conde de Lizárraga, deseáramos verle en esta cuestión más enérgico y convencido y llevar á la firma Real un Real decreto en el que, comprendiéndose los puntos de acuerdo de los dictámenes de ambas Camaras, se reunieran los detalles de disenso y se apelara á la sumisión futura del *bill de indemnidad parlamentaria*.

¿Cuándo estaría más justificada semejante conducta? Con ella se acallarían las murmuraciones que apuntan como un éxito de los intereses capitalistas, esta suspensión indecisa del anhelado proyecto de ley.

Abandonemos alguna vez esta política de los grandes maestros *Micifús* y *Zapirón*; pues el Gobierno que acaba de decretar 20 millones de pesetas que en forma de *crédito extraordinario* estaban sometidos á la deliberación de las Cortes, no debe pararse ante el *asa tor* de decretar lo que las Cortes mismas han aprobado.

DECIO CARLAN.

Carta abierta á D. Gonzalo Rodríguez Lafora

CON MOTIVO DE LA CONTROVERSIA SOBRE «EL PROBLEMA ACTUAL DE LA SÍFILIS NERVIOSA»

Mi distinguido amigo y compañero:

Agradezco á usted mucho el honor que me dispensa tomándose la molestia de ocuparse de mis modestos trabajos, y sin entrar ahora en detalles polémicos, entre otras razones, porque necesariamente habían de ser muy largos y está ya encima la vacación estival, he de hacerle presente que el trabajo mío que ha comentado no es un artículo reciente, sino una comunicación á la Real Academia Nacional de Medicina, expuesta verbalmente en la sesión de 3 de Mayo de 1919, hace ya más de dos años, tomada taquigráficamente y reproducida en varios periódicos con más ó menos retraso y con pocas ó muchas variantes, sin saberlo yo algunas veces, como en el caso de la publicación á que usted se refiere de la que he tenido la primera noticia por el artículo de usted.

Me figuro que será una reproducción de la reseña inserta en los *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* (tomo XXXIX, cuadernos 2.º y 3.º, pág. 268, 30 de Junio de 1919), pero desconociendo en su totalidad la versión criticada, ignoro si en realidad sería así, y de todas suertes le ruego que tenga en cuenta que no es un trabajo de ahora, sino que es algo *fiambre*, pues tiene más de dos años de fecha, y en esta cuestión los progresos van de prisa, habiendo yo en discursos y publicaciones más modernas, en Revistas y Academias, ampliado y revisado ulteriormente mis opiniones sobre ese problema.

Aprovechando muy gustoso toda ocasión de cooperar á la dilucidación de ese importante asunto, me repito su afectísimo amigo y compañero, q. e. s. m.,

ENRIQUE FERNÁNDEZ SANZ.

Madrid, 2 de Julio de 1921.

El Congreso de Ciencias de Oporto.

La significación de esta Asamblea ha tenido una gran importancia para la Ciencia y para la política hispanolusitana. Las personalidades que á ella han acudido y las frases de sincera amistad pronunciadas por los representantes de los dos Gobiernos, procediendo á una labor unisona é intensa, determinan el no lejano y eficaz resultado de una aproximación que hasta hoy no tuvo otros resultados que el eco efímero de las palabras corteses del protocolo diplomático.

Para toda campaña y principalmente para aquellas de índole sanitaria, ninguna alianza puede reportar mayores beneficios á un país que la que pueda estrechar con los Estados á él vecinos.

La nota sensacional del Congreso, aparte las visitas realizadas por sus miembros á las Universidades y Museos, y dejando también á un lado los agasajos y brillantes festejos que en honor de ellos se han celebrado, fué: la sesión inaugural, en que se pronunciaron dos discursos inspirados en muy elevadas miras, el del presidente de la República portuguesa y el del rector de la Universidad de Madrid, señor Carracido.

El Sr. Almeida habló en nombre del pueblo portugués con una sinceridad y en unos tonos que todo buen español debe agradecer; y el profesor Carracido habló á los portugueses con un conocimiento de su historia, de su arte y de sus aspiraciones, como un profesor de sus Universidades.

Si al terminar el elocuente discurso, el presidente de la República, la emoción del auditorio encaminó el pensamiento á las venturosas consecuencias de la orientación á que el jefe del Estado encaminaba la Asamblea, no menos profunda fué la que se apoderó de todos los corazones en el momento en que pronunciando las últimas palabras de su discurso nuestro ilustre compatriota abrazaba al Rector de la Universidad de Oporto. Alguien, que ocupa un alto sitio en el Estado vecino, vió nacer de aquel abrazo que se daban las dos Universidades, la que se formará con elementos de los dos países para el estudio de los problemas de interés común.

El Dr. Luis Viegas, de la Facultad de Medicina de Oporto, que también habló en la sesión inaugural, consideró el momento actual como comienzo de una nueva era en la historia de la Ciencia peninsular, era fecunda para la prosperidad de la cultura universal y señaladamente de la lusoespañola.

En efecto, el número de los congresistas, su significación y nombres no pudieron satisfacer en mayor grado las aspiraciones de los organizadores.

El número de asambleístas portugueses ascendía á mil quinientos y el de españoles era mayor de quinientos.

La mesa que presidió la sesión de apertura de la asamblea celebrada el día 26 á las tres de la tarde la ocuparon: D. Antonio José de Almeida, presidente de la República portuguesa, y los señores Aparicio, ministro de Instrucción Pública de España, el ministro de Negocios Extranjeros de Portugal, Carracido, rector de la Universidad Central, Padilla (ministro de España en Lisboa), obispo de Oporto, general Sousa Rosa, jefe del Gobierno, doctor Gómez Teixeira, Torres Quevedo, Vilela, Cunha y otras personalidades.

Presidieron las secciones: la primera, de Ciencias Matemáticas, el profesor de la Universidad de Oporto don Luis Y. Woodhouse y D. Luis Gaztelu, director de la Escuela de Ingenieros de Caminos; la segunda, de Astronomía física, don Antonio Vela, director del Observatorio Astronómico de Madrid, y el Sr. Costa Lobo, profesor de la Universidad de Coimbra; la tercera, de Ciencias Físico-Químicas, el Sr. Ferreira da Silva, profesor de la Universidad de Oporto, y don Carlos Banús, general de Ingenieros; la cuarta, Ciencias Naturales, el profesor de la Universidad de Oporto Sr. Augusto Nobre y D. Santiago Ramón y Cajal, catedrático de la Universidad de Madrid; la quinta, el Sr. Carqueja, profesor de la Universidad de Oporto, solo, por encontrarse en Barcelona el presidente español de la sección de Ciencias Sociales, señor vizconde de Eza, asistiendo á la misma el doctor Carracido, el ministro de España en Lisboa y el ministro de Instrucción Pública Sr. Aparicio.

La sección sexta, Ciencias Históricas, Filosóficas y Filológicas, fué presidida por la Sra. Michaelis de Vasconcellos, profesora de la Universidad de Coimbra, y D. Rafael Altamira, catedrático de la Universidad de Madrid; la séptima, por el Dr. Recasens, de la Facultad de Medicina de Madrid, y el Dr. Lemos, de la Facultad de Medicina de Oporto, y, por último, la octava, de Ingeniería, el Sr. Torres Quevedo, ingeniero de Caminos, Canales y Puertos, y el Sr. Xavier Estévez, profesor del Instituto Superior de Ingenieros de Oporto.

Ya decimos que la sección séptima, que es á la que correspondían los temas sobre Medicina é Higiene, estuvo pre-

sidida por el decano de la Facultad de Madrid, profesor Rascares, y en ella se presentaron interesantísimas comunicaciones de autoridades médicas sobre historia de la Medicina y diversos casos especiales.

El profesor Sr. Morales Fofas realizó interesantes experiencias. El ilustre cirujano fué muy felicitado, y el día 29 dió otra sesión quirúrgica en el hospital de San Antonio de la Misericordia.

Nuestro compatriota el Dr. Peset y Alexandre, de la Universidad de Valencia, expuso un brillante estudio sobre el mecanismo químico coloidal.

En la subsección de Biología Médica de la sección de Ciencias físico-químicas, los médicos portugueses y españoles leyeron trabajos que fueron muy aplaudidos, y en sus debates intervinieron con elocuencia afamados profesores.

En la reunión celebrada por la subcomisión de Ciencias médicas el día 30 fué discutido ampliamente un notable trabajo sobre paludismo y enfermedades específicas presentado por el comandante médico de Sanidad Militar D. José Crende Martínez.

El Sr. García del Villar, médico odontólogo, presentó varios aparatos para los trabajos de prótesis maxilofacial y fracturas del maxilar, siendo felicitado por sus conocimientos y aparatos por D. Felipe Sicilia, que ocupaba la presidencia.

Después el profesor Rocha Pereira desarrolló su tema «El líquido cefaloraquídeo: valor clínico de su examen (físico, químico, citológico, biológico y bacteriológico)»; que discutieron los Sres. Egas Moniz, Lafora Giraldes y Cardozo, que fueron aplaudidos.

La sesión de clausura se celebró el 2 del corriente, bajo la presidencia del ministro de Instrucción Pública de la República. En ella, aparte de los discursos entusiastas que se pronunciaron por los representantes de las dos naciones, se leyó un telegrama del Rey de España, en que se agradecía al pueblo y a los hombres de ciencias del país vecino, la acogida dispensada a nuestros compatriotas.

Al salir del salón en que se celebrara esta sesión, los estudiantes portugueses rindieron un homenaje a los rectores Carracido y Teixeira, en que los vítores y manifestaciones no pudieron ser más entusiastas.

La única nota triste de toda la Asamblea ha sido la muerte del profesor francés Arturo Chervin.

La figura del Dr. Arturo Chervin es hartó conocida de los hombres de ciencia españoles; miembro de diferentes asociaciones científicas, era en la actualidad director del Instituto de Sordomudos de París.

El profesor francés se dirigía a Oporto para asistir, en representación de su país, a las sesiones del Congreso de Ciencias, y en su paso por Salamanca fué atacado por una bronconeumonía, que el día 27 del pasado le produjo la muerte.

La colonia francesa se hizo cargo del cadáver del ilustre médico, y se expuso en la Facultad de Medicina hasta el momento de ser enterrado en aquella población donde descansará, hasta que pasados cinco años sea trasladado a París.

Para manifestar al hermano del finado, que llegó a Salamanca al día siguiente del fallecimiento, el pésame de los hombres de ciencia españoles, salió para aquella ciudad el día 29, el Dr. Puído.

De Oporto, de Madrid y de París, se han recibido numerosos telegramas de pésame, y el día 1.º se celebraron funerales en la capilla de la histórica Universidad.

EL SIGLO MÉDICO se asocia sinceramente a la manifestación de duelo.

A. C. y C.

IV CONGRESO MÉDICO CUBANO

Con verdadero interés se anuncia la celebración, durante los días 11 al 16 del próximo mes de Diciembre, de un Congreso de Medicina en la ciudad de la Habana.

Presidirá la solemne Asamblea el profesor J. A. Práeno, catedrático de Operaciones de aque la Facultad, y desempeñarán la vicepresidencia y la secretaría los D^{es}. A. Díaz Albertini y Fernández (Francisco M.^a), respectivamente.

Para España, y sobre todo para los que estimamos como deber ineludible de nuestra noble raza el continuar ahora con una franca cordialidad de relaciones lo que en pasados siglos comenzó el descubrimiento, la conquista y la acción civilizadora de la religión, la lengua y la identificación de la raza, tiene esta reunión una importancia extraordinaria, pues pasados los efímeros rencores, estériles é infundados para el porvenir, que pudieron nacer en los ardores de una lucha de elevados ideales por ambas partes, no puede quedar ya entre cubanos y españoles más que aquello que se impone al través de la Historia y del correr de los tiempos: la comunidad de la sangre, la identidad de la lengua, el paralelismo de los intereses.

Muchos pueblos americanos de habla castellana se aprestan a enviar delegaciones y ya están oficialmente anunciadas las de Méjico, Colombia, Argentina y Bolivia, siendo de esperar que el Gobierno español corresponda a la invitación (que sin duda ha recibido), facilitando medios de organización a nuestros hombres de Ciencia para que puedan asistir dignamente al tal Congreso. Por su parte, los médicos españoles deben hacer un esfuerzo, a pesar de las molestias del viaje, y acudir a prestar un servicio verdaderamente patriótico y estimable en pro de la supervivencia de nuestro espíritu etnicocientífico.

Buena ocasión se presenta a los representantes de nuestra Patria en este género de Asambleas, para demostrar que saben sacrificar alguna molestia al cumplimiento de un ideal colectivo.

No olvidemos que Cuba, último pedazo desprendido materialmente de nuestro corazón, fué, es y será, el más identificado con nuestro espíritu y que las últimas contiendas entre ambos sostenidas, tuvieron más el carácter de guerras civiles, cuyos rastros se han evaporado, que el de guerras de raza ó de intereses, que siempre dejan estelas imborrables. El habla es una cadena espiritual que arranca de los corazones y se fortalece en la tradición, y la vida y nuestra lengua sostendrá en la América española lo que no acertaron a sostener nuestros gobernantes y no tuvieron la fortuna de imponer nuestros mal dirigidos esfuerzos materiales.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN DEL DÍA 5 DE FEBRERO DE 1921.

El histerismo en la infancia.

El DR. MARAÑÓN al intervenir en esta de batidice, que le anima a hacer algunas observaciones sobre un punto que en realidad es colateral del asunto que se está discutiendo, por la influencia patognomónica de las funciones hormonales en la producción del histerismo. El Sr. Fernández Sanz, añade, hacía resaltar la gran importancia que se da actualmente a los estados emotivos en la patogenia del histerismo. La relación de ésta con las emociones es un punto que desde hace mucho tiempo se ha venido tratando, primero de una manera empírica, después por los medios que establecieron ya una relación clínica indudable entre los fenómenos histericos y las emociones; pero cada vez, esta relación va acer-

cándose más á la entrafía patogénica de la emoción, y en la actualidad se la considera como uno de los rasgos más característicos é importantes en la producción de los trastornos histéricos.

Por otra parte, son también muy frecuentes los estudios actuales acerca de las relaciones del histerismo con los trastornos de las glándulas de secreción interna, y por fin, hay un aspecto novísimo de la cuestión, que viene á ser como el punto de concurrencia de los dos aspectos antes citados, que es: la demostración hecha recientemente por varios investigadores, de que en la génesis de las emociones intervienen, galado de los conocidos fenómenos nerviosos, otros humorales precisamente de naturaleza endocrina. Añade que toda emoción consta de tres elementos esquemáticos: psíquico, expresivo y vegetativo, y de los cuales hay uno indiferenciado que es común á todas las emociones, pero que es, sin embargo, el eje de la emoción, puesto que sin él la emoción no existe: el vegetativo, esto es, los fenómenos viscerales conocidos desde los tiempos de Aristóteles, quien al definir las pasiones hablaba de una *mutación corpórea*, esencial en lo que toca al concepto de la emoción. Estos fenómenos viscerales son un conjunto de modificaciones orgánicas causadas por la excitación de los nervios del sistema nervioso vegetativo. Y los estudios recientes han demostrado que las modificaciones viscerales no se producen sólo por la influencia nerviosa, sino que al igual de lo que ocurre en todos los demás grandes procesos de la vida vegetativa, interviene en su patogenia, al lado del factor nervioso, un factor humoral extraordinariamente importante, fundamental, cual es la secreción de la glándula tiroidea y de la suprarrenal. Pero estas secreciones no actúan de la misma manera: la tiroidea parece intervenir, sensibilizando el terreno endocrino vegetativo, para la producción de la emoción; en tanto que la secreción de la glándula suprarrenal parece verificarlo de un modo directo, determinando momentáneamente la existencia de la mayor parte del sistema nervioso vegetativo y produciendo los fenómenos vegetativos de la emoción.

El Dr. Marañón se excusa en citar los hechos en que se funda esta suposición, y que quizás el más interesante de todos ellos, el de más fuerza demostrativa, sea la producción experimental que ha obtenido de la fenomenología orgánica, de la vegetativa de la emoción, en sujetos hipertiroideos sanos sometidos antes al tratamiento hipertiroideo mediante la inyección de una pequeña cantidad de adrenalina. El hecho es que en la actualidad se puede considerar el mecanismo humoral de la emoción como un hecho adquirido, y que en términos generales, puede decirse que el índice de emotividad de un sujeto es paralelo al índice de reacción de su sistema endocrino vegetativo; que la predisposición emotiva de un sujeto, depende directamente de la constitución hormonal de su sistema endocrino vegetativo; y por último, que la mayor parte de las alteraciones patológicas de la afectividad están íntimamente relacionadas también con perturbaciones del funcionamiento normal de este mismo sistema endocrino vegetativo.

Entre los varios aspectos interesantes de estos nuevos humores de la emoción, quizás el más sugestivo es el paralelismo que se observa en las diferentes edades de la vida, entre el índice de emotividad de cada sujeto y el de funcionalismo de dicho sistema, cuyas características están separadas por las dos grandes crisis de la vida genital. Durante la infancia, hasta aparecer la pubertad, el sistema endocrino del niño trabaja de un modo regular, está ocupado casi exclusivamente en la formación morfológica del niño, en su crecimiento; y al llegar á los ocho ó nueve años, cuando comienzan á anunciarse las funciones precursoras de la pubertad, ese organismo se transforma, crece el esqueleto y se desarrollan las funciones sexuales. En ese segundo período de la evolución, que se prolonga hasta los años postpuberales, el sistema endocrino también sufre grandes modificaciones funcionales, principalmente el tiroide, la hipófisis y las glándulas genitales que trabajan de una manera más activa é irregular, alcanzando el índice funcional del sistema endocrino el máximo de intensidad

y de amplitud de excitación. Viene luego el período de madurez de la vida y durante él el sistema endocrino recobra una marcha regular en su funcionamiento; las funciones genitales entran ya por su carril ordinario y el resto del sistema se ocupa solamente en regular el metabolismo orgánico, que en esa etapa de la vida es muy poco intenso, sujeto á muy pocas variaciones, y entonces presentan una tercera etapa, que la constituyen todos aquellos años que rodean á la declinación sexual, tanto en el hombre como en la mujer. Al llegar á esta época y á la anulación después de la secreción genital, todas las glándulas de secreción interna vuelven á reactivarse otra vez, vuelven á producir sus secreciones con una gran irregularidad y con una gran energía, caracterizándose por ello este tercer período por una inestabilidad endocrina, análoga á la de los años puberales. A este período, como es natural, sucede el de la vejez ó senectud, durante la cual la función de las glándulas genitales va disminuyendo hasta anularse, y las demás glándulas de secreción interna van también amenguando su actividad de un modo progresivo hasta la muerte.

Pues bien, dice el Dr. Marañón, si se estudia el índice de emotividad de un individuo en el transcurso de la vida, puede observarse que sigue unas oscilaciones enteramente paralelas á estas oscilaciones de la función de las glándulas de secreción interna. En el niño, la emotividad es extraordinariamente sencilla, intensa, pero solamente para las emociones que se pueden llamar instintivas, es decir, ligadas al instinto, tales como el amor, el miedo, el hambre, etc., para las cuales tiene una sensibilidad muy grande, y en cambio no la tiene para todas las finas emociones intelectuales que después caracterizan el espíritu del hombre. Además, en los niños hay otro carácter muy interesante de su afectividad, que es la manera de expresarse. Y se ha observado que tanto en la escala zoológica como en el transcurso de la vida de cada individuo, la expresión de la emoción se hace primitivamente á costa principalmente de las actitudes y de los ademanes, y sale más tarde, á medida que el organismo se desarrolla y los seres se van haciendo superiores en la escala filogenética. La expresión de las emociones se hace menor á costa de las actitudes, y más á costa de la expresión facial. Por esto se ve que en los niños, las emociones, aunque sean pequeñas, se traducen por actitudes muy violentas, muy dramáticas, por fenómenos motores de gran importancia, los cuales, á medida que el individuo va entrando en edad, revisten una importancia cada vez menor, á la vez que adquieren riqueza expresiva los gestos faciales, que no alcanzan su máxima capacidad hasta la edad madura. Cuando llega la época de la pubertad, es cuando esta emotividad, muy simple del niño, al propio tiempo que se desarrolla el funcionalismo de las glándulas de secreción interna, sufre una complicación súbita, enriqueciéndose con todas las complejas emociones ligadas al despertar de las funciones sexuales, que constituyen una rama riquísima de emociones en esta época de la juventud.

El Dr. Marañón, ampliando este concepto, afirma que en la meseta de la vida, en el período de la madurez, la vida afectiva del hombre vuelve otra vez á un cauce más tranquilo. El hombre y la mujer, sobre todo el hombre, tienen en estos años su actividad, principalmente encauzada en la lucha por la vida; es ésta, por lo tanto, la época de la dureza de los sentimientos del egoísmo; y las emociones durante ella ocupan una parte muy secundaria en la vida afectiva de ambos sexos. Luego viene el tercer período de la vida, el que rodea la edad climatérica; con el descenso de la función sexual, súbitamente vuelve á enriquecerse otra vez la afectividad del individuo; y es sabido que, precisamente uno de los rasgos psicológicos característicos del climaterio, tanto en el hombre como en la mujer, es el aumento en la afectividad; es esta la época en que uno y otra se emocionan por pequeñas causas; es la época en que lloran en los teatros por las cosas que pasan en la escena. Y por fin, en el último período de la vida, coincidiendo con ese descenso de las glándulas de secreción interna, empieza también á endurecerse la sensibilidad afectiva del hombre, y se llega al último término de la

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estño coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

vejez, en el cual, el rasgo psicológico más típico es precisamente un estado de egoísmo, de indiferencia afectiva muy grande.

El Dr. Marañón, al aplicar estas ideas al problema del histerismo infantil, lo considera relativamente raro y lo prueba el que el Sr. González Alvarez dice que ha visto muchos casos de este proceso, pero resulta que casi todos los que ha citado no se refieren precisamente á niños, sino á jóvenes que estaban próximos á la segunda época de la vida, en que empieza á despertarse la función sexual, y con ella empieza á enriquecerse súbitamente la rama afectiva del individuo; período de la pubertad en que es cuando se inicia la mayoría de los casos de histerismo. Esto parece dar también la razón á una característica muy interesante del histerismo infantil, sobre lo cual insistía el Dr. Fernández Sanz, que es la simplicidad sintomática que se presenta. De la misma manera que las emociones del niño están siempre ligadas á los estados instintivos, del propio modo el histerismo en los niños se caracteriza siempre por la simplicidad de su patología. Y por último, la forma de expresar las emociones en la edad infantil, precisamente por las grandes actitudes y gestos, á expensas del sistema locomotor, da también la razón á otro de los caracteres del histerismo de los niños, que es el predominio de los fenómenos motores, y sobre el cual insisten todos los autores.

Termina el Dr. Marañón haciendo resaltar lo interesante que será estudiar en todos los casos de histerismo, y desde luego el infantil, la constitución endocrítica, la hormonal del enfermo, porque ello puede dar razón de multitud de fenómenos característicos de dicho proceso, y además puede ser, y seguramente será, un camino abierto para un tratamiento terapéutico complementario—sólo complementario—de los otros tratamientos que han sido emitidos con tanto acierto en el transcurso de esta discusión.

DR. CESALDO

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL 17 DE MARZO DE 1921 (1).

En mi modesta conferencia de la Real Academia yo no dije que era partidario de hacer la sutura siempre, toda vez que no lo hago así; aunque sí son bastantes las veces que la practico. No soy, pues, sistemático y mal podía serlo cuando yo siempre he combatido á los sistemáticos. Tampoco dije, como se me ha atribuido, que en Francia la hagan todos los oculistas, pues reconozco que los que la practican están aún en minoría, pero como el número de los que la van adoptando crece cada vez, y lo mismo ocurre en España, no es ningún mérito pronosticar que dentro de poco su uso será general. En Francia hace unos años sólo la hacía Kalt, después de haber modificado el procedimiento primitivo, algo complicado de Suárez de Mendoza. Más tarde la hicieron ya sus colegas del Hospital Quinze-Vingts, Valude y Chevallereau; Chaillons actualmente opera con el puente conjuntival, de acción semejante á la de la sutura corneal. Estos datos los tomo de un folleto del Dr. Oliveres (de Tortosa) titulado «Impresiones científicas de mi último viaje á París», en el cual dice también: «Más de veinte años han estado solos (los operadores citados antes) pregonando sus ventajas: ha sido preciso el tiempo para que el método se impusiera. Hoy ya nadie discute sus ventajas y de cada día la sutura se extiende más». El profesor Lapersonne en el Hôtel Dieu la practica siempre. En estos últimos años se han publicado varios trabajos, los principales: el de Liegord, autor de una modificación al procedimiento, que es la que yo empleo, y la tesis de Dujardin. Recientemente, en Septiembre de 1920 se han publicado: uno de Alexiades en los *Archives d'Ophthalmologie* y otro de Pittaluga en los *Annales d'Oculistique* propo-

niendo una pequeña modificación de técnica. En ambos se insiste sobre las ventajas de la sutura corneal, y especialmente además en el primero, sobre el pequeño grado dióptrico de astigmatia postoperatoria que queda con su empleo (1). En suma, en Francia el procedimiento se extiende cada vez más.

Lo mismo ocurre en España donde la practican ya Oliveres, de Tortosa; en Madrid, Carreras y yo; en Granada, Duarte y Sánchez Aguilera; Belmonte en Albacete... etc. Yo me atrevo á pronosticar, repito, que dentro de algunos años la harán casi todos ustedes, lo mismo que ocurrió cuando introduje aquí hace algunos años el oftalmómetro de Javal para determinar la refracción, que decían ser un aparato que no servía para nada, y hoy lo emplean todos, es decir, todos los que quieren determinar seriamente la refracción.

Desde luego que no hay que ser sistemáticos, pero entre no hacer la sutura nunca y hacerla siempre, prefiero el sistematismo de estos últimos, porque á lo sumo se perderían (para los que opinan que practicarla es perder el tiempo) uno ó dos minutos, lo cual en una operación de la importancia de la catarata no merece ser tenido en cuenta.

Lo de que obra como cuerpo extraño es otra novela, pues los enfermos no se quejan.

Lo de la infección al nivel del punto es absolutamente ilusorio. Muy rara vez un poco de inflamación y esto es todo. Cite un caso excepcional de una conjuntivitis crónica en la que se infectó la córnea al nivel del punto, pero esto fué un mal menor, pues evitó que se infectasen los bordes de la herida, por su coaptación rápida y el interior del ojo; de modo que aun este caso, que parece á primera vista un fracaso, es en realidad un gran éxito. Por encima de todo están los hechos y éstos demuestran elocuentemente la utilidad de la sutura de la córnea especialmente para evitar la infección (2) y la pérdida de vítreo, así como para reducir al minimum las hernias del iris, las cuales ó no ocurren ó son sumamente pequeñas á un lado ú otro del punto de sutura. He aquí el resultado de mi estadística durante los últimos cuatro cursos. Los datos se refieren solamente á mi clínica del Instituto Oftálmico.

Curso de 1917-18.—Operados de catarata, 105. Eliminando de ellos un primer grupo de 17 cataratas en los cuales no se hizo la extracción clásica, sino discisiones, extracción de cápsula por catarata secundaria, etc., todos operados con éxito, quedan 88 más, de los cuales 80 fueron operados sin sutura y 8 con sutura. De estos últimos, 5 con sutura solamente, 2 con sutura é inyección intravenosa de cianuro hidrargírico, otro con inyección, además del cianuro, de leche esterilizada. Los ocho con sutura, todos con éxito favorable.

De los 80 restantes: 4 fracasos, 2 con visión mediana y los 74 restantes con buen resultado operatorio.

Curso 1918-19.—Operados de catarata, 130. Eliminando un primer grupo de 33 (catarratas secundarias, congénitas... etcétera), en las que se hicieron operaciones diferentes de la extracción clásica, queda un grupo de 97 de los cuales fueron hechas 68 sin y 29 con sutura corneal.

En los 68 sin sutura hubo 1 infección con pérdida de ojo, 2 con inflamaciones ligeras que dejaron los ojos con poca visión y 65 con resultado favorable. En los 29 con sutura no hubo ni una sola infección y si se perdió un ojo fué á consecuencia de una hemorragia expulsiva, accidente que no tiene nada que ver con la sutura y que lo mismo hubiera ocurrido de no haber practicado la sutura.

Cursos de 1919-20 y 1920-21 (hasta el 17 de Marzo).—Operados de catarata, 164. Eliminando 9 del primer grupo (discisiones, extracciones de cápsula, etc.) quedan 155. De ellos 97 sin sutura corneal de los cuales se perdieron 6 y en

(1) Después de esta conferencia acaba de publicarse la 2.^a edición de la «Chirurgie oculaire», de Terrien, en la que este autor describe detalladamente la sutura y sus ventajas, así como las del puente conjuntival, con argumentos muy semejantes á los por mí empleados.

(2) Terrien, en el libro mencionado, cita 500 casos operados con sutura sin una sola infección.

(1) Véase el número 3.524

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

91 se obtuvo buen resultado y 56 con sutura corneal de los cuales se perdieron 3 por infección.

Haciendo un RESUMEN GENERAL DE LOS CUATRO CURSOS resulta:

Número total de cataratas operadas: 399. — Resultados favorables, 379; con semivisión, 4; pérdidas, 15, ó sea un 3,73 por 100, resultado bastante halagüeño para una clínica hospitalaria.

Ma, si prescindiendo de un primer grupo de discisiones... etc. (61 casos con resultados todos favorables), descomponemos las 338 restantes, resultan: 245 sin y 93 con sutura corneal.

De las 245 sin sutura se perdieron 11, ó sea el 4,78 por 100. De los 93 con sutura se perdieron 4, pero descontando el de la hemorragia expulsiva, quedan en 3, ó sea el 3,33 por 100.

Es decir, que en los casos con sutura, expresamente elegidos para practicarla por ser los peores, el resultado ha sido mejor, á pesar de ello, que en los otros. Aquí sí que puede decirse que «los comentarios huelgan», respecto á la utilidad de la sutura para evitar la infección. Es verdad que en estos casos añadimos las inyecciones intravenosas de cianuro de hidrargirio y á veces las de suero ó las de leche esterilizada, pero esto no disminuye el valor profiláctico de la sutura. Así es, que me inclino cada vez más á practicarla y aunque no la hago en todos los casos, disculpo á los que tal hacen, que fué lo que dije en mi conferencia de la Real Academia.

Lo de que evita la pérdida de vítreo no puede ser más evidente, como se ha comprobado en los pocos casos en que el vítreo salía en el curso de la operación. Anudando el hilo, deja de salir dicho humor en el acto. No es preciso insistir más. Y como á veces sale el vítreo sin que se espere que esto ocurra, esto da la razón á los que quieren practicarla sistemáticamente, y por esto dije más atrás que entre los sistemáticos de no hacerla nunca y los de hacerla siempre, prefiero estos últimos.

El enclavamiento del iris, en fin, si no se evita del todo, hay que confesar que disminuye considerablemente, y cuando ocurre, es siempre de pequeña intensidad. Así, en los 338 casos nuestros, han sido los enclavamientos 13 y de ellos 1 en extracción con iridectomía y sin sutura, 2 en extracción con sutura y sin iridectomía y 10 en extracción sin iridectomía y sin sutura.

Termino diciendo que la sutura corneal da un máximo de seguridades de éxito, y que si yo hubiese de ser operado de cataratas, rogaría que se me hiciese con sutura corneal.

DR. M. MARQUEZ

Sección oficial

MINISTERIO DE HACIENDA

LEY

D. Alfonso XIII, por la gracia de Dios y la Constitución Rey de España.

A todos los que la presente vieren y entendieren, sabed:

Que las Cortes han decretado y Nos sancionado lo siguiente:

Artículo primero. Se concede un crédito extraordinario de 500.000 pesetas á la sección 4.ª, «Ministerio de la Guerra», capítulo 8.º, artículo único, «Servicios de Sanidad Militar», del vigente presupuesto de gastos, para el concepto «Laboratorio general de Medicamentos y Farmacias de los Hospitales militares».

Asimismo se concede un crédito extraordinario de pesetas 250.000, á la sección 13, «Acción en Marruecos», capítulo 6.º, artículo único, al concepto «Farmacias de los Hospitales militares», del presupuesto vigente.

Artículo segundo. El importe de los referidos créditos extraordinarios, que suman 750.000 pesetas, se cubrirá en la forma dispuesta por el artículo 41 de la ley de Administración y Contabilidad de la Hacienda pública.

Por tanto:

Mandamos á todos los Tribunales, Justicias, jefes, gobernadores y demás autoridades, así civiles como militares y eclesiásticas, de cualquier clase y dignidad, que guarden y hagan guardar, cumplir y ejecutar la presente Ley en todas sus partes.

Dado en Palacio á 9 de Junio de 1921.—Yo EL REY.—El ministro de Hacienda, Manuel de Argüelles y Argüelles.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA

Ilmo. Sr.: Cumplidos los trámites á que se refiere la Real orden de 16 de Enero de 1920,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que las cátedras de Enfermedades de la infancia, Medicina legal y Toxicología, vacantes en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, se anuncien para su provisión á concurso previo de traslación, en los términos y condiciones que preceptúa el Real decreto de 30 de Abril de 1915.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 25 de Mayo de 1921.—Aparicio.—Señor subsecretario de este Ministerio. (Gaceta del 28 de Mayo de 1921.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,4; ídem mínima, 704,6; temperatura máxima, 31°,6; ídem mínima, 13°,5; vientos dominantes, SSO, SO.

En general mejora el estado de la salud pública, pues se han mitigado en su gravedad y disminuído en su número los estados gripales agudos. También disminuyen las fiebres tifoideas, pero persisten las infecciones intestinales febriles, los reumatismos y los estados congestivos.

Crónicas.

La cruz de San Fernando para un médico militar.

Según nuestros informes, se está tramitando una solicitud en demanda de la cruz laureada de San Fernando para el teniente médico D. Antonio Vázquez Bernabeu, por su heroico comportamiento en el combate del día 16 de Junio, en el frente de la posición de Dar-Bulimeyan. El coronel médico D. Francisco Triviño, en nombre de sus compañeros, ha felicitado á dicho oficial.

Nosotros nos asociamos á esa felicitación y celebráramos que el éxito de la instancia fuese satisfactorio.

Colegios Farmacéuticos.—Los Colegios de Farmacéuticos de Guadalajara y de Cuenca han nombrado al Dr. Andreu, de Barcelona, presidente honorario, para corresponder á los actos realizados por este doctor en favor de la clase farmacéutica.

Banquete al Dr. García del Real.—El día 24 de Junio, por la noche, celebraron con un banquete en el restaurant Parisiana, los compañeros y amigos del Dr. García del Real. el triunfo alcanzado por éste en las recientes oposiciones á la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Central.

Al acto acudieron: D. Melquiades Alvarez, y los Sres. Covisa, Hernando, Zulueta, Arias Carvajal, Varela Radio, Olivares, Sampelayo, Alvarez Sierra, marqués de Palomares, Gutiérrez Gamero, Uña, Echevarrieta, Portuondo, Rodríguez Villamil, Cerral, Bartrina, Calandre, Barnés, Río Ortega y otros muchos.

A la hora de los brindis ofreció el banquete el Dr. Alvarez y Sierra, que con elocuencia hizo resaltar las condiciones excepcionales que concurren en el homenajeado.

Después usó de la palabra el Dr. Sánchez Covisa como presidente del Colegio de Médicos de Madrid é hizo un estudio de la labor profesional de García del Real.

FIRMUGENOL

(Nombre registrado.)

ESPECÍFICO 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 á su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico, Pola de Gordón (León).

Y, por último, con sentidas frases, dió las gracias por el agasajo el nuevo catedrático.

Para el servicio del Sanatorio de Pedrosa.—La *Gaceta* del día 27 publicó la siguiente Real orden:

Excmo. Sr.: De conformidad con lo propuesto por el Ministerio de su digno cargo,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien autorizar á doña María de los Dolores Martín Bribrán, maestra nacional de Mora de Ebro (Tarragona), para que pueda prestar sus servicios á las órdenes de ese Ministerio dando clases á los niños que concurran al Sanatorio de Pedrosa (Santander) durante la temporada oficial del expresado Establecimiento.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 23 de Junio de 1921.—*Aparicio.*—Señor ministro de la Gobernación.

Conferencia del profesor Sella.—El día 24 del pasado y en el salón grande del Ateneo, pronunció una brillante conferencia inspirada en un conocimiento profundo del tema, el ilustre profesor italiano, Dr. Sella, jefe de los servicios contra el paludismo de la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja de Ginebra.

La lucha contra el paludismo que en España invade 1.818 pueblos, debe emprenderse por todos; no es exclusiva labor de los técnicos. Los propagandistas, los ingenieros, etcétera, deben contribuir al eficaz combate; vigorizando las razas, progresarán las naciones, y en último resultado, económicamente las cifras que se invirtieran en la profilaxis de esta enfermedad, representarían un ahorro incalculable para la economía nacional.

El Dr. Sella leyó interesantísimos datos estadísticos internacionales, para demostrar la morbilidad y mortalidad, antes y después de realizar la labor profiláctica.

Puso de manifiesto el coste de las obras de saneamiento de los terrenos, el importe de la quinina consumida, el gasto del personal sanitario, y dedujo de la suma total lo que corresponde á cada ciudadano. Estas cifras son muy distintas cuando se refieren á la profilaxis de ciudades ó al saneamiento de los habitantes del agro. Estos últimos trabajos de lucha antipalúdica son mucho más caros.

Al terminar su disertación el profesor Sella fué objeto de una prolongada y entusiasta ovación.

Éxito extraordinario.—La Srta. Mercedes Beltrán, huérfana del que fué nuestro compañero y muy querido amigo D. José Beltrán y Fabra, ha obtenido en las oposiciones del Cuerpo de Contabilidad de la Hacienda pública, después de brillantísimos ejercicios, el núm. 6, *entre mil trece opositores*, procedentes de todas partes de España. Citamos complacidos este extraordinario resultado, con el solo objeto de que sirva de estímulo y aliento á las jóvenes á quienes la desgracia pueda colocar en situación análoga á la de esta joven, para que la imiten venciendo con su propio esfuerzo y su aplicación los agravios de la fortuna. Nuestro compañero y ayudante Beltrán, que fué secretario-contador del Instituto de Alfonso XIII, dejó á su muerte cuatro hijas en desvalida orfandad. Hoy, dos de ellas son profesoras normales con decorosas asignaciones ganadas por oposición, la tercera es á la que se refiere esta noticia, y la cuarta sigue también la carrera del Magisterio con notable aprovechamiento.

Junta Nacional de Bibliografía y Tecnología científicas.—La *Gaceta* publica una Real orden de la Presidencia del Consejo nombrando la Junta Nacional de Bibliografía y Tecnología científicas, que se compondrá de los Sres. D. José Ortega Munilla, D. Leonardo Torres Quevedo, D. Emilio Cotarelo, D. José María de Madariaga, D. Nicasio Mariscal García, D. Ricardo Spottorno, D. Ricardo Aranaz é Izaguirre, D. Antonio Magaz, D. Juan Manuel de Zafra, D. José María Plans y Freire, D. José Rodríguez Moureló y D. Ricardo García Mercet.

La Junta podrá adscribir como vocales á las personas que por sus condiciones juzgue han de contribuir al mejor éxito de su labor.

Becas para mujeres españolas.—El Comité para la concesión de becas á mujeres españolas en el extranjero fué constituido en Madrid, á mediados del pasado año de 1920, por la señorita María de Maeztu, á instancia de la Universidad de Bryn Mawr.

La presidenta de dicho Comité es doña María Goyri de Menéndez Pidal, y su secretaria, doña Zenobia Camprubí de Jiménez. Doña María de Maeztu, la doctora Arroyo de Márquez y D. José Castillejo completan la Junta.

Las becas concedidas hasta ahora á este Comité son: dos de la Universidad de Bryn Mawr y una de la de Bernard. También existe un intercambio con Smith College.

El ejército norteamericano, por mediación de su representante en Madrid, teniente coronel Van Natta, ha brindado pasaje gratuito á las cuatro señoritas becarias españolas desde Amberes á Nueva York, y la Junta para ampliación de estudios les ha concedido una pensión suplementaria para gastos de viaje, etc.

Las cuatro señoritas designadas para el curso de 1921-22, son:

La señorita Carmen Castilla, maestra superior, inspectora de las escuelas del Gobierno, que va á Smith College á estudiar la educación y enseñanza de las ciencias.

La señorita Concepción Lazarraga, licenciada en Farmacia en la Universidad de Madrid, va á Bernard College á estudiar ciencias químicas.

La señorita María Luisa Cañameras, licenciada en Farmacia en la Universidad de Barcelona, va á Bryn Mawr College á estudiar química.

Y la señorita Loreto Tapia, que tiene aprobados dos años de Medicina en la Universidad de Madrid, va también á Bryn Mawr á estudiar fisiología.

La secretaria de este Comité, doña Zenobia Camprubí de Jiménez, Conde de Aranda, 16, Madrid, dará las referencias necesarias á quien las solicite.

Dejando paso á las epidemias.—Desde hace días la Prensa diaria viene publicando casos increíbles de abandono por parte de las autoridades del ejercicio de funciones, que pueden traer consecuencias lamentables á la capital de España, mucho más graves si se tiene en cuenta la estación en que nos hallamos.

Creemos cumplir un deber haciéndonos eco y reiterando las denuncias.

Dos de los pozos negros de la calle de Manuel Carmona tienen rota la tapa, despidiendo olores insoportables. Cuando los pozos se llenan, corre la basura por la calle como un arroyo, poniendo en peligro el olfato y la salud de los vecinos.

—La casa núm. 30 de la calle de Mejorada recibe el agua en escasisima cantidad, carece de puertas, cristales y retretes.

—En peores condiciones higiénicas se hallan los números 61 y 63 de la calle Biasco de Garay, que constan de 60 cuartos cada uno, habitados por numerosas familias, con bastantes hijos, la mayoría niños de corta edad; hace ya más de un mes que el casero ha quitado el agua sin causa justificada, y esto además de ser un atropello á una de las cláusulas del contrato, es expuesto á una epidemia, que ya se ha iniciado por haberse registrado dos casos de tifus en la casa núm. 61.

Estos son los hechos. Ahora las autoridades sanitarias tienen la palabra.

Asociación Matritense de Caridad.—Estado de ingresos y pagos efectuados en el mes de Mayo de 1921:

Ingresos. — Suscripción de S. M. el Rey y Real familia, 1.350 pesetas; de Centros y Corporaciones, 525; de particulares, 7 408,89; donativos: de S. M. el Rey, por su cumpleaños, 2.000; del señor duque de las Torres, 500; de particulares, 110; intereses de valores públicos, 2.370; cepillos: recolectado en los instalados, 115,29; donativos especiales para sostenimiento de los mendigos recogidos y continuación de las obras en el asilo de Santa Cristina, 204.400. Total, 218 779,18.

Pagos. — Asilos: por las estancias causadas en Abril por

LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

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

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 26, San Sebastián.

los acogidos, 40.307; gastos generales, personal, material, etcétera, etc., 1.606,23; al alcalde presidente para gastos de mendicidad, 15 000; á la Diputación provincial, para Beneficencia, 20.000; al gobernador civil, para el comedor de Alfonso XIII, 6.000; á otras instituciones benéficas, 18.934; socorros domiciliarios concedidos en el mes, 22 327; obras y ropas para el asilo de Santa Cristina, 42.113,54; comidas repartidas á los pobres en el mes, 14.127. Total, 180.414,77.

El número de asilados que tiene con carácter definitivo se eleva á 1.436.

Durante el mes han sido destinados á los asilos 46 mendigos.

El lenguaje y la medicina.—En la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, del 16 de Junio, leemos un artículo en el que la «Unión de la Prensa Profesional Médica Alemana» hace saber los acuerdos que ha tomado con respecto á las abreviaturas, de manera que ateniéndose todos á las mismas reglas, resulta más fácil la comprensión de ellas. Nos parece excelente el acuerdo de la citada «Unión» y nos hace lamentar el abandono en que se encuentra el lenguaje médico en nuestro país. En efecto, aquí aun autores ilustrados conceden á su gusto el género y la ortografía que les parecen oportunos á cada palabra. Ciertamente que en nuestra gramática se admite un género ambiguo que pudiera explicar, porque hay quien dice la diastole y la extasis cuando lo corriente es que se diga el; pero no justifica la gramática diferencias como la de los hormones y las hormonas, y mucho menos lo tocante á la ortografía. Y sin embargo, ¿en qué aprieto no nos veríamos si hubiéramos de decir con certeza cuál es la ortografía exacta de espiroquete, shok, fenoltaleína? Es un asunto que alguien debe ocuparse de resolver, y también debe tratar de los neologismos que convenga crear ó de las voces extranjeras que se deban adoptar. De este modo se resolverían las dudas del que tuviera que traducir *taux*, *d'emblée*, etc., y no digamos nada del empleo de palabras latinas, tan corrientes, principalmente en Bacteriología, y de las que tantas variaciones se hacen.

La hidrofohía en Sevilla.—El día 22 por la noche se reunió la Junta de Sanidad de Sevilla, para tratar de los procedimientos á seguir en evitación de que la contaminación de los perros siga revistiendo los caracteres de alarma.

El señor inspector de Higiene ha visitado al alcalde para interesarle que ordene enérgicamente la extinción de los perros vagabundos, porque en barrios como en Triana, un solo perro hidrófobo ha mordido, y, por consiguiente, contaminado á 18 perros más.

La peste bubónica en Dakar.—Comunican de Las Palmas que los tripulantes de dos vapores allí fondeados y que proceden del puerto de Dakar, confirman la noticia transmitida hace días, sobre la existencia en aquella ciudad de la terrible epidemia de la peste bubónica. Añaden que desde el 5 al 12 se han registrado trece nuevos casos.

Las medidas sanitarias adoptadas en Las Palmas se hacen cumplir con estricto y riguroso celo.

Los barcos de aquella procedencia hacen sus maniobras en completo aislamiento y permanecen en el puerto el menor tiempo posible.

Protección á la infancia.—La *Gaceta* ha publicado recientemente una Real orden anunciando para el año económico actual el décimo concurso de premios por actos de protección á la infancia.

Se adjudicarán, además del premio Tolosa Latour, otros muy importantes para médicos rurales, madres, maestros y maestras, matrimonios y viudas pobres, personas que hayan salvado la vida de algún niño y fundadores de instituciones benéficas.

Los detalles de este concurso pueden verse en el referido periódico oficial.

La peste en Méjico.—El cónsul de Cuba en Tampico dice que durante el mes de Mayo la peste bubónica hizo 37 víctimas en esta ciudad, y que durante la primera semana de Junio hubo un fallecimiento diario.

El telegrama no habla de las demás poblaciones de Méjico.

Oposiciones á Médicos de Sanidad de la Armada, 50 plazas para Septiembre; obra única, 50 pesetas. Programa, 1,50. Editorial Campos. Princesa, 14, Madrid.

La llamada ENCEFALITIS LETARGICA, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan muy pocos ejemplares de esta monografía. Pedidos á la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. 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, número 4, Madrid.

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

SOLUCION BENEDICTO CREOSOTAL

Glicero - fosfato de cal con

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT - Leona 74

BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO.

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