

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. 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. HERNÁNDO 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.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA , Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Enfermedades del lenguaje musical, por el Dr. Victor Ribón.—Sobre la mano hipogenital, por G. Mara-
ñón.—El ácido úrico de la sangre, por el profesor Chauffard.—Indicaciones de la Radioterapia profunda, por el Dr. Julián Ratera.—**Periódicos médicos.**—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Hojas de viaje, por C. M. C.—Conclusiones aprobadas en la reunión celebrada en el Colegio de Médicos de Madrid el 15 de Junio de 1921.—**Sección oficial:** Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes—Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Gracia y Justicia.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes. Correspondencia.—Anuncios.

ENFERMEDADES DEL LENGUAJE MUSICAL

TRABAJO PRESENTADO POR EL DR. VÍCTOR RIBÓN, DE BOGOTÁ, AL V CONGRESO MÉDICO NACIONAL CUBANO Y DEDICADO AL DR. JUAN SANTOS FERNÁNDEZ, CREADOR DE LA OFTALMOLOGÍA EN CUBA, ILUSTRE SABIO CUBANO CUYOS MÉRITOS DE HOMBRE DE CIENCIA SON ADMIRADOS EN TODO EL MUNDO MÉDICO.

He resumido en las presentes líneas los trabajos de médicos y de autores eminentes que sobre este tema, tan atrayente como interesante, han visto la luz, de algunos años á esta parte, en libros, folletos y revistas; mi labor es, por lo tanto, insignificante ya que únicamente se reduce á la selección de ellos y, luego, á su debido encadenamiento; al realizarla continuo persistiendo en mi tarea de llamar la atención de mis colegas hacia las localizaciones cerebrales que presiden á todos los actos psíquicos y físicos de los que surge la primera de las Bellas Artes, la Música.

Para mayor comodidad en mi exposición me ocuparé, primeramente, de los centros cerebrales del lenguaje articulado verbal y del lenguaje musical; en seguida, de algunas de las enfermedades que originan multitud de trastornos de la palabra y, finalmente, de las que afectan casi exclusivamente al segundo de los lenguajes mencionados.

El lenguaje articulado verbal y el lenguaje musical que traducen respectivamente el pensamiento y la emoción que lo acompaña, se encuentran íntimamente unidos al estado embrionario en la palabra instintiva y natural observable en el salvaje, en el niño, ó en el hombre conmovido que da rienda suelta á su emoción; pero su unión se asemeja mucho á la de dos individuos cuyas espaldas se tocan apenas, unión que cesa desde el instante en que ambos dan un paso hacia adelante, lo que permite á cada uno de ellos hacer los movimientos que á bien tenga.

El primer lenguaje consta de palabras cuyo sentido es convencional y parcialmente inteligible; el segundo está formado por sonidos, verdaderos gestos de los músculos fonadores, provocados por reacciones voluntarias y de sentido inteligible en todo el haz de la tierra.

Llega un momento en que el elemento lógico de la palabra y el elemento melódico se diferencian, se bifurcan y se organizan separadamente. Esta disociación tiene su símbolo en la lira cuyos cuernos, si bien arrancan de la misma base, toman en seguida contrarias direcciones. (Combarieu.)

La primera demostración de un centro funcional del lenguaje articulado verbal localizado en el cerebro se debe al clínico francés Bouillaud, quien había observado en ciertos enfermos que habían perdido la facultad de hablar, una lesión constante entre los lóbulos frontales. Apoyado sobre estos hechos de observación

clínica, Bouillaud señaló esta región como el centro del lenguaje articulado. Los Dax, padre é hijo, continuaron el estudio de esta cuestión é indicaron de un modo más preciso los verdaderos límites del centro de la palabra (hemisferio izquierdo y regiones próximas á la cisura de Silvio). Broca, en fin, determinó exactamente por una serie de investigaciones notables el sitio de la lesión productora de la *afasia*.

En la pérdida total ó parcial de la memoria de la articulación de los sonidos se encuentra una lesión que ocupa el tercio posterior de la tercera circunvolución frontal.

Después de Broca, el problema de la afasia ha adquirido una importancia tal, que el estudio detallado de este fenómeno forma uno de los capítulos más interesantes de la fisiología actual. Al hecho evidente de la localización en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda de la memoria de la palabra, se añade un conjunto de datos perfectamente comprobados que demuestran que el mecanismo del lenguaje hablado ó del lenguaje escrito, ofrece, en efecto, un desarrollo complicadísimo. (Langlois, Varigny.)

Respecto al primero, sabios experimentadores en el campo fisiológico han llegado á las siguientes conclusiones, resumen de los conocimientos contemporáneos sobre el particular; las imágenes auditivas verbales se localizan, según la mayor parte de los fisiólogos, en la parte posterior de la primera circunvolución temporal, y según unos pocos, en la primera circunvolución del lóbulo temporo-esfenoidal izquierdo llamado *centro de Wernicke*; las imágenes visuales de las palabras se localizan en el lóbulo parietal inferior llamado *centro de Déjerine ó de Kussmaul*.

En lo tocante al lenguaje escrito, la ciencia nos enseña que las imágenes gráficas (cuya localización, en verdad, es negada por muchos neurólogos) se dan cita en el punto situado al pie de la segunda circunvolución frontal, llamado *centro de Exner*.

Por lo que hace al lenguaje musical, hay que acudir á la hipótesis en más de una ocasión, y la observación no está tan avanzada como en los otros dos. Tanto en el cerebro como en el oído son todavía tan necesarios cuanto difíciles los grandes viajes destinados á descubrir ignotas regiones. Sin embargo, prescindiendo del centro gráfico, el paralelismo de las localizaciones musicales y verbales parece perfectamente defendible á los más entendidos en la materia. Las imágenes de la sensación auditiva musical se localizan en un centro dependiente del centro auditivo general y de función especializada á este fin; las imágenes visuales necesarias á la anotación en un centro incluído en el de la visión general; las imágenes que permiten la entonación y el canto especializan una función de la palabra articulada; las imágenes gráficas indispensables á la dirección de los movimientos que realizan la escritura se localizan en algunos grupos celulares del centro de la escritura verbal.

La ejecución instrumental proviene naturalmente de muchas localizaciones funcionales, ya que no son siempre los mismos músculos los que entran en juego,

porque el pianista toca con las manos, el organista con éstas y con los pies, el flautista con las manos y con el aparato respiratorio, etc.

La distinción de estos dos grupos de funciones: lenguaje verbal y lenguaje musical, y en cada uno de estos dos grupos de las especializaciones está fundada en la observación clínica. En efecto, estudiando de cerca los anómalos, las histéricas, los enajenados, los degenerados, las víctimas de taras hereditarias, y examinando detalladamente la conexión ó la independencia de ciertas perturbaciones es como ha podido deducirse lógicamente la existencia de diversos centros y su sinergia total, desigual ó parcial. Se había comprobado primeramente que las funciones del lenguaje musical no se perturban simultáneamente con las del lenguaje verbal, y que a menudo, si no siempre, éstas ó aquéllas podían ser alteradas ó anuladas en tanto que las otras conservan su normalidad; ha sido, pues, necesario reconocer que constituyen dos sistemas fisiológicamente distintos. (Combarieu.)

* * *

Ciertas enfermedades originan multitud de trastornos en la palabra, los que aun siendo exclusivamente sensoriales no dejan de ser interesantes; tales son por ejemplo, *la ceguera, la sordera verbal y la agrafia*.

Sordera verbal.—El individuo que sufre de ella no comprende el sentido de las palabras y se comporta exactamente como si hubiera perdido la *memoria auditiva* de las mismas.

A pesar de esto distingue claramente los sonidos y hasta se da cuenta de su dirección y de su intensidad: un sujeto en estas condiciones lee, escribe y habla, pero las palabras que pronuncia no despiertan en su cerebro las ideas que aquéllas representan; como ha perdido el sentido auditivo del lenguaje, sus frases pecan de contradicciones y de errores sin cuento, de tal modo, que para enunciar una idea cualquiera, emplea palabras de significación distinta: este estado se califica con el nombre de *parafásico* (literalmente, *al lado de la palabra*), y las observaciones clínicas designan como su centro la primera circunvolución temporal izquierda.

Ceguera verbal.—El enfermo ve los objetos y distingue fácilmente las letras y los caracteres, pero no puede darse cuenta exacta del valor que representan: una O sobre fondo obscuro le parece una circunferencia blanca; una A un caballete, y, de un modo general, los distintos signos de la escritura pierden su verdadera significación para transformarse en jeroglíficos indecifrables.

Este individuo que se encuentra imposibilitado para leer una palabra, por sencilla que sea, puede, sin embargo, escribirla, hecho que demuestra la conservación de la facultad reproductora del lenguaje. Su trastorno radica esencialmente sobre los centros visuales de la palabra escrita, y, como ha podido observarse en la autopsia, las lesiones se encuentran limitadas á la parte posterior de la segunda circunvolución parietal izquierda.

Agrafia.—Un individuo agráfico comprende cuan-

do se le habla, lee y reconoce los caracteres alfabéticos, pero es incapaz de reproducirlos; si en ciertos casos llega á dibujar las letras de imprenta, siguiendo exactamente los contornos del modelo que tiene á la vista, le resulta imposible, en cambio, reproducir la letra cursiva. Existe en este trastorno una pérdida total de la memoria de los movimientos propios á la escritura y á la que algunos han designado impropriamente con el nombre de *afasia de la mano*; en efecto, un individuo normal traza los caracteres con el pie ó con la boca, mientras que el sujeto agráfico no logra hacerlo de ningún modo. El sitio de localización de este centro funcional reside en el pie de la segunda circunvolución parietal ó circunvolución del pliegue curvo.

No está por demás advertir que en la mayoría de los casos las lesiones que se observan no ofrecen los caracteres tan bien definidos que se acaban de señalar; no obstante, desde el punto de vista fisiológico puede afirmarse que la integridad completa del lenguaje no existe sin el concurso de estos centros funcionales que investigaciones ulteriores harán, quizá, más numerosos. (Langlois, Varigny, Kuss, etc.)

**

La localización en puntos distintos y en un sistema aparte de las imágenes musicales, confirma la independencia y la originalidad á que tiene derecho la Música. Esta diferencia en el mecanismo fisiológico es tal, que llega hasta un dualismo autonómico, y se deduce de la observación de las afasias y de las amusias.

Se llama afasia la pérdida de las funciones del lenguaje musical; una y otra pueden ser totales ó parciales é interesar ya los centros de las imágenes sensoriales (lectura), ya los centros de las imágenes motrices (canto, escritura, ejecución), finalmente, pueden no ser concomitantes. (Combarieu, Charcot, Grasset, etc.)

Los siguientes ejemplos, relatados por el Dr. Ingennieros, comprueban la verdad de estos asertos.

1.º Un pianista de veinticinco años, que de ordinario toca mucho, se sienta una tarde al piano, le parece que la memoria acaba de escapársele; abre una partitura y es incapaz de leerla; trata de silbar, de tararear sus melodías predilectas, pero en vano: la inhibición es completa; el paciente ha perdido completamente el lenguaje en todas sus formas y en todas sus funciones: memoria, canto, lectura y ejecución. (*Amusia total, sensorial y motriz.*)

2.º Una joven de veinte años de edad sufrió de un ataque de histeria; desde entonces siempre que se sienta al piano cree tocar «en un instrumento sin cuerdas», ha conservado el canto y la ejecución por simple memoria muscular, pero no oye lo que canta ni lo que toca. La pérdida de la audición es completa para todos los instrumentos y para todas las voces. (*Amusia parcial, sensorial: sordera.*)

3.º Una mujer de veintidós años tiene excelente oído, lee y escribe perfectamente, pero la fonación (musical) y la articulación (del lenguaje verbal) están suprimidas por completo. (*Amusia parcial, motriz, combinada con mutismo.*)

4.º Una jovencita de diez y siete años, como consecuencia de convulsiones provocadas por contrariedades amorosas, pierde la facultad de cantar, pero continúa leyendo, escribiendo, oyendo y ejecutando música; al mismo tiempo todas las facultades del lenguaje verbal han cesado. (*Amusia motriz parcial, combinada con afasia motriz completa.*)

5.º Una joven se incapacita de repente para recorrer el teclado con los dedos, pero queda siendo capaz de oír música, de leerla y de escribirla. (*Amusia motriz parcial.*)

Se han comprobado también anomalías debidas, no á una laguna, sino á condiciones irregulares, á la exageración ó á la perversión de una función.

Una mujer de veintinueve años no puede leer un texto impreso si no lo canta con todas las inflexiones melódicas de una romanza interminable, continuamente improvisada. El tema de la lectura (periódico, carta, libro científico, novela, etc.), no tiene ninguna influencia sobre el canto; hay sinergia morbosa entre una función de las imágenes sensoriales del lenguaje articulado, y una función de sus imágenes motrices, que se han hecho tan preponderantes que se revelan bajo la nueva forma del lenguaje musical.

Una criolla, en plena juventud, es perseguida por el recuerdo de una canción de opereta; la obsesión se acentúa tanto por la noche, que la desvela: es un predominio, con repercusión sobre todo el organismo, de la función de las imágenes sensoriales y motrices.

Un joven violinista del Conservatorio de Montevideo, fracasa en un concurso al que se había dedicado con gran entusiasmo y su derrota le provoca un ataque convulsivo. Diez años después abomina todavía el violín; cada vez que lo oye es víctima de un ataque nervioso, lo que le ha obligado á alejarse de la vida de sociedad. Es una exageración parcial del funcionamiento de las imágenes sensoriales debida á una asociación de ideas desagradables que se ha hecho definitiva.

Un hombre comienza por antipatizar con los ejercicios mecánicos para piano; luego toda música, vocal ó instrumental, se le hace intolerable; en fin, las campanas, los silbatos, las sirenas y los timbres eléctricos le provocan indecible malestar; al oír pasar una charanga se desmaya. Es la misma enfermedad: hiperestesia de un centro de imágenes sensoriales sin asociación de ideas.

Una joven que es muy caprichosa, que gusta mucho de la música y que es bastante buena pianista, ve su repertorio musical teñido con los siguientes colores: rojo, verde, azul y blanco; no percibe los sonidos sino asociados á dichos colores: es una conexión morbosa de dos grupos de imágenes sensoriales distintas.

Estas observaciones que se podrían multiplicar han permitido clasificar las enfermedades del lenguaje musical y considerar también como independientes sus diversas funciones. Ciertamente es que cuando se trata de un enfermo que oye las palabras pero no el canto, ó que puede cantar pero pierde la facultad de escribir la música, hay pleno derecho para concluir, que estas diver-

estas funciones tienen localizaciones diferentes, lo que impone con la mayor naturalidad el siguiente cuadro:

I. - Afasias.....	Sensoriales (de función centrífuga).....	Sordera verbal. Ceguera verbal.
	Motrices (de función centrífuga).....	Afasia propiamente dicha. Agrafía.
II. - Amusias...	Sensoriales.....	Sordera musical Imposibilidad para leer la música.
		Pérdida del canto.
		Pérdida de la escritura.
	Motrices.....	Pérdida de la ejecución instrumental.

A este último grupo se deberían añadir las *hipermusias*, debidas á exageración de las funciones, y las *paramusias*, debidas á asociaciones morbosas inevitables, ó de las que puede prescindir el paciente, pero á costa de grandes esfuerzos.

Después de haber estudiado los centros del lenguaje musical, se ha llegado á determinar, por el predominio de algunos de ellos, los diferentes tipos del músico, y aun la misma inteligencia musical que, en definitiva, no vendría á ser sino especialísima aptitud para el desarrollo de dicho lenguaje.

Hay aquí inextricables dificultades que algunos fisiólogos han eludido empleando fórmulas vagas, indignas de los sabios ó, lo que es peor, fórmulas contradictorias.

Quienes han exigido á la doctrina fisiológica su contingente respectivo y lo han recibido de ella satisfactoriamente, están en la obligación de ser los primeros en oponerse á tales despropósitos. (Combarieu).

Bibliografía.

- Th. Ribot: «L'imagination créatrice».
Combarieu: «La musique. Ses lois, son évolution».
Langlois y Varigny: «Nuevos elementos de Fisiología».
Brochado: «Sobre las Amusias».
Hombría: «Las Amusias» (*Portugal Médico*).
Charcot: «Étude clinique de l'Amusie».
Grasset: «L'Amusie».

SOBRE LA MANO HIPOGENITAL

POR

G. MARAÑÓN

Médico del Hospital General de Madrid.

Hace años que en nuestras descripciones clínicas y en la práctica diaria de nuestra consulta hospitalaria, empleamos corrientemente la denominación de «manos hipogenitales» para designar un síntoma á nuestro juicio de gran valor en el diagnóstico de dichos estados. En un artículo publicado el año 1917 (1) hicimos una breve descripción de este síntoma que desde entonces figura en muchas publicaciones de autores nacionales

(1) Marañón: «Contribución al estudio de la clínica de la insuficiencia ovárica». *Revista española de Obstetricia y Ginecología*, 1917.

y extranjeros. Hoy vamos á precisar con algún detalle las características clínicas y la significación patogénica de este síntoma.

En realidad la descripción de las «manos hipogenitales» corresponde á la clásica descripción de la «acrocianosis». Lo que pueda haber de original en nuestra contribución á este estudio, se reduce á añadir algunos pequeños detalles á la descripción clínica de la «acrocianosis», y sobre todo á precisar la relación de esta manifestación de la piel con estados patológicos generales bien definidos.

En los libros clásicos se describe la «acrocianosis» simplemente como un estado de congestión pasiva crónica de las extremidades, principalmente de las manos, que da lugar á una coloración violácea de la piel con tumefacción de la misma, frialdad y «con frecuencia un poco de sudor» (Meige y Sée) (1).

Al apretar con el dedo en la piel afectada por la cianosis se produce una huella blanca que desaparece con lentitud y que según Brissaud es á veces sustituida por una mancha roja que contrasta vivamente con el fondo cianótico, detalle que nosotros no hemos comprobado nunca.

Desde estas primeras descripciones se señalaba ya la frecuencia de la «acrocianosis» en los jóvenes «linfáticos» y escrofulosos, «en los degenerados y en los infantiles del tipo Lorain».

Quienes primero relacionaron de un modo directo y detallado esta alteración con perturbaciones endocrinas, fueron Leopold Levi y H. de Rothschild (2), que hicieron un estudio detenido de la «acrocianosis» en el hipotiroidismo y establecen su tratamiento por las pequeñas dosis de extracto tiroideo. Estos mismos autores recuerdan, sin embargo, que antes que ellos habían descrito manifestaciones análogas, ya en el mixedema, ya en las formas ligeras de la insuficiencia del tiroideo, otros clínicos como Charcot, Thibierge, Buschan, Hertoghe, Vincent, etc.

En nuestra opinión los trastornos vasomotores que dan origen á la manifestación acrocianótica, no se presentan en clínica directamente relacionados con estados de hipotiroidismo, sino principalmente con estados de insuficiencia genital juvenil, principalmente ovárica, y de aquí el que nosotros hayamos designado el síntoma con el nombre de «manos hipogenitales». Lo que sucede es que la insuficiencia genital juvenil se presenta casi siempre asociada á otras manifestaciones endocrinas y principalmente al hipotiroidismo, constituyendo los síndromes tan comunes de insuficiencia tirogenital, especialmente tiroovárica. Esto explica la aparente disparidad entre nuestra opinión y la de Leopold Levi.

Otro de los estados endocrinos juveniles con que se asocia frecuentemente la insuficiencia genital es la insuficiencia hipofisaria, como es bien sabido. Hoy pode-

(1) Artículo «Acrocianosis» en la *Enciclopedia de Ciencias Médicas* de Brissaud, Pinard y Reclus. Edición española de Calleja, tomo I.

(2) Leopold Levi y H. de Rothschild: «Nouvelles Etudes sur la Physio Pathologie du Corps Thyroide», Paris 1911.

mos afirmar que muchos casos de la llamada «obesidad linfática de los niños» son, en realidad, casos de síndrome de Frölich atenuado. De aquí la frecuencia con que según los clásicos ya citados se presenta la acrocianosis en el «linfatismo» pues en este diagnóstico se incluían, generalmente, esos niños hipofisarios. Y de aquí también la razón con que afirma Pende al hablar de nuestras «manos hipogenitales» que, según él, son un «síntoma de hipopituitarismo é hipoovarismo asociados» (1). La frecuencia de la acrocianosis en los infantilismos se explica asimismo sin más que recordar que la insuficiencia genital es uno de los elementos fundamentales de los estados infantiles. Pero el hecho clínico que nuestra experiencia nos enseña claramente es que en todos estos trastornos pluriglandulares es precisa la existencia de una insuficiencia genital clara, para que la acrocianosis se presente; y que hay un gran número de casos de insuficiencia genital pura, sin trastornos tiroideos ni hipofisarios, en los que, sin embargo, la mano hipogenital se ofrece netamente al observador.

Por eso, cuando en nuestra consulta encontramos esta alteración, que la primera ojeada clínica percibe ya, nos hacemos cargo casi con seguridad absoluta de que la función genital de la muchacha ó muchacho que la presenta, está perturbada en un sentido hipofuncional. Y al dirigir el interrogatorio en este sentido, para confirmar nuestra suposición, aconsejamos de pasada el hacerle con insistencia y con habilidad, sin contentarnos con la respuesta escueta que muchas veces hace el paciente á nuestra pregunta, pues es muy frecuente que en esta primera declaración nos dé el enfermo una impresión equivocada de su funcionamiento genital; unas veces inconscientemente, por falta de observación; y otras deliberadamente por preocupaciones morales, etc.

La «mano hipogenital» se caracteriza, según nuestra observación, por estos cuatro caracteres: 1.º, la coloración cianótica, violada de mayor ó menor intensidad que desaparece y tarda en reaparecer cuando es sometida á la presión moderada de la mano del observador; 2.º, la frialdad, que varía desde una simple sensación fresca hasta la de un objeto casi helado en los casos extremos; esta sensación de frío la percibe muchas veces, y quizá de modo muy molesto, el propio paciente; 3.º, la humedad, el sudor frío que baña toda la mano y que unas veces se limita á una ligera exudación de la palma, y otras llega á ser una abundante secreción de toda la mano, y 4.º, la tumefacción, el estado de engordamiento ó de pastosidad de los tejidos blandos de la mano, que producen una sensación típica en la mano del observador.

Nosotros hemos comparado la sensación total que da esta mano hipogenital al ser estrechada por la del médico, á la que produce una mano que ha estado mucho tiempo en el agua y que ha sido secada insuficientemente. Esta imagen da, creo yo, una idea exacta é

inconfundible de la mano hipogenital que venimos describiendo.

Á veces, cuando el trastorno acrocianótico es muy intenso, las uñas, según mi experiencia, crecen premiosamente y presentan estrías transversales y pequeñas manchas blancas, indicios de una troficidad deficiente.

Las manos hipogenitales son una manifestación propia del período post-puberal, de esos años que siguen a la crisis de la pubertad y que preceden al establecimiento definitivo de la función genital. Ni en los niños, ni en los hombres y mujeres maduros se observa, como no sea excepcionalmente, la acrocianosis. Y este es precisamente uno de los argumentos que yo estimo más importantes á favor de la naturaleza hipogenital del trastorno. Obsérvese que fisiológicamente las manos de los jóvenes normales tienen, al atravesar por estos años, no raramente una que pudiéramos llamar «acrocianosis fisiológica». En esta edad, en efecto, las manos se enfrían con facilidad; por eso es la edad de los sabañones, que espontáneamente desaparecen con los años y que justamente persisten de un modo anormal en aquellos jóvenes—sobre todo muchachas—cuya función genital tarda en adquirir su normal plenitud. Sin llegar al sabañón, que es un verdadero accidente patológico, hay muchas muchachas normales atormentadas por una sensación de sudor permanente en las manos, necesitadas de llevar constantemente en ellas el pañuelo para enjugárselas de continuo, y en las cuales el simple transcurso de los años hace desaparecer el síntoma, coincidiendo muchas veces, según he podido observar, con el primer parto, momento hasta el cual, según es sabido, no adquiere el ovario de muchas mujeres su completa potencialidad funcional.

Ya hemos dicho que el síntoma de que tratamos se presenta con mucha más frecuencia en el sexo femenino que en el masculino, observación que coincide con la de los demás autores, y que se explica bien por la mucha mayor frecuencia con que las alteraciones endocrinas—genitales y de las otras glándulas—se observan en la mujer con relación al hombre.

Todos los autores hacen hincapié en la acentuación que las manifestaciones acrocianóticas descritas presentan, por la influencia del frío. Por esto llamó Hertoghe á estas manos, «manos invernales» (1), en su memorable trabajo sobre los estados hipotiroideos que debieran leer detenidamente todos los que se ocupan de estas cuestiones, porque es un modelo no superado todavía de sagacidad clínica unida á una interpretación de los hechos llena de intachable respeto á la lógica médica. No son escasos los acrocianóticos que se curan por completo en cuanto llega la primavera. Por lo menos un alivio considerable no deja de observarse nunca. Claro es, que una calcrificación artificial alivia, aun en pleno invierno, los síntomas, pero siempre de una manera temporal.

Un hecho muy interesante sobre el que todos los autores han llamado la atención, es la frecuencia con

(1) Pende: «Endocrinología», 2ª edición.—Milano, 1921, página 712.

(1) Hertoghe: «De l'hypothyroïdie benigne chronique», *Neurol. Iconographie de la Salpêtrière*, 1892, pág. 261.

que en estas manos crónicamente cianóticas, prenden y arraigan tórpidamente distintos estados infecciosos como por ejemplo: supuración de los sabañones y de pequeños traumatismos, piodermitis diversas, etc. He observado la frecuencia con que las portadoras de estas manos, que se reclutan abundantemente en el gremio de criadas, padecen panadizos repetidos y tenaces (1). Son también frecuentes en estos casos las tuberculides, como varios de los citados autores anotan. Yo ví varios casos de este género que me envió para su estudio el gran maestro D. Juan de Azúa, y posteriormente he recogido varias observaciones más. Recuerdo especialmente el caso de dos jóvenes matarifes portadores de acrocianosis, que vinieron á mi consulta con poco intervalo de tiempo, quejándose de esas frecuentes impotencias funcionales de la juventud y en los que sin duda el manejo de cadáveres de reses tuberculosas con las manos hipogenitales, dió lugar á infecciones típicas de la piel cianótica de la expresada naturaleza. Recientemente los Dres. Covisa y Bejarano han descrito varias observaciones de tuberculosis de la piel en hipotiroides; no conozco estos casos con precisión, pero que creo que pueden sumarse á los casos que hemos hecho referencia, por las razones expuestas al principio de este artículo (2).

Repetimos que la acrocianosis no se observa en edades avanzadas. Sin embargo, la insuficiencia ovárica del climaterio va con frecuencia acompañada de trastornos de la inervación vasomotora de las extremidades que se pueden considerar como vecinos de la acrocianosis. Me refiero á la «enfermedad de Raynaud» y estados análogos cuya coincidencia con la menopausia citan todos los autores, cuya influenciación por el frío fué ya indicada por el mismo Raynaud, y cuya coexistencia con trastornos endocrinos, ya señalada por multitud de autores (3), ha sido confirmada recientemente por varios clínicos, principalmente en lo que se refiere á la hipótesis. Fundándome en datos de anatomía patológica que tengo todavía inéditos, aventuro la hipótesis de que tal vez la diferencia entre las acrocianosis juveniles y la enfermedad de Raynaud de la madurez estribe solamente en el estado de las arterias, sanas, flexibles y elásticas en el primer caso, y patológicas, esclerósicas en el segundo.

Hemos hablado de que la acrocianosis se observa casi exclusivamente en las manos. En los pies, en efecto, es rarísimo el comprobarla, y no lo atribuyo á la protección permanente de las extremidades inferiores por el calzado, pues éste no impide el que éstos se enfrien mucho, subjetiva y objetivamente, quizá más

que las manos mismas, en los sujetos acrocianóticos. Los sabañones mismos no son nada raros, como todo el mundo sabe, en los pies. Pero hay una región que es la terminación interior de las piernas, *los tobillos*, en los cuales se presentan con bastante frecuencia alteraciones exactamente iguales á las descritas en las manos y coincidentes con los mismos estados patológicos enumerados anteriormente, es decir, de un modo fundamental con la insuficiencia ovárica. A pesar de afectar á sitios ordinariamente no visibles, esta alteración que pudiéramos llamar «tobillo hipogenital», llega en ocasiones á hacerse muy molesta y á ser objeto de consultas expresas al médico, bien por la intensidad de los fenómenos objetivos, bien porque se acompañen de trastornos dolorosos ó parestésicos. Advertiremos solamente que aquí es mucho menos frecuente que en las manos el síntoma de la humedad de la piel. Esta, por el contrario, suele estar muy seca y presentar los folículos pilosos exageradamente salientes, por lo que no es raro que las pacientes comparen su piel en este sitio con el papel de lija. Las infecciones de la piel cianótica son aquí más frecuentes que en los miembros superiores, sin duda por la mayor exposición en que están con relación á aquéllas.

La patogenia de este proceso pueda referirse á un trastorno vaso motor, de naturaleza, claro es, vegetativa, condicionado por la escasez ó falta de diversas hormonas reguladoras de dicha función nerviosa. Entre estas hormonas, las ováricas juegan un papel importante como saben bien los clínicos acostumbrados á ver la importancia que los síntomas vasomotores tienen en el cuadro de los estados hipoováricos. Sería inútil penetrar más en este terreno de la patogenia, so pena de dejarse llevar demasiado por el halago peligroso de las hipótesis. Pero quiero añadir que en algunos de los casos, según la observación mía, debe jugar una parte importante en la producción de la cianosis y de la frialdad de los tegumentos el hecho puramente físico de la evaporación constante del sudor que se produce sin cesar. Me fundo para pensar así, en que en algunas de mis pacientes en los que el fenómeno sudoral era muy intenso, me bastó suprimir el sudor mediante una inyección de sulfato de atropina para que cediesen también todos los demás síntomas, de una manera casi teatral, creyendo las enfermas, llenas de admiración, que se habían curado instantáneamente.

Dos palabras para terminar sobre el tratamiento de estos estados. Hay en primer lugar un factor que siempre viene en nuestra ayuda: el tiempo, que en los meses dulces de cada año se encarga de aminorar las molestias y que, en definitiva, al alejar al paciente de la juventud le suele curar, como antes hemos dicho, de un modo radical. Contando siempre con esta acción beneficiosa cronológica, el médico debe instituir un tratamiento opoterápico adaptado á las condiciones endocrinas del sujeto que, como hemos dicho, pueden ser muy varias. Pero predominando siempre, como base de la cura, el tratamiento ovárico á dosis intensas y prolongadas. La opoterapia testicular suele ser ineficaz. Réstanos aconsejar, por fin, los baños de sol que en

(1) Entre las criadas es muy frecuente, en efecto, la insuficiencia ovárica asociada casi siempre á estados cloróticos. Se trata, por lo general, de muchachas muy jóvenes que vienen de sus pueblos á servir en las ciudades y en las que el brusco tránsito entre el ambiente rural y el ciudadano, el exceso de trabajo y el vergonzoso trato alimenticio é higiénico que por lo común reciben, unido á estados morales de tipo nostálgico, dan lugar á los estados patológicos citados.

(2) J. S. Covisa y J. Bejarano: «Tuberculosis é hipotiroidismo», Sociedad Española de Dermatología, 1920 21.

(3) Véase el resumen de la cuestión en Castellino é Pende, «Patología del simpático», Milán, 1915.

multitud de casos nuestros, ya de acrocianosis simple, ya asociada á diversos estados infectivos, incluso los tuberculosos, nos ha dado resultados que podemos calificar de excelentes.

Junio 1921.

EL ÁCIDO ÚRICO DE LA SANGRE

LECCIÓN DEDICADA EN EL HOSPITAL DE SAINT-ANTOINE,
EL 10 DE DICIEMBRE DE 1920, Á LOS MÉDICOS
CATALANES

POR EL

PROFESOR CHAUFFARD

(Traducida por E. Luengo.)

Señores:

La clínica médica de Saint-Antoine tiene la gran fortuna de recibir hoy la visita de algunos de los representantes más eminentes de la Medicina catalana. Por ello estamos muy reconocidos, muy honrados y me permitiréis que os dé las gracias muy cordialmente. Yo sé por qué dificultades materiales muy especiales acabáis de pasar para llegar así hasta nosotros, por lo cual no podemos estar más que muy reconocidos de vuestra visita. Nosotros sabemos que en todos los órdenes de la actividad humana, Cataluña trabaja y produce; sabemos que entre ella y nosotros no hay más que una frontera que, desde hace largo tiempo, ha desaparecido; que tenemos comunidades de raza, de sentimientos y de espíritu, que nos aproximan unos á otros. Nos consideraremos siempre completamente dichosos de recibir aquí á nuestros compañeros los catalanes, así como de ir á nuestra vez á verlos á ellos. Estad convencidos, señores, de que apreciamos plenamente el valor de vuestra visita.

Me habéis rogado que hable delante de vosotros y he pensado que nada podría interesaros más, quizá, que la exposición de las investigaciones que desde hace más de un año llevamos á cabo aquí en colaboración con el jefe de clínica, M. Brodin, y el jefe de trabajos químicos, M. Grigaut, sobre la cuestión del ácido úrico en la sangre, en el estado normal y después en el estado patológico.

Los hechos que vamos á exponeros son todavía en su mayor parte inéditos y tardarán en publicarse algunos días, siendo un placer para nosotros el ofreceros las primicias.

El ácido úrico es con mucho aquel de todos los compuestos químicos normales del organismo que puede decirse goza de la peor reputación; ya sea entre los médicos, ya sea entre los clientes, tiene por igual mala fama. Y esta tradición de mal renombre es tal, que véis á la gente ilustrada hablaros corrientemente de su ácido úrico, como os hablan ahora de su tensión arterial; estas son las dos bestias negras del parisién. Yo no sé si en Cataluña sucede lo mismo; pero aquí los dos enemigos del parisién un poco ilustrado, son la tensión arterial y el exceso de ácido úrico.

Por otra parte, toda una serie de nuestras estaciones termaleas se proponen hacer desaparecer el exceso

de ácido úrico de la sangre, y la opinión general es que el ácido úrico en exceso es un cuerpo esencialmente nocivo para el organismo. Sin embargo, esta idea de la nocividad del ácido úrico sólo ha descansado, durante muy largo tiempo, sobre bases muy inestables. ¿Sobre qué se basaba? Sobre las eliminaciones urinarias de ácido úrico ó de uratos. Se encontraba una cifra elevada de ácido úrico ó de uratos en las orinas y se sacaba de ello inmediatamente la conclusión de que, si había salido mucho ácido úrico del organismo, es que existía mucho y que probablemente quedaba en él mucho todavía. Se concluía, pues, del ácido úrico eliminado al ácido úrico retenido en el organismo, y, sin embargo, el ácido úrico eliminado por la orina no tiene ningún carácter nocivo.

No es, por lo tanto, el ácido úrico eliminado lo que hay que conocer, sino el ácido úrico retenido. Ahora bien: sobre este punto, durante muy largo tiempo, nuestros conocimientos han sido esencialmente deficientes, fragmentarios, tanto más, cuanto que hoy sabemos muy bien que toda investigación biológica, que no se basa más que en las eliminaciones urinarias, se expone á grandes causas de errores. Entre la sangre y la orina hay un intermediario, que es el riñón, y este intermediario es de un valor muy desigual, según los casos. Cuando el riñón es permeable, la eliminación es fácil, normal. Cuando el riñón no es permeable, ó cuando está más ó menos alterado, las eliminaciones son deficientes; existe una retención orgánica. Esta interposición del filtro renal entre el medio sanguíneo y el urinario es una causa de complejidad de los fenómenos y expone á errores de interpretación.

Es por esto por lo que en materia de ácido úrico, Garrod, al cual hay que recordar siempre, en materia de gota, porque su libro, del que tendremos que servirnos inmediatamente, es un libro primordial, libro admirable, lo mejor que hay, de mejor estudiado, lo más completo en materia de estudio de la gota; Garrod, hacia el 1848, ha prestado un enorme servicio, no solamente á la clínica de los gotosos, sino también á la medicina general, cuando ha demostrado que era necesario en los gotosos buscar el ácido úrico, el exceso de ácido úrico, no solamente en las orinas, sino sobre todo en la sangre. Ha dado una técnica muy ingeniosa, que permite, desde esta época, descubrir un exceso de ácido úrico en la sangre por el procedimiento que se llama «procedimiento del hilo».

Ponía en una pequeña copa de fondo ancho, una cierta cantidad de suero; las cantidades que él indica, son de 4 á 8 gramos de suero de la sangre del sujeto examinado. Después, añadía ácido acético, en una proporción que definía así: 35 centigramos de ácido acético por 3,50 gramos de suero. Empapaba en esta mezcla de suero y de ácido acético un hilo de tela no lavado (porque ningún detalle es despreciable en experimentos de este género), ponía todo ello á evaporar durante largo tiempo, á la temperatura de la habitación y, al cabo de uno ó dos días, se veían sobre el hilo, colgados, por decirlo así, cristales romboédricos, ó cristales de ácido úrico. Se puede comparar muy bien esta cristaliza-

ción al procedimiento que se conoce para la cristalización del azúcar cande, que se atraviesa por un hilo sobre el que vienen á depositarse los cristales de azúcar.

Tal es el procedimiento del hilo, é inmediatamente os serán proyectadas, según el libro de Garrod, algunas imágenes, obtenidas con este procedimiento y que os mostrarán la presencia de cristales de ácido úrico en la sangre.

Esto fué, señores, un gran progreso, y, sin embargo, este procedimiento, por ingenioso que fuese, no permitía llegar á una evaluación ponderal, sino decir sencillamente: hay un exceso de ácido úrico.

Garrod prosiguió sus investigaciones en diferentes sentidos, y llegó á decir que en el sujeto sano había encontrado algunas veces pequeñas cantidades de ácido úrico (lo cual muestra la mediocridad de la técnica química de que disponía) y que en los sujetos patológicos, aparte de los gotosos, se encontraba una gran acumulación en la sangre.

He aquí dos apreciaciones hechas por Garrod y que son de la mayor importancia.

Confirma esta acción patógena del ácido úrico en los gotosos, por otros dos órdenes del hecho: muestra que el tofo reciente, en estado cristalino, pulposo, está constituido por agujas muy finas de urato de sodio. Cuando un individuo tiene una vez un ataque de gota en una articulación, por lejano que esté este ataque, por benigno, igualmente, que haya sido, deja, á pesar de todo, su sello sobre la articulación, bajo la forma de un depósito blancuzco de urato de sosa que viene, por decirlo así, á incrustarse en los cartílagos.

Voy á hacer pasar ante vuestros ojos proyecciones de ácido úrico por el procedimiento del hilo, y apreciaréis distintamente las incrustaciones uráticas de la articulación gotosa.

Esto es lo que Garrod aportó para demostrar la acción patógena del ácido úrico en la gota, y esto era importante; pero las cosas quedaron ahí durante muy largo tiempo, y no se han ocupado ya mucho del ácido úrico, desde el punto de vista de su dosificación, porque no había técnica. Siempre es difícil un asunto cuando falta la técnica, porque faltan los elementos de apreciación.

La cuestión del ácido úrico no ha vuelto á ser de actualidad, por decirlo así, más que cuando dos fisiólogos y químicos además, los americanos Denis y Folin, han establecido recientemente una reacción del ácido úrico en el suero, basándose en una coloración azul, determinada por un reactivo fosfotúngstico, cuya fórmula publicaban.

Tenemos, pues, un hecho nuevo importante, determinado por una reacción colorimétrica, que permite conocer la cantidad de ácido úrico que contiene el suero sanguíneo.

Inmediatamente en América se efectuaron trabajos importantes sobre este asunto, trabajos reunidos en una revista general muy completa (que ha sido publicada este año). Han coleccionado toda la serie de trabajos hechos sobre el ácido úrico; todos estos trabajos casi no se refieren, sin embargo, más que á

dos órdenes de enfermos, los gotosos y los brighticos.

Nosotros os aportamos hoy un tercer grupo de enfermos, para los cuales creemos que estos datos son los primeros publicados; se trata de los calculosos, y todo lo que os voy á decir se referirá sobre todo á la gota y á la litiasis, es decir, á dos enfermedades esencialmente relacionadas y asociadas en su herencia, asociadas en sus manifestaciones clínicas, como lo atestigua una fórmula, que se cita con frecuencia, de Erasmo escribiendo á Melanchton: «Tú tienes la gota, yo tengo la litiasis; nos hemos casado con las dos hermanas.»

Y es que en efecto, estas dos enfermedades son enfermedades esencialmente similares y asociadas.

Nuestras investigaciones han recaído, pues, sobre los gotosos y los calculosos.

(Se continuará.)

INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA PROFUNDA ⁽¹⁾

POR EL

DR. JULIÁN RATERA

3.º No debe tenerse en cuenta la mortalidad operatoria que entraña la castración cruenta, pero sí la de la histerectomía por miomas, en la que la mortalidad es de 4 á 8 por 100.

Frente á esto, Krönig y Gauss aducen que, si bien la radioterapia, como dice v. Herff, no pone al abrigo de una muerte por embolia, ofrece muchos menos riesgos que la operación, como lo comprueba el hecho de que entre los pacientes que han sometido á los rayos Roentgen por miomas y metrorragias hay una gran proporción de mujeres de médicos, sobre todo de médicos que son muy buenos operadores.

4.º Es verdad que, como indica von Herff, el tratamiento radioterápico es de muy larga duración: el método de Albers-Schönberg exigía á menudo un año ó más, pero actualmente se puede administrar en una sola vez 600 á 800 unidades X de Kienböck y en muchas ocasiones se puede aplicar en una sola sesión la dosis curativa.

El tratamiento por los rayos Roentgen desarrolla su acción favorable actualmente en muy poco tiempo, no siendo justo comparar la operación con la radioterapia desde el punto de vista de la duración del tratamiento y de la convalecencia. La incapacidad para el trabajo que reporta la intervención cruenta es de seis semanas; es nula con el tratamiento por los rayos Roentgen.

5.º Se han observado muchas radiodermitis y los radioterapeutas de renombre han registrado esos lamentables accidentes. Actualmente, los progresos de la técnica son tales, que ya no son posibles estos accidentes.

Von Herff admite la posibilidad de accidentes tardíos. Krönig y Gauss declaran que no han observado nunca esos accidentes y que tienen en observación enfermas tratadas desde hace cuatro años.

6.º Von Herff culpa á la radioterapia de que está expuesta á errores de diagnóstico, sea que se tome un

(1) Véase el número anterior.

tumor del ovario por un mioma, sea que se desconozca una degeneración sarcomatosa del tumor, sea que pase desapercibido el desarrollo de un cáncer al lado de un mioma.

La confusión con un tumor del ovario es siempre posible, pero este error es poco frecuente, pues entre todos los tumores abdominales, es el mioma el de diagnóstico más fácil.

Más difíciles de reconocer son los casos en que el mioma ha sufrido la degeneración sarcomatosa ó se acompaña de un cáncer. Según las grandes estadísticas y según investigaciones anatomopatológicas, el mioma se transforma en sarcoma en 1 á 2 por 100 de los casos, pero el diagnóstico de esta degeneración es á veces muy difícil, aun abriendo el vientre. En favor de la radioterapia puede invocarse la acción curativa de los rayos Roentgen, que obran quizás más eficazmente sobre el tejido sarcomatoso que sobre el mismo mioma.

Respecto al cáncer, la asociación de éste con el mioma no puede escapar á la atención más que cuando el proceso maligno se desarrolla en el cuerpo uterino; pero aun así, habrá algún síntoma que disipará las sospechas y se podrá adquirir la certidumbre por un examen histológico.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA PROFUNDA

En este capítulo deberemos enumerar los puntos de vista que han sido tenidos en cuenta para el establecimiento de las indicaciones y contraindicaciones, y así, empezando por la edad, mencionaremos los distintos criterios que han sido emitidos para sentar la indicación del tratamiento con respecto á ella.

Albers-Schönberg, que ha sido á quien se debe el mérito de haber dado las primeras reglas precisas y metódicas para la radioterapia profunda en ginecología, en su comunicación al IV Congreso internacional para fisioterapia de Berlín en 1913, dice respecto de este punto: «De la mayor importancia es el establecimiento del límite de la edad, en lo que están conformes la mayoría de los autores, habiendo indicado Bordier la edad de treinta y nueve años, cuarenta Laquerrière y Delherm, Eymer y Haenisch, treinta á treinta y cinco Eymer y Runge; según este último autor fueron hechas amenorreicas las enfermas en la edad:

De 31 á 35 años	= 43	por 100.
De 36 á 40 »	= 31	»
De 41 á 45 »	= 50	»
De 46 á 50 »	= 82	»
De 51 á 55 »	= 87,70	»

Según mis experiencias, sigue diciendo Albers-Schönberg, se muestran aptas las enfermas hacia los cuarenta años y especialmente aquellas que son más viejas, en primer término, para el tratamiento Roentgen. Cuanto más próximas las enfermas á la aparición natural de la edad crítica, tanto más rápida y seguramente actúan los rayos, debiendo elevarse considerablemente la dosis en individuos jóvenes».

De esta opinión han participado muchos roentgenólogos, hasta que los trabajos de Roentgen y Gauss han demostrado que podía conseguirse la curación á edades

más inferiores, pudiendo conseguirse, por decirlo así, á cualquier edad, con la técnica que se ha hecho de uso corriente entre nosotros.

En apoyo de esto citaré los resultados obtenidos por nosotros en las enfermas que hemos tratado.

La edad de ellas estaba incluida entre los límites siguientes:

1 enferma	entre 20 á 25 años.
4 »	» 26 á 30 »
4 »	» 31 á 35 »
13 »	» 36 á 40 »
32 »	» 41 á 45 »
29 »	» 46 á 50 »
9 »	» 51 á 55 »
2 »	» 56 á 60 »
4 »	» 61 á 65 »
2 »	» 66 á 70 »

Pues bien, en todas ellas, *independientemente de la edad*, ha sido alcanzada la curación y no ciertamente tardando mucho más en las enfermas jóvenes que en las que tenían más edad, pues en la única enferma de *veintiún años* que hemos tratado y que tenía un fibromioma que ocupaba todo el vientre y excedía dos traveses de dedo el nivel del ombligo, fué conseguida muy fácilmente la olipomenorrea y la reducción muy considerable del tumor, dándosele el alta en un plazo que no excedió en nada al empleado habitualmente en la curación de las restantes enfermas.

Lo mismo podríamos decir de las enfermas que hemos tratado y cuya edad estaba comprendida entre los veintiséis y treinta años y los treinta y uno á setenta y cinco: en *todas ellas* el tiempo exigido para su curación ha sido el mismo que el que han exigido las enfermas de edad más avanzada.

Nosotros creemos que más decisivo que el factor edad es la naturaleza del fibroma, y sobre todo *su crecimiento más ó menos rápido*, para su curación, pues en el caso de la enferma de veintiún años, el crecimiento había sido muy rápido, lo cual nos permitió pensar que el fibroma obedecía pronto á las irradiaciones, pues sabemos que en estas condiciones las células son más radiosensibles que no cuando el crecimiento de los fibromas es lento, hecho que por otra parte está de acuerdo en la ley de Bergonié y Tribondeau.

Partiendo de esta misma suposición, en otro de los casos tratados por nosotros, y en el cual se trataba de un fibroma *de marcha lenta* en una enferma de veintinueve años, la tratamos desde el primer momento con la idea de que había de ser mucho más lenta su regresión, á pesar de que la enferma tenía ocho años más que en el caso anterior y en efecto, aun cuando ha obedecido y se halla ya próxima á ser dada de alta, ha sido su marcha regresiva mucho más lenta que en el otro caso.

Nosotros tenemos respecto de la edad la idea de que ha dejado de ser un factor que deba tenerse en cuenta para el establecimiento de una indicación y contraindicación y creemos que con la técnica moderna es posible llevar á todas las enfermas á la curación, cualquiera que sea su edad, siempre que no se presente en ellas ninguna de las otras circunstancias que puedan contraindicar el tratamiento.

Otro tanto puede decirse del *volumen* de los fibromas, el cual antes pesaba sobremanera en el establecimiento de las indicaciones, no aceptándose por la mayoría de los roentgenólogos sino los fibromas pequeños ó de mediano tamaño, pero considerando el excesivo volumen como una contraindicación.

Basta para convencerse de lo que decimos, mirar el cuadro de nuestros casos, el cual demuestra que la mayoría de las enfermas padecían fibromiomas voluminosísimos, pero no es esto lo más importante, sino que este carácter ha recaído también en la mayoría de los fibromas de las enfermas más jóvenes.

Este volumen es digno de tener en cuenta más que como tal volumen, por la fecha, que en general hace suponer que ha comenzado á desarrollarse el fibroma, pues la frecuencia de un fibroma cuyo comienzo se remonte á muchos años (nosotros hemos tratado casos cuyo origen se remontaba á veinte años) indica un fibroma cuyos elementos tienen escaso poder reproductivo; precisamente uno de los casos que han regresado más fácilmente ha sido el de la enferma tantas veces citada, de *veintiún años* y cuyo fibroma excedía dos traveses de dedo el nivel del ombligo, pero en la cual de antemano supusimos que había de llevar esta marcha fundándonos en la evolución rápida que había tenido desde su comienzo.

Hay otro dato que tener en cuenta en estos miomas muy voluminosos y antiguos, y es la frecuencia en su espesor, en algunos casos, de calcificaciones, á veces extensas, que naturalmente oponen una resistencia invencible al tratamiento. Sin embargo, yo creo que esto no debe considerarse como contraindicación nada más que en los casos en que sean tan extensas que impidan hasta la menor reducción de volumen que el fibroma hubiese de experimentar bajo la influencia del tratamiento Roentgen, cosa rarísima, pues por lo general, no se trata sino de algunos nódulos de calcificación; á esto, en general, puede atribuirse el hecho de que algunos fibromas comienzan á regresar muy rápidamente al comienzo de las irradiaciones, deteniéndose después y siendo imposible hacer llevar adelante la regresión.

Sin embargo, yo creo que aun en estos casos no puede hablarse en modo alguno de una contraindicación ni de un fracaso del tratamiento Roentgen, pues si nosotros hemos hecho desaparecer las hemorragias, disminuir ó desaparecer los fenómenos de compresión, reducir en parte el volumen del fibroma y al mismo tiempo el estado general de la enferma ha experimentado una gran mejoría, habiendo desaparecido la anemia y recobrado el apetito, el sueño y las fuerzas, no hay motivo para hablar nada más que de una curación que, lo mismo que todas las obtenidas con la roentgenterapia profunda, no necesita más que ser vigilada de tiempo en tiempo para ver si se mantiene ó experimenta alguna modificación.

Respecto del estado general de las enfermas, debemos decir que, aun cuando los fibromas son de naturaleza benigna, sin embargo, en la mayoría de los casos le alteran, aun en aquellos casos que no se acompañan de hemorragias y en los que el período es absolutamen-

te normal, presentando las enfermas un color pálido especial, al mismo tiempo que se quejan de falta de fuerzas, fenómenos todos que desaparecen durante el tratamiento, teniendo las enfermas, en ocasiones, tal apetito, que recuerda al que se presenta en la convalecencia de la fiebre tifoidea.

Precisamente en estas alteraciones del estado general y sobre todo en las modificaciones de la cantidad de hemoglobina se funda Albers-Schönberg para juzgar de la naturaleza de la tumoración, pues en los casos en que esta cantidad, que en ocasiones ha llegado á ser hasta del 15 por 100 (Gauss) no aumenta, debe de pensarse en una tumoración de carácter maligno: en caso contrario se la ve ascender rápidamente en poco tiempo, salvo en aquellos casos, como indica también Albers-Schönberg, en que las enfermas perteneciendo á la clase más modesta de la sociedad, no pueden procurarse elementos para reponerse rápidamente.

Dentro del tamaño de los fibromas citaremos la posibilidad de que sea un fibroma pequeño el que establezca una contraindicación absoluta al tratamiento Roentgen, y es en aquellos casos en que no habiendo ascendido hacia el vientre y habiendo quedado retenido en la pequeña pelvis, su desarrollo se ha verificado de tal manera que han quedado aprisionados en ella, provocando síntomas intensos de compresión de los órganos pelvianos, y entre ellos el citado por Fränkel, de incarceration aguda de la vejiga, estado en el cual se impone rápidamente la operación; sin embargo, debemos confesar que afortunadamente este estado debe de ser muy raro, pues en los años que llevamos tratando enfermas fibromatosas, y con el número de éstas que hemos tratado, no se nos ha presentado todavía ninguno; además, antes de que se llegue á este grado de compresión, las enfermas deben de experimentar otros fenómenos, que hará sospechar la existencia del fibroma, y con las técnicas actuales es posible, dadas las grandes cantidades de rayos Roentgen, que puede darse en poco tiempo, impedir que estos fenómenos de compresión sigan adelante y que aparezca la indicación absoluta operatoria que hemos citado.

La *naturaleza* del tumor también es digna de tener muy en cuenta, habiendo experimentado, afortunadamente, también modificaciones favorables para el tratamiento las indicaciones Roentgen establecidas hace algunos años.

En efecto, antes se trataba principalmente los fibromas intersticiales, habiendo algunos radiólogos que apenas si se decidían á irradiar los subserosos, que en general son menos sensibles y se consideraba la submucosidad como una contraindicación absoluta.

Nosotros creemos que la submucosidad ha entrado hace ya tiempo dentro de las indicaciones de la radioterapia profunda, y que esto hay que agradecerlo exclusivamente á las altas dosis que emplea la Escuela de Freiburgo; en efecto: el peligro principal de la submucosidad es la hemorragia, y todos sabemos que con las técnicas antiguas, la regla era que las hemorragias aumentasen en intensidad al comienzo del tratamiento, habiendo habido algunos casos de muerte, afortunadamente muy

pocos, debido á esto, que sirvió á Albers-Schönberg para establecer una contraindicación en los casos de mujeres muy desangradas y fuertemente anémicas.

Sin embargo, con la técnica de Gauss no es de temer actualmente nada, pues desde que se ha introducido en la práctica y se ha hecho uso de mayores dosis, aquellos casos no han vuelto á repetirse.

En favor de lo que decimos, citaremos una enferma, tratada por nosotros y que figura en el cuadro con el núm. 38, que tenía fibromioma, en parte expulsado á través del cuello del útero y desarrollado en la pared posterior del mismo, con hemorragias intensísimas que le habían producido una anemia muy alarmante y caya amenorrea era alcanzada poco tiempo después, hallándose perfectamente curada desde el verano de 1916.

Krönig ha mencionado el hecho de que en un 1 por 100 de los casos tratados en la Clínica de Freiburg, ha aparecido un síntoma que le atribuye á una submucosidad existente, caracterizado por la aparición de una pequeña hemorragia, que se presenta de vez en cuando, á pesar del tratamiento Roentgen; pero esto no debe considerarse como una contraindicación en modo alguno, pues además de que esta hemorragia es absolutamente inofensiva para la enferma, puede ceder, en los casos en que resiste al tratamiento Roentgen, á aplicaciones intravaginales ó mejor intrauterinas de radio, los cuales no detallamos aquí por no ser del dominio de este trabajo, que sólo se refiere á roentgenterapia, aun cuando sí mencionaremos que en la actualidad tenemos un caso en el que ha ocurrido lo citado por Krönig, y que con el tratamiento combinado radoradiumterápico, está obedeciendo perfectamente.

Nos resta por hablar, respecto de la naturaleza de los fibromas, de los otros casos que pueden considerarse excluidos del tratamiento Roentgen, que afortunadamente son muy pocos, en efecto: pueden reducirse á los siguientes:

- 1.º Miomas pediculados, expulsados totalmente á través del cuello uterino.
- 2.º Miomas quísticos.
- 3.º Miomas supurados y gangrenosos, cuya existencia se revela principalmente por la persistencia de fiebre.
- 4.º Los complicados con inflamaciones supuradas de los anejos; sin embargo, éstos pueden tratarse mediante la diatermia perfectamente, pudiendo ser tratados ulteriormente los fibromas por la radioterapia; y
- 5.º Los miomas degenerados sarcomatosamente ó carcinomatosamente.

En este último caso es necesario para que, de no irradiar, dé buen resultado la operación, un diagnóstico lo más precoz posible y que el tumor se halle en buenas condiciones de extirpación; de otro modo, es mejor irradiar la tumoración intensivamente, y aun en el caso de que sea extirpada por la operación, es necesario irradiar ulteriormente, á fin de destruir los elementos degenerados malignamente que puedan quedar y prevenir de este modo la recidiva.

Digamos en honor de la radioterapia, que la degeneración maligna, sobre todo sarcomatosa, se observa con menos frecuencia desde que se practica la radioterapia de los fibromas, lo cual indica la acción curativa que evidentemente ha tenido en algunos casos, que de no haber sido tratados por este procedimiento, habrían degenerado malignamente.

Recientemente, Bergonié y Spidar han publicado un interesante trabajo de tratamiento radoradiumterápico del cáncer uterino, que, sumado á los publicados en Alemania, principalmente los de Bumm y Warneltros, hace pensar que en época quizás no muy remota, estas degeneraciones malignas serán tratadas exclusivamente por la roentgenterapia y radiumterapia, desapareciendo por completo la cirugía como tratamiento de ellas.

El estado general influyó mucho al principio en el establecimiento de las indicaciones: sólo le mencionamos en este lugar para decir, como hemos dicho antes al hablar de la anemia, que hoy no ofrece contraindicación alguna para el tratamiento Roentgen la existencia de enfermedades cardíacas, que en su gran mayoría depende de la existencia del fibroma, viéndoselas mejorar al par que mejoran éstas, y que lo mismo puede decirse de las enfermedades renales y del aparato respiratorio.

Nosotros hemos tratado una enferma afecta de una bronquitis pertinaz, caracterizada por una tos muy molesta, pero seca, quintosa, con todos los caracteres de una tos uterina refleja que mejoró y se curó radicalmente tan pronto como se curó la causa, que era el fibroma que la provocaba.

Actualmente Krönig deja reservados para la operación principalmente los casos en los que se creía ligada la existencia de los mismos á la de una esterilidad existente y donde se realizó la enucleación de los mismos para obtener una fertilidad, y además, también en aquellos casos en los cuales, en individuos jóvenes, ha provocada un mioma aislado, fácilmente quitable, exclusivamente síntomas de compresión en los órganos internos.

En los estados discrásicos tales como la hemofilia les consideramos nosotros como una contraindicación para el tratamiento Roentgen; en un caso de metrorragia de origen ovárico en una enferma de veintiocho años, no nos fué posible detener las hemorragias, falleciendo la enferma, completamente extenuada por ellos, en el intervalo de descanso de dos series de irradiaciones.

CONCLUSIONES

I. La radioterapia profunda representa en la actualidad un método científico, perfectamente conocido y estudiado, que puede considerarse como el procedimiento de elección para el tratamiento de muchas enfermedades ginecológicas.

II. La acción de la radioterapia en este terreno está fundada en el efecto electivo y atrofiante que los rayos Roentgen producen en el ovario, predominantemente en el pedículo de Graaf.

III. Sin embargo, en el tratamiento de los miomas

es imposible negar también una *acción directa sobre las células miomatosas*, cosa demostrada por el hecho de atrofiarse tumores en enfermas jóvenes, sin conseguirse en ellas la completa supresión del período é igualmente producirse la misma acción en enfermas que han pasado más allá de la edad de la menopausia.

IV. Atendiendo á la *edad*, las indicaciones de la radioterapia han variado con los diferentes autores, oscilando en amplios límites, siendo considerado en general el límite inferior como de treinta y cinco años; las observaciones de Krönig y Gauss y otros autores, confirmados por nosotros en nuestra práctica, nos permiten afirmar que, en realidad, no existe límite de edad, habiendo atrofiado nosotros rápidamente tumores fibromatosos en enfermas jóvenes, apareciendo en ellas solamente una oligomenorrea transitoria, que desaparecía más adelante.

V. Atendiendo á la *naturaleza* del fibroma, igualmente ha entrado dentro del tratamiento fibroma que antes no se irradiaba por el aumento de las hemorragias que se producían al comienzo del tratamiento como son los submucosos. Con las dosis de luz que se administran hoy, es posible llevarlos á la curación, sin que sea de temer, como antiguamente, el peligro de las hemorragias.

VI. Ciertos estados, considerados antes por Albers-Schönberg, como contraindicados para el tratamiento Roentgen, han dejado de serlo por los progresos de la técnica. Así, este autor aconsejaba en el año 1909 no irradiar mujeres desangradas, que padecían miocarditis, debilidad cardíaca y anemia grave. Sin embargo, Menge, en 1912, las considera especialmente aptas para la radioterapia.

VII. Ciertos estados discrásicos (hemofilia) pueden provocar una contraindicación, por la aparición de hemorragias incoercibles que puedan presentarse durante el tratamiento.

VIII. Si después de dos ó tres series de aplicaciones en los que se haya dado, bajo intensa filtración, 160 ó 240 X para un fibroma de mediano tamaño, no disminuyen ó desaparecen las hemorragias, entonces debe suspenderse el tratamiento ante el temor de que se trate de una tumoración maligna ó de un fibroma degenerado malignamente, y recomendar á las enfermas la operación.

IX. No debe suspenderse nunca el tratamiento á raíz de la supresión del período, sino dar á continuación de ella una ó mejor dos series de sesiones análogas á las anteriores para hacer permanente la amenorrea provocada. De otro modo hay posibilidad de que más adelante pueda volver á presentarse las hemorragias.

X. Un tratamiento bien dirigido no debe provocar lesión de ninguna clase en la piel. Los estudios y experiencias acumulados en estos últimos años ponen al abrigo de lesiones que recaen en desprestigio de un método que bien ejercido está llamado sólo á producir beneficios.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El modo de acción de las curas hidrocarbonadas en los diabéticos, por M. Labbé.**—Las ventajas de las curas de feculentos en los diabéticos han sido varias veces hechas notar. Lambling atribuía el mecanismo de su éxito á tres factores principales: 1.º, la pobreza del régimen en albúmina y la exclusión de la carne; 2.º, el aumento de la tolerancia por la disminución del nivel glucémico; 3.º, las modificaciones histofisiológicas del páncreas. Sin embargo, se trata de una cuestión muy compleja y Labbé aporta algunas observaciones capaces de esclarecer ciertos problemas expuestos por Lambling. Según Labbé, las diversas curas de feculentos no tienen todas la misma significación; depende en gran parte de la supresión total ó no de la carne; hay que distinguir dos categorías de enfermos en lo que se refiere á la acción de la carne: los regímenes cárneos excesivos son particularmente peligrosos en los diabéticos con desnutrición y acidosis, en los que producen aumento de la glucosuria y de la acidosis; son relativamente menos nocivos en los diabéticos sin desnutrición en los que sólo aumentan muy moderadamente la acidosis. Lambling propone una explicación histofisiológica de la acción de las curas de feculentos, fundada sobre la teoría del balance de los acini y de los islotes de Langerhans. Según él, el ayuno completo ó relativo, la supresión de la carne, el empleo de bicarbonato de sosa, disminuirían el trabajo de los acini y permitirían á los islotes aumentar su masa; de donde un aumento de la secreción interna y una mejoría del metabolismo hidrocarbonado. Se apoya en el hecho de que en el ayuno se ve crecer el número y el volumen de los islotes, á expensas de los acinis, mientras que á consecuencia de la realimentación se produce lo contrario. Supone, por otra parte, que el régimen cárneo, que pone en juego la secreción de los acini, debe disminuir la función de los islotes. La experimentación no permite aceptar esta interpretación. En el curso de experiencias sobre la alimentación prolongada de cobayas con carne, ha visto Labbé con P. Thaon que el régimen cárneo conducía á una multiplicación y á una hipertrofia considerable de los islotes pancreáticos. Así, pues, no es por la hiperfunción de los islotes considerados como localización de la glándula endocrina pancreática, como se puede explicar el buen efecto de la supresión de la carne en los diabéticos. Tampoco puede explicarse de esta manera, según el autor, la tolerancia variable que presenta un diabético para los diversos hidratos de carbono. (*Paris Medical*, núm. 19, de 7 de Mayo de 1921.)—LUENGO.

2. **Nota sobre un nuevo método de tratamiento de las mielitis y principalmente la de la tabes, por G. Bernard.**—El autor expone un nuevo procedimiento para tratar las diversas mielitis y principalmente la de la tabes. Aunque el método está todavía en el período de tanteos, lo da á conocer Bernard con objeto de que pueda avanzar más rápidamente la cuestión. Cada vez más se tiene la convicción de que la lesión inicial de la tabes es antes de toda lesión medular, la meningitis sifilítica posterior. Esta lesión, en lo que concierne á la duramadre y á la aracnoides, se traduce sobre todo por una *porosidad* que contrasta con la impermeabilidad que caracteriza normalmente á estas envolturas; pero aun antes de la aparición de toda alteración de las meninges, el líquido cefalorraquídeo del tabético está modificado; es, precozmente, el lugar de asiento de una linfocitosis marcada y no solamente de la reacción de Wassermann, cuan-

do todavía no existe en la sangre, sino que precipita el oro coloidal y el benjuí coloidal. Finalmente, diversos experimentadores han tratado de detener la evolución de la tabes obrando directamente sobre la medula, utilizando unos medicamentos antisifilíticos, como los mercuriales y arsenicales y otras diversas sustancias. Unos y otros emplean la punción lumbar para introducir dichos medicamentos en las vecindades de la medula, pero ninguno de estos métodos ha podido dar un resultado durable. Además, todos los autores han notado que la introducción de líquidos heterogéneos hasta el contacto con la piamadre, determinaba una fuerte reacción meníngea que se manifiesta sobre todo por una «lluvia» de leucocitos, signo evidente de una defensa del organismo. También se ha utilizado la vía epidural, pero no tardó en ser abandonada. El autor ha pensado que sería posible detener el desarrollo de las mielitis y especialmente la de la tabes, obrando directamente sobre las meninges por medio del mismo líquido que las baña y ha imaginado el procedimiento siguiente: extracción por punción lumbar de 10 c. c. de líquido cefalorraquídeo del enfermo: se recoge asepticamente y se calienta tres veces a 55°, volviendo a ser inyectado por vía epidural. La operación se repite al cabo de cuatro días. Aunque el método es tan reciente que no pueden juzgarse los resultados lejanos, en cambio los resultados inmediatos han sido en extremo satisfactorios. Inmediatamente después de la inyección los dolores cesan, reaparece el sueño y el enfermo experimenta una sensación de tranquilidad muy marcada y persistente, en nada comparable al efecto de una raquianestesia. Por otra parte, la perfecta inocuidad del método contrasta con todo lo que ha sido hecho hasta el día en este sentido. Podrán ensayarse, además, procedimientos derivados, por ejemplo, el líquido cefalorraquídeo, servirá para hacer una suspensión de un cuerpo coloidal, ó se intentará su reinyección en el espacio subaracnoideo. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 36, 7 de Mayo de 1921.)

—LUENGO.

3. **Espíritu de alcanfor en la fiebre del heno y en el asma.**—Stuver refiere de un henero que sufría de asma desde que tuvo la tos ferina a los nueve meses. Después de ensayar todos los remedios sin otro efecto que alivios pasajeros, empleó una mezcla de ácido fénico, alcanfor y brea, aplicándola a la mucosa nasal por medio de un pulverizador. Ultimamente usó el espíritu de alcanfor solo. Los ataques de asma iban siempre precedidos por síntomas de fiebre del heno; en cuanto notaba esos síntomas vertía un poco de espíritu de alcanfor en el hueco de la mano y lo aproximaba a la nariz inhalando abundantemente y varias veces, y así prevenía el ataque. Ha empleado de este modo el alcanfor durante diez y ocho meses y en todo este tiempo no ha sentido un solo ataque de asma. (*Western Medical Times*).—A. P. M.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Colesteatoma pituitarico.**—El Dr. Bruce C. Lockwood comunica el siguiente interesante caso clínico:

G. P., obrero polaco, veinticinco años, que ingresó en el Hospital de Recibo, el 7 de Julio de 1920, y cuya historia familiar, personal y venérea era negativa, se casó en 1912 con una viuda que tenía tres hijos sanos. No hubo ningún embarazo, y la esposa lo abandonó en 1916. El presente trastorno se inició al parecer en 1910, en forma de estreñimiento que ha durado durante toda su enfermedad. En 1913 comenzó a perder la visión del campo temporal del ojo izquierdo. Al año siguiente, la perdió en el campo nasal y también en el campo temporal del ojo derecho. Hoy día puede ver tan sólo

con el campo nasal derecho de la visión (mitad temporal de la retina). Tuvo algunos dolores sordos y difusos en la cabeza en 1913 y 1914, pero desde aquella fecha sólo ha tenido cefalalgia sorda raras veces. También comenzó a perder el vello de la cara y cabeza en 1913, y advirtió que la piel se volvía más delicada y blanda. El cabello de la cabeza le volvió a salir casi todo, pero poseía características más finas y suaves y no era tan espeso como antes. En 1914 perdió todo su poder sexual, y advirtió que el pene y los testículos se volvían más pequeños. Estos síntomas han persistido. Durante toda su enfermedad ha existido considerable debilidad muscular. Había perdido unas 10 libras (4,54 kilogramos) de peso, durante los últimos tres ó cuatro años. No había tenido vómitos y su historia restante era negativa.

Exploración.—El paciente pesaba 150 libras (68,10 kilogramos). Medía 5 pies 8 pulgadas (1,70 metros) de estatura. El pulso variaba entre 50 y 90. La temperatura era siempre ligeramente subnormal, la respiración de 20. El paciente se hallaba bien nutrido. La piel tenía aspecto pálido y algo amarillento, era suave y fina como la de una mujer. Los cabellos de la cabeza eran finos, sedosos y no muy espesos. En la cara sólo había algunos vellos finos esparcidos. No tenía vello en el cuerpo ni en las axilas, pero sí algunos vellos púbicos muy finos. El cráneo era normal. Los ojos revelaban movimientos extraoculares normales. La pupila izquierda se hallaba dilatada y fija; la derecha reaccionaba normalmente. El ojo izquierdo se hallaba totalmente ciego, y el derecho también en la mitad temporal de la visión. Los fondos oculares revelaban atrofia óptica primaria completa en el lado izquierdo é incompleta en el derecho. La exploración cefálica resultó, por lo demás, negativa, aparte de alguna piorrea y ligera hipertrófia de las amígdalas.

Los pulmones revelaban una ligera disminución de la resistencia en ambos lóbulos superiores, con respiración ruda y ligero aumento en la transmisión de la voz cuchicheada. No había estertores. El corazón era normal. El abdomen reveló un panículo abundante, con un contorno general que indicaba el tipo femenino, debido al depósito adiposo y la relajación cutánea. Las extremidades tenían aspecto normal, excepto por las alteraciones cutáneas y pilosas ya indicadas. Los genitales revelaban un aumento del depósito de tejido adiposo en el fondo. El pene era muy pequeño. El tamaño de los testículos era como de la mitad de lo normal.

El examen neurológico resultó negativo en lo que se refiere a los reflejos profundos y superficiales, alteraciones sensoriales y en las pruebas de coordinación, etc. Había perdido parte de la fuerza muscular. El examen de la función motriz, por lo demás, resultó negativo.

La presión sanguínea, en varias lecturas, varió entre 80 y 90 sistólica y entre 45 y 55 diastólica.

Las muestras de orina de veinticuatro horas variaban entre 500 y 1.000 c. c. La orina resultó normal, en cuanto a albúmina, azúcar y al examen microscópico. Los recuentos total y diferencial de la sangre resultaron negativos. La Wassermann sanguínea resultó negativa. El azúcar sanguíneo reveló una curva en ayunas, de 0,05 por 100; a los cuarenta y cinco minutos después de la ingestión de 1,75 gramos de glucosa por kilogramo de peso, 0,134 por 100; dos horas después de la ingestión de glucosa, 0,110; tres horas después, 0,08 por 100.

La orina resultó negativa en cuanto a glucosa, dos, cuatro y seis horas después de ingerir esta sustancia.

El análisis fraccional del estómago reveló falta de ácido clorhídrico libre y acidez total baja; por lo demás, la exploración resultó negativa.

La prueba de la epinefrina de Goetz resultó negativa.

El informe roentgenográfico sobre la cabeza, demostró que la silla turca se hallaba muy hipertrofiada, anterior y posteriormente y hacia arriba. Al parecer, existía una hipertrofia enorme de la hipófisis, en particular de las porciones posterior y superior.

Recapitulación y diagnóstico.—Se destacan estos hallazgos positivos: Un adulto, con historia negativa, comenzó a sufrir de estreñimiento hace diez años. Se presentaron durante los primeros cinco años, cefalalgia, hemianopsia bitemporal é hipertrofia óptica, pérdida del cabello y alteraciones de la cortextura de la piel, pérdida del poder sexual y atrofia de los genitales é hipertermia, pulso lento é hipotensión sanguínea. Los hallazgos positivos del laboratorio revelaron aumento de la tolerancia para la glucosa, con reacción epinefrínica negativa, hipoacidéz gástrica y hallazgos roentgenográficos de una silla turca enormemente engrosada. En vista de los hallazgos, se vió bien que se trataba de un tumor del cuerpo pituitárico ó que oprimía á éste, produciendo atrofia por presión del quiasma óptico y destruyendo á la vez la misma glándula de modo que producía síntomas y signos marcados de hiposecreción. Consideramos la operación; pero en aquella fecha nos visitaba el profesor Forsell, de Estocolmo, Suecia, que se mostró entusiasta sobre la aplicación de la roentgenoterapia en estos tumores. Comenzamos su técnica administrando al mismo tiempo la pituitaria completa por vía bucal. Al principio hubo alguna mejoría, pero poco después el paciente cayó en delirio y sucumbió.

Autopsia.—(Verificada por el Dr. V. A. Valkenberg).—El cuerpo, cabellos, piel, etc., se hallaban lo mismo que ya hemos indicado antes de la muerte. La pleura izquierda se hallaba adherida. Había tubérculos cicatrizados y congestionados, cerca del hilio y en el vértice del pulmón izquierdo. La pleura del pulmón derecho se hallaba adherida en el vértice, con un depósito de unos doce tubérculos cicatrizados en la misma área. El corazón era normal, aparte del aumento pronunciado de grasa pericárdica y alguna degeneración adiposa del músculo. La exploración de la aorta reveló algunas placas ateromatosas cerca de las coronarias. El epipión, hígado, vesícula biliar, bazo, páncreas, suprarrenales, estómago, intestino y apéndice, parecían normales, aparte de algún aumento del depósito de tejido adiposo.

Extirpamos sin dificultad la cúpula del cráneo. La duramadre se hallaba normalmente adherida, excepto en la región de la silla turca, de la que la desprendimos con gran dificultad. Encontramos un quiste del tamaño de un huevo de paloma, que invadía la glándula pituitaria y se extendía anterior y lateralmente. La silla turca medía $1\frac{1}{2}$ por 2 pulgadas (3,5 por 5 centímetros) anteroposteriormente. Se hallaba muy hipertrofiada y ahuecada, con erosión del hueso. El tumor mismo tenía forma oval. Medía 2 por $1\frac{1}{2}$ pulgadas (5 por 3,5 centímetros), y consistía en un gran quiste, con muchos quistes más pequeños en el extremo posterior. No invadía el tejido cerebral, pero había apartado los pedúnculos cerebrales. En la base del tumor, se encontraba tejido pituitárico, como del tamaño de un hueso de cereza y que revelaba alteraciones adenomatosas.

El examen microscópico llevado á cabo por el Dr. P. F. Morse, reveló quistes colesteatomatosos de la hipófisis, con hiperplasia (compensatoria) de las células del parénquima. Existía atrofia del epitelio tubular de los testículos, falta de células intersticiales y ningún signo de espermatozoos. Los ríñones revelaron pronunciada calcificación de los túbulos (calcificación metastásica), pero sin ninguna otra lesión. Existía antracosis extremada, fibrosis y enfisema pulmonar, ede-

ma agudo y congestión hipostática, y la base era normal. Había existido pericolangitis reciente. Existía atrofia marcada en las fibras del músculo cardíaco y miocarditis fibrosa precoz. Existía arterioesclerosis precoz de la aorta.

Colesteatomas.—Ewing describe los colesteatomas como tumores compuestos de sustancias ceras y escamosas laminadas, encerradas en una pared de células escamosas estratificadas. Proceden de inclusiones epidérmicas embrionarias. Se encuentran en todas partes del cerebro. Algunos patólogos creen que la mayoría de los colesteatomas cerebrales proceden de una inclusión de la pared faríngea conectada con la hipófisis. Bostroem cree que se originan en restos ectodérmicos que arrastran consigo al cerrarse las vesículas cerebrales. Erdheim ha comunicado trece colesteatomas de la base del cerebro, ninguno de los cuales parecía hallarse unido á la pituitaria y de los que sólo algunos se hallaban en la línea media. En la literatura, sólo he encontrado un caso de colesteatoma infundibular. Otros tumores de la pituitaria comprenden las hiperplasias difusas, los adenocarcinoma y sarcoma.

Sumario y conclusiones.—En un caso como éste, que reveló signos secretorios locales é internos de pituitarismo y encontrándose en la autopsia un tipo raro de tumor quístico que afectaba la glándula misma, salta á la vista la futilidad de la roentgenoterapia, á menos que pueda demostrarse perfectamente que el tumor es un adenoma. La intervención cruenta está indicada en todos estos casos, y es el método que debe escogerse para dominar tales estados. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1 de Junio de 1921).

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Hemorragias intestinales en un lactante. ¿Invaginación intestinal frustrada?—El Dr. Conrado Pelfort refiere el siguiente caso clínico:

El niño S. S., de siete meses de edad, es traído á la Policlínica Médica del Hospital «Pereira Rossell», el día 5 de Octubre de 1920.

Antecedentes hereditarios.—Padre y madre sanos.

Antecedentes personales.—Nacido á término de embarazo normal, pesando 4.000 gramos. Fué alimentado á pecho por la madre. A los dos meses pesaba 5.750 gramos y presentó un eczema seborreico del cuero cabelludo. Continuó aumentando regularmente de peso. Al tercer mes pesaba 6.200 gramos y al cuarto 6.600.

Enfermedad actual.—El día 5 de Octubre por la tarde el niño comió algunas cortecitas de pan y varias horas después acusó dolores abdominales, razón por la cual la madre lo llevó al hospital, donde el médico de guardia aconsejó aplicaciones calientes sobre el abdomen. El niño continuaba alimentado á pecho exclusivamente.

Octubre 6.—Vemos el niño por primera vez. La madre nos cuenta que en la madrugada el niño tuvo dos deposiciones abundantes y sanguinolentas, casi sangre pura, sin materias fecales. Además tuvo un vómito. A las diez de la mañana, hora en que lo examinamos, comprobamos su buen estado general; tiene siete meses y pesa 8.150 gramos; la temperatura rectal es de 37°. Las hemorragias intestinales nos hacen pensar inmediatamente en la invaginación intestinal. No obstante, la palpación minuciosa del abdomen no nos permite descubrir la existencia de ninguna tumefacción como la que habitualmente ofrece el *boudin* de invaginación. El tacto rectal tampoco revela nada anormal; al retirar el dedo, éste sale recubierto de sangre y se produce una pequeña evacuación sanguinolenta. El examen de la región anal no

revela ninguna erosión que pudiera dar origen á la hemorragia. Tampoco se le habían practicado al niño lavajes intestinales, en el curso de los cuales la cánula pudiera haber herido las paredes de la región anal. Examinamos atentamente los senos de la madre sin descubrir en los pezones ninguna grieta que al sangrar hubiera hecho ingerir sangre al niño. Nos limitamos á ordenar aplicaciones calientes sobre el abdomen y continuar la alimentación á pecho. Aconsejamos que, si se nota algo anormal, el niño sea traído por la tarde al hospital.

A pesar de nuestras recomendaciones el niño no nos fué traído hasta el día 9. Nos enteramos de que el niño pasó sin novedad la noche del día 6, de que en la mañana del 7 tuvo una deposición diarreica con mucosidades sanguinolentas y, además, cólicos intestinales repetidos; á eso de las once de la mañana del mismo día tuvo una deposición de sangre pura; luego, pasó la tarde y la noche sin novedades.

Octubre 9.—Temperatura rectal 37°, lengua saburral, vientre completamente normal á la palpación, ligero catarro bronquial. Prescribimos contra los cólicos intestinales, dos gotas de elixir paregórico, en poción, cada tres horas.

Octubre 11.—Ha pasado bien; ayer no tuvo ninguna deposición; hoy de mañana tuvo una con mucosidades y alguna estría sanguinolenta. Peso: 7.800 gramos. Abdomen normal.

Octubre 16.—Se considera curado. Peso: 7.900 gramos.

En resumen: vemos un niño que se ha presentado bruscamente con hemorragias intestinales profusas, sin que se haya encontrado causa evidente de las mismas. Dada la importancia del síntoma hemorragia intestinal en el diagnóstico de la invaginación intestinal, es lógico que desde el primer momento se haya pensado en ella; pero no fué posible descubrir en ningún instante el *boudin* característico, ni por la palpación abdominal, ni por el tacto rectal. Todo coincidía con un estado general excelente y desapareció en pocos días sin dejar huellas. ¿Se ha tratado, acaso, de una invaginación intestinal frustrada, es decir, que aquélla no llegaba á producirse, deteniéndose en el período inicial, ó puede haber jugado un rol importante la ingestión de pequeños trozos de corteza de pan, que podría haber determinado erosiones de las mucosas gástrica ó intestinal, causas ellas de las hemorragias?

No es posible llegar al esclarecimiento total de la verdad por falta de elementos de juicio. Queden sólo las dos hipótesis enunciadas como más próximas á aquélla. (*Revista Médica del Uruguay*, Mayo de 1921).

BIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Hipófisis y gestación.—El Dr. Manuel Luis Pérez, después de un interesante estudio sobre esta materia, establece las siguientes conclusiones:

1.^a Durante el embarazo, la hipófisis se hipertrofia; esta hipertrofia va aumentando, á medida que el embarazo progresa.

2.^a La hipertrofia hipofisaria se hace á expensas del lóbulo glandular, lóbulo que es asiento de modificaciones histológicas fundamentales.

3.^a Esta hipertrofia glandular, histológicamente se traduce por el ensanchamiento de los cordones celulares, los que se aprecian más netos y más regularmente dispuestos, y el aumento de tamaño de todas las células y sus núcleos.

4.^a No existe, hasta ahora, un acuerdo unánime respecto al tipo celular que predomina durante la gestación; sin embargo, se tiende á admitir el aumento de las células siderófilas de Launois.

5.^a Esa hipertrofia glandular, con las modificaciones celulares que trae aparejada, es el índice de una mayor actividad en el funcionamiento que el organismo tiene encomendado á la hipófisis, como lo demuestra también la contraprueba, de las modificaciones regresivas, que sufre el mismo órgano, en los animales invernales y en los períodos de latencia poliglandular.

6.^a Se ignora aún el trayecto que recorren las sustancias segregadas por la hipófisis antes de repartirse en el organismo; probablemente, dada la relación íntima existente entre su sistema glandular y vasal, la secreción ha de verse directamente en la corriente circulatoria.

7.^a Las opiniones que sostenían, que en el líquido cefalorraquídeo se derramaba la secreción hipofisaria, se encuentran controvertidas, hoy día, por trabajos ulteriores que las niegan (Houssay y Giusti; Carlson y Martín.)

8.^a La extirpación quirúrgica de la hipófisis se puede hacer con relativa facilidad.

9.^a La hipofisectomía produce una mortalidad muy elevada en los machos y en las hembras vacuas (66 por 100).

10.^a En las grávidas, la mortalidad es fatal (100 por 100).

11.^a Esta mortalidad no puede ser atribuida únicamente al traumatismo operatorio, dada la supervivencia relativa de los mismos animales operados en otras condiciones.

12.^a La causa de muerte ha de ser múltiple; á la intoxicación anestésica, traumatismo operatorio (abertura del tercer ventrículo) ó lesión en el centro de Aschner, se habrá de agregar la insuficiencia aguda hipofisaria en el momento en que mayor contribución exige el embarazo á todo el organismo. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 19 de Mayo de 1921.)

EPIDEMIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Profilaxia de la difteria en una pensión, por L. Martín y G. Loiseau.—En una pensión, en la que existían cerca de 600 personas, la mayor parte niñas mayores de doce años, fueron atacadas dos de ellas de difteria; las dos comían en la misma mesa. El aislamiento de las dos enfermas no había sido absoluto y se temía que sobrevinieran contaminaciones en las demás niñas. Para evitarlo, se aconsejó á los elementos directores que todo niño que se sintiera con molestias en la garganta, por ligeras que fuesen, acudieran inmediatamente al médico, para hacer siembras del exudado faríngeo. Se hizo además la siembra del exudado faríngeo de las vecinas de la mesa en el refectorio y á las que dormían en los dormitorios próximos al de las atacadas. Hechas así las cosas, se examinaron 32 sospechosos, encontrándose 10 portadores de gérmenes que fueron inyectados y aislados inmediatamente. Más tarde hubo un nuevo caso de angina, que fué diagnosticado en su principio; se examinan las niñas vecinas al mismo; de 13 siembras, no hubo ninguna positiva; dos días más tarde, otras 25 siembras más, encontrándose un portador; el día siguiente otras 6 siembras sin ningún portador. Aparentemente se había evitado la propagación de la enfermedad, pero no se explicaba bien la contaminación de los 11 casos de portadores, y aún era más difícil encontrar el origen de la enfermedad. Los autores pensaron ante todo en un contagio que tuviera lugar en la enfermería, en donde se aislaron desde el primer momento los dos primeros atacados; se recomendó á las niñas que notasen molestias en la garganta, permaneciesen en el lecho hasta recibir la visita del médico, que indicaría el aislamiento de todo caso de angina sospechosa. Buscando siempre el punto de partida de esta difteria, supieron los autores que muchos de los casos encontrados habían estado en la misma mesa.

donde comían los dos primeros; en virtud de las disposiciones del reglamento del colegio, siempre que falta una de las alumnas que comen en una mesa, se sustituía por otra de otra mesa, puesto que éstas servían para diez alumnas y siempre debían estar completas. Toda vez que una alumna entraba en la enfermería, tenía lugar el reemplazo de su lugar en la mesa por otra alumna. Desde el instante en que se suspendió esta práctica la epidemia pudo darse por terminada. Estando próxima la fecha de las vacaciones, se acordó hacer el examen de todas las alumnas antes de su partida. Se practicaron con este objeto 64 siembras de exudados, encontrándose dos nuevos portadores de gérmenes; además se advirtió á todas las familias y á los médicos respectivos, que las alumnas salían de un centro contaminado de difteria. Se investigó también la presencia de bacilos diftéricos en la faringe de las personas que quedaban en la pensión durante las vacaciones, sin encontrar ningún caso positivo. Los 13 portadores de gérmenes han sido aislados y estudiados durante algún tiempo, después de haber recibido la inyección de suero antidiftérico. Se ha observado en algunos de ellos una persistencia muy larga de los gérmenes (122 y 132 días), por lo cual resulta muy difícil el aislamiento en la práctica; de aquí se desprende además la cuestión de si los portadores son todos contagiosos y si en todos los casos se debe mantener el aislamiento. Es difícil contestar con certeza á estas preguntas. Entre los portadores, unos tienen inmunidad y otros no; los que tienen inmunidad y la conservan no deben ser contagiosos, porque tienen antitoxinas en su suero. Para comprobar esta hipótesis, sería preciso practicar la reacción de Shick en los portadores, y si es positiva, bastaría aislar solamente los portadores que tengan un Shick positivo, es decir, los que no poseen inmunidad y por lo tanto son susceptibles de tener una verdadera difteria con falsas membranas. Acerca del tratamiento de los portadores de gérmenes, el método de Dujarric de la Rivière ha dado muy buenos resultados, desecando las mucosas con aire caliente. Finalmente, en la epidemia que refieren los autores, se hizo además de lo dicho, la desinfección de los locales y de las ropas durante y después de la enfermedad, con lo cual se evitó este otro medio de contagio. (*Le Bulletin Medical*, número 13, 23 y 26 de Marzo de 1921).—LUENGO.

2. A propósito del contagio indirecto del sarampión, por Edgar Leroy.—En general, se afirma, hasta en los tratados más recientes de patología médica, que el contagio del sarampión es siempre directo, es decir, que tiene lugar del individuo enfermo al sano, y se dice que el contagio indirecto no parece existir, ó al menos es excepcional, porque el virus patógeno parece perder su actividad desde que se encuentra sometido á la acción de los agentes exteriores. El autor describe un caso de sarampión, observado en uno de sus hijos y cuyo origen al parecer no pudo ser otro que el transporte del virus en los vestidos, desde un enfermo á 11 kilómetros de distancia. El hecho de vivir el autor en un lugar aislado, á unos 2 kilómetros de la ciudad y de que ningún otro niño haya podido estar en contacto con su hijo, le permiten á Leroy excluir el contagio directo en este caso, y como reglas prácticas, aconseja que siempre que se tenga necesidad de cuidar á un contagioso, se lleve una blusa sobre los vestidos, y además cambiar éstos para las relaciones con la familia. (*Journal des Praticiens*, núm. 11, 12 de Marzo de 1921).—LUENGO.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Un caso de mellitocia por contaminación de laboratorio, por Meyer.—Se manifestó la afección al cabo

de seis semanas, y estuvo caracterizada por seis accesos febriles, separados por intervalos de apirexia completa. Los signos funcionales fueron muy atenuados; los fenómenos dolorosos se redujeron á viva sensibilidad epigástrica; transpiración tardía; la hemocultura fué negativa; la aglutinación, positiva á 14 centésimas al fin de la enfermedad.

El autor refiere otras cuatro observaciones en las cuales el período de incubación duró de uno á dos meses. La benignidad de los síntomas quizás se debiera á una atenuación de la virulencia del microbio, reproducido durante diez años por siembras en medios de cultivo. (*Gazette des Hôpitaux*, 14 de Mayo de 1921.—L. P.

2. Bromidrosis.—Peebles recomienda el siguiente tratamiento preferentemente aplicado á los pies. Las partes deben ser lavadas día y noche, cambiando medias ó calcetines diariamente. Pintar los pies ligeramente dos veces á la semana con tintura de iodo. Lavar los pies en disolución débil de permanganato potásico (25 gramos en el agua caliente que llena la bañera). Lavar al acostarse. Sacar los pies de la bañera y no secarlos con toallas, sino dejar se sequen al aire. A la mañana siguiente lavarlos con agua hervida y espolvorearlos con los siguientes polvos:

Acido salicílico.....	1 gramo
Polvo de almidón.....	10 —
Polvo de talco.....	} aa 60 —
Acido bórico.....	

Los calcetines ó medias deben espolvorearse también con estos polvos. (*The Medical Word*).—A. P. M.

3. Carencia de poder preventivo de las vacunas y autovacunas estreptocócicas en la erisipela de repetición, por L. Boidin y Delafontaine.—La erisipela de la cara, por la frecuencia de sus recaídas y recidivas, es la infección que se presta mejor á juzgar del valor de una vacunación preventiva antiestreptocócica. Los autores han recogido numerosas observaciones demostrativas de que los stocks-vacunas y las autovacunas calentados, son incapaces de evitar el retorno de la enfermedad.

De cinco pacientes afectos de erisipela de repetición, que habían sufrido una vacunación severa por stocks vacunas antiestreptocócicos (de 30 á 100 millares, en número de inyecciones, variable de 5 á 12), los cinco presentaron nuevas recaídas.

De 29 sujetos tratados de idéntica manera, que presentaban formas de erisipela, particularmente favorables á la recaída, cinco han sido afectos de un nuevo brote algunas semanas más tarde, y seis han presentado recaídas durante el curso del tratamiento, cuando ya estaba éste bastante adelantado. Los nuevos brotes se han presentado en análoga proporción en los tratados y los no tratados de esta categorías. El mismo fracaso se ha obtenido con los caldos de Delbet, que no han mostrado poder vacunante.

Los autores han podido preparar fácilmente autovacunas extrayendo el estreptococo del rodete erisipelatoso, donde se han aislado en los dos tercios de los casos. De siete enfermos tratados por estas autovacunas (de 30 á 100 millares), tres han presentado recaídas.

Ni el suero antiestreptocócico ni el autosuero recibidos durante los brotes se hallan dotados de propiedades preventivas.

La erisipela no parece originar reacción general inmunitante. Los procesos específicos habituales de refuerzo de defensa general del organismo, suero ó vacuna, no parecen válidos en esta infección. Desde el punto de vista preventivo, su acción es claramente insuficiente. Desde el punto de vista curativo, extremadamente dudosa. (*Le Bulletin Medical*, 11 de Mayo de 1921).—L. P.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Más sobre el plebiscito. — El impuesto de Utilidades.

Comunicada la circular de la Inspección General de Sanidad á los inspectores provinciales respectivos, ordenándoles que indaguen directamente de los médicos municipales de la provincia su opinión acerca de la *conveniencia*, de la *continuación*, *reforma* ó *supresión* de la Junta de Patronato y Defensa de los médicos titulares, han surgido, como no podía menos de suceder, más de una vacilación y muchas dudas acerca del modo cómo se podrá contestar á las preguntas formuladas, por ser éstas imprecisas y por no haberse redactado aquellas instrucciones, que ahora se ve que son necesarias para la autoridad y pureza del resultado. El haberse limitado á decir á los inspectores que pregunten si debe ó no continuar la Junta, sin precisar á quienes se les debe preguntar y á quienes excluir de la contestación, tiene el inconveniente de que cada inspector provincial, con la más recta intención, interpretará de modo diferente la manera como debe proceder, y cuando se escrute el resultado es casi seguro que se llegará al ilógico caso de la suma de cantidades heterogéneas, de cuya interpretación surgirán dudas, litigios y aun actitudes vehementes y acaloradas.

Aparte de que creemos que la Administración Central debe ya tener datos más que suficientes para poder juzgar por sí misma de la conveniencia ó de la ineficacia ó inconveniencia de la persistencia de la Junta, por los resultados que haya podido dar en diez y siete años de *libre é incondicionado funcionamiento*; aparte de que esta misma Administración ha tenido ya que acudir en ocasión tan crítica como la de la epidemia gripal en sustitución de las más importantes funciones de aquel organismo, por *juzgar que las desempeñaba de modo insuficiente*; aparte de que al crear los Colegios é investirles de funciones generalizadas á todos los médicos, es de suponer que estudió lo que hacía y que trató de amparar á los titulares en la acción común y tutelar de la clase; aparte de que todo esto *podrá ser o no de esta manera, que ahora no lo discutimos*, lo que es innegable es que la cuestión, si no se resuelve, no será por falta de datos, hechos bien conocidos y antecedentes bien públicos y notorios; aparte todo esto,

es lo cierto que la forma en que se anuncia el plebiscito peca de una imprecisión tal, que más parece una larga dada por el que quiere alejar el toro, que un pase dado para cuadrarle.

Demostración de lo que decimos son las numerosas preguntas que se nos dirigen y consejos con cuya petición se nos honra, y en todos los cuales se transparenta claramente la indecisión determinada por el *procedimiento*, aun en los más declarados en la resolución.

Nuestra situación es difícil para aconsejar, y digan lo que quieran los *desgraciados que juzgan el proceder de los demás por las mezquindades de su propia conducta*, nosotros no queremos dar pauta de respuesta á nuestros compañeros á los que creemos mayores de edad y conscientes de lo que piensan y de lo que quieren, sin necesidad de tutores *desinteresados*. Nos limitamos, pues, á dar un consejo, hijo de nuestra experiencia, y es este el de que se exprese por los titulares en sus contestaciones al Inspector provincial respectivo, su pensamiento de un modo breve, claro y sin divagaciones en uno de estos tres términos: «*Debe continuar...*» «*No debe continuar...*» «*Debe ser reformada*», y luego la responsabilidad será para quien, *vistos* los resultados, adopte la resolución á que su posición administrativa le obliga.

De no menos interés que el anterior es el pleito del impuesto de Utilidades. En estos últimos días hemos procurado enterarnos de las nuevas gestiones que se podrían haber hecho cerca del nuevo ministro, y no creemos que sean muchas ni muy activas. Sobre esto nos permitimos llamar la atención de los señores presidentes y Juntas de los Colegios, pues el verano es un agente muy diseminador y sedante, y si se espera al otoño, podría suceder que nos encontráramos con el asunto resuelto ó, cuando menos, adelantado en términos que dificultaran su solución favorable, aun dictando ésta un ministro que esperamos nos sea más propicio que sus antecesores inmediatos.

De las conclusiones adoptadas por los Colegios reunidos, y que verán nuestros lectores en otro lugar, nada decimos por hoy; pues como ya hemos adelantado nuestro juicio, nadie podrá dudar de lo que pensamos acerca de lo más importante, ó sea de la cuantía y la forma de investigación y cobro. Los médicos, como muy bien afirman los Co-

legios en sus conclusiones, no se niegan ni podrían negarse á contribuir al sostenimiento de las cargas públicas y, por tanto, al pago de un impuesto votado por las Cortes; pero tienen el derecho de ser atendidos en aquellas circunstancias *absolutamente peculiares* al ejercicio de su elevada misión, y que los señores financieros han olvidado en su excesivo celo, con daño de todos y principalmente de lo que querían favorecer, ó sea de la recaudación del impuesto.

DECIO CARLAN.

HOJAS DE VIAJE

Los estudiantes de París. Relaciones científicas internacionales.

I

Aún recuerdo como si fuera la de hoy, aquella madrugada de uno de los días del mes de Junio de 1870. El tren llegaba entonces á París á las cuatro y media de la mañana, y los viajeros, después de dos noches de permanecer sentados y sacudidos por el traqueteo, no sentían sino ganas de acostarse y descansar. No así yo que, por una parte, por haber hecho parada en Biarritz, y por otra, por el deseo de ver el soñado París, estaba perfectamente despabilado y estiraba el cuello fuera del fiacre, queriendo verlo todo de un golpe.

No podía darse nada más triste que lo que alcanzaban mis ojos. La estación de Austerlitz enorme y negruzca, los muelles brumosos y casi oscuros, los desencantos que me producía mi supuesto conocimiento de la lengua, todo pesaba sobre mí; y mi desaliento hacía sonreír á mi buena madre, quien acostumbrada ya al espectáculo, decía: no seas impaciente y espera. Pero yo no estaba muy dispuesto á esperar, y apenas pasada media hora en el modesto hotel de la rue Turanne, donde nos alojamos, me lancé á la calle.

Aquella misma tarde fui presentado por Mr. R., comisionista de mi madre, á dos estudiantes sudamericanos, finos, atentos y cariñosos como todos los de aquellos países, pero que desde luego me hicieron la impresión de no ser unas fieras en el estudio.

No son de este lugar otras impresiones que las que como casi estudiante tuve.

Me ofrecieron llevarme á todas partes, hacerme visitar los hospitales, anfiteatros y museos, presentarme á compañeros y maestros, dada mi resolución de perfeccionar mis estudios durante un par de años en la que era entonces la más renombrada de las escuelas de Europa. Llevaba yo el cerebro lleno de los nombres de Trousseau, de Chomel, de Nélaton, de Piorri y de Laennec, casi todos recién muertos, y recordaba que mis estudios de Anatomía se habían hecho en Sappey, Cruvelier y Jamain; los de Fisiología, en Beclard, Bernard, Cl. Bernard, y como astro dominador de todos en Bichat. La Patología y la Terapéutica me recordaban otra vez á Trousseau, y recientemente á Jaccoud, cuya traducción preparaba yo con Manuel Arnús y otros

compañeros. Hubiera sido de una incomprensible ingratitud si no hubiera yo sentido amor y curiosidad por aquellos verdaderos maestros míos, á quienes no conocía y que formaban verdadero contraste con los que en Madrid, excepción hecha de Martínez Molina, Martín de Pedro y algún otro, valiera más que no hubiese conocido. A tal estado habían llevado los favoritismos reaccionarios y los disturbios revolucionarios á la siempre desgraciada Escuela de Madrid. Pensando en todas estas cosas iba yo conducido por mis nuevos amigos ¿á la Facultad, al nuevo Lariboissiere? No, al café D'Harcourt, á tomar nuestro ajeno, que era por aquel entonces el aperitivo por antonomasia, y que no se qué ridícula prevención ha perseguido en todos los países hasta hacerle desaparecer ante los gestos de alarmada suficiencia de los que saben las cosas á medias, que son la peor y más perniciosa ralea de los ignorantes.

El café D'Harcourt... el barrio latino. Si la facultad y las clínicas despertaban mi curiosidad, no les iba en zaga en este efecto el distrito de los estudiantes y la catedral de sus diversiones: pues también habían tomado lugar en mi cerebro Alfredo de Musset, á quien recitaba de memoria, Murger, cuyas escenas de *la vida bohemia* aún no había hecho resaltar Puccini con sus melodías, y sobre todo Honorato Balzac, el inmenso Balzac. A todos ellos, vivos ó muertos, creía yo ver entre aquellos jóvenes más ó menos auténticos, con sus caras pálidas, sus largas y descuidadas melenas, sus sombreros blandos ó sus boinas de terciopelo caídas formando bolsa sobre la oreja, sus vestones de felpa y sus eternas pipas que les envolvían en una nube, para mí de indefinible encanto.

Hoy (Junio de 1921) he ido á tomar mi aperitivo al café D'Harcourt y no he encontrado ni el aperitivo ni el café, pues allí me he sentado en una *terrazza* limpia, pero vulgar y sin carácter, junto á uno de esos veladores de mármol rojo veteado de blanco, con su arito de latón, con que parece haber provisto una misma fábrica á todos los cafés, bars y *buvettes* de París. Y allí, en el mismo sitio en la esquina del Boulevard Saint Michel y la Plaza de la Sorbona, ante el Liceo Louis le Grand y cerca del Panteon y del Museo de Cluny, lo que hay es un vulgarísimo establecimiento sin público especial ni carácter, en donde en vez del ajeno opalino y glauco, engendrador de ensueños y alegrías, inspirador de Baudelaire y de tantos otros, sirven un *ants del oso* (así, como suena, en castellano), con lo que viene á sustituir el incomparable aroma del licor verde, por un aliento de mozo de cuerda.

¿Habrían cambiado de centro de reunión los estudiantes parisinos, á quienes en mis otros viajes yo no había cuidado de buscar? ¿Por qué los buscaba ahora, con la misma curiosidad que la vez primera para estudiar sus costumbres? Pues en breves palabras voy á decirselo al paciente lector.

Hace pocas mañanas hablaba yo con el profesor Vaquez, en el hospital de San Antonio y coincidíamos ambos en la conveniencia de los viajes de verdadera instrucción de la juventud de unos países á otros. *Nada despierta el deseo del estudio como los viajes. La superiori-*

dad de cierta juventud sobre sus compañeros se encuentra las más veces en la facilidad que aquella ha tenido para visitar países, y á una voz dijimos: «El mayor servicio que puede hacerse á la juventud médica del porvenir es el de facilitarle los viajes verdaderamente fructuosos y científicos». Esta no es empresa fácil, pero á ella se puede llegar y perfeccionarla luego.

Veamos lo que por mi parte he comenzado á hacer.

Deseaba, ante todo, si no enterarme al detalle de la vida actual del estudiante parisino, conocer al menos los datos que pudieran ser útiles á los escolares y médicos jóvenes de mi patria que aspiran á hacer en París algunos estudios durante una residencia más ó menos larga. Púsome en relación el profesor Vaquez con Mr. Gley, hijo del famoso profesor del Colegio de Francia, del mismo nombre, y este joven en una larga y cariñosa entrevista me suministró los datos principales en que pudiera fundarse una gestión ulterior basada principalmente en la excelente disposición de los profesores y médicos de los hospitales de París que ansían facilitar las relaciones científicas y docentes del cuerpo médico español.

El estudiante tradicional de los viejos tiempos de Murger y Balzac, me dijo Mr. Gley, ha desaparecido; no quiere esto decir que actualmente todos los estudiantes de París sean trabajadores asistentes y aplicados, no; aunque es una verdad comprobada por todos los maestros que la guerra ha determinado un cambio en la generación que ha presenciado ya con conciencia de lo que significaban sus desastres, sus privaciones, sus inquietudes y sus consecuencias.

El estudiante parisino es en la actualidad un joven como otro cualquiera que según sus medios de fortuna y el medio social en que ha nacido, trabaja, se divierte, ama, se aburre, practica *sports*, partidas de campo domingueras ó tediosas en los cafés; acude á las conferencias instructivas, frecuenta el salón Concert en boga, todo según sus aficiones personales y sus tendencias más ó menos serias. Pasaron ya los tiempos del Café d'Harcourt, de la Taverne du Pantheon, de la Causerie des lilas, Mabilley y la *estudiante de cartel*. Ahora el que quiere estudiar y aprovechar (y son los más), estudia y aprovecha, y el que no tiene voluntad para resistir al instinto juvenil del holgorio, la dilapidación del ahorro paterno ó la holganza perezosa de los temperamentos pasivos, se deja dominar por estos tiranos de la indolencia y pierde su tiempo y su dinero. Como en los mejores tiempos de la pipa colosal, la boina de terciopelo y los pantalones bombachos; la única diferencia está, según testimonio unánime de profesores y alumnos, en la proporción, mucho más favorable en la actualidad, de los escolares asiduos y trabajadores, sobre los novilleros y *juerguistas*.

Sin embargo, algo existe que conviene no olvidar y aun aprovechar en su día para los extranjeros que desean aprovechar en París su tiempo, con las mayores facilidades y los menores dispendios posibles. La Asamblea de estudiantes, por ejemplo, es una institución útil para el que quiere penetrar rápidamente en la vida escolar.

Esta Corporación es común á todas las facultades, aunque poco concurrida. Tiene sala de fiestas, restaurant y biblioteca. Los estudiantes pagan de cuota 25 francos anuales, y generalmente aprovechan de sus ventajas los provincianos, pues los parisinos hacen vida más independiente.

Conviene no olvidar esta Asociación por los extranjeros que pueden obtener en ella informaciones y ventajas.

El plan de estudios de Medicina desde 1912 es muy severo y cargado de materias. Antes los alumnos se examinaban cuando querían y ahora deben examinarse á fin de año. El curso comprende de Octubre á Julio.

La distribución habitual del tiempo es: la mañana, al Hospital á las nueve los de Medicina, y á las ocho los de Cirugía, terminando todos al mediodía. Por lo general, comen en el *quartier latin*; de una á tres se emplean en trabajos prácticos; de cuatro á siete, curso teórico en el Anfiteatro.

Los concursos (oposiciones) constituyen lo más importante de la vida del estudiante francés. Estos concursos son para el *externado* y para el *internado*. La preparación se hace ordinariamente por grupos de seis ó siete con un *interno antiguo*.

La duración media de la carrera es de diez años; la duración oficial es de cinco. La causa de esta diferencia está en los concursos de *internado* y *externado*. Las tres cuartas partes de estudiantes que no hacen concursos pueden terminar en seis años.

Los cálculos de gastos de vida estudiantil, según los prácticos y habituados, son: *Habitación*, de 150 á 200 francos mensuales; *el almuerzo solo*, 5 francos; *las dos comidas y el desayuno*, 12 francos. El cálculo total, sin *ilusiones* que luego cuestan caras, es ahora de 7 á 10.000 francos, según las exigencias personales, siempre en límites de modestia.

Es de advertir que los que entran por concurso como externos, tienen 120 francos mensuales y los internos 3 ó 4.000 francos al año.

C. M. C.

(Concluirá.)

CONCLUSIONES APROBADAS

en la reunión de los representantes de los Colegios Médicos Españoles, celebrada en el Colegio de Médicos de Madrid el 15 de Junio de 1921.

Copiamos del *Boletín del Colegio de Médicos de la Provincia de Madrid*:

«Primera. La clase médica y, en su nombre, los Colegios de Médicos, estiman injusto el impuesto de utilidades á ella aplicado, como asimismo creen un inconveniente que rijan dos impuestos (Patentes y Utilidades) declarando de una manera precisa que ambos deben ser unificados.

Segunda. La clase médica declara de una manera rotunda que no llevará libro de ingresos profesionales, por lo que esta forma de procedimiento tiene de atentatoria á la dignidad profesional.

Tercera. Los médicos se abstendrán de presentar declaraciones juradas á la Hacienda, hasta tanto no se publique

el Reglamento que este Ministerio está confeccionando para la aplicación del impuesto. Una vez publicado el Reglamento, los médicos se atenderán á las instrucciones que marque el directorio.

Cuarta. Aunque la clase médica cree elevada la cuantía del impuesto sobre utilidades, reconoce, sin embargo, que los médicos, como españoles conscientes de sus deberes para con la Patria, no pueden negarse sistemáticamente á contribuir á los gastos del Estado, aunque estiman, sin embargo, que el directorio debe gestionar de los Poderes públicos cualquier forma del impuesto que redunde en beneficio de la clase, y singularmente en lo que afecta á los médicos titulares.

Quinta. En el caso de que el directorio juzgue beneficiosa la anterior reforma, lo transmitirá á los presidentes de los Colegios, explicándoles los fundamentos de la fórmula económica.

Sexta. El colegiado médico que sufra alguna sanción de orden económico por el cumplimiento de estas conclusiones, lo pondrá en conocimiento del presidente de su respectivo Colegio, para que éste apoye moral y materialmente al individuo castigado, transmitiendo el hecho á los demás Colegios, para que éstos cooperen á la acción de aquél, y que inmediatamente se inicie la protesta general de los médicos españoles, previo aviso del directorio.

Séptima. El directorio estudiará, en brevísimo plazo, la forma y trámites de la protesta á que se alude en la anterior conclusión, como modo de exteriorizar el disgusto de la clase médica española, hasta en tanto sean atendidas sus legítimas aspiraciones, encaminadas á impedir se la lastime en lo más mínimo de su dignidad profesional.

Octava. La reunión aprueba el manifiesto que el presidente de la Federación Nacional de Colegios Médicos Españoles dirige á la opinión pública en nombre de todos los médicos de España, y se acuerda darle publicidad, repartiéndolo primeramente entre los señores diputados y senadores de la Nación.

Es de esperar que estas escuetas conclusiones tendrán aclaraciones ulteriores, sin las cuales la Federación de los Colegios se verá sometida á reclamaciones individuales que de los asuntos más mínimos aspirarán á obtener actitudes colectivas, que de repetirse mucho y no tener muy lógico fundamento, carecerían de eficacia ó la tendría contraproducente.

Cuando conozcamos las necesarias ampliaciones, que suponemos se estarán confeccionando, daremos nuestra desinteresada opinión, sin que tenga pretensiones de consejo.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Subsecretaría.

En cumplimiento de lo prevenido en el art. 3.º del Real decreto de 14 de Abril de 1916 y Real orden de esta fecha, esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad, al turno de oposición libre, la plaza de profesor numerario de Parasitología, Bacteriología y Preparación de sueros y vacunas vacante en las Escuelas de Vete-

rinaria de Zaragoza y Santiago, dotada con el sueldo anual de 4.000 pesetas.

Para ser admitido á estas oposiciones se requieren las condiciones siguientes, exigidas en el art. 6.º del Real decreto de 8 de Abril de 1910:

1.ª Ser español, á no estar dispensado de este requisito con arreglo á lo dispuesto en el art. 167 de la ley de Instrucción pública de 9 de Septiembre de 1857.

2.ª No hallarse el aspirante incapacitado para ejercer cargo público.

3.ª Haber cumplido veintiún años de edad.

4.ª Tener el título de veterinario ó licenciado ó doctor en Medicina, Farmacia ó Ciencias Naturales, ó certificado de aprobación de todas las asignaturas de la carrera; pero entendiéndose que el opositor que obtuviera la plaza no podrá tomar posesión de ella sin la presentación del referido título académico, cuyas condiciones habrán de acreditarse antes de terminar el plazo de la convocatoria.

La apreciación de estas condiciones corresponde exclusivamente al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio en el improrrogable plazo de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

A los aspirantes que residan fuera de Madrid les bastará acreditar, mediante recibo, haber entregado, dentro del plazo de la convocatoria, en una Administración de Correos, el pliego certificado que contenga su instancia y los expresados documentos y trabajos.

El día que los aspirantes deban presentarse al Tribunal para dar comienzo los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura, requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes, lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

Madrid, 29 de Abril de 1921.—El subsecretario, *Romero*. (*Gaceta* de 21 de Mayo de 1921.)

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: La Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, en sesión celebrada el día 18 de Marzo último, ha aprobado el siguiente informe:

«La Comisión permanente de este Cuerpo consultivo, para dar cumplimiento al artículo 98 de la Instrucción general de Sanidad de 12 de Enero de 1904, y á los efectos de la Real orden de 4 de Abril último, por la que se convocó al Cuerpo de Farmacéuticos titulares para que eligieran cuatro vocales propietarios y cuatro suplentes de la referida Junta, en la forma que determina la Ordenanza aprobada por Real orden de 10 de Noviembre de 1906, *Gaceta* del 13, pudiendo ser no técnico uno de los últimos, ha examinado las actas formuladas en las capitales de provincia, en las que se hace constar el desarrollo de las elecciones convocadas.

Del conjunto de los expresados documentos resulta:

Que la elección se ha verificado con arreglo á los preceptos de la mencionada Ordenanza de 10 de Noviembre de 1906, en 33 provincias; que en 12 no ha tenido lugar ésta por no reunirse suficiente número de compromisarios para formar la mesa; que de tres no se han remitido datos, y que en la de Canarias se recibió con retraso la documentación.

Resulta asimismo que en las 33 provincias ha sido proclamada la candidatura siguiente:

Simples con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

PAPELES YHOMAR

Vocales propietarios.

- 1.º D. Fidel Fernández Fernández, con 142 votos.
- 2.º D. Alvaro del Busto Marcos, 142.
- 3.º D. José Ignacio González Fernández, 139.
- 4.º D. Julián de Madariaga Regil, 131.

Vocales suplentes.

- 1.º D. Rafael Ureña, con 142 votos.
- 2.º D. Luis Pérez de Albéniz, 142.
- 3.º D. Eustasio A. Franco Rodríguez, 139.
- 4.º D. Pedro Martínez Jimeno, 131.

La Comisión acordó informar á V. E. que deben ser proclamados por lo expuesto como vocales propietarios y suplentes los ocho señores que en los respectivos conceptos lo fueron en las 33 provincias donde se verificó la elección, como resultado del escrutinio verificado en cumplimiento del art. 98 de la Instrucción general de Sanidad y de la Real orden de 4 de Abril último.

Visto el preinserto informe,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, se ha servido disponer:

1.º Que se apruebe el escrutinio verificado por dicha Comisión de las elecciones celebradas para la renovación parcial de la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Farmacéuticos titulares, convocada por Real orden de 4 de Abril último, y en su virtud se proclamen vocales propietarios de la misma, D. Fidel Fernández Fernández, D. Alvaro del Busto Marcos, D. José Ignacio González Fernández y D. Julián Madariaga Regil, y para vocales suplentes, D. Rafael de Ureña, D. Luis Pérez de Albéniz, D. Eustasio Antonio Franco Rodríguez y D. Pedro Martínez Jimeno; y

2.º Que por la Comisión permanente se comuniquen los nombramientos á los nuevos vocales propietarios y suplentes proclamados.

De Real orden lo digo á V. E. á los efectos del art. 98 de la Instrucción general de Sanidad y para su cumplimiento. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 18 de Junio de 1921.—*Bugallal*.—Señor vicepresidente del Real Consejo de Sanidad. (*Gaceta* del 23 de Junio.)

Vista la instancia elevada á este Ministerio por el presidente de la Junta administrativa del pueblo de Caldas de Luna (León) y varios vecinos del mismo, en solicitud de que se declare la caducidad del expediente instruido por D. Alberto Vázquez Vivar, que produjo la Real orden de 28 de Mayo de 1917, por la que se declaró de utilidad pública el Establecimiento balneario para la explotación de unas aguas minero-medicinales que emergen en dicho pueblo, fundando su petición en el hecho de haber transcurrido más de dos años sin verificar las obras de construcción del balneario:

Resultando que la solicitud fué remitida al Gobierno civil de la provincia a fin de que el denunciado expusiese lo que estimase conveniente á su derecho, y mientras este trámite se cumplimentaba los denunciantes insistieron en su petición:

Resultando que en contestación á la audiencia el señor Vázquez expuso: que no le ha sido posible terminar antes las obras del balneario debido al tiempo invertido en la adquisición del terreno que le fué otorgado al declararse de utilidad pública las aguas y por la escasez de materiales y aparatos hidroterápicos habida durante la guerra europea; que al declararse la utilidad pública no se le señaló plazo alguno para la construcción, ni pudo señalarse porque el Reglamento no lo determina, existiendo solamente el de dos años para instruir el expediente; que en la actualidad el Establecimiento balneario está construido y dotado de todo lo necesario para la aplicación de las aguas, según acredita con una certificación del alcalde y otra del subdelegado de Medicina, por lo que solicita se autorice la apertura al servicio público:

Visto el vigente Reglamento de Baños y la Real orden de 28 de Mayo de 1917:

Considerando que en la Real orden antes citada no se marcó plazo para construir el balneario, por no estar determinado en el vigente Reglamento de Baños:

Considerando que son de tener en cuenta las razones expuestas por el Sr. Vázquez y que éste ha demostrado que el balneario se halla en condiciones de poder funcionar,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido por conveniente disponer:

1.º Que se desestimen las instancias presentadas por el presidente de la Junta administrativa y varios vecinos de Caldas de Luna, de esa provincia; y

2.º Que se autorice la apertura al servicio público del Establecimiento balneario en que han de utilizarse las aguas minero-medicinales de Caldas de Luna, cuya declaración de utilidad pública fué otorgada por la Real orden ya referida á D. Alberto Vázquez Vivar.

De Real orden lo comunico á V. S. para su conocimiento, el de los interesados y efectos oportunos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 24 de Junio de 1921.—*Bugallal*.—Señor gobernador civil de León.

Ilmo. Sr.: Anunciado concurso con fecha 6 del actual para la provisión de los cargos vacantes de subdirector y médico bacteriológico de la Estación sanitaria del puerto de Mahón, por jubilación de D. Francisco Díaz Domínguez y por pase á otro destino de D. Manuel Viciano Martí, que respectivamente los desempeñaban, entre los médicos activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior, con arreglo á lo preceptuado por el art. 14 del vigente Reglamento del ramo, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, dándose un plazo de diez días para la presentación de solicitudes:

Resultando que ha terminado el plazo marcado en la convocatoria sin que haya habido individuo alguno del expresado Cuerpo que haya solicitado las plazas mencionadas:

Vistos el art. 14 del expresado Reglamento y el Real decreto de 8 de Febrero del año corriente:

Considerando que por virtud de dichos preceptos los mencionados cargos deben ser desempeñados precisamente por individuos de la clase de oficiales primeros; y

Considerando que D. Victoriano Lenzano Meirás y don Francisco Borja Martín son los últimos que fueron promovidos á los empleos de oficiales de primera clase, y que los cargos de médico auxiliar de la Estación sanitaria de Sevilla-Bouza y de director de la del puerto de Torrevieja, que respectivamente ocupan, no consienten su continuación en los mismos por la circunstancia de tener estos cargos asignada la categoría de oficial de segunda clase.

S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo determinado en las referidas disposiciones, ha tenido por conveniente disponer el nombramiento de D. Victoriano Lenzano Meirás para el cargo de subdirector de la Estación sanitaria del puerto de Mahón, y el de D. Francisco Borja Martín para el de médico bacteriológico de la misma dependencia.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 24 de Junio de 1921.—*Bugallal*.—Señor inspector general de Sanidad. (*Gaceta* de 26 de Junio.)

MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

Subsecretaría.

En el Juzgado de primera instancia de Aranda de Duero se halla vacante la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que debe proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Burgos, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de

CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

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

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

treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.—Madrid, 28 de Junio de 1921.—El subsecretario, *Marín Lázaro*.

En el Juzgado de primera instancia de Jetafe se halla vacante, por excedencia de D. Juan Quintero y Pérez, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que debe proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Madrid, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.—Madrid, 28 de Junio de 1921.—El subsecretario, *Marín Lázaro*.

En el Juzgado de primera instancia de Nava del Rey se halla vacante, por promoción de D. Pedro Castellanos, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Valladolid, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.—Madrid, 28 de Junio de 1921.—El subsecretario, *Marín Lázaro*.

En el Juzgado de primera instancia de San Clemente se halla vacante, por excedencia de D. Victorio M. Torrecilla, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por traslación, conforme a lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Albacete, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.—Madrid, 28 de Junio de 1921.—El subsecretario, *Marín Lázaro*.

En el Juzgado de primera instancia de Segovia se halla vacante, por excedencia de D. José Fábrega Martí, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Madrid, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.—Madrid, 28 de Junio de 1921.—El subsecretario, *Marín Lázaro*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,5; ídem mínima, 703,8; temperatura máxima, 33°,6; ídem mínima, 12°,9; vientos dominantes, NE. SO.

Continúan con tendencia favorable descendiendo los afectos gripales agudos, los reumatismos y los afectos intestinales infecciosos. Las congestiones y hemorragias activas se siguen presentando principalmente en sus formas de hemoptisis y hematemesis. Las congestiones cerebrales y medulares también se han observado.

En los niños ninguna enfermedad epidémica y solamente los desarreglos intestinales por defectos de régimen en la dentición y destete.

Mortalidad de Madrid en Junio de 1921 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Junio de 1921.
Menores de 1 año.....	298	326
De 1 á 4 años.....	202	143
De 5 á 19.....	116	98
De 20 á 39.....	220	163
De 40 á 59.....	243	246
De 60 en adelante.....	280	253
Sin clasificación.....	2	1
TOTAL.....	1.361	1.230

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Junio de 1921.
Fiebre tifoidea.....	14	16
Tifus exantemático.....	2	2
Viruela.....	4	2
Sarampión.....	11	8
Escarlatina.....	2	3
Coqueluche.....	14	4
Difteria.....	4	4
Gripe.....	49	16
Otras epidémicas.....	3	3
Tuberculosis pulmonar.....	159	105
Idem meníngea.....	16	26
Otras tuberculosis.....	26	26
Cancerosas.....	59	72
Meningitis.....	92	90
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	52	47
Orgánicas del corazón.....	70	83
Bronquitis aguda.....	54	31
Idem crónica.....	23	12
Pulmonía.....	31	14
Broncopneumonía y otras.....	111	81
Enteritis (menores de dos años).....	159	187
Apendicitis y tifitis.....	2	5
Hernias y obstrucciones.....	14	17
Cirrosis hepática.....	15	10
Nefritis.....	37	37
Septicemia puerperal.....	5	1
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	46	41
Senectud.....	24	19
Otras enfermedades.....	263	268
TOTAL.....	1.361	1.230

Varones.....	643
Hembras.....	587
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	45,37
Idem íd. en Junio de 1921.....	41,00
Idem íd. en Mayo de 1921.....	35,81

Observaciones.

Todos los años cuando los calores fuertes se inician acrece la mortalidad infantil, especialmente la de menores de un año. Esto es debido á la influencia de la temperatura, combinada con punibles transgresiones del régimen alimenticio. Generalmente, Julio alcanza el máximo de lactantes fallecidos; número que en Junio es ya de consideración.

Este año la mortalidad de Junio fué muy reducida en todas las edades durante los primeros quince días, pero

LA DIABETES SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI
Y SUS COMPLICACIONES 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, 25, San Sebastián.

pasados éstos, aumentaron rápidamente las víctimas de la diarrea y enteritis infantiles.

De los dos incluidos en viruela, uno es un niño de tres meses, muerto en la calle de Mediodía Chica; el segundo, de catorce meses, ha sido diagnosticado de varicela.

Por tifus exantemático dos defunciones en el Hospital Provincial; el uno transeunte, el otro procedente de la calle de Peñuelas.

De meningitis cerebro-espinal sin más indicación, una niña de catorce meses.

Las diez y seis defunciones de fiebre tifoidea proceden todas de distintos barrios, habiendo fallecido doce en sus domicilios, dos en el Hospital Provincial, uno en el de la Princesa y un sacerdote en el Hospital de Clérigos.

Nacieron vivos 1.446.

Crónicas.

Estadística sanitaria militar.—La prensa diaria publica un extracto de los cuadros demográfico-sanitarios, que ha dado a la imprenta la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra, que reproducimos por su interés.

Estos cuadros se han confeccionado ajustados al formulario acordado en la Conferencia de Budapest de 1894, celebrada por la Comisión internacional para la unificación de la estadística sanitaria de los ejércitos, con las modificaciones convenidas en las reuniones de París en 1900, de Madrid en 1903 y de Berlín en 1907.

La estadística sanitaria presentada por la Sección correspondiente del Ministerio de la Guerra se refiere al año 1919, y en el citado trabajo aparecen cuadros en donde se estudia el movimiento general de enfermos por cuerpos, por armas y por guarniciones.

Viene luego la demostración del movimiento de enfermos, clasificándolos con arreglo a las principales enfermedades, según la nomenclatura internacional.

Según este interesante cuadro, ingresaron en los hospitales militares durante el año 1919:

Por bronquitis.....	9.013
Por paludismo.....	14.916
Por tuberculosis.....	687
Por enfermedades de la piel.....	15.327
Por fiebre tifoidea.....	225
Por viruela.....	66
Por avariosis.....	2.181
Por gonorrea.....	5.241

Muy interesante nos ha parecido el mapa indicador de la división territorial militar en el año 1919. En la primera región aparece un promedio anual de guarnición de 20.929 hombres, con una morbosidad hospitalaria de 493,4 por 1.000 y una mortalidad de 10,03.

En la segunda región aparece como promedio de guarnición 14.168 hombres, con una morbilidad de 658,3 por 1.000, a la que corresponde 6,70 defunciones.

Tercera región: 12.075 hombres de guarnición; 585,5 enfermos por 1.000, y 6,29 muertos.

Cuarta región: 14.918 hombres de guarnición, con una morbilidad hospitalaria de 474,6 por 1.000, y 10,85 de mortalidad.

Quinta región: 8.308 hombres de guarnición, 396 por 1.000 enfermos y 8,06 de mortalidad.

Sexta región: 14.572 hombres de guarnición, 454,2 de morbilidad por 1.000, y 6,24 de mortalidad.

Séptima región: 5.704 hombres de guarnición, con 382,3 por 1.000 hospitalizados y 9,99 defunciones.

Octava región: 8.546 hombres de guarnición, con 577,1 por 1.000 enfermos y 10 defunciones.

Ceuta: 22.321 hombres de guarnición, con 667,3 por 1.000 enfermos y 7,97 defunciones.

Melilla: 21.494 hombres de guarnición, con 646 enfermos por 1.000 y 6,28 defunciones.

Larache-Alcázar: 21.107 hombres de guarnición, con 660,4 enfermos por 1.000 y 9,91 defunciones.

Islas Baleares: 9.246 hombres de guarnición, con 347,8 enfermos por 1.000 y 2,72 defunciones.

Islas Canarias: 5.253 hombres de guarnición, con una morbilidad de 544,6 por 1.000 y 1,90 muertos.

Por los datos que anteceden resulta que la región que da mayor contingente de mortalidad para el Ejército es Cataluña, y el país más sano es Canarias. Marruecos, que debía ser la región más castigada por enfermedades, da para nuestros soldados cifras más consoladoras que Cataluña respecto a mortalidad.

En el Hospital Provincial de Madrid.—El día 6, a las nueve de la mañana, se verificó en el Hospital Provincial la inauguración de dos nuevas salas de Medicina general, la 33 y la 34, instaladas con el donativo hecho por una señora que desea ocultar su nombre.

El obispo de Madrid bendijo los nuevos locales y celebró una misa, dando después la comunión a los enfermos; el prelado pronunció una plática exhortando a todos a continuar la obra en beneficio del pobre.

El presidente de la Diputación, Sr. Díaz Agero, dió al obispo las gracias en nombre de la Diputación.

Asistieron a la ceremonia, con el presidente, los diputados Sres. Nadal, Salcedo, Molás y Albericio; el director del Hospital señor González, y el decano de la Beneficencia provincial, doctor Isla.

Los dos pabellones tienen 80 camas colocadas con suficiente amplitud y dentro de las condiciones de la higiene más exigente.

Lamentamos, aun respetándole y encontrándole digno de alabanza, el anónimo guardado por la generosa señora, gracias a la cual se aliviarán en parte las angustiosas complicaciones por las que en algunas épocas del año pasa el más importante de nuestros nosocomios.

¡Cuánto mejor es agregar a estas fundaciones tradicionales, identificadas con el espíritu y las costumbres de Madrid, los esfuerzos de la caridad y no desparramarlos en Instituciones minúsculas que más vienen a satisfacer la vanidad de los fundadores que las necesidades de los desamparados!

Forma parte de la nueva construcción una hermosa terraza destinada a la soleación general y a los empleos terapéuticos de los baños de sol.

La Cruz de Beneficencia.—La Gaceta del 10 de Julio publica un Real decreto por el cual se concede la gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia con distintivo blanco a doña Regla Manjón y Margelina, condesa de Lebrija, organizadora de la Fiesta de la Flor en Sevilla y su provincia, fundadora en la misma ciudad de los dispensarios antituberculosos y del sanatorio actualmente en construcción. La recompensa no puede ser más merecida.

Sociedad de Pediatría.—La nueva Junta directiva de la Sociedad de Pediatría ha quedado constituida en la siguiente forma:

Presidente, D. Aurelio M. Arquellada; *primer vicepresidente*, D. Aurelio Romeo Lozano; *segundo vicepresidente*, don José Velasco Pajares; *secretario general*, D. Federico G. Martínez; *secretario de actas*, D. Eugenio Sixto Hotán; *primer vocal*, D. Manuel Vázquez Lefort; *segundo vocal*, D. Santiago Cavenget; *tercer vocal*, D. José García del Diestro; *cuarto vocal*, D. Juan A. Muñozerro; *tesorero*, D. Celestino Moliner; *contador*, D. Carlos Sáinz de los Terreros; *bibliotecario*, don Joaquín Tena y Sicilia.

El intrusismo farmacéutico.—Una numerosa Comisión del Colegio de Farmacéuticos de Murcia ha visitado el día 5 al gobernador para denunciarle los numerosos casos de intrusismo profesional que en la mayoría de los pueblos existen, y donde venden toda clase de productos con grave peligro para la salud pública.

También se lamentaron de que solo en muy determinados pueblos se cumple lo legislado sobre provisión del pago a los titulares, dándose el caso de que algunos Ayuntamientos adeudan por este concepto sumas fabulosas.

El gobernador les ofreció tomar determinaciones energéticas para evitar aquellas abusos.

PEÑACASTILLO

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

Director: **DR. MORALES.** — Santander.

La Cruz Roja internacional.—El día 5 por la mañana se reunió en Ginebra el Consejo de las Sociedades de la Cruz Roja, para examinar detenidamente todo cuanto se refiere á la salud pública.

Consultas públicas.—Resumen de los servicios prestados por el Gabinete Médico de Socorro del barrio de Salamanca durante el pasado mes de Junio de 1921.

En consulta pública, 582; á domicilio y en el Gabinete, 91; enfermedades de los niños, 147; ídem de garganta, nariz y oídos, 99; ídem del corazón y pulmón, 106; ídem del estómago é intestinos, 92; ídem de la matriz y embarazo, 63; ídem de las vías urinarias, 20; ídem de los ojos, 32; ídem nerviosas, 17; ídem de la piel y avariosis, 87; ídem de cirugía general, 77; ídem de boca y dientes, 184; casos judiciales, 5; vacunados 12. Total 1.614.

Medidas contra la viruela en Huelva.—Ante la aparición de varios casos de viruela en Huelva, el alcalde, de acuerdo con el inspector de Sanidad, ha dictado medidas á fin de que las dependencias municipales no presten servicio, á ninguna persona que no esté revacunada, y ha acordado oficiar á los Centros y Corporaciones para que adopten análoga medida. Se han establecido cuatro clínicas, donde se vacuna gratuitamente, sin perjuicio de la vacunación domiciliaria que se realiza en los barrios. Además, se ha ordenado á los dueños de las posadas y fondas, que den cuenta diaria de los forasteros, y se les hace responsables de cualquier infracción.

Estas órdenes son muy elogiadas.

Colonias de niños.—La reina doña Victoria ha organizado unas colonias de niños pobres para enviarlos á los Sanatorios marítimos de Oza y Pedrosa costeados con los productos de la Fiesta de la Flor.

Por cada uno de los dispensarios de Madrid, Victoria Eugenia, María Cristina y Príncipe Alonso, enviará cuarenta niños, aparte de los que costea personalmente; pero como á pesar de esta magnanimidad aún quedaban muchos niños solicitando marchar, las damas del dispensario de María Cristina, señoras marquesas de Alhucemas, Aldama y señorita Luna y otras, concibieron la idea felizmente realizada de formar un grupo de 50 niños para enviarlos á la montaña con donativos particulares que dichas señoras se encargaron de recaudar.

La primera expedición de sesenta y tantos niños salió ya, de cuyo número cuarenta son de los enviados por Su Majestad y los veintitantos restantes de los costeados por las mencionadas señoras del dispensario María Cristina.

La Cruz de San Hermenegildo.—La *Gaceta* del día 2 publica el Real decreto en virtud del cual se concede la Gran Cruz de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo al inspector médico de segunda clase en situación de primera reserva, D. Fernando Cano de Santayana y Guibert, de conformidad con lo propuesto por la Asamblea de la referida Orden.

Nuestra enhorabuena.

Sobre unas oposiciones.—En Zaragoza se comenta muy desfavorablemente la Real orden dictada el día 6 por el Ministerio de Instrucción Pública suspendiendo unas oposiciones para cubrir la vacante de médico cirujano producida en el Hospital Provincial.

La suspensión obedece á una reclamación formulada por los catedráticos de aquella Facultad de Medicina, quienes entienden que dicho cargo les corresponde á ellos.

La salud pública en Tortosa.—En las huertas lindantes á la ciudad de Tortosa se ha desarrollado una verdadera epidemia de fiebres palúdicas, debido á que, sin permiso de nadie, ni ofrecer las debidas condiciones de desagüe, se han hecho plantaciones de arroz casi á las puertas de Tortosa (á 2 kilómetros).

Reina con tal motivo verdadera indignación contra el ingeniero agrónomo jefe de la provincia, que consiente tamañó abuso. La prensa pide imperiosamente que el Gobierno corrija esta enormidad.

Títulos de enfermeras.—El día 24 de Junio fueron examinadas en la Facultad de Medicina, ante el Tribunal formado por el señor decano de la misma, Dr. Recasens, y los señores catedráticos Loza y Pombo, entre otras religiosas, un grupo de Siervas de María, preparadas al efecto por los ilustres profesores Dres. Mariscal, Jiménez, Simoneña y Barajas, habiendo obtenido todas brillantes notas, y, por tanto, el título del Estado para ejercer su profesión de enfermeras.

LIBROS de medicina franceses, se mandan rápidamente á toda España. Ventas en francos. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la librería Internacional, Churruca, 6, San Sebastián.

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

Tratamiento Curativo del Estreñimiento habitual con **PETROSINANA** García Suárez.

No es purgante, es un hidrocarburo líquido no asimilable, de efectos siempre seguros, lo mismo en niños que en adultos.



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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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.

TRIDIGESTINE Granulada DALLOZ

El más activo de los Polidigestivos

Dispepsias gastro-intestinales por insuficiencia secretoria.

Muestras: DALLOZ Y C^a, 13, Boul^g de la Chapelle, PARIS.