

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA	A. FERNÁNDEZ	G. MARAÑÓN
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN	A. GARCÍA TAPIA	G. RODRÍGUEZ LAFORA
Del Hospital de la Princesa.	Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. CARDENAL	F. GONZÁLEZ AGUILAR	J. SANCHIS BANÚS
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	Director-Médico del Instituto Cervantes.	Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVÍ	J. GOYANES	J. SARABIA PARDO
Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	Cirujano del Hospital General de Madrid.	Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO	B. HERNÁNDEZ BRIZ	F. TELLO
Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	Director del Instituto Alfonso XIII
L. ELIZAGARAY	T. HERNANDO	L. URRUTIA
Del Hospital General de Madrid.	Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO	F. LOPEZ PRIETO	R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Académico de la Real de Medicina.	Ex-Médico-Titular.	Del Hospital General.
	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: La ptosis del ciego y del riñón derecho, por el Profesor Chutro.—Cura de rejuvenecimiento, por el doctor A. Lorand.—El ácido úrico de la sangre, por el Profesor Chauffard.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Hojas de viaje.—Homenaje á un titular.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalido.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

LA PTOSIS DEL CIEGO Y DEL RIÑÓN DERECHO

Acompañado de la cariñosa carta que gustosos transcribimos nos envía el profesor Chutro el original de la conferencia dada por él en la Real Academia Nacional de Medicina el 19 de Febrero de 1921 y cuyas cuartillas taquigráficas le habíamos remitido:

«Buenos Aires, Mayo 25 de 1921.

Señor presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, Dr. Cortezo.

Mi distinguido colega y amigo:

Le adjunto á usted un resumen de mi conferencia ante la Academia que usted dignamente preside; este resumen es la traducción fiel de la versión taquigráfica que usted se sirvió mandarme.

Difícil me será poder traducir en estas líneas el vivo recuerdo que conservo de la excepcional recepción que ustedes me hicieron en Madrid; y ya que las palabras no alcanzan á expresar lo que mi corazón siente, espero que los hechos, bajo forma de propaganda, vengán á darles á ustedes plena satisfacción y justicia por el enorme adelanto del que he sido testigo presencial.

Los jóvenes que emprenden viaje á Europa, ya saben que deben ir á Madrid, donde encontrarán hermanadas la confraternidad científica con la cálida acogida cuyo secreto sólo los españoles poseen.

Permítame que le renueve mis agradecimientos á los que acompaño con mis saludos más afectuosos al par que respe-

tuosos; y si ello no fuera molesto le rogaría que hiciera extensiva á todos los miembros de la Academia esta simpatía que siento por todo el elemento intelectual español.

Soy de usted su atento y s. s.,

P. CHUTRO.»

«Señor presidente: señores académicos: señoras y señores:

Alguno de los que en este momento me escuchan, tal vez se pregunte: ¿Qué contestará á las amables palabras del señor académico Decref? También yo me lo pregunto.

Esta presentación, señores, me recuerda á la de esas madres que teniendo una hija moza empiezan á mostrarla á sus amigas diciendo sin ninguna mesura, por lo mismo que son madres: «Mi hija es tan buena como guapa; es tan obediente como inteligente; es...»

La niña que oye estas alabanzas empieza por ruborizarse, luego baja los ojos lastimada en su modestia, y al final, como que los elogios continúan, exclama: «Pero mamá... tú exageras».

Lo mismo diré, pues, de esta presentación: la madre España exagera nuestros merecimientos. Es un amor de madre que respetuosamente agradezco.

Señores:

Voy á ocuparme, de un modo general, de un tema por demás interesante del que poco sabemos aún y el que ofrece un ancho campo de trabajo, tanto para el clínico como para el investigador: Me refiero á las relaciones que existen entre la caída del riñón derecho, y las dilataciones y caídas del colon, que acompañan al estreñimiento habitual.

Al elegirlo no he olvidado que con él puedo rendir homenaje á los trabajos de los investigadores españoles que, con sus descubrimientos, han facilitado nuestros estudios, ya sea por lo que se refiere á la función de las glándulas de secreción interna, así como á la estructura íntima y al funcionamiento del sistema nervioso simpático abdominal.

Por mi parte, hace años que me ocupo del estudio de las lesiones de los órganos del flanco derecho, y mis ideas, como las de muchos otros, siguen evolucionando de acuerdo con los nuevos descubrimientos, lo que quiere decir que las conclusiones no son aún definitivas.

Analizando ciertos hechos clínicos, que parecen no tener conexión entre ellos, se ve que no es así y que existe, por el contrario, un encadenamiento innegable. ¿Quién no recuerda la frecuencia con que hace unos veinte ó veinticinco años se practicaban las nefropexias por riñón derecho móvil, sobre todo en las mujeres? Casi todos los procedimientos de fijación de riñón datan más ó menos de esa época. Esta operación, que tuvo tanta boga, fué abandonada poco á poco.

Lo curioso es que el abandono de la nefropexia coincidió con el momento en que se empezó á conocer bien la apendicitis, y sobre todo lo que se llamó tal vez erróneamente *apendicitis crónica*.

La creación de la entidad «apendicitis crónica» fué seguida de inmediato por la aparición de tantos casos, que hoy se ha perdido la cuenta de los enfermos diagnosticados de esta afección y operados. La apendicectomía practicada en estas condiciones, siendo una operación sencilla, se la ha indicado con tal exceso, que aun los mismos que la preconizaron en un comienzo, tuvieron que hacer una llamada á la moderación, porque, después de haber estado sometida á la prueba un corto tiempo, empezaron á nacer las dudas acerca de su bondad para tratar el mal el por que se había practicado; en ciertos casos la decepción fué mayor, porque no solamente los enfermos no curaron, sino que por el contrario empeoraron.

Sucedió, pues, con la apendicectomía lo que había sucedido ya con la nefropexia en casos semejantes, es decir: cayó poco á poco en el descrédito por las razones que acabamos de apuntar.

El concepto de las lesiones del flanco derecho ha ido evolucionando hasta llegar al convencimiento actual de que la ptosis renal es una consecuencia de la caída del colon y de que el apéndice, en las así llamadas apendicitis crónicas, es, entre todos los órganos que en ella intervienen, el menos enfermo; de ahí que tanto la nefropexia como la apendicectomía dieran tan pobres resultados.

Para comprender bien el concepto moderno, es decir, la relación de causa á efecto entre las lesiones de unos y otros órganos del flanco derecho, será necesario, señores, que recuerde breves nociones de embriología.

Un embrión entre la cuarta y la quinta semana nos muestra ya un tubo entérico, constituido por los rudimentos del estómago, intestino delgado, y lo que más tarde constituirá la mitad derecha del intestino grueso, formando el todo un asa con un meso común. En el espesor de este meso se encuentran los vasos del tronco celíaco y la mesentérica superior, venas, linfáticos, plexos simpáticos, es decir: un conjunto neuro vascular que es por así decir común á toda esta asa digestiva.

Esta disposición especial del tubo intestinal primitivo la tendremos siempre presente para explicar no sólo la relación de los órganos entre sí, sino que también para los distintos reflejos; y así una lesión del ciego, por ejemplo, puede perfectamente dar dolores reflejos del lado del estómago,

del mismo modo que un apendicular, después de sus crisis, tiene fenómenos de hiperclorhidria refleja, etc., etc.

Por lo que se refiere al tubo digestivo en sí, los cirujanos habían demostrado que en las intervenciones quirúrgicas el colon derecho se comportaba semejantemente al intestino delgado; los estudios de histología y de fisiología han llevado al convencimiento de que esta relación ó similitud entre uno y otro intestino es un hecho real que tiene su origen en el desarrollo embriológico.

Cuando pienso en estos plexos abdominales me viene á la mente de inmediato la gran figura de Cajal, padre de estos estudios y descubrimientos, de los que tanto aprovechan y aprovecharán la Medicina y la Cirugía.

La Fisiología está momentáneamente en retardo con respecto á la anatomía, pero no dudo que en un corto plazo ella nos ha de revelar los secretos del funcionamiento del simpático abdominal; nuestra ignorancia actual nos impide explicar satisfactoriamente la razón por la que algunos enfermos con lesiones crónicas del colon derecho no presentan jamás ningún signo del lado de este órgano y que, por el contrario, dan una ruidosa sintomatología refleja del lado del estómago, vesícula ó duodeno.

Sería difícil enumerar todos los errores de diagnóstico cometidos por olvido de esta relación embriológica de los órganos entre sí; y es de observación corriente la de enfermos con lesiones de caída ó malformación del colon derecho que han sido tratados durante años como dispépticos ó ulcerosos.

Permitidme todavía, dado que entre los oyentes hay jóvenes estudiantes, que recuerde otros detalles de embriología que facilitarán aún la comprensión de la relación que existe entre el colon derecho, por una parte, y el duodeno, vesícula biliar y riñón derecho, por otra.

Precozmente el duodeno, acompañando al estómago é inclinándose hacia la derecha, se acuesta sobre el plano posterior y adhiriendo al peritoneo parietal se transforma en un órgano fijo. La mitad derecha del colon, que durante las primeras semanas estaba flotante merced á un largo meso, emigra siguiendo movimientos bien conocidos, y después de la octava semana ya el ciego empieza á fijarse por debajo del hígado, sitio donde ha de permanecer hasta el final de la gestación. La porción del intestino grueso contigua al ciego y que más tarde formará el ángulo derecho, se fija á los órganos vecinos por una serie de bridas, casi ligamentos, que van hacia el duodeno, al cuello de la vesícula biliar y á las inmediaciones del riñón derecho.

El ligamento cóstico-duodeno-cólico, en forma de V ó Y, formado por la condensación del borde derecho del gran epiploon, va del cuello de la vesícula biliar y de la cara anterior de la segunda porción del duodeno hasta un punto del colon colocado á izquierda del ángulo derecho.

Ved desde luego, que cualquier tracción ejercida sobre el colon (acción de peso cuando éste está lleno) ha de ser transmitida por este ligamento, ya sea á la vesícula biliar ó al duodeno, dando por consiguiente un síndrome vesículo-duodenal que confunde al médico no advertido. La misma porción del colon que ha de formar el ángulo derecho adquiere íntimas y anchas adherencias con todos los planos colocados delante del riñón, y á partir de este momento se establecerá una solidaridad entre los dos órganos de modo tal, que las tracciones del colon repercutirán sobre el riñón y que la caída de aquel órgano irá seguida de la de éste.

Recordaré también que en el momento final de la vida intrauterina el ciego desciende hasta la fosa ilíaca derecha con el objeto de fijarse ahí; sería salir del tema que me he propuesto tratar, ocuparme de los vicios de posición, de los

retardos en la evolución y de las faltas de fijación del ciego, así como de las malformaciones, de las membranas pericólicas, etc.; pero es necesario decir aquí que todos estos estados se observan en lesiones que llevan por nombre: ciego móvil, ciego espástico, tifloatonía, lesiones en las que el estreñimiento es casi habitual.

El período de la vida correspondiente á la niñez pasa sin que se observen en realidad lesiones del lado del colon derecho, fuera de los procesos agudos de tipo inflamatorio; es tan sólo con la iniciación de la pubertad cuando aparecen los primeros signos de constipación, de ptoisis, de dolores reflejos, etcétera.

Analizando bien estos procesos he llegado al convencimiento de que, efectivamente, en el período de la pubertad hay cambios tales en el organismo, que ellos son causa, más que suficiente, para provocar estados que, haciéndose crónicos, se asemejen en un todo á los que vamos á describir á continuación.

Marañón ha trazado de mano maestra una serie de cuadros correspondientes á las distintas perturbaciones en el funcionamiento de las glándulas de secreción interna, y él, juntamente con otros, nos ha demostrado la repercusión que tienen estas perturbaciones sobre el sistema simpático de los distintos órganos del cuerpo; pero Marañón ha tomado como tipo sujetos ya enfermos y de larga evolución.

Correlacionando unos estudios con otros me he preguntado muchas veces si la constipación, que se inicia habitualmente en la pubertad, sobre todo en las niñas, no es debida á un desequilibrio en el funcionamiento de las glándulas internas y que lo que generalmente se consideraba como pereza fuera en realidad un fenómeno mucho más complejo.

Frecuentemente se observa en las niñas que las perturbaciones iniciales de la menstruación van acompañadas de fenómenos evidentes de simpaticotonía traducidos por inapetencia, hipoacidez, hipersecreción acuosa, atonía de las vísceras, dilatación del estómago y colon, además de toda una serie de signos externos bien conocidos por todos los clínicos.

Debo anticipar que esta interpretación que voy á dar, no ha pasado todavía por el fino tamiz de la experimentación; así es que ella tendrá sólo el valor de una teoría.

Si fuera cierto que el intestino sufriera la acción predominante de un producto segregado en exceso á causa del desequilibrio al que hacemos mención, este producto actuaría directamente sobre los pequeños ganglios simpáticos incluidos en el espesor de las paredes del intestino grueso y tendríamos como consecuencia un fenómeno de paresia ó de atonía, más marcado del lado del estómago y del ciego, porque son los órganos más activos, y que este fenómeno de paresia contribuiría á una dilatación idiopática, que sería el estado inicial de la constipación. Claro está que si esta perturbación se presenta en un sujeto normalmente constituido, ella puede evolucionar como un episodio pasajero sin dejar rastros; pero si la perturbación se presenta en un sujeto con malformaciones intestinales ó con otra causa predisponente, seguramente los dos factores se han de sumar.

El ciego con sus músculos paresiados y sometido á la acción continua del antiperistaltismo propio del intestino grueso, llegará á retener largas horas una gran cantidad de materias que pueden alcanzar el peso de 800 gramos á un kilo, peso que por acción mecánica acabará por vencer la resistencia de la pared intestinal dilatada, produciendo una dilatación que empezará por el ciego y continuará con el colon ascendente; esta misma acción de peso ejercerá una verdadera tracción sobre todos los ligamentos de sostén del colon derecho.

Los médicos que han tenido ocasión de examinar muchos de estos enfermos, en el período de la pubertad, saben que lo primero que se encuentra es la dilatación del intestino con retención y la falta del peristaltismo normal.

El día que la Fisiología nos haya dado la clave de estas perturbaciones secretorias, posiblemente daremos un gran paso en el tratamiento precoz y preventivo de estas lesiones; ya hoy día hay muchos enfermos que han evolucionado favorablemente con el tratamiento tiroideo ú ovárico á pesar de la manera empírica con que nosotros lo aplicamos. Los extractos de hipófisis tienen una acción electiva sobre el tubo intestinal.

Es indudable que si estos estados tan característicos de desequilibrio en las secreciones internas se hacen crónicos, las lesiones del lado del intestino se establecen también definitivamente: ellas seguirán una marcha progresiva y al cabo de un tiempo, variable según los sujetos, nos veremos ante estados complejos en los que uno ó varios órganos están comprometidos.

El ciego dilatándose continuamente acaba por deformarse; su capa muscular se debilita por acción del plexo nervioso y por el alejamiento de los puntos de inserción de los haces musculares, y al final el músculo insuficiente es incapaz de vaciar el contenido del ciego y del colon ascendente, haciéndose una retención permanente que contribuye á dilatar más todavía el órgano. Las bandeletas anterior y externa se alejan una de otra, y entre ellas la pared del intestino dilatado aparece prominente bajo forma de anchos divertículos ó abollonaduras con disociación de las fibras musculares que aun quedan. El ciego llega así, en su plenitud, á tener un volumen doble ó triple de lo normal; por el contrario, cuando está vacío se asemeja á un globo deshinchado; formando la pared una gran serie de repliegues.

La lesión puede quedar limitada al ciego durante meses ó años y entonces estos enfermos entran dentro de ese gran grupo de los «colíticos crónicos» con estreñimiento.

La retención permanente, la dilatación del colon ascendente, y de vez en cuando una malformación en la posición ó en la fijación de este colon, favorecen la movilización secundaria y la caída que puede abarcar hasta el ángulo derecho, con un cuadro sintomatológico variable.

El colon no cae solo; su ancha fijación con las membranas de envoltura del riñón hace que al caer abra el espacio renal, y este órgano se movilice y caiga también. En algunos casos la tracción se ejerce directamente por medio de una especie de ligamento que de la cara posterior del colon ascendente se dirige hacia el polo inferior del riñón. (Longyear).

El riñón es, pues, el primer órgano que soporta las consecuencias de la éstasis cecal y de la ptoisis del colon derecho; pero no es el único. Progresando la ptoisis y cayendo el ángulo derecho, la tracción se ejerce directamente sobre el ligamento cístico-duodeno-cólico, y entonces el síndrome que tenemos delante es de tipo biliar ó duodenal.

El síndrome de Reichmann, de origen reflejo, se presenta frecuentemente como consecuencia de este tipo de lesión del colon derecho.

Entra en mi propósito el mencionar solamente el mecanismo de estas lesiones recordando los variados reflejos y las distintas modalidades que puede presentar una misma enfermedad; claro está que saltan á la vista al mismo tiempo todos aquellos puntos oscuros que la Fisiología y la Patología no han podido resolver aún.

Si esta enfermedad se presenta con tantas variantes, el aspecto de los enfermos que la padecen no es tampoco uniforme. Algunos evolucionan largo tiempo sin dar mayores sín-

tomas; son, por lo general, sujetos jóvenes con signos francos de perturbación pluriglandular, con anomalías en el desarrollo, palidez, acné, inapetencia, constipación, tórax de Rowsing, ptosis cecal y renal derechas. Otra serie de enfermos, con los mismos signos que los precedentes, agregan de vez en cuando alguno que otro cólico por acodadura ó brida, con fenómenos mecánicos de obstrucción parcial; dentro de este grupo colocaremos esas jóvenes que se presentan al médico quejándose de ruidos y gorgoteos al nivel de la fosa ilíaca derecha cuatro ó cinco horas después de las comidas y que les llegan á incomodar al punto de deprimir su espíritu, porque se ven obligadas á privarse de fiestas y reuniones á causa de los ruidos «indiscretos». El médico, muchas veces, no da importancia á esta incomodidad, prescribe alguna medicación anodina y olvida que para esas jóvenes no hay en el mundo enfermedad más terrible que la suya. Tal vez sea ese descuido de parte de los médicos, la causa de por qué el 80 por 100 de las mujeres tengan signos de constipación y el riñón derecho algo caído.

Los errores de diagnóstico más frecuentes se cometen considerando á estos ptosados como biliares ó duodenales. La caída secundaria del riñón derecho, cuando va acompañada de desprendimiento de la segunda porción del duodeno, da por sí sola una sintomatología que asemeja bastante á la de la úlcera del duodeno. El dolor con hambre, que Moynihan ha atribuido á los ulcerosos del duodeno, se observa frecuentemente en estos casos, lo que es fácil de comprender, puesto que ese signo no es en realidad sino el resultado de una perturbación de la motilidad hoy bien conocida; este dolor con hambre, á diferencia de los ulcerosos en quienes es paroxístico y horario, se presenta en momentos variables, muy largo tiempo ó inmediatamente después de la comida, y en vez de calmarse con la medicación alcalina, obedece sólo á la posición del plano inclinado. Por otra parte, este dolor suele desaparecer para ser reemplazado por una verdadera neuralgia del plexo solar, sobre todo cuando la tracción sobre el ligamento cístico-duodeno cólico es muy fuerte.

La hiperclorhidria del ulceroso y la sensación de hambre son reales y esos enfermos requieren una alimentación abundante, lo contrario de los ptosados, que en cuanto han ingerido unos cuantos bocados se encuentran satisfechos. La explicación de este fenómeno es muy sencilla:

Los ptosados son generalmente simpaticotónicos con hipoacidez. Siguiendo en el análisis nos sería fácil describir los signos de una lesión real de la vesícula biliar y los de una lesión refleja por estiramiento.

Es verosímil que un mejor conocimiento del simpático abdominal y del funcionamiento de los órganos digestivos nos permita precisar los pequeños síntomas propios á cada modalidad, evitando así muchos errores de interpretación y aun de diagnóstico.

Habíamos dicho en un comienzo que la extirpación del apéndice era perjudicial á los ptosados; otro tanto diremos de aquellas gastroenterostomías practicadas siguiendo un diagnóstico, aunque no confirmado por el examen visual: nada puede ser más perjudicial para el porvenir de estos enfermos.

Admitiendo que la ptosis del riñón derecho es una consecuencia de la caída del colon, la nefropexia será siempre una operación insuficiente, porque la causa, que ha quedado intacta, será más poderosa que los sostenes ofrecidos por la intervención.

La razón por la que la apendicectomía haya empeorado estos enfermos es la siguiente: el colon derecho en su caída es detenido por lo que llamaríamos el «ligamento vascular»

formado por el tronco de la ileocólica y por la apendicular con el mesoapéndice. Cuando el cirujano liga el mesoapéndice, invagina el mufión y abandona el ciego en el vientre, éste perderá el último freno que lo retenía aún y caerá libremente hacia la cavidad pelviana, es decir, que desde el momento de la operación todos los fenómenos de ptosis se habrán agravado. El intestino delgado se acodará á unos 20 centímetros de la válvula ileocecal al nivel del punto fijo del mesenterio; el colon derecho, no retenido en su base, tirará directamente del riñón, de la vesícula y del duodeno, y así se explica que enfermos que sufrían relativamente poco antes de la operación, acusen dolores de otro tipo inmediatamente ó algunos meses después de ella. Algunas veces el cirujano, creyendo haber hecho un error de diagnóstico, interviene nuevamente en el piso superior del vientre donde, por cierto, no encuentra ni los cálculos ni la úlcera.

Quiero recordar á los que son cirujanos, un hecho de la práctica diaria que dice bien lo que es el «ligamento vascular» para el ciego. Una vez abierto el vientre aparece el colon ascendente, y para poder llegar al apéndice es necesario dar al paciente una fuerte posición de Trendelenburg ó remontar varios centímetros de intestino, y entonces con sorpresa se constata que lo caído es el ciego y que el apéndice, manteniéndose en su sitio, se ha limitado á girar sobre su eje para presentar la punta hacia arriba; es que el ciego al caer hace al mismo tiempo la reptación de su cara anterior simulando una ptosis mayor que la real.

Si las manifestaciones clínicas son tan variadas, el tratamiento no puede ser único desde luego; algunos enfermos benefician realmente con el tratamiento quirúrgico, otros con el ortopédico y queda aún un grupo grande ante el cual nos encontramos completamente desarmados.

Cuando los enfermos, lo que sucede rara vez, se presentan en el período de iniciación de su enfermedad, ellos pueden mejorar y aun curarse con un tratamiento médico apropiado en el que la opoterapia desempeña un papel importante. Desgraciadamente estos enfermos consultan al médico después de haber llevado muchos años su padecimiento, y vienen á consultarlo por lo general, á causa más de las complicaciones que de la lesión en sí misma; claro está que á esta altura las lesiones son todas ellas definitivas y de un tratamiento difícil.

Estos enfermos podrían ser catalogados en tres categorías:

4. Sujetos, jóvenes por lo general, con dilatación y movilidad cecal anormales, constipación, signos de intoxicación por retención en el colon, riñón derecho que empieza á movilizarse, á los que aconsejamos la operación con el objeto de que el mal no progrese. La operación consiste en la extirpación del apéndice y en la fijación inmediata del fondo del ciego al peritoneo parietal posterior, ya con un punto pasado á propósito ó si no anudando el hilo de invaginación del mufión con el que sirvió para ligar el mesoapéndice. Los enfermos así tratados mejoran considerablemente y en docenas de casos, vistos años después de la operación, hemos podido constatar que el riñón derecho, vuelto á su sitio, había recuperado su fijeza primitiva, gracias, sobre todo, á la reconstitución de la cápsula adiposa.

Tratándose de enfermos con lesiones un poco más avanzadas, en los que la constipación y la ptosis van acompañadas de una marcada dilatación de la porción terminal del colon derecho, no nos conformamos con la simple apendicectomía y fijación, sino que agregamos un plegamiento del ciego y hasta una fijación ancha á la pared posterior. El plegamiento del intestino se practica uniendo las bandeletas an-

terior y externa é invaginando así la parte más distendida del intestino; este plegamiento acerca por otra parte los puntos de inserción de los haces musculares devolviéndoles así su poder de contracción. Durante años he practicado un plegamiento muy extenso, llegando hasta 15 centímetros y con un punto continuo; posteriormente he abandonado esta práctica por considerarla excesiva y actualmente me limito á poner cinco ó seis puntos de seda sobre los últimos 10 centímetros del intestino, teniendo la precaución de dejar estos hilos largos para que ellos mismos sirvan para fijar el intestino al peritoneo parietal posterior y cortarlos entonces.

Esta operación la he practicado con mucha frecuencia en sujetos que, habiendo sido anteriormente apendicectomizados, sufrían de perturbaciones por exceso de movilidad del ciego, y los resultados han sido tan halagadores que en muchos casos se puede hablar de verdaderas curaciones.

De vez en cuando, y una vez el vientre abierto, el cirujano constata que la movilidad intestinal es debida á un meso más largo que lo que se supuso; en esas condiciones la operación precedente no bastaría, razón por la cual, después de practicado el plegamiento, se hace la fijación del intestino hasta el ángulo siguiendo un procedimiento semejante al aconsejado por Vaugh.

B. Enfermos muy enflaquecidos con signos evidentes de intoxicación intestinal, al mismo tiempo que presentan una nefrocoloptosis sumamente pronunciada, y en los que una intervención sería muy arriesgada sin un tratamiento previo que los ponga en condiciones. A estos enfermos se les somete á un tratamiento de cama inclinada á la manera de Trendelenburg, con elevación de 25 á 30 centímetros de los pies de la cama; se les administra laxantes parafinados, proctoclisís con suero glucosado, que se ponen todas las noches, lavado del estómago antes de dormirse para que no guarden residuos en el estómago, alimentación progresiva y que deje el menor residuo posible. Quedan estos enfermos varios meses en cama durante los cuales se desintoxican, desaparecen los vómitos, mejora la constipación, aumentan de peso, las vísceras recuperan el derecho de domicilio y los tejidos recobran una tonicidad que habían perdido. Cuando se ha obtenido este resultado se procede á la intervención quirúrgica con el objeto de consolidarlos.

C. Enfermos con ptosis generalizada, del tipo Glénard, en los que el tratamiento quirúrgico está contraindicado, son sometidos al mismo tratamiento de reposo en cama, con la diferencia de que, una vez mejorados, empiezan á levantarse con un corsé ortopédico apropiado para conservar los resultados obtenidos.

D. En raros casos de ptosis generalizada el cirujano se ve obligado á intervenir quirúrgicamente, sea por fenómenos de constipación rebelde y pertinaz, sea por acodaduras y obstrucciones casi permanentes. Cinco veces he practicado la ileosigmoidostomía; los enfermos han soportado bien la operación, pero los resultados funcionales á distancia no son halagadores, por lo que he abandonado esa manera de proceder. En cambio, estoy muy satisfecho de la cecosigmoidostomía que me parece la operación de elección para los casos extremos en que haya de buscarse una derivación del ciego.

Estos son, señores, los procedimientos operatorios y sus indicaciones.

Antes de terminar quiero decir dos palabras acerca de la interpretación de los fenómenos dolorosos y del momento de su aparición.

Ciertos enfermos se dan cuenta tarde ó nunca de su padecimiento; otros, en cambio, desde su iniciación presentan parte ó todos los síntomas reflejos que hemos mencionado

más arriba. La explicación de estos hechos es posible encontrarla estudiando la repartición del simpático abdominal y aplicando la ley Head.

Interpretando la teoría de Head, en el caso especial se diría que las irritaciones del plexo solar transmitidas por sus ramas hasta los ganglios nerviosos raquídeos producen un reflejo que partiendo de estos ganglios, va por los nervios intercostales á cerrar el circuito dando fenómenos dolorosos ó de contractura en el territorio del nervio afectado. Los sujetos, cuyo colon derecho es excesivamente móvil, presentan desde temprano estirajamientos sobre los órganos que están en relación directa con el plexo solar, y de ahí la aparición de signos dolorosos al nivel del duodeno ó de la vesícula, porque el arco reflejo ha venido á cerrarse sobre los intercostales correspondientes á estas regiones. Aquellos otros sujetos, por el contrario, cuya lesión está limitada á las vecindades del ciego irrita solamente los ganglios y ramas del plexo simpático lumbar que no tiene relaciones directas con los nervios de la vida de relación; cuando la lesión por su extensión llegue á afectar el plexo solar, aparecerán los signos dolorosos con localización.

Queda por resolver el problema del funcionamiento de los ganglios simpáticos intermediarios, y ya que de ganglios hablo, permitidme recordar en este momento que mucho de lo que sabemos con respecto á la estructura y al funcionamiento del simpático abdominal se lo debemos al genio investigador y creador de ese gran español que se llama Cajal; sus descubrimientos no sólo han revelado secretos de la naturaleza, sino que han facilitado á miles de investigadores la tarea emprendida para establecer las leyes de la Biología, ciencia que ha de ser la verdadera guía, tanto del médico como del cirujano.

Como justo homenaje á la labor de este gran hombre, permitidme recordar las palabras de D'Alembert con respecto al Templo de la Gloria: «El interior del Templo está habitado por muertos que no se encontraban en él durante su vida; y por algunos vivos que se los echa por la puerta en su gran mayoría, en cuanto mueren»; entre los pocos que tienen derecho á entrar al Templo en vida y quedar en él y en sitio privilegiado, coloquemos al hombre que, salvando los límites de su patria, ha llegado á pertenecer á la humanidad y que se llama Ramón y Cajal.

CURA DE REJUVENECIMIENTO

FOR EL

DR. A. LORAND

De Carlsbad, Bohemia. Tcheco-Eslovaquia.

El profesor Steinach, de Viena, ha visto que seccionando los conductos deferentes de varias ratas muy viejas y decrepitas, se producían al cabo de algún tiempo cambios muy notables en el estado de las mismas. ¡Estas ratas se han rejuvenecido! Antes de la operación, se arrastraban con bastante trabajo, no se tomaban el menor interés por cuanto las rodeaba y en presencia de un congénere macho huían cobardemente para evitar una lucha. Algunas semanas después de la operación mostraban una agilidad extraordinaria, una predisposición extraordinariamente bélica, y en cuanto se metía en su jaula una rata macho la atacaban con gran violencia. Este rejuvenecimiento también se ha hecho patente en el aspecto exterior de los animales; las foto-

grafías de Steinach lo demuestran. Mientras que antes de la operación eran más ó menos calvas y estaban muy delgadas, pocas semanas más tarde el vello era largo, espeso y reluciente como el de las ratas jóvenes, y los miembros adquirieron una redondez muy esbelta. Sin embargo, el cambio más importante apareció en la esfera sexual. Antes de la intervención, los animales no mostraban el menor apetito sexual y eran completamente impotentes; después del acto quirúrgico, las ratas viejas rejuvenecidas mostraban un ardor completamente extraordinario y perseguían á todas las ratas, incluso á las que no estaban en celo, en cuanto se ponían en su presencia, dando los síntomas de una potencia increíble. El mismo Steinach obtuvo resultados iguales en ratas muy viejas injertándoles los ovarios de ratas jóvenes; las primeras se rejuvenecieron en algunas semanas. Y no es solamente que su piel se cubriese de vello abundante y reluciente y que sus miembros se redondeasen, sino que hasta las mamas que se habían desecado según demuestran las fotografías de Steinach, se transformaban en mamás de rata joven. Antes de la operación, los machos las despreciaban; algunas semanas más tarde, al ponerlas en presencia de ellos, éstos las perseguían con ardor. Es curioso que estas ratas viejas que tenían treinta meses y, por tanto, se encontraban en una edad equivalente á los ochenta años en la mujer han parido y traído al mundo crías en un estado de perfecta salud y de una vivacidad extraordinaria.

Por consejo de Steinach, el cirujano vienés Lichtenstern ha reproducido en el hombre los experimentos practicados en los animales. Se trataba de individuos que padecían afecciones del testículo ó de la próstata, y al operarlos hizo ligadura del conducto deferente entre el testículo y el epididimo. Algunas semanas más tarde, aquellas mismas personas tenían un aspecto mucho más rejuvenecido. Su fuerza muscular se había aumentado y su memoria, que antes era muy deficiente, se mejoró de modo muy notable. Al mismo tiempo los diferentes síntomas de la vejez sufrieron una influencia favorable muy notable, el apetito sexual y la potencia reaparecieron. Los cabellos, que antes eran escasos, brotaron con mayor abundancia y rapidez. Los resultados no eran desde luego tan notables como en las ratas, cosa que tampoco se podía concebir que lo fuesen dada la gran diferencia que existe entre los roedores y el hombre, pero tampoco eran despreciables.

La operación da lugar á una retención seminal y á propósito de ella no quiero dejar de señalar la creencia popular existente entre los indios de que la retención de esperma aumenta las fuerzas corporales y espirituales, creencia que se encuentra consignada también en el Sushsut, libro escrito en sánscrito hace 1.500 años por el gran médico indio Dhanwantarid en el que por este motivo se recomienda á los hombres no casarse hasta no tener cumplidos los treinta ó los cuarenta años.

Ahora se trata de saber cuál es el mecanismo íntimo del proceso. Tras de la sección de los conductos deferentes, se atrofian las partes de secreción externa y más tarde se produce una hipertrofia de las de secreción in-

terna, de las células de Leydig, cosa que ha demostrado Steinach, mediante cortes microscópicos y que descansa sobre la ley que rige las relaciones íntimas entre las diferentes glándulas. Esta ley, que yo he contribuido á establecer, merced á mis trabajos experimentales, dice que toda modificación de una de estas glándulas, por ejemplo, la degeneración, va seguida de la hipertrofia de las otras. De modo, que el rejuvenecimiento no se debe atribuir tan sólo á la modificación de las glándulas sexuales, sino al cambio correlativo acontecido en todas las demás. Uno de los ayudantes de Steinach, Schleidt, ha estudiado el tiroides y la hipófisis de las ratas rejuvenecidas y ha visto que eran iguales á los de las jóvenes.

Esto prueba también la veracidad de la teoría acerca de la vejez, que expuse yo á la Sociedad de Biología hace diez y seis años (1). Decía yo entonces que es un proceso morboso debido á la degeneración "primitiva" de las glándulas vasculares-sanguíneas, no sólo del testículo, como quería Brown-Sequard, ni del tiroides, sino de todas.

En efecto, todas aquellas causas que se reconocen como nocivas de dichas glándulas, es decir, las enfermedades infecciosas, los partos demasiado frecuentes, el alcohol, el tabaco, las substancias tóxicas que penetren con la alimentación ó que se formen en nuestro organismo, penas, emociones, etc.; todas ellas son acusadas y con razón de acelerar la vejez. Todas estas glándulas: tiroides, glándulas sexuales, cápsulas suprarrenales, hipófisis, páncreas, etc., ejercen una influencia muy manifiesta sobre los procesos de oxidación, desintoxicación y alimentación del organismo.

Cuando las glándulas sufren una modificación en virtud de las causas nocivas que pueden actuar sobre ellas, nuestros tejidos y órganos no tienen más remedio que resentirse y á la larga es lo que conduce al estado de vejez.

Luego si queremos hacer un tratamiento racional de la senilidad, no nos quedará otro recurso que aumentar la actividad y mejorar el estado de estas glándulas, y teniendo en cuenta esto, es por lo que en la comunicación á que antes me refería aconsejé yo tratar la vejez por la organoterapia, ó sea por la ingestión de las glándulas vasculares sanguíneas de los animales.

Los resultados tan notables que ha conseguido Steinach los ha obtenido exaltando la actividad de dichas glándulas por una operación que da lugar á una irritación violenta de las sexuales masculinas, la cual repercute sobre todas las demás. De suerte que tenemos dos medios de tratar la vejez: 1.º, el método interno; 2.º, el método operatorio. La cuestión está en saber cuál de los dos métodos se debe preferir.

Hasta ahora teníamos la costumbre de no recurrir á las operaciones en el tratamiento de las enfermedades internas sino cuando los medios internos eran inútiles, ó por lo menos no producían el efecto apetecido. Aquí, á buen seguro que no nos encontramos en seme-

(1) Lorand: Comptes rend. de la Soc. de Biol., 1904: "Sur les causes de la senilité".

jante caso. En mi libro acerca de la vejez y de su tratamiento (1) hago constar que administrando extractos de tiroides y de glándula sexual de los animales he conseguido rejuvenecer hombres y mujeres en diez y hasta en quince años. Fundado en mis observaciones que desde entonces se han multiplicado, prefiero desde luego el tratamiento interno, porque el operatorio que no da, *por lo menos en el hombre*, resultados muy superiores, lleva el riesgo de consecuencias peligrosas y á veces hasta fatales. Hace ya más de dos años que la *Iconografía* de la Salpêtrière y otros periódicos han publicado fotografías de personas de edad avanzada, las cuales después de sometidas á un tratamiento por la glándula tiroides de animales, aparecían rejuvenecidas en diez, quince ó veinte años. Una vez que yo hube visto por mí mismo casos de esta índole, pensé que si una persona de sesenta años que padecía un verdadero mixedema se rejuvenecía, otra persona que no tuviera el tiroides tan alterado debía obtener todavía mejores resultados. Y como quiera que casi todos los casos de vejez, precoz ó natural, se caracterizan por una degeneración de la glándula tiroides y de las sexuales, me puse á tratar estos casos por los extractos de dichas glándulas. Los resultados que conseguí se pueden equiparar á los que ha obtenido *en el hombre* Steinach con su operación. Las arrugas de la cara desaparecieron, ó por lo menos, disminuyeron, la fatiga muscular que existía antes desaparecía, y todo el aspecto de estas personas mejoraba. Volvían á brotar los cabellos, cosa que ya señalaron los primeros autores que se ocuparon de los resultados del tratamiento del mixedema por el tiroides, y la memoria también se hizo más fiel, cosa nada rara en el tratamiento opoterápico del mixedema. También ha reaparecido el apetito sexual que en algunos casos llevaba ya varios años extinguido. Todos estos síntomas de rejuvenecimiento fueron más manifiestos en la mujer que en el hombre.

En varias muchachas jóvenes y mujeres amenorreicas he conseguido hacer reaparecer la menstruación tres, cuatro y hasta seis meses después de que había desaparecido, de manera que me parece este tratamiento juntamente con los baños de cieno y la administración de hierro y de arsénico, el más apropiado para el tratamiento de la esterilidad y de la frigidez sexual en la mujer. En general los extractos de glándulas femeninas dan mejor resultado que los homólogos masculinos y es porque los primeros llevan los cuerpos amarillos, al paso que en los segundos es muy difícil que se encuentre el producto de la secreción interna. Por eso opino que antes de someter á los animales á la operación debía ponérseles en estado de gran irritación sexual.

El tratamiento organoterápico de la vejez es inofensivo con tal de que se empleen glándulas frescas procedentes de animales sanos y bien nutridos, condiciones que son necesarias también para que el resultado de este tratamiento sea bueno. No se deben tratar los enfermos cardíacos, diabéticos ó basedóvicos. Además

hay que tomar el pulso é investigar el estado del corazón cada cuatro ó cinco días y con estas precauciones no se me han presentado accidentes desagradables en diez y seis años que llevo practicando este tratamiento. Para completar la eficacia de la organoterapia administro yodo que es uno de los elementos esenciales del tiroides y cuya cantidad se encuentra reducida en la vejez. Favorecer la función del tiroides es combatir la arterioesclerosis y la preponderancia del tejido conjuntivo que se encuentra en todos los casos de hipotiroidismo con detrimento de los tejidos nobles. Ya dijo el doctor Carlos Sajous, de Filadelfia, que es el autor del libro más antiguo que se conoce acerca de las secreciones internas, que todos los medicamentos que administramos á los enfermos obran por intermedio de las glándulas vasculares sanguíneas.

La eficacia de la organoterapia se favorece administrando arsénico y hierro, así como sometiendo á los enfermos á la acción de los rayos ultravioletas de la lámpara de cuarzo. Estos rayos parecen activar la función de las glándulas mencionadas y muy particularmente las sexuales. Se han visto reaparecer las reglas de mujeres amenorreicas por someterlas al tratamiento por estos rayos. El mismo resultado da los rayos ultravioletas del sol. Se ha visto en alguna población de Suiza que en una misma calle sólo presentaban bocio los vecinos de la acera en la que no daba nunca el sol, al paso que no se encontraba ningún caso de dicha enfermedad en los vecinos de la acera de enfrente. Creo que para la cura de rejuvenecimiento los baños de sol si contienen muchos rayos azules, violetas ó ultravioletas y las irradiaciones por la lámpara de cuarzo unidas á la organoterapia, son de una eficacia admirable. Los sitios mejores para tomar baños de sol son las montañas y, muy especialmente, las que se encuentran en las inmediaciones del mar.

Procedan del sol ó procedan de la lámpara de cuarzo ó de vapores de mercurio, los rayos ultravioletas combaten los síntomas más salientes de la vejez que son: la disminución de los procesos de oxidación y la debilidad de la circulación general. Hiperemian la superficie del cuerpo, disminuyen la tensión sanguínea y exaltan la acción de las glándulas vasculares sanguíneas contribuyendo á favorecer su acción desintoxicante. Los baños de radium que se administran en las inmediaciones de Carlsbad (San Jachymow ó San Joachimsthal) tienen una acción análoga á la de los rayos ultravioletas.

He visto también un efecto rejuvenecedor de los baños de cieno ferruginoso, cosa que debe estar relacionada con el efecto favorable que ejercen sobre la función menstrual.

De modo que nuestro arsenal terapéutico está bastante bien provisto de remedios para combatir la vejez, pero aun sin necesidad de echar mano de medicamentos ni remedios especiales, y sólo con un plan higiénico determinado se puede alcanzar cierto rejuvenecimiento. Como quiera que las glándulas vasculares sanguíneas tienen á su cargo la destrucción y asimilación de los productos tóxicos, su degeneración y la dis-

(1) A. Lorand: «Cura de rajeunissement», 1911.

minución de su función acarrear un estado de autointoxicación que podremos combatir favoreciendo las traspiraciones frecuentes, y administrando de cuando en cuando buenas purgas para favorecer, sobre todo, la eliminación de los cuerpos nucleínicos que es de los que procede el ácido úrico. Pero ante todo se impone un régimen sencillo. Una vez que se han pasado los cincuenta años hay que ser parco en la comida, evitando a toda costa la sensación de estómago lleno, sobre todo si existen ya síntomas de arterioesclerosis. Comiendo poco y á menudo se evita la sobrecarga y se favorece el trabajo del corazón. El labrador inglés Thomas Parr vivió ciento cincuenta años y los pasó siempre en el campo sometido á una alimentación láctea en todas sus formas. Cuando Harvey le disecó encontró todos sus órganos en estado perfecto, incluso las glándulas genitales (este individuo fué acusado á los cien años por una muchacha de diez y ocho de haber abusado de ella). Los ciento cincuenta años que vivió en el campo con un régimen algo escaso y unos medios de vida reducidos no le causaron efecto nocivo, en cambio una semana pasada en Londres comiendo á la mesa opulenta del rey que tuvo el capricho de conocer al más viejo de sus súbditos, le causó la muerte que en este caso puede decirse que fué prematura.

EL ÁCIDO ÚRICO DE LA SANGRE ⁽¹⁾

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.)

CUADRO I

Nombres.	Diagnóstico.	Urea sanguínea.	Ambard.	Acido úrico.	Colesterina.
Des....	Gota crónica ..	0,40	0,10	0,127	2,95
Bl....	Gota aguda ...	0,40	0,08	0,125	2,15
Mer....	Gota crónica ..	0,39	0,10	0,122	2,25
Cos....	—	0,30	0,13	0,118	2,85
Dud....	—	0,33	0,08	0,118	2,07
Br....	—	0,43	—	0,11	1,86
Dup....	Gota aguda ...	0,34	0,09	0,10	2,10
Lam....	Gota crónica ..	0,35	0,13	0,10	1,65
X....	—	0,45	0,10	0,10	1,50
Bo....	—	0,45	0,12	0,09	2,15
De L....	—	0,40	0,11	0,087	2,70
Mer....	—	0,40	—	0,078	1,80
Sal....	—	0,72	—	0,072	2

CUADRO II

Wis....	Cólicos nefríticos.....	0,63	0,14	0,131	2,50
Bel....	—	0,49	0,10	0,113	3,10
Rou....	Litiasis antigua	0,36	0,08	0,102	1,60
Gar....	—	0,58	0,15	0,096	1,72
Gim....	—	0,36	0,10	0,095	2,25
Hug....	—	0,48	0,11	0,091	2,07
Dus....	Cólicos nefríticos.....	0,30	0,09	0,091	2,55
Dup....	—	0,31	0,07	0,084	2,68
Ba....	—	0,22	0,078	0,082	1,47

(1) Véase el número anterior.

Nombres.	Diagnóstico.	Urea sanguínea.	Ambard.	Acido úrico.	Colesterina.
Is	Cólicos nefríticos.....	—	—	0,082	1,68
Viol....	—	0,49	0,12	0,03	2,50
Por....	—	0,60	—	0,03	1,95
P.....	—	0,39	0,11	0,072	1,70
Bell....	—	0,44	0,10	0,069	3,10
Lem....	—	0,38	0,07	0,068	1,75
Gr.....	—	0,54	0,07	0,066	1,85
Mor....	—	0,32	0,07	0,069	2,20
Car....	—	0,33	0,07	0,066	2,10
Mir....	—	0,33	0,06	0,062	2,04
Les....	—	0,45	0,08	0,054	1,46
Lau....	—	0,42	—	0,05	2,50

Después de haber confirmado para la nefritis, lo que había sido anunciado por Garrod, los americanos aportan experiencias respecto al contenido de ácido úrico de la sangre; pero mientras que nosotros no hemos encontrado en casos de este género más que 17 centigramos de ácido úrico por 1.000, los americanos encuentran una cifra mayor, que llega hasta 25 centigramos por 1.000 gramos.

Veamos simplemente; para la gota y la calculosis, ¿qué enseñanzas podemos obtener? Para ello examinemos los cuadros adjuntos y deduciremos tres órdenes de enseñanzas:

Ante todo, nociones ponderales sobre la cantidad de ácido úrico en la sangre.

Después, la relación de la gota y de la calculosis con los estados renales.

Finalmente, la relación de la gota y de la calculosis con los estados hepáticos.

Ante todo, ¿cuál es la cantidad de ácido úrico que existe en la sangre? Para apreciar un dato de este género, hay que partir de la noción del estado normal y llegar después á la cifra de ácido úrico encontrada en un gotoso. Con Brodin y Grigaut hemos practicado numerosas dosificaciones y hemos llegado á una aproximación muy grande. La cantidad de ácido úrico, en un individuo normal, varía entre 4 y 5 centigramos por 1.000 gramos, ó sea por litro de suero.

Los americanos han encontrado cifras más débiles: 2 á 3 centigramos por 1.000. Grigaut ha mostrado las causas de esta discordancia: en su procedimiento de dosificación, los americanos han operado sobre un precipitado argéntico-magnésico de ácido úrico, que es un poco soluble; Grigaut ha suprimido esta pérdida de producto, y por esto es por lo que las cifras nuestras son más elevadas que las de los americanos. Existe, pues, una cifra normal, una cifra tipo, con la cual compararemos las cifras patológicas; 4 á 5 centigramos de ácido úrico por litro de suero.

Si examinamos el cuadro I, se observa que las cifras de ácido úrico son mayores que la normal. He aquí una serie de casos, casi todos de gota crónica, que provienen, unos, de nuestra práctica en el Hospital, y otros, de enfermos de la ciudad que he hecho venir; un buen número pertenece á la clientela de los doctores Schneider y Bricout, de Contréxéville, que han tenido la bondad de permitirnos examinar sus enfermos, por lo que les estamos muy obligados. Todos estos gotosos pre-

sentan un exceso de ácido úrico en la sangre: 127 miligramos, 125, 122, 118, 110, 100, 100, 100, 9, 8 y 7 centigramos.

El enfermo que tiene menor cantidad de ácido úrico, tiene todavía más de lo normal. Todos los que figuran á la cabeza de la lista, tienen más de 12 centigramos, es decir, más de tres veces la cifra normal de ácido úrico en el suero.

En el suero de los gotosos, la cantidad de ácido úrico es casi siempre doble, á menudo triple de la normal, ya se examine en estado de gota crónica ó de gota aguda.

He aquí el primer hecho importante de esta primera investigación.

Para los enfermos de calculosis, tenemos la rara suerte de poder presentar 21 casos en el cuadro II.

De todos ellos, hay tres que pueden considerarse con una cifra normal, ó sea 5 centigramos por 1.000, y todos los demás tienen una cifra mayor; pero no obstante, si se comparan estos enfermos con los gotosos, se ve que son menos hiperuricémicos; la cantidad en la gota es mayor que en la calculosis.

El grado de hiperuricemia en los calculosos es menor que en los gotosos puros. Se necesita por tanto menos cantidad de ácido úrico en la sangre para que se presente la calculosis, que para que sobrevenga la gota.

¿De dónde viene este exceso de ácido úrico contenido en la sangre de estos enfermos? Es ésta una cuestión que podría llevarnos muy lejos, si nos lanzáramos á estudiar la patogenia química de esta enfermedad. M. Grigaut os hablará de los estados moleculares bajo los cuales puede presentarse el ácido úrico en el organismo. Yo solo deseo señalaros por el momento, los orígenes principales del ácido úrico.

Primer origen tradicional: los alimentos. Se sabe que el régimen es de la mayor importancia en los gotosos y en los calculosos y que según que estos enfermos sean fieles á un régimen ó no, se exponen más ó menos á un cólico nefrítico, ó á un ataque de gota. Por tanto, la alimentación es muy importante, como os lo demostrarán seguidamente las experiencias que luego os diré.

Un segundo origen, no menos cierto, es la desintegración de las nucleínas, así como la de las proteínas que se encuentran en los núcleos celulares. Consecuencia de ello es la hiperuricemia y por eso es por lo que los enfermos de leucemia tienen, en general, un pequeño exceso de ácido úrico, no muy grande, porque su permeabilidad renal está conservada y el exceso puede ser evacuado, pero no obstante siempre es evidente.

Hemos visto sobre todo una mujer que tenía una leucemia; cada vez que esta enferma sufría una sesión de radioterapia, tenía neuralgia, dolores de riñón muy penosos, que se debían á las eliminaciones úricas. Un día esta mujer tuvo aún más; al día siguiente de la sesión de radioterapia, tuvo un cólico nefrítico y expulsó un pequeño cálculo de ácido úrico. He aquí, pues, una leucemia que se había hecho, por la destrucción nucleica, una calculosa antigua y que había eliminado un cálculo úrico.

Por tanto, existen dos orígenes principales de la enfermedad; la aportación alimenticia y después la destrucción nuclear.

Ahora, yo expongo una gran cuestión fundamental en materia de gota, que es la siguiente: ¿qué parte hay que hacer jugar á la impermeabilidad renal en la patogenia de la hiperuricemia y qué parte á la génesis úrica?

Por una parte tenemos la teoría renal de la gota, invocada muy á menudo en Inglaterra y en otros países; por otra, está la teoría del trastorno del metabolismo nitrogenado como punto de partida del proceso.

Veréis que esta discusión es una discusión que no puede durar mucho tiempo, porque supone la integridad del filtro renal. El día en que el filtro renal está alterado, en que la glándula renal no cumple ya bien su función, sus dos efectos se combinan, el efecto del trastorno renal y el efecto del metabolismo nitrogenado. Nosotros pensamos que la impermeabilidad renal se añade muy á menudo, por su deficiencia, al proceso gotoso, pero en el origen existe verdaderamente un trastorno directo del metabolismo nitrogenado.

Para esto interroguemos nuestros dos cuadros y veremos lo que nos pueden enseñar desde el punto de vista de la hipopermeabilidad renal. Para juzgar de ésta, no puede bastarnos el considerar la azotemia, ni la dosificación de la urea en la sangre, porque esta dosificación no descubre más que hipopermeabilidades renales ya grandes. Para que un sujeto tenga ya más de 50 centigramos de urea en la sangre, para llegar á 80 centigramos, á un gramo, hace falta ya un riñón bastante enfermo.

Ahora bien, desde hace unos diez años disponemos, gracias á los trabajos tan importantes de fisiología de M. Ambard sobre la fisiología renal, de un procedimiento de interrogación más precoz, más delicado; es la investigación del coeficiente ureo-secretorio, ó constante de Ambard.

He aquí la técnica: hace falta ante todo vaciar la vejiga de un sujeto, después vaciarla una segunda vez completamente y hacer una extracción de sangre entre las dos. Se dosifica la urea de las dos muestras y por medio de una fórmula única dada por Ambard, se llega á la noción de la eliminación ureica, de la concentración ureo-secretoria normal, que se traduce por la cifra de 0,07. Si el riñón tiene la permeabilidad disminuida se encontrarán cifras mayores, 0,08, 0,09, 0,10, 0,12 y á veces más.

Si examinamos el cuadro I, encontraremos toda una serie de gotosos en los que la concentración de Ambard está muy anormalmente elevada, mientras que su urea sanguínea es de 40, 39, 30, 40, 45, 45 y 40, es decir, casos que pasarían desapercibidos si se hubiera tenido solamente en cuenta las cifras de la azotemia.

En los calculosos llegamos á resultados análogos, con la misma diferencia que ya hemos visto en materia de ácido úrico. El calculoso llega con mucha frecuencia á tener una elevación de la concentración de Ambard, pero esta elevación es en conjunto menos fuerte que en los gotosos; en resumen, el riñón del calculoso resiste mejor que el del gotoso.

Si se examinan casos de verdaderas nefritis, de mal de Bright, se encontrarán cifras muy grandes; así lo había apreciado ya Garrod, é igualmente los americanos y nosotros también lo hemos observado en los brighticos que hemos tenido ocasión de examinar.

En general, existe una cierta proporcionalidad en lo referente á la nefritis, entre la gravedad de la nefritis, de la impermeabilidad renal y la cifra del ácido úrico retenido, es decir, que las cifras grandes de ácido úrico corresponden á riñones muy lesionados; aquí no sucede igual, existen cifras muy elevadas de ácido úrico con hipopermeabilidades renales muy débiles. Hay pues, algo importante que nos ayudará á concluir en el metabolismo nitrogenado. Retengamos de estos hechos, desde el punto de vista de la patogenia de la gota, que si la hipopermeabilidad renal es muy frecuente en los gotosos y en los calculosos, no es, sin embargo, una regla absoluta, y que existen casos en los que hasta por la constante de Ambard, la permeabilidad renal queda normal, y así la hipótesis renal de la hiperuricemia resulta defectuosa.

Pero si existe un trastorno del metabolismo nitrogenado, ¿dónde buscarle? Aquí es donde interviene la tercera cuestión que vamos á examinar; vamos á ver la relación de estas dos enfermedades con el parénquima hepático, cuestión muy interesante, que ha sido á menudo discutida, no mucho entre nosotros, pero sí en Inglaterra. Bien sabéis que Inglaterra con Holanda son las tierras clásicas de la gota. El inglés desde hace cincuenta años, desde hace sesenta años del tiempo de Garrod, era un gran comedor de *roastbeef*, un gran bebedor de cerveza fuerte y además habitaba un clima frío, húmedo, se encontraba, pues, en las condiciones de elección para hacerse gotoso. En ninguna parte hay más gotosos que en Inglaterra y los ingleses forman el gran fondo de la clientela de nuestras estaciones termiales, á las cuales acuden los ingleses en gran número.

Todos los autores ingleses, desde Garrod, pasando por Murechins, que ha escrito un libro clásico sobre los trastornos funcionales ocasionados por la gota, por Beule, por Romain Cross, están acordes en decir que existían relaciones directas entre los estados hepáticos y los estados gotosos.

Mucho tiempo antes de todos estos autores, Seudamor había insistido sobre la congestión gotosa de hígado, sobre la ictericia gotosa, descrita por los autores ingleses y que, por mi parte, nunca he tenido ocasión de ver. Estos autores declaran haber visto alternar con manifestaciones gotosas, la litiasis biliar y llegan hasta declarar que se ha encontrado ácido úrico en ciertos cálculos biliares. Esto, yo necesito verlo.

Se ha llegado hasta admitir una cirrosis gotosa, y Trouseau habla todavía en sus clínicas de cirrosis gotosa, pero es preciso decir que esta cirrosis de los gotosos es mucho menos evidente y mucho menos definida que la nefritis de los gotosos. En la nefritis de los gotosos, el «goutty pidkey» de los ingleses, es donde la cosa es más objetiva: son los riñones atrofiados, en los que se hablaba de la acción nociva del urato de sosa, que se cristaliza en los tubuli y el parénquima renal, el

riñón está incrustado de urato sódico. Se encuentran en el mismo riñón depósitos de urato sódico, lo mismo que en las articulaciones que están inflamadas, pero yo no sé que haya cirrosis gotosa, yo no he visto depósitos cirróticos que contengan urato sódico.

Por otra parte, para los calculosos, ¿existen clínicamente estados hepáticos relacionados con la calculosis? Los autores ingleses desde hace largo tiempo, han insistido también mucho sobre estos hechos; desde hace largo tiempo han señalado la frecuencia de la litiasis hepática y renal. Las observaciones clínicas distan mucho de ser raras; yo he visto en mi práctica numerosos casos, y sin embargo, diré que hasta hoy la interpretación patogénica me parecía dudosa. Quizá la encontremos ahora en los hechos que voy á exponeros y que muestran la participación hepática en los gotosos y en los calculosos.

Estos cuadros nos dan tres clases de enseñanzas. Nos enseñan ante todo, que en estos sujetos existe á menudo un exceso de pigmento biliar en la sangre. En el procedimiento que M. Grigaut os expondrá á continuación, la primera operación química consiste en precipitar todas las materias albuminoideas de la sangre por el ácido tricloroacético; así se precipitan todas las materias albuminoideas del suero, se las recoge en un filtro y se las examina.

Se ve que, normalmente, estas albúminas así precipitadas son de un blanco mate, ó todo lo más parecido al marfil. Ahora bien, en una serie de los enfermos aquí examinados (desgraciadamente no se han podido seguir todos los casos desde el principio, lo cual no importa para que os exponga las cifras que corresponden á la totalidad de los hechos), el sedimento albuminoso precipitado por el ácido tricloroacético, toma una coloración azul, ó azul verdosa, al cabo de algunas horas.

Esta coloración es la reacción mostrada por Fouché, hace dos ó tres años, en la Sociedad Biológica y de la cual nos servimos diariamente para el examen del pigmento biliar del suero.

Así, una serie de enfermos (que examinaremos sistemáticamente en el porvenir) eran al mismo tiempo hiperbilirubinémicos, con exceso de pigmentos biliares en la sangre.

Por otra parte, estos cuadros muestran lo que constituye para nosotros un hecho nuevo é inesperado; que los gotosos y calculosos tienen un exceso de colesteroína en el suero.

En mi clínica nos hemos ocupado desde hace diez años de la colesteroína. Nosotros no habíamos pensado continuar mucho nuestra investigación en este sentido, porque nunca nos habíamos preguntado (no es posible pensar en todo) si los gotosos ó los calculosos tenían una cifra de colesteroína normal, ó aumentada en el suero. Esta vez hemos procedido á una investigación en este sentido y hemos apreciado un exceso de colesteroína.

Hemos encontrado las cifras siguientes: 2,95; 2,15; 2,25; 1,85; 1,86; 2,10; 1,65; 1,50; 2,15; 2,70; 2,20; 2 gramos, cifra límite.

He aquí, pues, gotosos en los que existe una canti-

dad de colessterina en la sangre notablemente elevada.

Respecto á los calculosos, tenemos resultados del mismo orden: 2,50; 3,30; 1,60; 1,72; 2,25; 2,5; 2,55; 2,68; 1,47 (débil); 1,68 (normal); 2,50; 1,95; 2,30; 1,75; 1,85; 2,20; 2,10; 2,4; 2,50.

He aquí, pues, igualmente, toda una serie de calculosos en los que existe un exceso de colessterina en el suero, es decir, exceso de colessterina en la bilis, puesto que la colessterina es el agente formador de los cálculos biliares. Este hecho encontrado en nuestras investigaciones es nuevo para nosotros, no ha sido nunca apreciado y permite examinar las relaciones muy interesantes de la gota y de la litiasis con el hígado. Esta colessterina en exceso, ¿debíamos buscarla (como era nuestro primer pensamiento) en la lesión renal tan común en estos enfermos? ¿Es una hipercolesterinemia de nefritis? Verosímilmente se trata de una hipercolesterinemia hepática, que traduce un trastorno hepático.

¿Tenemos otros argumentos que puedan ser aportados en favor del trastorno del metabolismo hepático en los gotosos? Tenemos uno que es muy interesante á nuestro entender, muy curioso, que corresponde á hechos nuevos, que no hemos visto hasta hoy; nosotros nos hemos planteado la cuestión siguiente: el ácido úrico proviene en gran parte de los alimentos y pasa por la vena porta para llegar al hígado. ¿Qué sucede? ¿Qué hace el hígado de este ácido úrico digestivo que recibe? Si nos atenemos á la opinión de los autores ingleses, los cuales también han discutido á menudo esta cuestión, llegaremos á una conclusión completamente falsa, porque los ingleses admiten que el proceso hepático de los gotosos tiene por resultado exagerar la formación de ácido úrico en el hígado; esta es la doctrina inglesa, y como todas las doctrinas *á priori*, reposa sobre hechos clínicos y no experimentales. Ahora bien; en cuestiones semejantes, la experiencia está siempre por encima de la clínica, define mejor el fenómeno y establece el determinismo con una precisión absoluta; y esto es lo que nosotros hemos hecho.

He aquí tres perros en los que Mr. Brodin ha tomado sangre muy hábilmente de la vena porta, de la vena suprahepática y de una vena periférica. Los tres perros han sido sacrificados en período digestivo, pero en fases diferentes de la digestión; uno de ellos, el segundo, en pleno proceso digestivo. Se ha hecho, pues, la dosificación del ácido úrico en la vena porta, es decir, antes de la glándula hepática, en la vena suprahepática, ó sea después de atravesar el hígado, y en la vena periférica, como control de la vena suprahepática.

Primer perro:

Vena porta.....	0,18
Vena suprahepática.....	0,11
Vena periférica.....	0,10

Segundo perro:

Vena porta.....	0,34
Vena suprahepática.....	0,25
Vena periférica.....	0,22

Tercer perro:

Vena porta.....	0,15
Vena suprahepática.....	0,10
Vena periférica.....	0,10

He aquí tres experiencias que concuerdan y que nos suministran una conclusión inversa de la de los clínicos ingleses; es decir, que no solamente no forma el hígado ácido úrico, sino que, por el contrario, lo retiene. Obra como una barrera para el ácido úrico que proviene de los alimentos, y se puede admitir en presencia de hechos de este género, que lo mismo que existe una función ureopoiética del hígado, existe una función uricolítica del hígado, es decir, que una cierta porción se retiene en esta viscera y se transforma por un procedimiento químico, que en la hora actual es quizá difícil de definir.

¿Existen relaciones entre la ureopoesis y la uricolisis? Sobre estas cuestiones M. Grigaut os dará indicaciones precisas; por ahora, retengamos el hecho de que el hígado obra como una barrera sobre el ácido úrico de origen digestivo.

Si admitimos (y nos vemos obligados á admitirlo en vista de estos hechos) que existe una función uricolítica del hígado, es una ley de Fisiología, lo mismo que de Patología, que toda función normal tiene enfrente una desviación, una perversión, una modificación de esa misma función, ó sea, la función normal tiene por corolario la función patológica, turbada y desviada.

Podemos admitir que existe en los gotosos y en los calculosos una insuficiencia de la célula hepática, de tal naturaleza, que la función retentiva del hígado no se ejerce ya, y que el ácido úrico de origen alimenticio, pasa en exceso al torrente circulatorio.

No podemos dar la prueba de ello, porque no hemos llegado todavía á examinar la sangre de la porta y la de la vena suprahepática de los gotosos. Sólo podemos establecer esto como una hipótesis, como un concepto patogénico, pero me parece que este concepto patogénico es muy seductor, porque uniría las enseñanzas de la clínica á las de la experimentación. Admitimos esto, no como una cosa probada, sino como una interpretación provisional y satisfactoria del fenómeno.

He aquí, pues, la exposición que yo quería hacer delante de vosotros; encierra, como véis, nociones nuevas y hechos que necesitan todavía ser estudiados con más amplitud, que necesitan ser más comprobados y más interpretados.

Sin embargo, desde ahora estos hechos constituyen el lazo de unión entre las nociones tradicionales, que la Medicina ha registrado siempre en materia de gota y de calculosis, y las nociones de laboratorio, nociones nuevas, que la ciencia de hoy nos aporta; constituye la conclusión de lo que la tradición nos había enseñado, ó sea, que en los gotosos y en los calculosos, el régimen alimenticio es de una importancia capital y debe vigilarse y reglarse de una manera absoluta. Igualmente, en estos enfermos existen dos órganos cuyo funcionamiento es de la mayor importancia, y son el riñón y el hígado.

El riñón es el que nos da en gran parte el pronóstico de los estados gotosos y calculosos, y el hígado, el que interviniendo muy probablemente también en la patogenia de estas enfermedades, nos advierte de su presencia.

Tales son las explicaciones que quería daros; ahora, mi amigo Grigaut os dirá cómo se ha llegado á modificar, á formular, á puntualizar la técnica de la urea, del ácido úrico de la sangre y qué conclusiones se pueden sacar de ello, desde el punto de vista del metabolismo úrico y desde el punto de vista de la clínica de cada día. (*Grandes aplausos.*)

Periódicos médicos.

PARASITOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Comunicación de un caso de filariosis subconjuntival y microfilariosis en la sangre periférica.** — El doctor Howell L. Begle comunica el siguiente caso clínico:

El 15 de Marzo de 1918, como á las tres, próximamente, el Dr. S. L. Kline trajo á mi consultorio á Mr. J. B., de treinta y dos años, nacido en Glasgow, casado, cuya profesión era agente de compras, y que manifestó tenía un verme debajo del tejido que cubría el ojo derecho. Dos semanas antes de su visita, comenzó á sufrir escozor y prurito en los párpados del ojo derecho, que no se aliviaban al frotarlos. La sensación se presentaba con intervalos, y á veces duraba sólo un momento, pero á menudo media hora. Aunque incómodo, el malestar no había sido suficientemente grave para impedirle que durmiera de noche ó que trabajase. Después de durar tres ó cuatro días, este malestar había cambiado al otro ojo. Luego, por una semana, el estado había permanecido quiescente, pero comenzó de nuevo la misma mañana en que me consultó, siendo más pronunciados el prurito y el escozor en la región del cantus interno del ojo derecho.

Al presentarse por primera vez este trastorno ocular, el paciente creyó que quizás tuviera un cuerpo extraño en el ojo. Consultó, por consiguiente, al Dr. Kline, quien examinó cuidadosamente el ojo sin encontrar señales de un cuerpo extraño. Juzgando después que quizás alguna pestaña arañase el ojo, lo examinó enfrente de un espejo. No encontró ninguna pestaña invertida, pero sí advirtió un repliegue peculiar de la conjuntiva, que consideró era una mucosidad filamentosa. Precisamente antes de venir á mi consultorio, advirtió algo que se movía en el ojo derecho debajo de la córnea y debajo de la conjuntiva. Juzgó que se trataba de algún verme, por sus movimientos y porque elevaba la cabeza «como sorprendido», cuando daba contra la córnea (evidentemente el limbo) y descubría que no podía progresar en aquella dirección.

Al examinar los ojos directamente y con el oftalmoscopio, no encontré nada patológico. La conjuntiva palpebral parecía normal. Había algunas venas dilatadas en la conjuntiva palpebral del ojo derecho y cerca del cantus interno, una pequeña área que indicaba una ligera hemorragia capilar debajo de la conjuntiva. No observamos nada que se pareciera á un verme, pero en este momento el paciente sintió un dolor quemante en la región de la nariz y juzgó que el verme había cambiado de posición. Hice que pasase á mi sala de exploraciones y á los veinte minutos me llamó para decir que sentía de nuevo el verme en la región del ojo derecho. Evertí prontamente el párpado inferior y pude ver en el fórnix una elevación filiforme de la conjuntiva que cambiaba sinuosamente de posición, como si la moviese un gusano debajo.

Instilé rápidamente una solución de cocaína en el saco conjuntival y así el repliegue con unas pinzas. Incindí la conjuntiva con un bisturí para cataratas y pude extraer con

facilidad un verme filiforme blancuzco y largo, que, al ser colocado en agua, se mostró ligeramente activo. Suponiendo que pertenecía al género *filaria*, hice frotos sanguíneos del dedo, encontrando microfilarias en la sangre, existiendo en cada gotita varias larvas muy activas.

Obtuvimos luego la siguiente historia adicional del paciente: En la primavera de 1916, dejó Inglaterra para trabajar con una Compañía de la Nigeria meridional, y mientras estuvo allí vivió en el delta del río Niger, á unas 50 millas adentro. Permaneció allí hasta el otoño de 1909, haciendo viajes á Inglaterra una vez al mes, durante este período. Mientras estaba en Africa, tuvo además de numerosos ataques febriles atribuidos al paludismo, una hinchazón edematosa en la mano izquierda, tan marcada que obliteraba los nudillos. Este estado se presentaba sin causa manifiesta, duraba varios días y luego desaparecía. Aunque había rigidez de la mano, no le causaba dolor.

En Diciembre de 1909 el paciente salió para el Canadá, pasando por Inglaterra. Estuvo en London, Ontario un año, y luego se mudó para Winnipeg, en donde se casó y permaneció hasta Junio de 1916, cuando vino a Detroit.

Desde que salió de Africa ha perdido unas 20 libras (9,8 kilogramos) de peso. Hoy pesa 130 libras (58,7 kilogramos). Durante tres ó cuatro inviernos ha padecido graves resfriados y tenido en estos períodos una tos molesta, con fiebre y sudores nocturnos. Esto le obligó á consultar á un especialista en tuberculosis el año antes, pero no se pudo encontrar ninguna señal de tuberculosis. Durante los últimos meses ha tenido ataques ocasionales de palpitación cardíaca, de noche, precisamente después de quedarse dormido y que duraban solamente un minuto ó dos. Durante estos breves ataques, podía sentir el corazón latir violentamente contra la pared torácica, y la palpitación era tan grande, que todo el cuerpo y hasta la cama parecían moverse. Sin embargo, no ha tenido ninguna enfermedad grave desde la niñez.

La exploración física del paciente no reveló ninguna otra alteración patológica. Los hallazgos urinarios resultaron negativos. No se encontró quilo. El examen de los hemáties y de la hemoglobina reveló: eritrocitos, 4.304.000 por milímetro cúbico; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 85 por 100; índice colorimétrico, 0,9; recuento diferencial: leucocitos polimorfonucleares, 54 por 100; linfocitos grandes, 3 por 100; linfocitos pequeños, 29 por 100; eosinófilos, 12 por 100; basiófilos, 0 por 100; células de transición, 2 por 100. Microscópicamente, las células parecían normales. La Wassermann sanguínea resultó negativa.

El verme extraído del párpado y colocado en agua, estaba muerto á la mañana siguiente. Medía 61 por 0,5 milímetros. El extremo anterior era cónico, y el posterior también terminaba gradualmente en forma cónica y redondeada. La vaina estaba cubierta de eminencias minúsculas é irregulares. El canal digestivo estaba indicado, al parecer, por una coloración amarillenta casi tan larga como el mismo verme. No estudiamos con mucha prolijidad los detalles de los órganos de la reproducción. Se hallaban llenos de embriones ovoideos y finamente granulares.

Estas características del verme corresponden á la descripción que se encuentra en varias obras de parasitología de la hembra adulta de la *Filaria loa*. Esta identificación fué luego confirmada por el Dr. Morris C. Hall, parasitólogo entonces de Parke Davis & Co., y de nuevo por el Dr. F. G. Novy, de la Universidad de Michigan.

Hicimos frotos de la sangre periférica, en distintas ocasiones, durante el día á las tres, ocho y diez de la mañana y á las dos, tres, cuatro, cinco, nueve y diez de la tarde. Encontramos microfilarias en todos los frotos, excepto los que

hicimos á las tres y ocho de la mañana. En tamaño, las microfilarias correspondían á las dimensiones que han dado varias obras, á saber: longitud, de 140 á 166 micras; ancho, de 8 á 10,5 micras.

Comentarios.—Han pasado ya tres años desde que extrajimos este verme adulto, de debajo de la conjuntiva. El paciente ha continuado en observación durante este período. Aunque no han aparecido más parásitos adultos, hemos encontrado microfilarias, cada vez que hemos examinado la sangre periférica. Hicimos el último examen en Enero del presente año. Los embriones no parecen tan numerosos como cuando los demostramos por primera vez, pero por lo menos puede distinguirse uno en cada gotita de sangre que hemos examinado. Son, á veces, menos motiles que otras, pero no puedo afirmar que estén perdiendo su vitalidad.

En vista de que el paciente fué á Nigeria en la primavera de 1906, y continuó allí hasta el otoño de 1909, es evidente que la infestación con este parásito ha durado de doce á quince años. Se ha comunicado un caso semejante en el que la infestación con la *Filaria loa* duró catorce años. Será interesante mantener á este paciente en observación, si es posible, para ver cuánto tiempo más durará la infestación, que debe hallarse autolimitada.

En los últimos tres años, la salud del paciente ha sido buena. Tuvo influenza durante la epidemia de la enfermedad. Todavía se halla bajo su peso normal. No ha vuelto á tener las palpitaciones ni los sudores nocturnos que sufría antes, y que, en mi opinión, es improbable que pendieran en modo alguno de la existencia del parásito. La hinchazón de la mano, que dice ocurrió mientras se hallaba en Nigeria, corresponde á las descripciones habituales de las tumefacciones de Calabar, que á menudo se asocian con esta forma de parasitosis.

Como el parásito no parece haber afectado gravemente la salud del paciente, no ha creído que debía someterse á alguna terapéutica experimental para eliminar las microfilarias de la sangre. Según Ward, se han probado en los embriones con muy poco ó ningún efecto, varios agentes, tales como el atoxil, el timol, el azul de metileno, la arsenofenilglicina y la arsénamina. Recientemente, los observadores ingleses han descubierto que en los sujetos con *Filaria bancrofti*, las inyecciones repetidas de dosis inocuas de tartrato de antimonio sódico parecen producir una disminución marcada de los embriones filáricos, en la sangre periférica.

A juzgar por la longitud del verme en este caso, 61 milímetros, parece que las cifras que á veces se dan sobre la longitud de este parásito, no son suficientemente grandes. Por ejemplo, Ward dice que la longitud de la hembra adulta es de 32 á 50 milímetros. Indudablemente, á veces se han medido ejemplares guardados en algún preservativo, después que ha tenido lugar la contracción. Después de estar en alcohol varios meses, mi ejemplar se había contraído á 44 milímetros. (Edición española de *The Journal*, A. M. A., 1 de Junio de 1921.)

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de encefalitis epidémica con características extraordinarias.**—Los Dres. Edward A. Strecker y F. B. Marsh refieren la siguiente interesante historia clínica:

Un individuo de treinta y ocho años, polaco-alemán, impresor, cuyos antecedentes familiares no acusaban ninguna enfermedad orgánica nerviosa y mental, nos comunicó los siguientes síntomas anteriores á su ingreso en el hospital: el 7 de Marzo de 1920 contrajo un «resfriado», tosía mucho y tenía una grave cefalalgia frontal. La misma noche tuvo un

escalofrío, pero sin fiebre. Cuatro días después comenzó á sentirse soñoliento, perdió su energía y lo que quería era «estar quieto». No podía abrir los ojos, y los párpados parecían «muy pesados». Se le afectó la visión, pero no tenía diplopia. La jaqueca frontal sorda se volvió constante, pero no tenía ningún otro dolor. Al admitírsele el 14 de Marzo, la única y principal molestia del paciente era la somnolencia extremada. Contestaba las preguntas racionales, pero muy lentamente y presentaba una tendencia marcada al sueño.

Exploración física.—El paciente era un hombre grande, bien nutrido. Había una ligera depresión del lado izquierdo de la cara. Existía ptosis bilateral, teniendo los ojos fijos hacia el suelo y hacia adelante, á través de estrechas aberturas palpebrales. La pupila izquierda era mayor que la derecha, pero ambas se hallaban contraídas y eran irregulares y reaccionaban mal á la luz. Había un temblor labial. La expresión facial no revelaba ninguna asimetría ni dificultad. La lengua proyectaba en la línea media. No existía rigidez cervical, aunque sí una indicación del signo de Kernig. Los reflejos eran normales, aparte del patelar derecho, que estaba muy disminuído. No había espasmos clónicos del tobillo ni reflejo de Babinski. El primer examen del oftalmólogo resultó negativo; el segundo reveló una oftalmoplejia externa casi completa. No existía diplopia.

Evolución clínica.—Algunos días después de admitírsele, se manifestó contracción constante y persistente de los músculos faciales. Esto todavía existe. Los próximos signos que se manifestaron, fueron pronunciados temblores groseros de las manos y piernas. Pronto se manifestaron rigidez cervical y un signo bilateral de Kernig, muy preciso. Mentalmente, el paciente se hallaba torpe y estuporoso, con períodos bastante frecuentes de delirio alucinatorio activo. Sólo podía hablar en murmullos y la respiración era estertorosa. La punción lumbar que empleamos con frecuentes intervalos, siempre produjo alivio transitorio. Tenía una fiebre ligera.

A mediados de Mayo se despejó la mente del paciente. La temperatura era normal y se sentía más fuerte. Había espasmodicidad, parálisis bilateral del dedo gordo y faltaban los reflejos patelares. Se produjo la mejoría continua, pero gradual. En Septiembre el paciente podía caminar si se le ayudaba y en Octubre ya lo podía hacer por sí solo. En Noviembre teníamos este cuadro clínico: La voz era lenta y monótona. Los movimientos motores eran torpes, irregulares y disimétricos. La comisura izquierda de la boca se hallaba más baja que la derecha. Había contracción constante de los músculos situados precisamente más arriba del ojo izquierdo, debajo del malar derecho y en el mentón y la comisura izquierda de la boca, por la cual se escapaba la saliva. Las contracciones aumentaron mucho, con varios movimientos faciales. No podía fruncir las cejas. No existía ptosis, nistagmo ni estrabismo. Las pupilas eran irregulares y desiguales, siendo mayor la izquierda. Reaccionaban prontamente á la luz, pero imperfectamente á la acomodación. La lengua sobresalía en la línea media y presentaba temblores groseros. Los brazos y piernas se hallaban algo espásticos, pero no existía ni signo de Kernig ni rigidez cervical. Había parálisis bilateral de los pies. Estaban muy exagerados los reflejos del bíceps, patelar, del tendón de Aquiles, plantar y abdominal y del cremáster derecho; el reflejo del tríceps estaba disminuído y faltaba el del cremáster izquierdo. Las características más notables eran la máscara parkinsoniana, la actitud de «hacer píldoras» y la clásica catatonía muscular. Rara vez he visto este último síntoma en forma más típica, ni aun en el estupor catotónico de la demencia precoz. La catatonía desapareció gradualmente y hoy día

diagnosticaríamos parálisis agitante por la máscara, el habla, la ambulación y los temblores característicos.

Sumario de los exámenes de laboratorio.—El suero sanguíneo y el líquido cefalorraquídeo resultaron negativos á la reacción de Wassermann. Los leucocitos ascendían á 14.000. Había albuminuria. En unos 25 exámenes raquídeos, se encontró pleocitosis que variaba de 20 á 320 células, de las cuales por lo general 55 ó 60 por 100 eran neutrófilos; había indicios de globulina; se reducía invariablemente la solución de Fehling; la presión variaba y todos los frotos y cultivos resultaron negativos.

Comentarios.—Los clínicos reconocen, por lo menos, 10 variedades de encefalitis epidémica, á saber: 1, poliencéfálica; 2, letárgica; 3, parkinsoniana; 4, cataléptica ó catatónica; 5, meningítica; 6, cerebral; 7, polineurítica; 8, mielítica; 9, mioclónica, y 10, psicótica. La experiencia demuestra que el grupo al que se asigna un caso dado, depende principalmente del momento de la evolución de la enfermedad en que se estudia el paciente. Sin embargo, muy rara vez un tipo sigue tan precisamente á otro, como sucedió en este paciente. Al principio, el cuadro era letargia casi sin complicaciones, luego se presentaron las fases meningíticas, luego se destacaron los síntomas psicóticos, y por fin, los signos catatónicos y parkinsonianos se destacaron y hoy día, casi un año después del comienzo, estos últimos son los que sobresalen más. Vemos, pues, expresadas en términos clínicos, la multiplicidad y patología diseminada de esta enfermedad.

El recuento normal del líquido cefalorraquídeo fué algo raro. Varias veces excedía de 300 glóbulos, siendo neutrófilos de 55 á 60 por 100. Considerando este punto, junto con la rigidez cervical, el signo de Kernig y la toxicidad general, indicarían que era probable la existencia de meningitis. Sin embargo, los hallazgos por lo demás negativos en el líquido, la evolución y el resultado contradicen este diagnóstico. En 15 casos de encefalitis, el promedio del recuento celular fué 9, siendo el más elevado de 24; y en 64 casos tomados de la literatura, sólo se encontró dos veces una fórmula de 150. La célula preponderante era el leucocito mononuclear.

Debe tomarse en cuenta la catatonía exhibida por éste y por otros casos de encefalitis epidémica. Este signo muscular, que se ha observado en los estados tóxicos y de agotamiento, la tifoidea y en otras infecciones agudas como secuela postoperatoria, en la insuficiencia renal, enfermedad cerebral orgánica, abscesos y tumores por atrofia cerebral, etcétera, debe considerarse como peculiar de las enfermedades mentales y más en particular de la demencia precoz. Además, parece que su frecuencia en el campo neurológico debe considerarse que milita en pro de un probable origen orgánico; sin embargo, se describe más comunmente en términos de mero trastorno funcional. Debe investigarse más cuidadosamente desde el punto de vista clínico, fisiológico y químico. Desde el punto de vista clínico, un caso de esquizofrenia indudable, que hoy día tenemos en observación, presenta una comparación interesante. La psicosis siguió de cerca á un ataque grave de influenza. Entre las primeras características mentales (?), observamos varios síntomas oculares subjetivos, que al parecer no tenían base y parecían deberse á las ilusiones. A esta fecha, dos años después de la iniciación, el paciente se halla muy emaciado y revela catatonía precisa y estrabismo intermitente. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 16 de Mayo de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Las emociones en relación con las cápsulas suprarrenales.—En el *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*,

de San Luis, se discute la teoría de James, sobre la emoción en su relación con las cápsulas suprarrenales. Los estudios hechos por Kieley se llevaron á efecto en dos psiquiátricos, cuyo síntoma prominente era el miedo. La queja principal del uno era el miedo á la muerte. Se habían intentado todas las terapéuticas imaginables sin resultado. Finalmente, Kieley dió hipodérmicamente 1 á 2 c. c. de una disolución al 1 por 100 de apocodeína. Se hicieron las inyecciones cada dos días hasta hacer 20 inyecciones. El enfermo no experimentó el menor alivio temporal en su ansiedad. El segundo caso tenía una historia de enfermedad psiconeurótica. Durante la epidemia de gripe le recomendaron bebiera whiskey, para evitar esta infección. Durante tres meses bebió una ó dos veces al día de este licor, y desde esta época data su miedo. Su fobia era cometer un suicidio. Estaba contento con la vida y no deseaba la muerte, pero estaba obsesionado con el miedo de la autodestrucción. A este individuo se le dieron 15 inyecciones de la disolución al 1 por 100 de apocodeína, subiendo la dosis de 1 á 2 c. c. Jamás ha experimentado el menor alivio en sus temores. Kieley afirma que estos dos experimentos demuestran que la emoción puede ser experimentada con independencia de los cambios físicos que habitualmente la acompañan.—A. P. M.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de los portadores de gérmenes diftéricos por el aire caliente, por R. Dujarric de la Rivière.

—La persistencia á veces muy larga, del bacilo diftérico en la rinofaringe de ciertos enfermos, es un hecho bien conocido, y también lo es la dificultad de practicar un tratamiento rápido y seguro de estos casos. El autor ha tratado estos portadores por el aire caliente, utilizando uno de los aparatos de esta naturaleza que se encuentra corrientemente en el comercio, al cual se adapta un embudo esterilizable de metal, de 5 centímetros de largo, y cuyo orificio anterior mide 15 milímetros de diámetro. Antes de practicar la insuflación, es prudente poner vaselina en los labios del enfermo, aunque nunca se han observado quemaduras. También hay que emplear un depresor de lengua de madera; el aparato se coloca de modo que la extremidad del embudo esté al nivel del orificio bucal; no hace falta una aproximación mayor á las amígdalas. Este dispositivo permite además dirigir el aire adonde se quiera. Las sesiones deben ser en total de diez á quince minutos, pero con pequeños intervalos; no puede haber regla absoluta porque cada enfermo tiene su sensibilidad particular. Cuando se alcanza la temperatura máxima soportable se retira el aparato (se da el botón del aire frío), se espera medio minuto y se empieza de nuevo. Basta una sesión diaria, pero pueden hacerse dos sin ningún inconveniente. Este tratamiento no ofrece ningún peligro, no es doloroso y solamente resulta de aplicación un poco difícil en los niños que tienen espasmos de garganta ó que descubren mal sus amígdalas. El autor ha tratado y curado por este método unos 50 portadores elegidos de modo que todos ellos lo eran por lo menos desde un mes, y además albergaban bacilos largos ó medianos cuya virulencia se comprobaba por inoculación. El número de sesiones necesario para obtener la curación ha variado entre tres y cinco; una sola vez hubo que llegar hasta quince. Desde el punto de vista clínico, el autor ha observado dos hechos interesantes; muy á menudo, el día siguiente de la primera sesión, se ve aparecer sobre las amígdalas puntos blancos ó pequeñas falsas membranas, poco adherentes, que al sembrarlas desarrollan bacilos diftéricos; es probable que los bacilos que-

dados en las anfractuosidades de la amígdala continúen produciendo pequeñas falsas membranas que son expulsadas después del tratamiento por el aire caliente; también se nota que la curación se anuncia á menudo por una recoloración muy clara de la cara; la palidez de ésta se explicaría por el hecho de que los bacilos continuasen segregando la toxina diftérica en pequeña cantidad, pero de una manera continua. Desde el punto de vista bacteriológico, el resultado de las siembras de moco rinofaríngeo, hechas en serie, es interesante: las tres fórmulas sucesivas son las siguientes: 1.º, bacilo diftérico solo; 2.º, bacilo diftérico, mas estafilococo; 3.º, estafilococo solo ó asociado á diversas bacterias de la boca. A partir del momento en que la vitalidad del bacilo diftérico disminuye, se ve aparecer el estafilococo, y sobre todo, el estafilococo dorado, y entonces la curación del enfermo es segura y próxima. Sería, sin duda, ventajoso tratar por el aire caliente los portadores de meningococos. El autor ha obtenido buenos resultados en dos casos de anginas neumocócicas; los enfermos que tenían anginas repetidas veces, no las han vuelto á tener desde los diez meses transcurridos desde el tratamiento. (*Bull. de l'Acad. de Med.*, núm. 18, 3 de Mayo de 1921).—LUENGO.

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Investigaciones sobre la zona de exploración clínica del duodeno, por G. Parturier.**—Fundándose en los resultados de 60 exámenes radiológicos, el autor distingue una posición alta y otra baja del duodeno. El duodeno alto se observa en el 37 por 100 de los casos y corresponde á la proyección indicada por la mayor parte de los anatómicos. El duodeno bajo corresponde al 53 por 100 de los casos. Para el autor, parece posible admitir prácticamente una zona duodenal sobre la que se deberá llevar la palpación cuando se sospeche una afección del duodeno. Para un sujeto colocado en decúbito dorsal, el 85 por 100 de las veces, la situación de este trozo intestinal responde á las descripciones de los anatómicos; la segunda porción está comprendida entre un plano superior que pase por la 8.ª costilla hacia adelante y la mitad de la 1.ª vértebra lumbar hacia atrás; y un plano inferior que pase por el ombligo ó algo más abajo y la mitad inferior de la 4.ª vértebra lumbar. Basta trazar la línea umbilico—10.ª costilla y la vertical, que pasa por el medio de esta línea (ó por la unión del tercio interno con el tercio medio, según los casos) de la dirección general de la segunda porción del duodeno. Sobre este trayecto es donde conviene buscar los puntos dolorosos; en la posición echada primero y después en la bipedestación, se ve desplazarse el punto doloroso con el movimiento del enfermo. Lo corriente es observar el punto doloroso en las dos actitudes; pero en la estación vertical estará más bajo que en la posición tendida. La diferencia será, sobre todo, sensible, si se trata de un ptósico ó de un individuo con tórax estrecho. En este caso, el punto doloroso no solamente descenderá, sino que se encontrará más hacia centro, hacia la línea media. La existencia de un dolor en la zona duodenal no es, sin embargo, patognomónica. Adquiere, sin embargo, un cierto valor, si coexiste con otros signos de úlcus duodenal. (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 8, 10 de Marzo de 1921).—LUENGO.

2. **La prueba de la glucoronuria provocada (Método de exploración funcional del hígado), por M. Chiray y E. Caille.**—Esta prueba se practica del siguiente modo: estando preparado el sujeto durante algunos días por una alimentación poco cárnea y habiendo sufrido una evacuación intestinal, absorbe en ayunas 2 cápsulas de gelatina que

contenga cada una 50 centigramos de alcanfor porfirizado. Desde el momento de la absorción se recoge la orina, y esta primera orina servirá de testigo. Se recoge otra segunda vez á las seis horas (ó á cualquier hora entre las cuatro á las diez, después de la ingestión). En ambas muestras de orina se pone en evidencia el ácido glucorónico por el método del subacetato de plomo, de Roger, que los autores describen detalladamente. Se produce una coloración violeta que después de esperar un cuarto de hora, se compara con los tubos de la escala colorimétrica ideada por los autores y cuya obtención también describen. Esta comparación permite la dosificación clínica del ácido glucorónico en las orinas examinadas. En los sujetos con insuficiencia pancreática, conviene administrar un enema alcanforado y en este caso hay que recoger la orina en las cuatro horas que siguen al enema. Se puede además hacer la prueba por la inyección subcutánea de 10 c. c. de aceite alcanforado al 10 por 100 recogiendo la orina de las veinticuatro horas que siguen. Para dar á esta última investigación más claridad es conveniente poner al enfermo á dieta láctea, por lo menos, la víspera de la exploración. Se basa esta prueba en que, según las observaciones y experiencias de varios autores, la glucoronuria normal puede ser tomada como testigo de la actividad celular hepática; estas experiencias han mostrado además que esta actividad celular puede ser aún mejor apreciada por la producción experimental de ácido glucorónico por la glucoronuria provocada. El proceso de formación de los conjugados glucorónicos parece vecino del de los conjugados sulfonados; de un modo general, puede decirse que la glucoronoconjugación, como la sulfoconjugación, constituyen un medio empleado por el organismo para desembarazarse de los venenos, endógenos ó exógenos. (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 10, 24 de Marzo de 1921).—LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Caso de dislocación bilateral de la cadera.**—El Dr. Walter G. Stern, de Cleveland, refiere que una joven musculosa y bien desarrollada, de veintidós años, se lesionó en un accidente automovilístico en la noche del 31 de Diciembre de 1920, hallándose en el asiento de enfrente de un automóvil grande, cuyo asiento era movable y ajustable. El automóvil se deslizó sobre un pavimento de asfalto húmedo y resbaladizo, yendo á una velocidad que, según se dice, era de más de 50 millas (83 kilómetros) por hora. Cuando el chófer descubrió que no podía dirigir el automóvil, abandonó su asiento detrás de la rueda y colocando su abrigo de pieles alrededor de ambos, de manera que protegiera á la joven de los pedazos de cristal que pudieran saltar, se arrojó en su regazo.

Las ruedas dieron contra la acera cercana, se rompió el cuerpo del automóvil, y los dos pasajeros del asiento de enfrente, todavía sentados sobre el asiento que se desprendió del carro, fueron lanzados por la fuerza centrípeta sobre el pavimento húmedo, como si se tratase de un trineo, y fueron á dar contra la acera opuesta, á una distancia de unos 60 pies (18 metros) del punto en que había chocado el automóvil. Dicen que se dieron cuenta de que atravesaban el pavimento con una velocidad aterradora. Los pies de la joven dieron contra la acera firmemente con las plantas y los tacones. Sintió dolores graves en el dorso, é inmediatamente perdió el dominio de la rodilla y pie derechos.

La llevaron á un hospital cercano, en el que descubrieron que se había lesionado el pie derecho y que tenía pará-

lisis peroneana completa de la pierna, con parálisis y anestesia de los dedos de los pies. Se quejó amargamente de dolor en la pantorrilla y dedos de los pies, aunque la piel no era sensible á los alfilerazos, en particular, en el dorso del pie y los dedos. Se quejaba tan constantemente del dolor en el pie y la pierna, que pasó inadvertido por completo el estado de las caderas. Se sospechó una fractura del raquis, con afección medular, pero las radiografías resultaron negativas, lo mismo que una punción lumbar que se practicó con la esperanza de encontrar fluido sanguinolento.

La paciente era muy difícil de tratar, y las autoridades del hospital no sintieron en lo más mínimo el verla regresar á su casa algunas semanas después. Consultó á numerosos médicos en su domicilio, pero parece que ninguno de ellos la aguantó lo suficiente para hacer un diagnóstico positivo. El Dr. Emory Dial, de Cleveland, fué el último médico que consultó. Desatendiendo sus quejas, retiró las ropas de la cama y obligó á la paciente á someterse á una exploración más cuidadosa que las que se habían atrevido á hacer los otros médicos, pero no pudo ir más allá de la cadera derecha. Observando la anormalidad de una flexión, aducción, contractura por rotación interna de la cadera derecha, envió á la paciente á otro hospital, en el que un radiograma de la cadera derecha reveló una dislocación posterior y hacia arriba de la cabeza del fémur.

Habiendo transcurrido siete semanas desde la lesión, el doctor me envió á la paciente, á toda carrera, para que tratase de verificar la reducción. Debido á la tardanza ocasionada por las quejas y gritos de la enferma, al hallarse en la ambulancia, llegó al Mount Sinai Hospital precisamente cuando acababa de terminar una clínica operatoria. En vista de que deberían transcurrir cuatro días más antes de que pudiese intentar la reducción, si no se hacía la misma mañana, colocamos á la joven sin ningún examen preliminar, sobre una mesa de Hibb y la anestesiámos. Descubrimos que la cadera izquierda se hallaba en una posición semejante de flexión, aducción y contractura por rotación interna. Al interrogar á la madre y al médico, averiguamos que nunca se había quejado de dolor ni de incapacidad de la cadera izquierda. Como podía ser que se tratara de un caso de luxación congénita de la cadera, hicimos inmediatamente un roentgenograma de ambas caderas estereoscópicamente, con un diafragma de Bucky. La placa reveló que la cabeza y el cuello de los fémures eran de tamaño normal y se hallaban bien firmes. Ambas cavidades cotiloideas eran profundas, claras y, según parece, habían sido ocupadas por las cabezas de los fémures, observándose pequeños fragmentos que se habían desprendido de los rebordes posteriores de los acetábulos. Algunos días después, al cabo de siete semanas y media de la lesión, se anestesió profundamente á la paciente con gas oxígeno y éter, se aseguró firmemente la pelvis sobre una mesa de Hibb, y con una cuña debajo del trocánter, se redujeron ambas caderas con una maniobra típica de Lorenz. La reducción no resultó más difícil que en un caso ordinario de luxación congénita de la cadera en un niño de cuatro ó cinco años, y después de reducidas las cabezas de los fémures, revelaron tendencia á quedarse en la cavidad. Colocamos un escayolado en el pie derecho con sobrecorrección pronunciada de la parálisis del pie. Colocamos un almohadón entre las rodillas que llenamos por medio de vendajes de franela.

Una semana después quitamos la almohada y se empezó el masaje y circunducción de las caderas.

Comentarios.—Al examinar la literatura, nos sorprendieron los pocos casos de luxación traumática de ambas caderas que se han comunicado.

Lewis comunicó un caso propio y revisó treinta casos de la literatura. En varios de los casos comunicados, el paciente murió por shock, después de la reducción. En conjunto, se habían reducido con éxito veintitrés casos.

El mecanismo parece consistir en la aplicación de fuerza suficiente, desde arriba ó desde abajo (como en mi caso), mientras se mantienen los muslos firmemente en flexión.

En conjunto, hoy día se cuentan cuarenta casos de esta lesión tan extraordinaria. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1 de Junio de 1921.)

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La sífilis terciaria del hígado, de forma hipertrófica febril. La fiebre sífilítica terciaria, por A. Gilbert, M. Chiray y Alfred Coury.**—Los hechos que los autores refieren en esta comunicación, se presentan con caracteres tan claros y se separan tan fuertemente del cuadro clásico de las manifestaciones clínicas de la hepato-sífilis terciaria, que los autorizan á establecer las siguientes conclusiones: 1.^a, al lado de las formas clásicas de la sífilis terciaria del hígado, conviene colocar una forma menos conocida y al parecer bastante frecuente, *la forma hipertrófica febril*; 2.^a, esta forma se caracteriza esencialmente por una fiebre de muy larga duración (meses y años), por una hepatomegalia á menudo considerable, una esplenomegalia variable, la ausencia de ictericia y de signos funcionales de la serie hepática, un retroceso notablemente rápido de los síntomas bajo la influencia de las primeras inyecciones mercuriales ó arsenicales, al mismo tiempo que una recuperación rápida y considerable de peso; 3.^a, la hepatitis sífilítica hipertrófica febril puede, durante su larga evolución, simular la tuberculosis, la hepatitis amibiana, la hepatitis palúdica, hasta la misma colestitis supurada y dar lugar á lamentables errores de diagnóstico y á intervenciones quirúrgicas, por lo menos inútiles; 4.^a, la sífilis terciaria visceral es más á menudo febril de lo que se cree generalmente y se debe sospechar é instituir el tratamiento de prueba siempre que una enfermedad febril de larga duración no presente mejoría; 5.^a, la fiebre sífilítica terciaria ofrece una resistencia particular al reposo y á todos los anti-térmicos, lo cual constituye un elemento interesante para el diagnóstico; cede, por el contrario, con una extraordinaria rapidez al tratamiento específico mercurial ó arsenical. (*Bulletin et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 10, 24 de Marzo de 1921.)—LUENGO.

2. **Las aortitis sífilíticas y el traumatismo quirúrgico, por Ch. Fiessinger.**—Antes de efectuar una intervención quirúrgica, debe descartarse la posible existencia de una sífilis latente, porque según el autor, bajo la influencia del acto operatorio, la sífilis despierta y ocasiona principalmente aortitis agudas, á veces de evolución tan rápida que no da lugar á la institución del tratamiento específico, como lo demuestran varias observaciones del autor. No siempre es la aorta el sitio de localización de las manifestaciones sífilíticas que se despiertan por la intervención; en una observación se presentó una tabes con todos los síntomas típicos. En todos los casos que refiere el autor, el Wassermann fué positivo, y como los enfermos ignoraban su infección no habían hecho ningún tratamiento. El carácter de estas aortitis post operatorias parece ser el acompañarse de una distensión inmediata de las cavidades derechas del corazón. La gravedad extrema de estas formas justifica y obliga á practicar la reacción de Wassermann antes de cualquier operación, cuando exista la más pequeña sospecha de antecedentes sífilíticos. (*Bulletin de l'Acad. de Med.*, núm. 18, 3 de Mayo de 1921.)—LUENGO.

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.

Notas internacionales.

No hace muchos días la Prensa de todas las índoles y matices, se ocupaba con elogio del desenvolvimiento é importancia del Congreso de Ciencias últimamente celebrado en Oporto, y en lo que guarda relación con las ciencias médicas, de todos es conocido el éxito que alcanzaron las mociones de los profesores portugueses y españoles.

Pero desde que se celebró la sesión de clausura del Congreso de Oporto, las noticias relacionadas con la Medicina que llegan de diversos países, merecen de nuestra parte una consideración que no podemos negar, á unas por su gravedad, á otras por el halago que representan para el esfuerzo patrio y á todas por su importancia internacional.

De estas notas internacionales una sobresale de las demás por su tristeza.

De Copenhague, de Helsingfors, de Berlín y de otras poblaciones del Norte de Europa, se esparcen por todo el mundo telegramas describiendo con horriblos detalles la situación económica y sanitaria de Rusia y pidiendo recursos urgentemente, no dinero ó créditos, sino pan y medicamentos, que allí no se pueden producir con la urgencia con que el hambre y el cólera los hacen necesarios.

En las principales poblaciones (Astrakán, Rostok, Saratow), mueren á diario centenares de personas, y aunque los telegramas que así divulgan la calamidad en la prensa, nos parecen en un principio exagerados, la unanimidad en la petición de auxilio de los representantes de los más opuestos partidos políticos del desdichado país, nos hace concebir la desgracia peor para un Estado: su despoblación por los dos únicos medios que producen la muerte á las naciones, la falta de regímenes sanitarios y de medios económicos para combatirla.

«La tierra de Tolstoi, Dostojewski y Mussorgkis, muere de hambre— escribe Gorki á H aupmann. — Me dirijo á todos los europeos y americanos. Enviad en seguida pan y medicamentos á Rusia.»

* *

A continuación del Congreso contra la Trata de mujeres y niños que celebró su sesión de clausura el día 6 de los corrientes, comenzó sus trabajos el Congreso Médico de las Sociedades de la Cruz Roja

en Ginebra. Los prestigiosos nombres de los señores Newman, médico jefe del Ministerio de Sanidad de Londres, que presidió; de Claude Hill, secretario general de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, que pronunció el discurso inaugural; de Winslow, director del departamento sanitario de la Liga; de Bernard, profesor de Higiene de la Universidad de París; de Baudel, profesor de Patología y Medicina Clínica de la Facultad de Medicina del Instituto Superior de Florencia; del profesor Madsen, del Instituto de Seroterapia de Copenhague; del Dr. Prorokaska, ministro de Higiene de Praga, y del Dr. Linsley Williams, director de la Comisión Antituberculosa del Instituto Rockefeller en Francia, dan mayor valor, sobre el que por sí tienen, á los acuerdos tomados en su sesión de clausura celebrada el día 12:

Concentrar todos los esfuerzos de la Liga en las cuestiones de higiene pública que pueda realizar la Cruz Roja.

Tratar de resolver dichas cuestiones valiéndose de las Sociedades nacionales de la Cruz Roja.

Consagrar especial atención á la formación de enfermeras, á la Sanidad, la puericultura, la lucha antituberculosa y antiavariósica, y preocuparse, sobre todo, de la parte educativa del personal que utilice la Cruz Roja.

* *

También en esos días tenía lugar en París el segundo Congreso internacional de Historia de la Medicina, clausurado el día 9.

Los trabajos presentados á él fueron interesantísimos, mereciendo mención significada los de los doctores Ajeanselme, Menetrier, Sint, el del delegado de Armenia y el de nuestro representante señor Fernández Alcalde, que mereció un aplauso unánime.

Tanto por parte de los congresistas como por la del ministro de Instrucción de Francia, se prodigaron frases de elogio á la labor que nuestro país viene realizando sin tregua por el progreso de las ciencias.

* *

En la República Argentina se han realizado también dos actos simpáticos relacionados con nuestra profesión y con nuestra patria.

En los primeros días del mes actual, se ha hecho exhibición pública de los planos del nuevo hos-

pital que va á empezar á construirse en Buenos Aires á expensas de la Sociedad Española de Beneficencia. Será capaz para 1.000 camas, y los servicios montados con arreglo á los últimos adelantos.

El coste calculado es de 3.500.000 pesos.

También en Buenos Aires ha quedado constituida la Asociación Médica Española, cuyos principales fines son: solidaridad, ayuda mútua y defensa de la clase; fomento de las relaciones científicas; fundar instituciones de beneficencia; informar á las autoridades que lo soliciten; mantener constante relación con las intelectualidades médicas españolas y ser la representación en la República Argentina del Colegio Médico de Madrid á cuyas disposiciones se supedita en todo.

Ante todos estos acontecimientos, estimamos que la primera quincena del mes de Julio ha sido de una intensidad grande en la labor que llevan á cabo las Sociedades y personalidades médicas de Europa y América. Sólo el triste espectáculo que ofrece Rusia-invasada por el cólera y el hambre nos hace pensar si no se producirá otro movimiento como los reseñados, encaminado á la salvación de un país que así pide socorro.

DECIO CARLAN.

HOJAS DE VIAJE

Relaciones científicas internacionales.

II

La disposición de que personalmente hemos podido darnos cuenta, por parte de los profesores franceses, para facilitar los medios de enseñanza durante su estancia en París á los médicos y estudiantes españoles, no puede ser más favorable. La misma impresión han recibido el decano de la Facultad de Madrid, el de Barcelona, y cuantos profesores y doctores han visitado en estos últimos años las escuelas médicas de la vecina República. Esta misma simpática disposición, comprobada por nosotros en París, nos consta que existe en Lyon, en Burdeos, en Montpellier y en todas partes.

Partidarios del intercambio científico, es decir, del cultivo de la Ciencia por igual en todas partes y del aprovechamiento de su enseñanza allí donde hay medios para aprovecharla, no dejaremos de estimular á los que tengan medios materiales para hacerlo, á que después de aprender al lado de sus maestros y con los medios que aquí les sean dables y dados, á visitar las Universidades extranjeras, sin prevención de nacionalidades y sólo buscando los medios de más posible adaptación y de mejor aprovechamiento.

Estos, claro está que por el momento (*además de circunstancias permanentes*), se encuentran mejor en Francia que en parte alguna. La guerra, como hecho

brutal, tiene aspectos y consecuencias siempre brutales. Antes de 1870, París era el faro de atracción de los estudiosos españoles que acudían allí para conocer y aprender al lado de los profesores de aquella gloriosa Escuela, que les eran ya en parte familiares por sus escritos que como textos habían manejado. Sobrevino aquella funesta guerra, y como si al propio tiempo que el ejército francés, hubiera capitulado la pléyade de sus hombres de Ciencia, la corriente de los *viajeros científicos* se dislocó en sentido de Alemania y apenas se detenía en París en estancia de *tourismo*. La situación de Francia, la Comuna con su funesto recuerdo, el sitio de París, el pasajero abatimiento nacional y otras condiciones en que entraba por no pequeña parte la mayor carestía de la vida, influyeron en este cambio, que aunque no tan acentuado, se advirtió y se sostuvo hasta la guerra de 1914. Pasada ésta, pero no desvanecidas sus consecuencias, es lo cierto que el viaje y la estancia en Francia, sin ser baratas ni fáciles, lo son más que en Alemania. Añádase á esto la mayor facilidad del idioma y del viaje y se hallará la explicación de por qué al hablar de intercambios científicos, nos referimos principalmente á Francia, pues no creemos que nadie nos haga la ofensa de pensar que influye en nuestro concepto de crítica científica el hecho material de la victoria. Francia tuvo grandes investigadores antes y después de 1870, como Alemania los tuvo y los tendrá antes y después de 1914.

La forma práctica de efectuar estos viajes debe estudiarse muy despacio, pues la presunción de saberlo todo y poder resolver todo, suele costar mucho dinero y muchos disgustos, con pérdida del tiempo y de las ilusiones. Respecto á lo que hemos podido comprender, sería el mejor sistema por ahora el de aprovechar los cursillos especiales que los profesores de París (*y sin duda de otras Universidades francesas*) se prestan á organizar.

Podrían calcularse los cursillos de especialidades, en un mes de duración para las unas y dos meses para las otras, y suponiendo por término medio uno de cada clase por alumno ó médico, la permanencia en París sería de tres meses. Ahora bien, calculando en 20 francos el coste *actual* de hotel *con pensión completa*, se gastarían 600 francos mensuales, ó sea, 1.800 francos, que con el coste del viaje subirían á 2.000 francos próximamente.

Pero ha de sernos permitido decir algo de lo que en materia de cambios internacionales creemos que no debe olvidarse y es ante todo *el espíritu de recíproca cordialidad*. Querer aprovecharse de lo ajeno sin dar nada de lo propio es, además de necio, contraproducente; pero no procurar hacer ver que puede presentarse algo y aun algo en el terreno científico, que nos es propio y genuino, sería, á más de injusto, degradante. Vayan nuestros discípulos, pero facilitemos la venida de los suyos; vayan nuestros maestros, como los suyos han venido. Y para esto que es tan elemental, guardemos entre nosotros aquella unión cordial que debe reinar entre los ciudadanos de una gran nación ligados por tradición, por raza y por intereses, como los demás pueblos europeos se nos presentan.

No demos espectáculos, como el que hemos estado á punto de dar, por la iniciativa precipitada de algunos médicos, que se interpusieron á la invitación oficial y firma á que debían acudir los representantes de la Academia y la Facultad de Madrid, obligando á estos á que, por evitar el espectáculo de la pueril emulación, aplazaran el viaje y las conferencias á que personalmente estaban invitados.

En este asunto de los intercambios científicos, estamos absolutamente de acuerdo con lo que dice al propósito el más talentado y erudito de los escritores catalanes contemporáneos, Eugenio Orts (*Genius*), quien refiriéndose al viaje y la conferencia dada por Mr. Henri, dice textualmente:

«Parece que una enseñanza de esta índole supone siempre por parte de quien recibe la visita docente, un previo deseo, una invitación.

»Y para hacer un curso de intercambio, lo primero que se necesita es un profesor de recibo.»

No queremos nosotros decir con esto que los barceloneses de la última expedición no fuesen de recibo; pero sí que no hubiera estado de más que se hubiesen puesto de acuerdo con los profesores debidamente invitados por la Facultad de París para dar conferencias en sus anfiteatros y operar en sus Clínicas. De este modo España, y Cataluña, por tanto, hubiese hecho más lucido papel y no se hubiera dado lugar á murmuraciones y comentarios, que han constituido la estela del último viaje, en el cual nadie ha salido ganando, y entre precipitaciones de los unos y suspensiones de los otros no ha quedado muy bien parada la formalidad nacional, que es lo que más nos debiera importar á todos... los que tenemos formalidad. Con ello se hubiera guardado una equitativa reciprocidad; pues nadie puede olvidar que al pensar la Real Academia de Medicina en inaugurar sus conferencias de *Extensión científica*, quien fué invitado á inaugurarlas fué el Profesor Pi y Suñer, de la Facultad de Barcelona en 1917, y al año siguiente estuvo encargado de la inauguración el afamado pensador y eminente maestro Sr. TURRO... así, con dos RR, y si al tercer año no se guardó igual cortesía, estando invitado hombre de la notoriedad científica del Dr. Ferrán, fué porque ese año no pudieron llevarse á cabo las tales conferencias.

[Ea, pues!, continúen todos los barceloneses siendo dignos hijos de la ciudad á que Cervantes llamó *archivo de la cortesía*, y no vayamos á pensar que lo dijera... porque la tuviesen archivada.

No creemos que acerca de este punto concreto pueda sintetizarse mejor el espíritu castizo español que en las palabras pronunciadas por nuestro director honorario Dr. Pulido en el solemne banquete ofrecido por el decano de la Facultad de París á los expedicionarios *de la semana franco española*. Palabras y brindis, que no nos explicamos el por qué fueron omitidos en la referencia dada á la prensa francesa por los gestores de aquellos actos.

Dijo así el Dr. Pulido:

S. ñor ministro de Higiene. Señoras. Sr. Decano. Señores: Es muy lamentable que el Dr. Cortezo—quien represen-

ta aquí brillantemente, como lo hace siempre, la Real Academia de Medicina de Madrid, que preside, y que además es un gran orador—no pueda hablaros, por motivos morales que angustian su ánimo, bien conocidos, y me vea yo obligado, por consiguiente, á reemplazarle. He aquí por qué comienzo solicitando toda vuestra benevolencia. Perdonadme que me levante para pronunciar un pequeño brindis, con el fin de expresaros dos órdenes de ideas y de sentimientos en relación con el eminente Dr. Roger, nuestro generoso anfitrión, y la gloriosa nación francesa, y ambos en relación con mi modesta persona representativa de mi querida patria. Ello servirá tan solo para acreditar, como siempre, que el ilustre Decano se ha encontrado frente á un motivo ó á una persona española, por modesta que ésta sea, ha mostrado con entusiasmo sus sentimientos hispanófilos; de los cuales es buen testimonio el Dr. Cortezo, con quien ha mantenido muchas y nobles relaciones de carácter internacional.

Permitidme, por consiguiente, salvando toda modestia, recordar hechos que yo no puedo olvidar, porque en poco tiempo, tan solamente en un año, he tenido el honor extremo de sentir muy halagado en París mis amores patrióticos, á causa de pruebas muy conmovedoras de aprecio y de cortesía por España, rendidas por Mr. Roger; siendo de tal condición que obligan á no olvidarlas nunca.

Fué la primera vez en el mes de Mayo del año último, con ocasión de la conferencia que dió el Decano de la Facultad de Medicina de Madrid, Sr. Recasens, en el Hospital Pí-nard, sobre «el cáncer del útero y su tratamiento por el radio». Entonces, Mr. Roger prestó al conferenciante el honor de presentarle á un público que llenaba por completo el anfiteatro; y recuerdo que con motivo de haber estado Recasens admirable en su lección, y por efecto de las palabras elocuentes, de intensa adhesión, y muy seductoras para España, que pronunció Mr. Roger, me sentí tan emocionado que experimenté, como nunca fuera de España, los nobles escalofríos del patriotismo más ardiente; y entonces lágrimas afluyeron á mis ojos.

La segunda vez fué en el mes de Octubre de 1920, con motivo del Congreso de Estadística que se celebró en París, bajo la presidencia de Mr. Roger, y al cual acudía yo representando a España. En aquella ocasión, el presidente tuvo para el Delegado oscuro de la nación latina hermana, la distinción, completamente especial, no sólo de proponerle á la Asamblea, ya á destiempo, para ocupar una vicepresidencia, sino además la de invitarle en todas las sesiones á que se sentara á su lado, y presidiera, de este modo, siempre; honor extremo que me impresionó mucho, porque era otra prueba conmovedora de respeto á mi patria.

La tercera vez la tenemos á la vista. El Sr. Roger nos invita á este banquete, y de nuevo este modesto representante de un Estado amigo goza el honor extraordinario de ser objeto de grandes solicitudes, que ciertamente no merece su persona, pero que recibe en prueba de estimación á la Academia Nacional de Medicina, de España, de la cual es su secretario.

Verdaderamente, señores, después de estos reiterados testimonios, es de toda justicia reconocer, y proclamar, que el Decano de la Facultad de Medicina de París es el tipo más perfecto de lo que en España llamamos «espejo de gentilezas», porque sabe practicar la hospitalidad «á lo gran señor». Permitidme por esta razón, que un hijo de la España histórica, la de los «antiguos hidalgos», os rinda el testimonio de nuestro más devoto reconocimiento. Y consentidme, además, que os diga que no halagáis solamente con esta benevolencia nuestros sentimientos nacionales; sino que además nos prestáis el inmenso servicio de tonificar nuestro espíritu

castigado y debilitado; de exaltar nuestro noble orgullo de raza, un poco caído; y que nos invitáis, vosotros mismos, á no olvidar jamás que somos nosotros, así como lo sois vosotros todos, los franceses, los hijos de una patria gloriosa, que ha tenido y mantiene en la historia un lugar espléndido que conquistó durante la epopeya de una civilización multi-secular, en la cual los grandes pueblos han tributado las pruebas más dolorosas de su abnegación y de su sacrificio. (*Aplausos.*)

Sr. Roger, permitidme una pequeña observación. En el anuncio donde, en la Escuela de Medicina, se ha hecho saber al público el programa de esta semana Franco-Española, se dice: «*Para el desarrollo de los estudios médicos españoles en Francia*», y pienso que no habéis estimado bien, vos mismo, todo el alcance de esta expresión, que nos afecta de una manera completamente exacta.

Creedme, ilustre colega, nosotros no venimos aquí para desarrollar estudios médicos solamente en el orden clínico y técnico, sino también en otro orden no menos importante: en el orden de la Ontología médica profesional, rama que cada día se manifiesta más necesitada de cultivo, porque en las dislocaciones casi completas de los grandes valores morales que, hace largo tiempo ya, sufren las Sociedades de casi todos los pueblos, la Ontología médica presenta algo deslustrada las armas de su escudo profesional y los prestigios del gran sacerdocio de la Medicina. Felizmente, la Medicina ha demostrado por todas partes, durante la gran guerra, que ella será siempre una ciencia y una profesión que en las más graves circunstancias de la vida contiene y manifiesta las cualidades más nobles, más desinteresadas y más heroicas del alma humana. Y esto nos redime de todas las faltas, debilidades y hasta vicios, á los cuales las luchas de la concurrencia social nos empujan frecuentemente. (*Aplausos.*)

Permitidme una explicación. Mi edad, ya avanzada; mi vida, un poco conocida; mi patriotismo, bien acreditado; mis esfuerzos, siempre en lucha por exaltar los médicos y la Medicina, llevados al grado que pocos colegas podrán acreditar igualarlos, me autorizan á exponer ciertas consideraciones, dejando en mis oyentes la seguridad de que jamás mis palabras son inspiradas por un pensamiento maligno.

Hoy día, la brillante Medicina catalana, ornamento y orgullo de la Medicina española; en el próximo otoño, la Medicina castellana, la de Madrid, que ahora renuncia á presentarse en París, dejando todo el honor de la iniciativa á nuestros queridos colegas de Barcelona, no menos brillante que aquella su hermana; en los años sucesivos las Medicinas aragonesa, valenciana, andaluza..., etc.—el orden no importa á la esencia de la cosa en esta materia—vendrán aquí. Y lo harán, primero para aprender siempre: porque la Medicina francesa ha sido, y será, nuestra grande y muy amada maestra; y en seguida, para demostrar con sus hechos que nosotros luchamos también en esta epopeya sublime de la ciencia y de la Humanidad; que tenemos igualmente médicos que guerreen en las trincheras más avanzadas y que tenemos, en algunas ocasiones, hombres ilustres que hacen progresar la Medicina universal, y rinden un tributo estimable á las supremas necesidades de una Humanidad atormentada por los grandes dolores y las espantosas dolencias.

Y entonces, en este templo eterno del patriotismo, y en

esta Universidad venerada de enseñanzas ciudadanas, que es la Francia, nosotros aprenderemos á exaltar más y más una patria adorable; y nosotros mismos á amarnos, todos los médicos; y á tratarnos gentilmente, como deben hacerlo los verdaderos hidalgos españoles; honrando así la Patria en sus grandes hombres; y creedme, nuestros ilustres colegas, estos sentimientos se desarrollarán y se revelarán de una manera más segura, más espontánea y más elocuente, cuando el mérito y la altura de nuestros compatriotas sean apreciados y reconocidos por las eminencias de una nación como Francia. (*Aplausos.*)

He aquí por qué hago los votos más ardientes para que estas conferencias sean bien organizadas; por que nuestro país se ponga en condiciones de recibiros de una manera espléndida, digna de la importancia de los doctores eminentes que van á España á honrarnos con su presencia, y á enseñarnos con sus lecciones. De esta suerte, vosotros nos conoceréis mejor y sabréis también apreciar mejor las bellezas variadas y conmovedoras de nuestro país; nación hoy día desgraciada, un día dominadora, soberbia, pero siempre pudiendo demostrar que su papel en la historia de la civilización y de las libertades de los pueblos, ha sido uno de los más heroicos, más abnegados y más generosos.

Si mis votos tuvieran la suerte dichosa de realizarse, ¡ah! entonces Francia y España se harían un excelente servicio, y se lo harían á la Ciencia, especialmente á la de mi Patria; porque es bien sabido que tenemos excelentes investigadores, clínicos, médicos y cirujanos..., etc., pero allí hay, para los hombres eminentes,—la tenemos con frecuencia,—la desgracia de una atmósfera tan irrespirable que los organismos más vigorosos en ella sucumben, por sus efectos nocivos. Y es que sucede muchas veces en los medios sociales—una cosa semejante á lo que acontece en los medios geográficos: donde al lado de las cimas de las más altas montañas, se encuentran los abismos más profundos. Y en la geografía moral de la sociedad, sabido es que los abismos los representan la envidia, la rutina, la malevolencia, el odio... donde se anulan y perecen médicos verdaderamente superiores. En estos casos, una colaboración internacional como la que festejamos en este momento, gracias á la generosidad del señor Roger, es y será el mejor remedio de una esfera moral enferma.

Señores, bebo á la gloria y á la prosperidad de Francia y de España; y bebo en honor de la Medicina francesa. (*Vivos aplausos.*)

HOMENAJE A UN TITULAR

Bajo este epígrafe nos envía el presidente del Colegio Provincial de Médicos de Cuenca, rogándonos su publicación, las siguientes cuartillas.

Con mucho gusto satisfacemos su deseo porque en su contenido se reseña un acto digno de todo encomio:

«El domingo 10 del corriente se verificó en Barajas de Melo (Cuenca) una solemne fiesta, cuya iniciativa corresponde al Colegio Provincial de Médicos, generosamente secundada por el Ayuntamiento y vecindario, en honor del médico titular D. Jerónimo Rico, el cual

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid,

en dicho día celebraba sus bodas de oro con la Medicina y casi con el cargo que con plenitud de facultades aún desempeña en el mismo pueblo de su naturaleza, probando todo haber sido uno de los pocos compañeros que ha tenido el acierto de dar á la medicina lo que le correspondía separándose de otras actuaciones locales, por cuya causa sus observaciones sobre higiene fueron seguidas por el Municipio, hallándolas exentas de eso que en los pueblos se llama política y á la cual, por carencia de tacto, débense el 99 por 100 de los fracasos de los médicos rurales, especialmente de los hijos de la localidad.

Además el Sr. Rico se distinguió como elemento activo en las campañas de unión interprofesional prestando sus energías y experiencia á lo que debió ser grande obra y quedó en cimientos, de la constitución del Cuerpo de titulares, y, ultimamente á la del Colegio provincial, á cuyas juntas generales nunca dejó de asistir dando ejemplo á los jóvenes escépticos que reposan esperando que otros hagan cuanto está por hacer y que nunca se hará sin el común trabajo.

El homenaje, brillante por todos conceptos, consistió en la entrega por el señor presidente del Colegio, de un valioso pergamino artísticamente miniado que le dedicaban los colegiados, la cual tuvo efecto en la Casa Consistorial donde estaba reunido el Ayuntamiento, el que momentos antes había tomado el acuerdo de nombrarle hijo predilecto del pueblo y dar su nombre á una plaza pública. En estos actos pronunciaron sendos discursos alusivos el Dr. D. Antonio Acebo, presidente del Colegio, y el párroco D. Hipólito González, leyendo el homenajeado, con frases cortadas por la emoción, unas cuartillas en las que dedicaba el agasajo al que fué modelo de políticos austeros D. Fermín Caballero, hijo también del pueblo de Barajas, al cual debía sus estudios.

Concluida esta primera parte, se trasladó el Ayuntamiento, Junta de gobierno é invitados, todo el vecindario con banderas, niños de las escuelas y banda municipal, al sitio donde se hallaba colocada la lápida de mármol que da nombre á la plaza de D. Jerónimo Rico, recorriendo el alcalde el paño que la cubría mientras los circunstantes, descubiertos, aplaudían y vitoreaban al médico, al Colegio y al pueblo, siendo estos momentos emocionantes.

Por la tarde, los primeros contribuyentes, sin distinción de filiaciones políticas, obsequiaron á los invitados con un soberbio banquete, servido con el exquisito gusto propio de un Ritz y el Ayuntamiento por su parte ofreció un abundante y escogido lunch en las escuelas públicas.

De la clase asistieron el inspector provincial de Sanidad interino, Sr. Castillo, los forenses Sres. Muñoz y Mingo, el subdelegado de Medicina del partido señor

Solá y Cézar; numerosos médicos del partido y, dando idea de la fuerza de cohesión de los Colegios—contrariamente á lo que propalan sus detractores—más de la mitad de los médicos libres que ejercen en la capital. También hubo compañeros de la limítrofe provincia de Guadalajara.

El señor presidente del Colegio estuvo constantemente escuchando plácemes por la iniciativa del homenaje, pues fiestas de esta naturaleza indican que nos vamos despegando de la materialidad de las cosas profesionales y se piensa ya, por méritos de la unión, en algo de más fuste y transcendencia moral, dignificando el ejercicio con la censura condenatoria para el discolo y el premio al virtuoso.

Desde estas columnas abiertas para todo lo noble y elevado felicitamos al venerable titular Sr. Rico, al Colegio provincial de Cuenca y al pueblo de Barajas de Melo.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN DEL DÍA 12 DE FEBRERO DE 1921.

El histerismo en la infancia.

El Dr. SARABIA, al rectificar algunos conceptos emitidos por los académicos que han tomado parte en la discusión, dice que en cuanto se refiere al histerismo en esta época de la vida, no encuentra con las opiniones emitidas motivo de aceptación de nuevas ideas, pues permiten las iniciadas en el último tercio del pasado siglo; y en cuanto afecta al concepto patogénico de esta psiconeurosis, no ha alcanzado el debido esclarecimiento.

Contestando al Dr. Hergueta, indica que se entiende por infancia el período de vida comprendido desde el nacimiento hasta los albores de la pubertad. Este lapso de tiempo, durante el cual tantos cambios fisiológicos se operan en el niño, y tan variados y originales son sus funciones orgánicas y psíquicas, es el más á propósito para hacer las diferenciaciones necesarias al fin de definir si el histerismo existe en la infancia y qué manifestaciones le caracterizan. En este período se admiten varias divisiones señaladas por los clínicos y por los educadores del niño, y para estos efectos puede decirse que hay una época en que todo se sujeta al problema alimenticio, porque es el primer desarrollo orgánico y de equilibrio metabólico, y la acción médica está regida por exigencias de alimentación hasta los tres años de edad, en cuya época de la vida las ideas se despiertan y la voluntad se ejercita; más tarde, en plena vida escolar, en que toma parte la sexual, aparecen enfermedades neuróticas, derivadas de estigmas hereditarios de orden diverso, entre los cuales hallase el histerismo, que, como dice Möbius, se manifiesta por alteraciones del cuerpo, debidas á las ideas, sin hechos patológicos somáticos definidos.

La única y nueva orientación etiológica, no patogénica, dice el Dr. Sarabia, que cabe acoger como una esperanza sobre la que descansa la terapéutica racional, es la que significa el valor experimental y clínico de las *secreciones internas*, estudio iniciado hace medio siglo por médicos franceses, italianos y alemanes, y en la actualidad recogido y sometido á experimentación en nuestro país por el Dr. Marañón, cuya autoridad en la materia ha prestado á este especial estudio, dando bases de orientación dignas de atenderse.

En esta época, y durante los ocho primeros años, sobre

FIRMUGENOL

(Nombre registrado.)

ESPECÍFICO DEL ESCROFULISMO

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

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

todo, el sistema endocrínico regula tres grandes procesos vegetativos; el metabolismo orgánico, el desarrollo morfológico y la preparación para la vida sexual, siendo esta última la que influencia de un modo predominante y trascendental al llegar el individuo a la pubertad.

Por eso, dice el Dr. Sarabia, es difícil encontrar manifestaciones de orden psiconeurótico en épocas en que todo se desenvuelve para el metabolismo que alimenta y desarrolla y cuando el crecimiento se opera dando formación orgánica al cuerpo. El sistema nervioso poco ó nada expresa en el sentido consciente para que la disociación de sus funciones se manifieste en la forma que caracteriza al histerismo. En esta primera infancia, algunas manifestaciones de orden motriz (espasmos, etc.) deben ser conceptuadas como automatismos expresivos de un terreno psicopático que hay que cotizar para una acertada profilaxia. En otros casos clínicos las glándulas de secreción interna perturbadas en su función única ó disociadas de la armónica y necesaria actuación pluriglandular, expresan síntomas del sistema nervioso de la vida vegetativa en la infancia, que nada tiene que ver con el histerismo, por lo que al referirse en su comunicación a la clásica estadística de Briquet, decía que ésta necesita una revisión escrupulosa.

Añade el Dr. Sarabia, que no debe incluirse como manifestaciones del histerismo, todas aquellas de orden espasmódico, de excitabilidad cerebral y cuantas perturbaciones motrices se observan durante los dos primeros años de la vida, pues á falta de tara hereditaria y de ambiente histérico, puede en esta edad el automatismo funcional nervioso por lesión definida, ser causa de aquella expresión patológica. Además, la *espasmofilia* nada tiene que ver con el histerismo, y si hallar su responsabilidad en las perturbaciones endocrinas por disfunción paratiroidea, y, como consecuencia, la alteración en el metabolismo de las sales de calcio. A esta patogenia debe referirse el espasmo laríngeo. Por razones parecidas, tampoco deben incluirse en el grupo histerismo el blefarospasmo, el hemiespasmo congénito del labio superior, el estridor laríngeo congénito, la inestabilidad cerebral. En cambio, no puede decirse lo mismo en la edad de las ideas, que se refleja por actos sintéticos expresados en los *tics*: balbuceo, tartamudez, enuresis, etc., que significan el despertar de la tara histérica, que pocas veces responde á la opoterapia, y sí con frecuencia á la sugestión, ó á otros medios de orden educativo. Esto sucede, por ejemplo, en la tartamudez, que al fin expresa una neurosis de la coordinación que se ha pretendido explicar por trastornos endocrinos sin que la opoterapia haya dado resultado tan aceptable como el procedimiento de Arthur Chervin, que apoyado en aquel concepto patogénico ha logrado obtener lisongeros éxitos por la educación armónica de funciones respiratorias y de emisión de la palabra. En todo caso, sin estigmas de histerismo esto no se comprende, porque es el estigma lo que más revela á partir de la edad de la conciencia; es campo vago é inestable que expresa falta de atención y de sentimiento exacto de relación presente, de coordinación alrededor del objeto. Por eso, los casos observados de exageración de la afectividad vienen de la fantasía, egoísmo, etcétera, revela el fondo histérico ejercitado por influencia del medio, y con frecuencia á impulso de la autoimitación. Así también pueden explicarse los histerismos colectivos, de cuya existencia no es posible dudar, y sin que el exceso de inteligencia en ellos sea condición obligada al efecto.

Y pregunta el Dr. Sarabia: ¿cabe explicar estos hechos por trastornos endocrinos? Si así fuera satisfecha la explicación, ¿ha dado resultado la terapéutica adecuada á la perturbación glandular sospechada? Mientras ambos términos del problema no se compenetren en favor de su resultado satisfactorio queda en pie la duda, sin que deje de ser una orientación muy aceptable en el actual momento. No sucede lo mismo en el proceso endocrínico sexual, que sea por la edad en que más importancia adquiere ó porque él refleja en centros nerviosos su evolución de un modo más perfecto, puede determinar por sí el histerismo ó despertar la tara hereditaria adormecida en otros períodos de la infancia, aunque fuera refleja su existencia por estigmas poco señalados

en intensidad. Aquí las perturbaciones endocrinas pueden tener su importancia como causa ocasional de manifestaciones histéricas. Así lo pensaron observadores de otros tiempos como Celso, Areteo, etc., y en la actualidad, el profesor Freund, de Viena, campeón de la escuela que defiende el papel que á la génesis del proceso histérico desempeña la actividad sexual subconsciente. No es fácil que la acción reguladora de las secreciones internas tengan responsabilidad directa sobre el histerismo infantil antes de esta edad fisiológica, porque sin tara hereditaria podrá tomar otro giro como causa, pero no son dichas secreciones por su exclusiva influencia la causa de esta psiconeurosis.

Señalado en esta forma el límite de la influencia endocrínica en el histerismo en la infancia, el Dr. Sarabia señala el valor de otra causa más en relación con la patogenia, cual es la *emoción* que determina la disociación de las ideas y de los reflejos motrices, pero es necesario diferenciar la emoción como sentimiento útil, tónico á veces, cuando se desenvuelve de esa manera tan gradual, suavemente plácida y agradable que evidentemente ejerce una impresión electiva y exquisita sobre el sistema vegetativo por mediación de una prudente acción hormonal previa función tónica de secreción glandular adecuada, y que nada obliga á disociación funcional de corteza cerebral, tan gallardamente expresada por el Dr. Marañón, en su aspecto de fenómeno biológico; hay que diferenciarla de esa otra emoción brusca, inesperada, que traumatiza moralmente más que tonifica, y á impulso de la cual estalla la protesta del cerebro en las variadas formas por las que el histerismo se manifiesta, como lo expresa el caso relatado de ceguera histérica, el de afonía referido por el Dr. Tapia, y el de contracturas observado por el Dr. Decref.

Esta forma de emoción es la que interesa conocer para fijar ideas fundamentales de etiología hipotética ciertamente, porque no satisface por completo al espíritu sin la debida experimentación. Lo sentado por Jenet al referirse al estrechamiento del campo de la conciencia determinando la dislocación del proceso de la idea sentida en la subconsciencia, pero no moldeada por la acción total de la función cerebral y expresada por insuficiencia ó por perturbación volitiva, es brillante concepción que ornamenta una hipótesis más ó menos racional; pero esto no satisface, porque no se han sorprendido lesiones somáticas en las capas de la corteza cerebral, explicativas del desequilibrio funcional que le caracteriza; y aun cuando se sospeche la influencia que pueda tener el desequilibrio hormonal, provocado por la emoción para determinar la manifestación histérica en forma motriz, afectiva ó volitiva, siempre queda en el plano de la persecución de la causa, jamás en el de un convencimiento sincero, íntimo del proceso patogénico. De ahí las extrañas y caprichosas formas de manifestar dislocadas las ideas, y por lo tanto, los fracasos de interpretación, expuestos con gran exactitud por el Sr. González Alvarez. Por consiguiente, sin dejar de tomar buena cuenta las orientaciones indicadas por los señores académicos que han intervenido en el debate, debe calificarse este moderno aspecto de la cuestión como un plausible y tal vez esfuerzo de la biología moderna en favor de un buen deseo de acierto. Mientras tanto, rodeados de hipótesis, para su explicación hay que acogerse á los conocimientos de la histología y de la fisiología cerebral. A la tara hereditaria y al ambiente histérico, es preciso conceder extraordinaria importancia, porque las perturbaciones secretorias internas no pueden determinar por sí solas sin su concurso el cuadro del histerismo, pues de otra suerte, no hubieran fracasado los intentos terapéuticos que exigen estas creencias modernas, si se acogen sin las reservas necesarias.

El Dr. Sarabia termina la rectificación sintetizando su modo de pensar en las siguientes conclusiones:

1.^a El histerismo en la infancia existe á partir del tercer año de la vida, con caracteres peculiares expresados en variadas formas: motrices, sensitivas y volitivas.

2.^a La nueva orientación etiológica en favor de la acción de las *secreciones internas* se halla en la actualidad en período de observación, de clínica experimental y nada deci-

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

sivo puede aceptarse en provecho del tratamiento profiláctico y curativo por la opoterapia.

3.^a El ensayo de interpretación patogénica expuesto puede aceptarse, porque se halla en armonía con los trabajos definidos de histología y fisiología de los centros nerviosos, y en el que pueden acogerse cuantas teorías se han expuesto hasta el actual momento.

4.^a A reserva de que los estudios de endocrinia avancen en favor de una indiscutible interpretación patogénica y de un tratamiento más positivo del histerismo en general, y en particular de la infancia, quedan en pie el útil empleo para su tratamiento: la educación y el tratamiento como base de la profilaxia y la sugestión; y la sugestión hipnótica con otros auxiliares farmacológicos y fisioterapéuticos, para la curación de esta psiconeurosis, digna de más suerte y acierto en su estudio, á fin de evitar las hondas perturbaciones que por ellas sufren el individuo y la sociedad.

DR. CESALDO.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: Vista la comunicación dirigida á este Ministerio por V. E. interesando la publicación de las relaciones de la clasificación de partidos farmacéuticos de España rectificando la llevada á cabo por esa Junta de su digna presidencia en el año 1907:

Resultando que V. E. hace en su citada comunicación constar que la nueva clasificación está basada en el último censo oficial, que es el publicado en 1910; que el número de titulares que á cada uno se fija es el que consta, tienen, ó se les atribuye, si exceden de 16.000 residentes, en virtud de no haber adoptado la mayoría de éstos acuerdo alguno respecto del particular dentro del plazo señalado en el apartado 3.^o de la Real orden de 18 de Abril de 1905, ni hasta la fecha; que la cantidad para pagos de suministro de medicamentos á la beneficencia están sólo como cifra aproximada de la que puede calcularse excederá, toda vez que dicho suministro tiene que regularse por la tarifa aprobada con tal objeto por Real orden de 15 de Septiembre de 1906 con el aumento del 10 por 100 que determina la de 27 de Octubre de 1915; que no constando á esa Junta de un modo indubitable á qué pueblos deben ser agregados algunos Municipios que carecen de oficina de Farmacia, á los efectos de la prestación de los servicios benéfico-sanitarios, según prescribe el párrafo 2.^o del art. 14 del Reglamento aprobado por Real decreto de 14 de Febrero de 1905, ha prescindido de consignar dicho extremo á reserva de que las entidades que se encuentren en este caso justifiquen documentalmente la mayor proximidad ó mejores vías de comunicación con el pueblo á cuyo farmacéutico titular tiene obligatoriamente que encomendarse dichos servicios:

Considerando que con arreglo al art. 93 de la Instrucción general de Sanidad, en cada Municipio mayor de 3.000 habitantes habrá por lo menos una Farmacia, con la cual se contratará la provisión de medicamentos á familias pobres, y donde hubiere varias Farmacias, tendrán todas derecho á prestar ese servicio; y que según el 94, en los términos municipales que por falta de recursos ó otros motivos no pudiera conseguirse una oficina de Farmacia, se agruparán y concertarán los Ayuntamientos limítrofes, dando cuenta éstos al inspector provincial de Sanidad:

Considerando que con arreglo al art. 108 de la misma Instrucción, los titulares de Farmacia se organizarán en la forma prevista para los médicos y esa Junta establecerá las clasificaciones y reglas que estime oportunas para el mejor desempeño de su cometido, y previniendo el art. 15 del Reglamento de farmacéuticos titulares de 14 de Febrero de 1905, que habrá tres categorías que se denominarán por

orden de mayor á menor importancia, de primera, segunda y tercera; y que las bases de clasificación y la distribución de los partidos en clases se publicarán tan luego como los datos reunidos por esa Junta permita formularlas, habida consideración al número de habitantes, la densidad de población y demás circunstancias de localidad que deban ser tenidas en cuenta, trabajo que ha llevado á efecto esa entidad con la mayor escurpulosidad y deseos de acierto:

Considerando que la indicada clasificación constituye asunto de verdadera importancia y trascendencia para los Ayuntamientos á los cuales propone esa Junta que se les conceda el correspondiente plazo de audiencia pública, con el fin de que conocida la clasificación que les afecta, y por tanto la dotación por la prestación de los servicios sanitarios y la cantidad aproximada necesaria para el pago de medicamentos, les designa el Patronato á tenor de lo preceptuado en la Real orden de 18 de Abril de 1905, confirmada por otras varias que en encabezamiento de las clasificaciones se enuncian, puedan formular las reclamaciones convenientes á sus derechos y á sus necesidades,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.^o Que se publiquen las clasificaciones de las provincias conforme se reciban en este Ministerio, después de la última rectificación á que ha sido preciso someter el trabajo, en vista de las observaciones dirigidas á ese Patronato por las partes interesadas.

2.^o Que se conceda un plazo de noventa días hábiles á las Corporaciones y farmacéuticos, á contar desde aquel en que se publique en la *Gaceta* la clasificación de la provincia respectiva, para que puedan presentar directamente ante este Ministerio cuantas observaciones consideren oportunas.

3.^o Que aquellos Ayuntamientos que no tengan que hacer observaciones manifiesten asimismo directamente ante este Ministerio y á esa Junta su conformidad.

4.^o Que transcurrido el plazo anteriormente señalado, se entenderán definitivas las clasificaciones para los Ayuntamientos que no hayan formulado reclamación ni observación alguna.

5.^o Que las reclamaciones que se presenten ante este Ministerio por las Corporaciones ó los farmacéuticos interesados se cursarán inmediatamente á esa Junta de Patronato, á fin de que por tan respetable entidad se informe acerca del particular, resolviéndose, en su vista, por este Ministerio, en la forma procedente y en un plazo que no podrá exceder de treinta días hábiles como máximo.

6.^o Que cuiden los gobernadores civiles como servicio del mayor interés de la publicación inmediata en el *Boletín Oficial* de su provincia de esta disposición y de los estados de clasificación respectivos.

7.^o Que por la Dirección general de Administración se proceda de acuerdo con la Inspección general de Sanidad, resolviendo las consultas que se dirijan, oyendo á esa Junta de Patronato cuando se estime conveniente, y adoptando las medidas precisas á la mejor y más pronta realización de este importante servicio.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 2 de Julio de 1921.—*Bugallal*.—Señor presidente de la Junta de Gobierno y Patronato de Farmacéuticos titulares. (*Gaceta* 5 de Julio.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,3; ídem mínima, 704,5; temperatura máxima, 31°,9; ídem mínima, 12°,7; vientos dominantes, SO. O.

Los estados gripales siguen disminuyendo, pero aún se dan algunos casos complicados con bronconeumonías. En la semana anterior se inició un aumento de los casos de infección intestinal, notándose que se acompañan de fiebre alta y rebelde. Afortunadamente suelen tener terminación favorable, aunque por el poco tiempo que hace que se han presentado se encuentran la mayoría en evolución.

LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

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

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

Crónicas.

Advertencia importante.—Son varios los señores suscriptores que dicen no haber recibido el NÚMERO PROSPECTO que, con tirada extraordinaria de 15 000 ejemplares, publicamos el 20 de Junio. Es de advertir, como ya lo hemos dicho con anticipación, que este número, de pura propaganda, no hemos creído que tuviese interés para los que son suscriptores, dado que no entra en la paginación del año y que los trabajos en él contenidos, ó habrían aparecido ya, ó se insertan para que puedan ser encuadrados en los números siguientes. De todos modos, los señores suscriptores que deseen conocer el referido número de muestra, pueden pedirlo directamente á nuestra Administración.

A los médicos directores de baños.—Durante el pasado verano de 1920, algunos señores directores de importantes Establecimientos de aguas minerales adoptaron el procedimiento de tener en sus despachos un cepillo ó una caja, destinada á recibir los donativos voluntarios que algunos concurrentes depositaban al no cobrarles la cuota oficial por el uso de las aguas. Tal sucedió en Cestona, Caldas de Besaya y otros puntos en que los directores destinaron las cantidades no devengadas por parientes, médicos, amigos, etc., para luego enviarlas al Colegio del Príncipe de Asturias.

Se nos ruega que procuremos que tan caritativa costumbre se implante en el mayor número posible de Establecimientos, donde no es raro que se pierdan estos honorarios sin ventaja para nadie y pudiendo producir un rendimiento no despreciable, que se hará público al fin de la temporada.

Protección á la infancia.—La Junta provincial de Protección á la infancia de Huelva, ha acordado distribuir 45 litros diarios de leche para los niños pobres, además de los que se reparten en la actualidad.

Congreso de Protección á la Infancia.—Con objeto de asistir al Congreso Internacional de Protección á la Infancia en Bruselas, ha salido para Bélgica la delegación oficial de España y del Consejo Superior de Protección á la Infancia, constituida por los Sres. Pulido, Montero Ríos, Saldaña, Gómez Cano y Tolosa Latour. Igualmente han marchado á la capital belga los representantes que el Ayuntamiento de Madrid ha designado para que concurran al Congreso internacional, Sres. Fernández Cancela, Onís, Calzado, Heredero y Samper.

Los delegados del Consejo Superior son portadores de varios diplomas de honor, firmados por el ministro de la Gobernación, que entregarán personalmente á la ilustre señora del primer ministro de Bélgica, M. Carton de Wiart, y á otras eminentes personalidades de aquella nación, que han contribuido, con sus estímulos y enseñanzas, á la implantación de los Tribunales para niños en España.

Cursos de Obstetricia y Ginecología de la Casa de Maternidad de Madrid.—El segundo de estos cursos comenzará el día 1.º de Agosto próximo; se abrió el plazo de matrícula el día 15 y se cierra el día 31.

La inscripción debe hacerse en la Dirección de la Casa de Maternidad, Mesón de Paredes, 80, por las mañanas, mediante el pago de 100 pesetas en metálico. Es necesaria la presentación del título de licenciado en Medicina ú otro documento que acredite la condición de médico, así como la cédula personal.

Plebiscito oficial.—Copiamos del *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana*:

«La Inspección General de Sanidad ha ordenado un plebiscito que realizarán los señores inspectores provinciales entre los médicos titulares para conocer su opinión acerca de si la Junta de gobierno y Patronato puede llenar los fines á que aspiran los expresados señores médicos titulares, ó si sus funciones deben ser sumadas á las que ejercen los Colegios de Médicos.

Nosotros nos limitamos á recomendar á nuestros lectores que, reflexionando maduramente su respuesta, la den con arreglo á su leal saber y entender, sin doblegarse á presiones ni ser víctimas de habilidades, procedan de donde procedieren.

Miren una vez siquiera la conveniencia general y eviten apasionamientos que jamás condujeron al logro del bien y de la justicia.»

Curso de Helioterapia.—El Dr. Rollier dará un curso, teórico y práctico sobre helioterapia en sus clínicas de Leysin, desde el 16 al 30 de Agosto próximo. Para detalles é inscrip-

ciones dirigirse antes del 1.º de Agosto al «Secrétariat Médical du Docteur Rollier», Leysin (Suiza).

Donativos para el Colegio de Huérfanos.—Recientemente se han recibido: dos billetes enteros de Lotería Nacional correspondientes al núm. 30.844 y medio billete más con el núm. 8.347, comprados con el producto del cobro de unos honorarios olvidados del Dr. C.

250 pesetas en celebridad del nacimiento de la niña María de Lourdes Portuondo y Velázquez, y

25 pesetas de un médico que oculta su nombre.

En nombre de los huérfanos agradecemos los donativos.

Medidas plausibles.—El gobernador de Valencia en vista de la instancia que le ha dirigido el Colegio Médico, ha prohibido la venta de cocaína y morfina en los «cabarets» y «music halls», donde se venía haciendo un extraordinario consumo de estas substancias.

Algo de esto pasa por Madrid y nadie le da importancia.

La disminución de población en Francia.—El *Journal Officiel* publica los resultados provisionales, por departamentos y circunscripciones electorales, del censo de población verificado el 6 de Marzo último. Según esos datos, en que se exceptúan Argelia y Alsacia-Lorena, la población francesa es de 36.084.206 habitantes.

En 1911 era de 38.468.813. De forma que ha experimentado una disminución de 2.384.547 habitantes.

Faltan, sin embargo, los agregados correspondientes de Alsacia-Lorena y Argelia.

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. GIRAL

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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

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

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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