

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

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: Sobre una historia de un error diagnóstico que no fué error ni diagnóstico, por el Dr. M. Carreras.—Un caso de estafilococia del labio superior, por D. Salvador Esteban y D. Pablo Luengo.—Epitelioma de la conjuntiva.—La campaña antipalúdica.—El paludismo en el ejército y su importancia social, por el Dr. Francisco Blázquez Bares.—Bibliografía, por E. L. y Dr. Baltasar Hernández Briz.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Desio Carlán.—La salud en España, por el Dr. Francisco Rico Belestá.—Los títulos extranjeros.—No hay ciencia.—Profesión médica en el extranjero.—De la opinión ajena.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesáreo.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Sobre una historia de un error diagnóstico que no fué error ni diagnóstico

FOR EL

DR. M. CARRERAS

En el número de EL SIGLO MÉDICO correspondiente al 8 de Octubre del corriente año, aparece la «historia de un gravísimo error diagnóstico», firmada por el Dr. D. Teudiselo Cobo Martínez, inspector de Sanidad Municipal, en Chiclana de Segura (Jaén). La circunstancia de haber yo estudiado y publicado en Enero último (1) un caso clínico respecto al cual ocurrió algo semejante á lo que el Dr. Cobo relata, me induce á redactar las presentes líneas.

Refiere el Dr. Cobo que su anciana madre, señora de sesenta y seis años, presentó hace algunos meses en la lengua una ulceración que achacaba al roce de un diente, y que al expresado articulista le dió la impresión clínica de un epitelioma, presunción en la cual le afirmó la tumefacción submaxilar y de los ganglios carotídeos, y ciertas alteraciones del estado general que ahora sería prolijo enumerar. Examinan después á la paciente el profesor Escribano, de Granada, y tres fa-

cultativos de esta corte, cirujano y ginecólogo el uno, catedrático y también cirujano el otro y odontólogo el tercero; y todos coinciden en que puede tratarse de un epitelioma, pero también en que todo puede reducirse á una irritación originada por el rozamiento dentario. Se practica una biopsia, y el compañero á quien se encarga emite el siguiente dictamen: «El examen microscópico de los cortes practicados demostró que el tejido está formado por epitelio pavimentoso estratificado, y especialmente la capa superficial, afecta de hiperqueratosis. En algunas zonas se encuentran globos epidérmicos, y en otras la capa basal penetra profundamente en el dermis en el que forma grandes lóbulos.—Doctor P. M.».

Antes de que este dictamen llegara á poder del doctor Cobo, el odontólogo mencionado había extraído la pieza dentaria sospechosa, y la señora madre del doctor Cobo comenzó á mejorar rápidamente, mejoría que se acentuó hasta convertirse en curación.

Y como corolario de todo lo rápidamente expuesto, el Dr. Cobo formula una severa crítica contra el *Señor Microscopio*, piadosa manera de zaherir al Dr. P. M. por lo que al Dr. Cobo se le antoja error diagnóstico gravísimo; el Dr. Cobo formula así su pensamiento: «Lo que rechaza la razón más elemental, lo que es acerbamente criticable, lo que escalofría, es que las lentes de un potente microscopio que debe ser hábilmente manejado puedan, en un momento determinado, sufrir aberra-

(1) CARRERAS: «Nota clínica y comentarios sobre un caso de tumor vulvar en una sífilis». (*Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, Enero de 1921.)

ciones ópticas, y dejen ver sobre el porta lo que no existe, lo que no es real».

Y bien; antes de seguir adelante, permítame el doctor Cobo una bien categórica afirmación previa: El *Señor Microscopio* no sufrió aberración óptica ninguna, y vió sobre el porta lo que existía, lo que era real. Y he aquí las razones en que me fundo para ser tan afirmativo, á pesar de no haber comprobado *de visu* la certeza de lo que afirmo:

1.^a Los globos epidérmicos no caracterizan *patognomónicamente* al epiteloma, y pueden hallarse en multitud de lesiones inflamatorias (en ciertas glositis, por ejemplo). Así lo afirman Letulle y Nattan-Larrier, entre otros anatomopatólogos.

2.^a Por determinismo irritativo pueden originarse proliferaciones epiteliales exuberantes, invadiendo profundamente el dermis, sin que ello implique la existencia de una neoplasia epitelial.

3.^a A últimos del pasado año tuve ocasión de observar y estudiar un caso de sífiloma vulvar, curado con tratamiento tópico y general antisifilítico, y cuya biopsia reveló globos epidérmicos y proliferaciones epiteliales invasoras; el Dr. Cobo puede leer en la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología* (Enero de 1921) la historia clínica del caso en cuestión, y contemplar las microfotografías correspondientes.

Por consiguiente, en el tejido lingual de la señora madre del Dr. Cobo pudo haber, y hubo sin duda, globos epidérmicos y lóbulos epiteliales intradérmicos, sin que existiera allí un epiteloma.

Y como el *Señor Microscopio*, ó el Dr. P. M. (como mejor le plazca al Dr. Cobo) no declararon la existencia de un epiteloma, sino tan sólo la presencia de globos epidérmicos y de lóbulos epiteliales voluminosos, resulta que el Dr. P. M. ó el *Señor Microscopio* (como el Dr. Cobo quiera), dijeron verdad.

¿Ignoraba el Dr. P. M. que los globos epidérmicos, etcétera, pueden hallarse en lesiones inflamatorias no neoplásicas? Seguramente no, porque de ignorarlo es probable que, por lo que el *Señor Microscopio* le mostraba, hubiera diagnosticado explícitamente un epiteloma. Y el Dr. P. M. *no diagnosticó*, en el exacto sentido de la palabra, ni epiteloma ni cosa alguna; *no diagnosticó*, no denominó; se limitó á *dictaminar* describiendo lo que veía y dejando la calificación al juicio del discreto lector. Si el lector no resultó demasiado discreto, porque no se lo permitió el estado pasional en que su amor á la enferma le ponía, de ello el Dr. P. M. no es culpable.

Por lo demás, la escasa discreción del lector no debe extrañarnos, toda vez que el concepto de que los globos epidérmicos no caracterizan patognomónicamente al epiteloma es un concepto bastante reciente. Cajal, en su «Manual de Anatomía Patológica general», edición de 1905, dice todavía, respecto al epiteloma, que los caracteres micrográficos de estos cuerpecitos (se refiere á los globos epidérmicos) son, como luego veremos, tan peculiares, que bastan generalmente para establecer el diagnóstico anatómico del tumor». Pero el propio Cajal, en la edición de 1909 del mismo libro dice que [en el papiloma mucoso «los globos epi-

dérmicos son raros ó no existen»; considera, pues, posible que existan tales globos en el papiloma, pero lo cree de rara ocurrencia. En fin, insisto en que más modernamente Letulle y Nattan-Larrier, entre otros histopatólogos, han afirmado que los globos epidérmicos pueden hallarse en multitud de lesiones inflamatorias.

En suma, el Dr. P. M. describió lo que vió, y vió lo que existía. Y el Dr. Cobo no tiene sino motivos de congratulación respecto á cuantos intervinieron en su asunto, sin excluir al *Señor Microscopio*.

¿Que el Dr. P. M. no quiso entregar sus preparaciones? ¡Naturalmente! ¡Como que tales documentos constituirían su salvaguardia científica! Y también me parece muy lógico que al enseñarlos quisiera hallarse presente, para lo cual pedía un aviso previo.

Y ahora, para terminar: el Dr. Cobo dice al comienzo de su escrito que no quiere zaherir reputaciones profesionales, pero luego se le escapan las iniciales del anatomopatólogo inculcado, de quien dice más adelante que es «más hábil en la preparación de vacunas». Las señas son mortales, y por ellas todo el mundo colegirá de quién se trata. El Dr. Cobo no ignora que la clientela de los médicos analistas la constituye, no el gran público, sino los compañeros que les encomendamos trabajos de Laboratorio; y ante todos los compañeros, y por obra y gracia del Dr. Cobo, sufriría quizás el Dr. P. M., á no ser tan sólido su prestigio, las amargas hieles del descrédito. ¿Le parecería al doctor Cobo ajustado á la moral y á la ética profesional (á ellas alude en su escrito) el que uno de sus colegas se dedicase á propalar entre la clientela actual ó posible del Dr. Cobo cualquier error, efectivo ó supuesto, que el Dr. Cobo hubiera cometido?

Por mi parte, antes de suponer que un compañero se ha equivocado vergonzosamente, procuraré siempre investigar qué mecanismos ó circunstancias pudieron enmascarar los hechos ó disfrazar las lesiones, justificando la equivocación, si equivocación hubiere.

CLÍNICA RURAL

UN CASO DE ESTAFILOCOCCIA DEL LABIO SUPERIOR

POR

D. SALVADOR ESTEBAN

Médico en las Casas de Belvis

Y

D. PABLO LUENGO

Médico en Navalmoral de la Mata.

I

La gran influencia, cada vez mejor conocida del mundo microbiano, en la etiología y patogenia de casi todas las enfermedades, y sus perniciosos efectos en muchos casos, hacen que el médico deba ser muy cauto en el pronóstico, sobre todo de aquellos procesos que al parecer leves, pueden, sin embargo, determinar la muerte, produciendo una dolorosa sorpresa en el facultativo y un terror casi trágico en la familia, la que más

ó menos veladamente dirige acres censuras al profesor, que agravan más la honda crisis de angustia moral que éste experimenta, al reflexionar sobre el funesto desenlace de una afección considerada leve en el principio, pero que en su maligna evolución, tras de sí llevó su más ó menos desprestigio. Un forúnculo, una pústula de acné, una ligera placa de impétigo, un simple pinchazo, una insignificante erosión ó un pequeño traumatismo, etc., etc., pueden ser principio de estados sépticos gravísimos, por las múltiples localizaciones, meníngeas, pleurales, cardíacas, renales, etc., que pueden determinar. Recuerdo, con este motivo, el caso de un compañero en el cual, á consecuencia de una superficial picadura, con una aguja de sutura, en el dedo índice de la mano derecha, se desarrolló un flemon difuso que invadió todo el brazo, con un cortejo de síntomas alarmantes, y que difícilmente logramos contener, á pesar de emplear profundas incisiones, perdiendo, sin embargo, el enfermo en la lucha patológica el indicado dedo, que hubo que amputar; igualmente podemos citar el caso de una señora, en el que por un casi imperceptible pinchazo en un dedo de la mano derecha, hubo necesidad de amputar el brazo por el tercio medio, para poder conjurar la destructora sepsis que en el miembro se desarrolló.

La causa de que lesiones ó enfermedades por regla general benignas, y me refiero en especial á las que tienen su asiento en el tegumento cutáneo, pueden ser origen de procesos graves, radica, como todos sabemos, en el poder virulento de ciertos gérmenes, que por sus toxinas y por ellos mismos, bien por vía linfática ó sanguínea, producen estados sépticos púohémicos de múltiples localizaciones y casi siempre de pronóstico sombrío: desde los trabajos de Koch sabemos que en la piel existe una abundante flora microbiana y en perfecto maridaje viven gérmenes saprofíticos y patógenos, esperando la ocasión de que las barreras epiteliales pierdan sus propiedades fisiológicas para invadir el organismo: el caso de estafilococia que vamos á exponer y que tuvo un funesto desenlace, corrobora las sencillas y vulgares consideraciones que anteceden.

II

De antiguo es conocida la gravedad de los forúnculos de la región cervicofacial, describiéndose por Ludlow, T. Smith y otros autores el ántrax facial, considerado, sin embargo, por algunos clínicos, como una erisipela flegmonosa, coincidiendo, no obstante, todos en el carácter maligno de la enfermedad, por ser origen de agudas septicemias y de rápidas infecciones purulentas, con formación de abscesos metastásicos, y todo ello debido á la toxi-infección estafilocócica verificada á través de las vías linfáticas y de las grandes anastomosis venosas de las partes laterales de la cara; la tromboflebitis purulenta, aparte de la influencia que tiene en la producción del edema inflamatorio de la cara, es responsable de las múltiples metástasis, por desprendimiento de partículas de trombus impregnadas de estafilococos que por el torrente circulatorio se diseminan y estancan en variados órganos, cerebro, pul-

mones, hígado, etc., desarrollándose múltiples abscesos.

El historial del caso clínico objeto de estas líneas, expresa la marcha de una enfermedad que al parecer en sus comienzos insignificante, terminó desgraciadamente por la muerte.

III

X. X., de treinta y dos años, casado, sin antecedentes morbosos hereditarios dignos de mención, de temperamento linfático, fuerte, con tendencia á la obesidad, herniario y con hábitos de alcoholismo muy acentuados. No ha padecido enfermedades dignas de mención más que las propias de la infancia y algún que otro ataque de estrangulación de su hernia.

En los últimos días del mes de Noviembre próximo pasado, notó que en el borde libre del tabique nasal se le formó un pequeño grano, del que de momento no hizo caso; pero como posteriormente se le inflamó el labio superior, requirió la asistencia de uno de nosotros el día 5 de Diciembre último y he aquí el resultado de nuestra observación.

Examinado atentamente aquél al parecer ligero proceso morbozo, pudimos observar la existencia de un pequeño forúnculo bien caracterizado en dicho tabique nasal y un proceso inflamatorio no muy acentuado en el labio superior, con edema de color rojo oscuro.

Como la lesión no era muy importante se aconsejaron fomentos calientes antisépticos, quietud en la cama y nada más.

Al día siguiente la inflamación del labio se había propagado hacia el lado izquierdo, pasando el surco geniolabial, esfumándose sobre la mejilla sin límite preciso; se notaba ligero movimiento febril; pero por lo demás el estado general era bueno.

En la visita del día tercero el edema inflamatorio con los caracteres de color dicho y una gran dureza se había corrido á toda la mejilla izquierda, empezaba á invadir la mejilla derecha, y á la presión sobre las superficies invadidas rezumaba por las glándulas pilosebáceas unas gotas de pus amarillento muy loable. En este día se quejó de un dolor de costado superficial, sin que fuera posible hallar trastorno respiratorio alguno por auscultación y percusión; esta molestia desapareció espontáneamente. La fiebre aumentó hasta llegar á 39°,5; el pulso se hizo frecuente, aun cuando no era exagerado, ya que guardaba cierta relación con la temperatura; los demás aparatos funcionaban con toda normalidad. De la visita de este día á la del siguiente pudo observarse algo así como una especie de alto en la marcha, hasta ese momento progresiva, de la enfermedad; la fiebre cedió algo. Se continuó con los fomentos antisépticos y se administró quinina, considerando la triple cualidad terapéutica de este fármaco, de ser antiinfeccioso, tónico y antipirético.

Al cuarto día acudimos nuevamente á la cabecera del enfermo, realmente preocupados ante un caso patológico que evolucionaba en un terreno poco resistente con unos caracteres de malignidad por demás extraordinarios. El alto del uno al otro día fué transitorio; el edema se hizo más intenso; abarcó toda la cara, sin

rebasar el cuero cabelludo, y principiaron á interesarse las regiones superiores y laterales del cuello, todo ello ya en unas proporciones alarmantes; la fiebre volvió á elevarse á 39°,5 y aún más; presentó delirio no muy marcado; el pulso se hizo más frecuente, 120 pulsaciones, y ya en este trance, lo que hasta entonces fué un proceso puramente local, se generalizó presentando todos los caracteres de una infección séptica de una toxicidad extrema. Dadas estas circunstancias, y puesto que el caso se agravaba mucho, y habiendo pensado en la aplicación de remedios, acerca de los cuales teníamos contradictorias noticias, propusimos á la familia una consulta con un compañero de las inmediaciones, la cual se realizó según nuestro deseo.

Al quinto día la fiebre se elevó á los 40°, el pulso seguía cada vez más frecuente; el edema de enormes proporciones descendió á regiones laterales é inferiores del cuello, respetó siempre el cuero cabelludo, marcándose cada vez más el tinte rojizo obscuro, hasta tomar la coloración rojovinosa que adquirió en los últimos momentos de la enfermedad y siempre de una consistencia dura. La coloración mencionada era expresión clínica de fenómenos tromboflebíticos del aparato circulatorio de la cara. No hubo convulsiones ni síntomas definidos de insuficiencia de riñones, puesto que la función urinaria se presentó bien constantemente. Como síntoma característico que no dejó de presentarse en todo el curso de la enfermedad, apuntaremos la presencia de múltiples abscesos que rezumaban gotitas de pus amarillento por los orificios de las glándulas pilosebáceas y solamente á la presión. Ya en este día el corazón principió á desfallecer, con síntomas de impregnación tóxica, más que de verdadera endocarditis; sobrevinieron frecuentes colapsos y en uno de ellos el desgraciado enfermo sucumbió en la madrugada del quinto al sexto día.

Este cuadro, expuesto así á grandes rasgos, que nos impresionó vivamente, nos hizo dudar al principio, si nos halláramos en presencia de una erisipela ó de una infección carbuncosa en una de sus dos manifestaciones de pústula ó edema maligno. Descartamos la especie nosológica erisipelatosa por varias razones: la presencia del forúnculo; el edema no era el rojo brillante de esta afección, le faltaba el rodete característico de la misma; no había flictenas ni vesículas, y, sobre todo, por el exudado ya dicho, sintomático de lesión pilosebácea. Por otra parte, la marcha progresiva del edema en este caso, no era el propio del de la erisipela, pues es sabido que esta dermatitis, según aquél avanza é invade nuevas regiones, las primitivas afectadas palidecen y vuelven á la normalidad.

Más fácil era pensar en carbunco, pero faltaba la pústula característica originaria; el edema en nuestro enfermo era durísimo y el de la infección bacteridiana es blando, pastoso, de un color blanquizco, con flictenas ó vesículas, sin abscesos, sobre todo, en los primeros períodos de la enfermedad. Igualmente prescindimos del diagnóstico de edema maligno, por los mismos caracteres del síntoma edema, y además faltaban placas gangrenosas tan comunes en el edema maligno.

Era, por tanto, preciso afirmar rotundamente que X. X. padecía una infección estafilocócica, una verdadera septicemia y localmente un enorme ántrax al que daban una gravedad insólita las asociaciones bacterianas que al exaltar la virulencia del estafilococo determinaban una entidad nosológica de una malignidad tan grave que dió fin á una vida en plena juventud. Por consejo del distinguido compañero con quien tuvimos la consulta mencionada, remití unos frotos hechos con pus de los abscesos á los ilustres colegas que en Talayuela hacen campaña contra el paludismo, los cuales hicieron un examen bacteriológico, no encontrando más que el estafilococo piógeno.

La terapéutica seguida en este caso, fué la expuesta en el curso de esta nota; se emplearon las vacunas y tratamiento sintomático en presencia de algunas complicaciones.

EPITELIOMA DE LA CONJUNTIVA

Doctores Celso Jiménez López (profesor de la Clínica de Organos de los Sentidos en el Hospital de San Juan de Dios), Antonio Peña Chavarria (Jefe de trabajos prácticos del Laboratorio de Bacteriología de la Facultad de Bogotá), y Victor Ribón (Jefe de Clínica de Organos de los Sentidos).

El 28 de Febrero del presente año se presentó al Consultorio del Dr. Celso Jiménez López la señora N. N., de veintiséis años de edad, natural de Turmequé (departamento de Boyacá), casada, madre de dos hijos; sus profesiones han sido las de hilar lana y tejer fique.

El profesor encontró lo siguiente al examinar su ojo derecho, órgano que motivaba la consulta: un pequeño tumor conjuntival reniforme contiguo al limbo esclerocorneano que ocupaba el arco de circunferencia de la córnea comprendido entre las VII y las XI, de color rosado, poco vascularizado, que ocasionaba á la enferma la sensación de un cuerpo extraño ocular, sensación compleja que consiste en escozor, lagrimeo y algo de fotofobia; se extendía dicha masa hacia el ángulo externo del ojo, pero sus límites eran precisos, es decir, que se destacaba bien en la mucosa conjuntival. El aspecto de la pequeña neoformación, su color, su poca vascularización y lo limitado de su área determinaron al profesor á diagnosticar un *epitelioma de la conjuntiva*, y á indicar á la paciente la enucleación del ojo afectado como la curación radical de la enfermedad, indicación que ella rechazó á causa de que su visión de los objetos y su percepción luminosa eran perfectos; en vista de la resistencia manifestada por la cliente, el Dr. Jiménez López resolvió hacer únicamente la extirpación de la neoplasia, intervención que practicó el 18 de Marzo, resecando completamente la mucosa invadida, para lo que llevó su corte á 3 milímetros en contorno de ella, ó sea sobre la mucosa sana, profundizando en plenos tejidos escleróticos y corneanos, cuyas superficies quedaron perfectamente tersas; puso en seguida los puntos de sutura del caso, no sin anunciar á la interesada la reproducción del neoplasma.

Diagnóstico diferencial.— Los únicos tumores con

que precisa hacer la distinción son los siguientes: el *dermoide*, cuyo aspecto es epidérmico, seco, cubierto de vellos y á veces de largos pelos; el *sarcoma*, de color negruzco, de forma de hongo, que, en la generalidad de los casos, cubre gran parte de la córnea; el *lipoma*, de color amarillento, de forma triangular, de base dirigida hacia la córnea, cuyo sitio es indefectiblemente el ángulo externo de los párpados, que lo ocultan, y que se continúa siempre hacia atrás confundiendo con la grasa orbitaria; los *quistes*, caracterizados por su aspecto de pequeñas vesículas llenas de serosidad tan límpida como el agua de roca; los *pólipos*, excrecencias blandas, rara vez duras, pediculadas, situadas ordinariamente en los fondos de saco conjuntivales ó en la conjuntiva de los párpados; los *papilomas*, de aspecto papilar como su nombre indica y con apariencias de frambuesa ó de coliflor; los *tumores granulosos*, consecutivos á pérdidas de substancia de la conjuntiva debidas á ulceraciones, á traumatismos accidentales ó á operaciones, y los *angiomas* que se desarrollan primitivamente en los párpados é invaden después la conjuntiva.

* * *

El 1.º de Julio ingresa la enferma en la Clínica de Organos de los Sentidos, cuyo jefe encuentra lo siguiente, después de examinarla de manera detenida (véase fig. 1.^a): contracción marcada del músculo superciliar correspondiente, reveladora de antiguos dolores, que



Fig. 1.^a

hoy conserva como hábito adquirido puesto que ya no la molestan tales sufrimientos; el ojo afectado, el derecho, situado más bajo que el sano, al extremo de que la convexidad de su ceja queda en la prolongación de

la cuerda que subtiende el arco formado por la izquierda; párpado superior abultado á causa del rechazamiento que le imprime un tumor conjuntival que ocupa la región superoexterna del globo ocular, reniforme, vascularizado; la infección de los músculos y vasos es también perfectamente visible en la conjuntiva palpebral y en el tejido epiescleral; la neoformación cabalga sobre la región lateroexterna de la córnea; el iris presenta un color menos obscuro que el del otro ojo; la córnea ha perdido parte de su brillo; hay anisocoria, siendo más pequeña la pupila del ojo afectado; el cristalino, el vítreo, las membranas oculares y el fondo del ojo normales, así como los anejos, salvo el párpado superior distendido por el tumor que avanza en la abertura palpebral, impide el completo contacto de aquel con el inferior y presenta islotes blancos de tejido cicatricial en su parte inferointerna.

La paciente refiere que comenzó á sentir molestia en el órgano enfermo desde hace dos años, que al mirarse al espejo notaba como una mancha roja lenticular en la parte superoexterna del globo del ojo, en el blanco de éste, lesión que avanzaba visiblemente en el sentido opuesto; que sentía punzadas de dolor, tolerables al principio, extendidas simultáneamente á la región supraorbitaria derecha y á la mitad correspondiente del cráneo, las que fueron aumentando en intensidad hasta hacerse insoportables, que al cabo de pocas semanas y sin motivo explicable se atenuaron y acabaron por desaparecer; no presentó ningún otro síntoma ni sufrió de la más ligera perturbación en su visión, pero desde hace medio año principió á notar que la mácula antes descrita crecía y se abultaba y que los síntomas dolorosos se renovaron; en esta situación consultó al Dr. Jiménez López, quien se limitó á practicar la extirpación del tumor, por haber rechazado jella, como queda dicho atrás, la operación definitiva, la enucleación; después de transcurridos cinco meses se ha dirigido nuevamente á él en vista de la realización de sus pronósticos. Actualmente hay que agregar á la descripción anterior la sensación subjetiva de comezón en el ojo, que la visión no es perfecta, puesto que hay ligero estrabismo inferointerno, y que los dolores, valga su decir, no son como los del principio extendidos á la región supraorbitaria derecha y á la mitad correspondiente del cráneo, sino localizados únicamente en el globo ocular.

El 4 de Julio practicó el profesor la enucleación en el ojo, pero manifestó que la reproducción del cáncer era casi segura ya *in situ*, ya en región alejada del organismo. La enferma curó en cinco días, al cabo de los cuales abandonó el hospital con apariencias de salud, pero arrastrando la soga, según la gráfica expresión del Dr. Jiménez López.

El ojo enucleado fué entregado al Dr. Antonio Peña Chavarría para su estudio anatomopatológico; se extrajo también la glándula lagrimal accesoria para practicar en ella idéntica investigación.

* * *

La neoplasia que cubría ya una parte considerable

del ojo se extendía, desde el limbo de la córnea, en su segmento superior y externo, hasta 5 milímetros hacia atrás; el punto prominente correspondía á la comisura externa de los párpados y allí alcanzaba á 8 milíme-

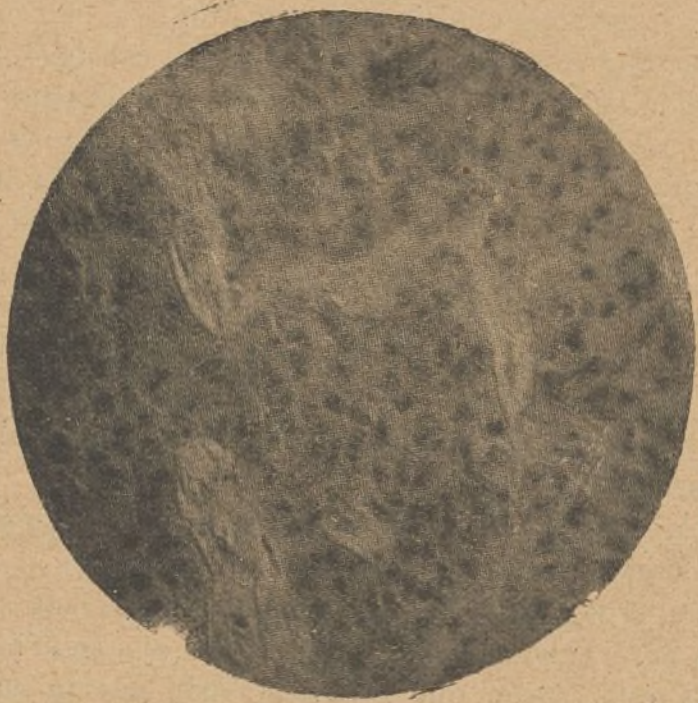


Fig. 2.ª

tros de espesor. Los movimientos del globo se hacían libremente, lo que permitía descartar la invasión de los tejidos de la órbita. Surcada en la periferia por vasos numerosos no existía en ella ninguna ulceración. Sus límites bastante nítidos y un poco irregulares; su consistencia un poco firme semejante á la del tejido muscular.

Enucleado el ojo—por el profesor Dr. C. Jiménez López—se hizo una sección de modo que presentara al corte todas las tunicas del ojo; se endureció en el líqui-



Fig. 3.ª

do de Zenker y hecho el corte correspondiente se coloreó con eosina y azul de Urna.

El examen microscópico indicó claramente la naturaleza epitelial del tumor; allí se veían con evidencia elementos de epitelio pavimentoso semejantes al tejido conjuntival, sitio inicial de la neoplasia; en algunos

puntos tales elementos se agrupaban imitando muy bien el *globo córneo*, común siempre en las neoplasias de origen epidérmico. Como en los tumores de esta clase, se pudo anotar un evidente contraste entre la escasez de los vasos profundos y la rica vascularización periférica ya mencionada.

En la microfotografía número 2 el objetivo A. A. (Zeiss) señalaba la diferencia muy neta entre el tejido fibroso de la esclerótica hacia la parte superior y el epitelial del tumor en la inferior. En el primero con mayor aumento, se puede ver en los espacios linfáticos, á más de las células fijas y emigradoras, normales en la esclerótica, una infiltración epitelial.

En la microfotografía número 3, el objetivo D. D. permite observar los caracteres de las células neoplásicas que presentan, con inmersión todas las fases de la Kariokinesis.

COMISIÓN PARA EL SANEAMIENTO DE COMARCAS PALUDICAS

LA CAMPAÑA ANTIPALÚDICA

RESUMEN DE LOS TRABAJOS REALIZADOS

(Noviembre 1920 á Octubre 1921).

Los trabajos de la campaña antipalúdica en la provincia de Cáceres empezaron en los primeros días de Noviembre. Se estableció ante todo la *Estación experimental* de Talayuela, instalándose un pabellón Docker con todo el material de clínica y de laboratorio necesario, protegiéndole debidamente contra la penetración de los mosquitos. En ella no solamente se han llevado á la práctica todos los métodos de lucha al alcance de los medios económicos de la Comisión, sino que además se han emprendido trabajos experimentales acerca de cuestiones relacionadas con la epidemiología del paludismo, trabajos prácticamente necesarios, puesto que la epidemiología de esta enfermedad reviste caracteres peculiares en cada región, por depender de causas variables en extremo. Otro de los fines de la estación experimental de Talayuela, es el servir de centro de preparación y de educación de personal técnico y subalterno, finalidad de gran importancia práctica, sobre todo teniendo en cuenta la necesidad de extender la campaña á otros puntos.

Los primeros trabajos de la campaña de Talayuela comprendieron:

1.º El estudio de las condiciones locales de Talayuela y regiones circundantes, desde Navalmoral de la Mata hasta el Tiétar (topografía, climatología, hidrografía, charcas, abrevaderos, animales domésticos, costumbres y faenas agrícolas, etc.).

2.º El establecimiento del censo exacto de los habitantes de Talayuela y de los alrededores (dehesas, zonas de cultivo del pimiento, chozas).

3.º Investigación parasitológica de la sangre de todas las personas sospechosas de padecer paludismo, ó de haberlo padecido recientemente.

4.º Establecimiento del índice esplénico.

5.º Tratamiento intensivo de todos los portadores de gérmenes.

6.º Captura y estudio del desarrollo de los mosquitos transmisores de la infección.

7.º Educación del personal subalterno.

Por el ingeniero de la Comisión Excmo. Sr. D. Pedro García Faria y su ayudante Sr. Ceballos, se hicieron planos del habitado y de los alrededores de Talayuela, con especial detalle de todas las colecciones de agua (arroyos, quebradas, lagunas, charcas, pozos, embalses), siendo todas ellas examinadas periódicamente desde el punto de vista de la presencia de larvas y ninfas del género *Anopheles*.

En el establecimiento del censo se ha adoptado el sistema de fichas; en ellas constan los antecedentes palúdicos de los habitantes, los análisis de sangre practicados, estado del bazo, tratamiento seguido, etc.

Para el tratamiento se han utilizado píldoras de la siguiente fórmula:

Clorhidrato de quinina.....	15 centigramos.
Arseniato sódico.....	1 miligramo.
Lactato ferroso.....	1 centigramo.
Extracto de genciana.....	aa G. s. para una píldora.
Idem de ruibarbo.....	
Jabón medicinal.....	

Y además comprimidos de quinina

La preparación de éstos como la de las píldoras, ha sido hecha por el Laboratorio Central de Farmacia de Sanidad Militar.

También han sido utilizados diversos preparados nacionales y locales; unos que fueron enviados para su ensayo y otros adquiridos. Algunos niños han sido tratados con euquinina. En general, se ha administrado el tratamiento por vía digestiva, único método práctico en las campañas antipalúdicas de cierta extensión. No obstante, en los casos en que estaban indicadas, se han empleado las inyecciones.

El tratamiento de los enfermos de Talayuela y de sus alrededores nunca se ha fiado al propio interesado, sino que cada enfermo tomaba sus píldoras diariamente en presencia del personal técnico al principio, y después, cuando se dispuso de personal subalterno preparado, en presencia del subalterno encargado de este trabajo, el cual no por eso ha dejado de estar constantemente vigilado por los técnicos. De esta manera se tiene la seguridad absoluta de que el tratamiento se hace debidamente y, además, se evita el desperdicio de medicamento. Para la administración de la quinina, y especialmente a los niños, ha sido de verdadera utilidad la colaboración de la dama de la Cruz Roja, señora Blanca Marcosanti, enviada por la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

La captura y destrucción de mosquitos en habitaciones y cuadras se realiza en la campaña siguiendo varios procedimientos: la captura manual por medio de tubos, indispensable en numerosas circunstancias; el empleo de frascos aspiradores; la captura por medio de trampas de diversos modelos, procedimiento de utilidad, sobre todo experimental; el ácido cianhídrico, sólo utilizable en habitados que reúnan ciertas condiciones. Todas estas faenas las realiza el personal subalterno preparado para ellas.

Aunque la época en que comenzaron los trabajos (mes de Noviembre) es una en la que la infección palúdica disminuye mucho en intensidad, sin embargo, en los lugares fuertemente infectados, como el elegido para dar comienzo a la campaña, todavía pudo hacerse una intensa y útil labor preparatoria indispensable para obtener los mejores resultados con la que había de desenvolverse en la estación adecuada, suprimiendo por el tratamiento durante el otoño y el invierno un cierto número de fuentes de infección; hecho que por sí solo haría disminuir el número de enfermos al comenzar el nuevo brote palúdico estival.

En poco más de un mes de comenzados los trabajos, se hicieron en Talayuela 257 análisis de sangre, resultando 27 casos positivos, y 61 análisis en los caseríos y dehesas colindantes, con 12 positivos.

El número de mosquitos existentes en Talayuela, en el mes de Noviembre, era realmente elevadísimo; casi todos se encontraban en las cuadras, observándose con rareza en las habitaciones. Pudo disponerse, por tanto, de abundante material para llevar a cabo algunos experimentos de biología de los mosquitos invernantes.

Bajo la dirección inmediata del profesor Sella, jefe del servicio de paludismo de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y enviado por ésta a colaborar en la campaña, se emprendieron experiencias para conocer la movilidad ó emigración de las hembras invernantes, utilizando grandes cantidades de mosquitos que se coloreaban y dejaban después nuevamente en libertad en puntos determinados, examinando más tarde los recogidos en diversos sitios del habitado. Se emprendieron también experiencias de infección de anofeles durante el período de invernación y se han examinado numerosos estómagos y glándulas salivares de hembras capturadas.

Las primeras generaciones de mosquitos empezaron a desarrollarse en Talayuela en la segunda quincena de Marzo, combatiéndose desde esa fecha por medio de la petrolización de las aguas, siguiéndose varios métodos; al principio se practicaron petrolizaciones generales de todas las aguas comprendidas en un radio de 2 kilómetros. Después, en lugar de petrolizaciones generales, se ha seguido el método de petrolizaciones parciales y alternas, con objeto de no perjudicar a la ganadería (bastante desarrollada en Talayuela), puesto que los animales rehúsan beber al notar el olor del petróleo. Finalmente, se han petrolizado tan solo las aguas que se encontraban con larvas, vigilándose de un modo sistemático todo el radio de los 2 kilómetros, para observar los efectos del petróleo y la reaparición de aquellas, conociendo así el momento oportuno de la petrolización siguiente.

Las petrolizaciones han sido precedidas de una limpieza de la vegetación de las aguas que impediría la conveniente extensión del petróleo. La limpieza perfecta de la vegetación acuática ha dado por resultado, que sitios en los que antes de realizada se desarrollaban grandes cantidades de anofeles, no ofrezcan después condiciones para ello y se vean, por tanto, libres de los mismos, sin necesidad del petróleo. Estos traba-

jos de limpieza de aguas han sido practicados en las fincas de regadío, para cuya petrolización oponían alguna resistencia sus propietarios.

Por conducto de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja se han traído á España desde los Estados Unidos, peces larvicidas del género *Gambusia*; depositándose hasta lograr su aclimatación, en el Instituto Oceanográfico de Madrid, amablemente ofrecido por su director el profesor D. Odón de Buen.

Por el ingeniero Sr. García Faria se ha llevado á cabo el desagüe y saneamiento de las charcas del Trampal, lugar de Talayuela, donde existe una industria rudimentaria de ladrillería y tejares y donde la mano del hombre, al cavar el suelo para sacar la tierra, había formado una serie de charcas excelentes para la multiplicación de los anofeles. Actualmente, está en proyecto la construcción de abrevaderos para el ganado en condiciones que no perjudiquen á la salud pública, que sustituirán á los que ahora existen y, que desde luego, no reúnen dichas condiciones. La cuestión de los abrevaderos es un problema general de Extremadura, donde el desarrollo de la ganadería obliga á su construcción en elevado número, que realizan los Municipios y los particulares del modo más primitivo, por lo general, sin tener en cuenta que con ello establecen á veces graves causas de insalubridad en la región.

La campaña de Talayuela ha comprendido también, como antes hemos apuntado, el tratamiento de los habitantes de los alrededores. Aparte de un corto número de familias repartidas en varias dehesas, existen en las vecindades de este pueblo tres agrupaciones algo numerosas de habitantes. *El Baldío*, colonia situada á orillas del Tiétar, á cuatro kilómetros al Noroeste de Talayuela, donde habitan en un caserío mal acondicionado, unas 15 familias ocupadas en la explotación de la resina; y otras 20 familias que desde el mes de Abril, acuden desde los pueblos de la sierra de la Vera (principalmente de Jaraiz), para dedicar se al cultivo del pimiento en la misma orilla del río; estas familias habitan en chozas construidas en medio de los pimentales, desde Abril hasta fines de Octubre, y son víctimas casi obligadas del paludismo, especialmente los niños; por otra parte, casi sin cesar, realizan breves viajes á sus pueblos, con frecuencia por causa de las fiebres, para ser reconocidos por su médico y lograr la curación, constituyendo una grave causa de extensión del paludismo. En la época de recolección del pimiento, el número de personas aumenta extraordinariamente en los pimentales durante unos veinte ó treinta días. *El Pinar*, situado á dos kilómetros de Talayuela, es otra agrupación de familias de operarios de una fábrica de serrar maderas. Por último, cuatro kilómetros al Norte y Noroeste de Talayuela, existe otra zona de pimentales, á orillas del Tiétar, donde habitan unas 15 familias que viven en chozas, preferidas por lo general á los *secaderos*, construcciones que tienen por objeto secar el pimiento por medio del fuego y sirven al mismo tiempo de albergue á las personas y á los animales. El contingente de palúdicos de los alrededores, ha sido siempre superior al de Talayuela.

La Comisión tiene á sus órdenes empleados subalternos, escogidos entre los habitantes de Talayuela; á uno de ellos, con el cargo de jefe de los mismos, está encomendada su dirección y vigilancia, las petrolizaciones y el examen de las aguas, la captura de mosquitos y trabajos análogos; otros dos subalternos se han utilizado para la petrolización y desanofelización, á las órdenes inmediatas de aquél; y otros dos hombres están destinados á la distribución de la quinina en el pueblo y especialmente en los alrededores; diariamente, estos dos últimos realizan el recorrido de los caseríos y chozas de los pimentales, dando á los enfermos las píldoras correspondientes, que toman en su presencia; al mismo tiempo, tienen la misión de recoger la sangre de todo enfermo con fiebre y se les ha prohibido en absoluto que dejen las píldoras á ningún enfermo, así como que se las dieran á cualquiera, antes de ser examinada la sangre y ordenarlo el personal técnico.

Todos los trabajos del personal subalterno han sido constantemente vigilados y comprobados por los técnicos, los cuales han verificado repetidas excursiones, visitando los casos en tratamiento, haciendo el índice esplénico y observando los resultados obtenidos y la distribución de los anofeles en los alrededores.

Desde el comienzo de la campaña y de un modo progresivo, han acudido espon táneamente, sin labor de propaganda alguna por parte de la Comisión, enfermos de los pueblos vecinos á la estación de Talayuela, solicitando el reconocimiento y tratamiento, al principio de toda clase de dolencias, y más tarde, al ver que sólo eran atendidos los palúdicos, del paludismo. La afluencia de estos enfermos llegó á ser tan continua y tan numerosa, que en el mes de Marzo, la Comisión acordó dedicar dos días á la semana, lunes y miércoles, para establecer un dispensario gratuito de diagnóstico y tratamiento para todos los palúdicos que lo solicitaran. Se dirigieron circulares á los Ayuntamientos de los pueblos vecinos, indicando los días de consulta, dedicando el resto de la semana á la campaña de Talayuela. Todo enfermo que acude á la consulta es interrogado, se le explora el bazo y se analiza su sangre; todos estos datos se recogen en la ficha correspondiente, y el total de éstas, arregladas por orden alfabético de apellidos y por pueblos, permite tener siempre á mano, en un momento dado, todos los datos de un determinado enfermo. En la consulta se ha seguido el criterio de tratar solamente á los individuos que presentaran parásitos en la sangre, ó cuyos síntomas clínicos de paludismo fueran muy acentuados, aunque el análisis parasitológico fuese negativo (grandes esplenomegalias, anemias pronunciadas). A los individuos con análisis negativo, pero sospechosos clínicamente de ser palúdicos, se les indicaba la conveniencia de volver después de un nuevo acceso, antes de tomar quinina, para repetir el examen de la sangre. El tratamiento de los enfermos de la consulta se entregaba personalmente en dos veces, obligándolos á volver á los quince días de comenzado para ser observados y recibir la segunda cura.

Como la permanencia en Talayuela de estos enfermos de fuera podía dar lugar á la infección de los mos-

quitos del pueblo, inutilizando así la labor hecha en el mismo, todos ellos eran despachados en el mismo día, imponiendo multas el alcalde á todo vecino que permitiera la estancia nocturna de algún enfermo en sus casas. Hasta la fecha, han acudido enfermos de 52 pueblos, algunos de las provincias de Avila y Toledo. Con bastante frecuencia, el número de enfermos que acudían llegó á ser el de 80 y á veces más; unos acudían espontáneamente y otros enviados por sus médicos, con los cuales se tienen continuas relaciones y á cuya disposición se han puesto los elementos de la campaña.

El estado de alguno de estos palúdicos era verdaderamente lamentable, á pesar de lo cual, no dudaban en verificar un viaje, á veces de 25 y 30 kilómetros, en malas caballerías y por caminos de molesto recorrido; muy frecuente es el caso de que se presenten individuos á la consulta en pleno acceso; y son muchos los enfermos que repiten el viaje una y otra vez, si en la primera resultó negativo.

Los trabajos de la campaña han estado constantemente vigilados por los individuos del personal técnico, siguiendo las instrucciones de la Comisión; el Dr. Pittaluga y demás miembros de la misma han girado frecuentes visitas, valorando *de visu* los resultados de las medidas puestas en práctica, estando siempre al tanto de las eventualidades que surgían en el desarrollo del plan de la campaña. Por su parte, el personal técnico ha visitado diversos pueblos de la zona montañosa de la Vera, comprobando que á pesar de su situación elevada, reúnen las condiciones del ambiente palúdico y, por tanto, los casos de paludismo existentes en ellos pueden tener un origen autóctono.

Hasta la fecha se llevan practicados en total 3.780 análisis de sangre con 1.182 resultados positivos. En el mes de Septiembre, en Talayuela sólo había un enfermo en tratamiento; en la segunda quincena del mismo mes ocurrió un pequeño brote de fiebres estío-otoñales y tercianas (7 y 5 casos respectivamente), sin que hasta hoy hayan aparecido nuevos casos. En cambio, de los pimentales, en el mes de Septiembre se trataban 26 personas, sobre una población de 300; de ellos 13 de estío-otoñales, 10 de terciana y 3 de cuartana. Téngase en cuenta que en la zona de pimentales, la lucha se reduce solamente al tratamiento de los casos, mientras que en Talayuela se atiende también con gran cuidado á la destrucción de los anofeles. Con la llegada de los jornaleros á la recolección del pimiento (unos 300), el número de palúdicos ha aumentado mucho en esta zona.

Hoy día se capturan en Talayuela por término medio de 100 á 150 mosquitos diarios (por el jefe y un empleado subalterno); en Noviembre se capturaban de 1.500 á 2.000 por día (época de invernación).

El excelentísimo señor inspector general de Sanidad ha enviado á colaborar en la campaña durante algunas temporadas á los Sres. D. Antonio Ortiz y don Carlos Gil, ayudantes de la Brigada Sanitaria Central.

Por acuerdo de la Comisión se han iniciado trabajos de lucha antipalúdica en Mirabel y Cañaveral, pueblos de la provincia de Cáceres, encomendándose á

los médicos titulares respectivos D. Laureano Alonso y D. Telesforo Merchán, los cuales previamente permanecieron en la estación de Talayuela para conocer prácticamente el plan de campaña, y que de este modo resulten los trabajos uniformes y metodizados.

En Cataluña la Mancomunidad ha iniciado en los primeros meses del año actual una campaña antipalúdica en los cotos arroceros del Prat de Llobregat; á ruego suyo, dirigido al presidente de la Comisión y de acuerdo con el inspector general de Sanidad, fué enviado allí el jefe del personal técnico Dr. Sadí de Buen para organizar los trabajos que continúa con resultados satisfactorios el personal de la Mancomunidad y en especial el Dr. Pedro Domingo.

Han sido varias las cartas recibidas por la Comisión y en la Inspección General de Sanidad, de médicos y Ayuntamientos, solicitando la extensión de la campaña á diversos puntos. La Comisión en una de sus juntas, presidida por el inspector general de Sanidad, acordó, teniendo siempre en cuenta los medios económicos de que dispone, establecer solamente otra estación análoga á la de Talayuela, en Jarandilla, pueblo de la Vera, cuyo Ayuntamiento ha puesto á disposición de la Comisión, local suficiente y adecuado para consulta, laboratorio y habitaciones del personal técnico; y, además, personal subalterno pagado con los fondos municipales para distribución de la quinina. El Dr. Pittaluga, en unión del Dr. De Buen, ha visitado recientemente Jarandilla, ultimando los preparativos de la próxima campaña en este punto. Con ella quedará libre Talayuela de la consulta de los enfermos de la Vera.

Posiblemente se establecerá un centro análogo de lucha en Navalmoral de la Mata para todos los pueblos de la zona de la Mata.

El estado sanitario de Talayuela, desde un punto de vista general y, sobre todo, en lo que se refiere al paludismo, ha sufrido, realmente, una gran mejora con los trabajos de la campaña; la cifra de palúdicos de este verano ha sido reducidísima en relación con la de años anteriores y no ha habido un solo caso de larga persistencia de las fiebres, muy frecuentes antes en ese punto y que obedecían casi siempre al descuido é irregularidad de los mismos enfermos en su tratamiento.

Además, los médicos de la Comisión han trabajado con el médico del pueblo, D. Rafael Rodríguez, en otras epidemias que se han presentado en Talayuela, principalmente en una de tos ferina en que fueron frecuentes las complicaciones broncopulmonares; y vacunando á los niños y á gran número de adultos al presentarse dos casos de viruela, importada, consiguiendo con aquella medida y un riguroso aislamiento de los casos, que no enfermaran más que otros dos niños que convivieron con los recién llegados en los primeros días de su estancia en el pueblo.

Por último, la Comisión ha enviado remesas de quinina á Cartagena, Mirabel, Cañaveral y Aldeanueva de la Vera.

TESIS DOCTORAL (1)

El paludismo en el ejército y su importancia social

POR EL

DR. FRANCISCO BLÁZQUEZ BORES

(Capitán médico.)

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y GEOGRÁFICOS

Un determinismo histórico y razones geográficas y políticas nos han llevado a los españoles a las tierras del otro lado del Estrecho, en el país del Mogreb-el-Aksa, situado entre los 28° y 36° de latitud Norte, y a los 4° Este y 8° Oeste de longitud del Meridiano de Madrid, al Sur de las costas meridionales de España, con litoral formando ángulo en el NO. africano, bañado por aguas de dos mares, en la región septentrional del continente negro.

Dice un tratadista militar, que la ola progresiva de una civilización venida del Norte de Europa salta a Marruecos y, con razones ó sin ellas, nos arrastra para proseguir su destino, que con nosotros ó contra nosotros ha de cumplir; y cabe, según nuestras aptitudes y entusiasmos colonizadores, aprovechar mejor ó peor esa ola histórica, pero no se puede eludir su empuje, sin oponerse al curso de la realidad.

Esos imperativos, que se llaman protectorados en las nuevas designaciones, imponen sacrificios y engendran problemas de solución complicada, que no sólo son privativos de las armas y de los acuerdos de la diplomacia, ni del esfuerzo colectivo y esforzado, ni de la atracción política en serena obra de paz y concordia, ni de tantos otros factores como integran el asunto. No; la obra es recia, y ante todo, de recia economía, porque con pobres medios y mal distribuidos, poco fruto se logra, y a costa de sacrificios incompensados.

Y en el Norte marroquí, en cuyas costas rebota la civilización mediterránea, está una de las puertas del Estrecho, la llave de las rutas maríneas más codiciadas, aumentando para España la importancia de su compromiso de Algeciras. Y eso creó para nosotros atenciones militares, geográficas y políticas, obra en suma de colonización, vasto problema, donde la salubridad y la higiene han de esforzarse, para que el hombre factor supremo no halle hostilidades evitables que lo invaliden para luchas más despejadas. En Marruecos es agresivo el clima, es agresiva la tierra, como también lo era en las Antillas para los españoles, que tan caro tributo pagaron, y que luego otros países mejor dispuestos para las empresas colonizadoras supieron transformar, emprendiendo con holgura económica la obra de saneamiento, cuyos frutos no se hicieron esperar, con desdoro para nosotros.

Y muchos errores ó circunstancias de las que apunto en este trabajo pudieron en buena parte atenuarse, si la economía hubiera cedido ante la higiene, y un buen plan de salubridad y saneamiento se hubiera acometido.

CONDICIONES GENERALES, TOPOGRAFÍA, SUELO, CLIMA, HIDROGRAFÍA

El territorio de Tetuán, capital del protectorado español en Marruecos, que está emplazado en una pequeña meseta a 60 metros sobre el nivel del Río Martín, que a 6 kilómetros

(1) Trabajo presentado para aspirar al grado de doctor en Medicina, obteniendo la calificación de sobresaliente ante el Tribunal formado por los profesores Redondo, Pittaluga, Peña, Gómeno y Pombo, el 3 de Mayo de 1920, en la Facultad de Medicina de Madrid.

de la población desemboca en el Mediterráneo, [extiende su influencia colonizadora por aquellas cábilas rudas, rebeldes a toda ingerencia extraña, pero que la acción conjunta de las armas y la política (más de aquellas que de ésta) van haciendo resignarse y someterse a nuestra causa. Las cábilas más importantes son las de Wad-Ras, Aus-el-Berri, Aus-el-Bajrí, Beni-Hozmar, Beni-Madam, Beni-Ider, Beni-Ratsen, Beni-Hassan, Beni-Seid, Beni-Issef, Ghomara y J'mas. Al Sur se encuentran las tribus de Djébalas, fanáticos guerreros bereberes, que tienen las montañas por viviendas.

Forman la orografía cuatro grupos de montañas; al Norte las del Haus, las de Beni-Hassan en los límites meridionales, al levante las de Beni-Said, y las de Yebel Dersa y Beni-Hozmar al centro. Tetuán está situada en las faldas más bajas del Yebel-Dersa, en una zona de cultivo muy floreciente, donde el naranjo, la vid, la higuera, y otra infinidad de frutales, dan los más sabrosos frutos, en terrenos fertilísimos que recogen las aguas de numerosos arroyos y fuentes que nacen en aquella especie de anfiteatro montañoso.

La situación de Tetuán en una meseta, en la confluencia de dos valles que encajonan los vientos, hace que sea muy combatida por éstos.

El clima es templado, y a veces cálido en los meses de Julio y Agosto; en los demás meses del año la temperatura es muy agradable, muy parecida a la de las provincias del litoral andaluz. La media temperatura oscila entre 18° y 20°. Las mayores temperaturas es raro que, aun en los meses más calurosos, pasen de 40°. Esa benignidad del clima, comparado con el de muchas provincias de España, que son paralelas a esa región de Marruecos—y, sin embargo, Tetuán y su zona están mucho más cerca del Ecuador, y debían sentir los efectos cálidos del desierto—, se explica, porque la barrera del Atlas corta el paso hacia los valles septentrionales, que se ven además refrescados por las constantes brisas de ambos mares.

Las lluvias son muy abundantes durante el año, castorenciales en invierno, haciendo inundaciones periódicas en los extensos valles de Uad-el-Jelú, Uad-el-Lila y Uad-el-Xesera, que cubren en sus desbordamientos muchos kilómetros de terreno que convierten en extensas lagunas.

Conviene todos los autores, en que de todas las condiciones meteorológicas hay dos que son indispensables para el desarrollo del paludismo; una, que la temperatura atmosférica se eleve suficientemente, al menos durante una parte del año; y la otra, que existan aguas estancadas; explicables ambas, porque con temperaturas bajas no pueden desarrollarse las larvas de los mosquitos, con lo cual el hematozoario no tiene posibilidad de completar su evolución en el anopheles; y con falta de aguas estancadas no se pueden estas reproducir, ya que sus dos fases de larva y ninfa son acuáticas esencialmente.

La influencia del calor está ligada al reparto del paludismo, aunque la geografía médica manifiesta que no basta eso sólo, pues existen regiones en los trópicos exentas de dicha enfermedad.

Es sabido que las costas del Norte de África y los valles por donde corren sus ríos se hallan infectados por el paludismo, que es endémico en todas sus formas. Las misiones colonizadoras no han tenido otras rutas de penetración, que seguir el curso atrás de los ríos, para abordar el interior; y así ha sido en aquel territorio nuestra labor de penetración, buscando como es natural las colinas dominantes, pero sin perder de vista el trazo de los cauces para llegar al corazón de las montañas.

Una línea de posiciones militares se extendía desde Ceuta a Tetuán, en una extensión de unos 60 kilómetros, visi-

bles desde el mar que protegía sus espaldas, para dominar con el fuego de los fusiles y de la artillería, las vertientes E. de la Sierra del Haus, del Garra, el macizo de Quebdana, el desfiladero de Telatza, valle del Kuf, todo el curso del Uad-el-Smir, del Uad-el-negro, de la Sierra del Huest, de Sierra Bullones, Kudia Zegulet, Sierra de Cabo negro; y, en suma, todos los puntos dominantes y todas las vías de acceso al interior de la cábila de Anghera.

Razones de orden militar disponían las posiciones que atisbaran las revueltas, los contornos de los cauces que pudieran servir de guaridas á los enemigos, sin cuenta muchas veces de las proximidades pantanosas é insalubres, para establecer los blockaus y los reductos. Y todas las vías de entrada al interior, por donde los valles salían á la inmensa llanura, exigían la vigilancia y obligaban á la instalación de puestos militares.

La elevada temperatura, haciendo más activa la evaporación, junto á la naturaleza del terreno, hacían el estiaje de los ríos y arroyos muy insignificante, no obstante las abundantes lluvias que cayeran, que les hacía perder el cauce, dejando cubiertas las tierras semiimpermeables por charcas permanentes que resistían la evaporación, y que luego en las estaciones cálidas se aumentaban con la detención en el curso de las aguas, cuyos desagües al mar cegaban las barras de arena de la desembocadura, estancándolas y dando reposo á las corrientes, que así se convertían en lecho de vida para el desarrollo múltiple de las larvas, acariciadas desde Abril por temperaturas convenientes á su evolución.

A medida que disminuyen los límites de los pantanos y de las aguas estancadas, disminuye también la zona de las regiones castigadas.

La geografía médica ofrece clara la influencia de las aguas estancadas; por eso los principales focos se orientan en las riberas de los ríos y zonas pantanosas, apareciendo con los primeros calores en la primavera, para llegar á su maximum entre Junio y Julio.

Las lluvias abundantes ocasionando las máximas subidas de los ríos que originan extensas inundaciones, favorecen al paludismo. Precisamente, no se recuerdan años de más castigo que los de 1917 y 1918. y en ambos, los datos pluviométricos acusaron un gran aumento en las lluvias, sobre todo en los meses primaverales, que dejando las tierras encharcadas y al influjo cálido de la estación, aunán las condiciones óptimas para la explosión epidémica en toda su magnitud.

Dice Laverán, que el paludismo ama los campos incultos y los países poco poblados, y que se detiene ante la civilización. Las condiciones del Norte, marroquí son muy apropiadas para ello, por la falta del aura civilizadora, que ahora se inicia.

OBSERVACIONES DE MALALIEM

Todas mis observaciones y casi todos los datos de esta memoria fueron hechos en el campamento de Malaliem, de triste recuerdo por el desastre sanitario palúdico. Dicho campamento se hallaba situado á unos 8 kilómetros de Tetuán, sobre la carretera y ferrocarril de Ceuta, en unas colinas de unos 80 metros sobre el nivel del mar, abarcando con la vista las extensas llanuras del Lila, el Xexera y el Jelú, hasta las playas de Beni-Salem, en el mediterráneo, distante unos 7 kilómetros.

Las colinas sobre que se asienta dicha posición militar, se puede decir que son las primeras de una cadena de montuosidades que se internan, por campo enemigo entonces, y que llegan hasta las faldas de la Sierra del Haus, cubiertas de espesos jarales y tomillos; entre cañadas y colinas se ex-

tienden vegas y praderas que ya desde Febrero empezaban á cubrirse de hierbas y flores silvestres, como un tapiz de variante verdura. En la dirección de Tetuán, y casi hasta las inmediaciones de Malaliem, llegaban las huertas famosas de la Ciudad Santa, que se ofrecían con cultivos esmerados, quizás los únicos de la zona; huertos y jardines en que se crían y cultivan toda clase de frutales y hortalizas.

Dos kilómetros al Levante corre el Uad-el-Lila, río insignificante y hasta seco en verano, pero que en las grandes llovidas pierde el cauce, extendiendo sus aguas en más de un kilómetro, y con impetuosa corriente central se une á unos tres kilómetros antes de la desembocadura á las aguas desbordadas del Jelú, que muchas veces, visto desde Malaliem y ante la inundación que ofrecía el llano, parecía que el mar había entrado unos kilómetros tierra adentro. El Xexera corre al E, también casi seco en verano y caudaloso en las grandes lluvias, que iba á sumar sus aguas desbordadas, también afluyendo al Jelú.

Esos desbordamientos en la gran llanura cuyo suelo de marga impermeable, de naturaleza predominantemente arcillosa, favorecía las estancaciones, eran repetidos durante el año; que en los años de lluvias abundantes no hacían desaparecer la evaporación lenta, pero intensa, de sus aguas.

En esa extensa llanura corría el ferrocarril de Ceuta á Tetuán, el de Río Martín, allí los grandes depósitos de Intendencia de Sania-Ramel, el Parque de Aviación, las explotaciones agrícolas que iniciaban los españoles, las carreteras á Ceuta y á Río Martín, únicas vías de comunicación que de Tetuán partían, factores todos de la penetración española que en ese sector se desenvolvía, y que exigía seguridad y protección. Y era natural que los servicios de vigilancia dominaran la llanura extensa y se alzaran las posiciones militares en las más próximas lomas donde se observaran las entradas de los valles, se asegurase la protección hasta el límite dominado, y á la vez se asegurase la propia defensa de los soldados.

Pero á pesar de la altitud en que estaba emplazado el campamento de Malaliem, la proximidad á los terrenos empantanados, le colocaba en situación fácil para los peligros de la invasión palúdica.

Casi se puede decir, que la posición estaba circundada entre los cauces del Lilay el Xexera, que con el Martín completaban los contornos, favoreciendo con sus cursos irregulares y sus cauces secundarios la producción de estancaciones y remansos, y favoreciendo en los lechos marginales y en los embalses de derivación el florecimiento en la primavera de hierbas silvestres y algas y plantas en profusión verdeante.

A unos doscientos metros de la posición, existe una laguna cuyo perímetro en la época de las lluvias pasará del kilómetro; terreno arcilloso, de impermeabilidad casi absoluta, sirve de lecho, y siendo de profundidad escasa, sostiene las aguas aún en verano, cuando las lluvias fueron excesivas. Y hasta en los mismos cauces de los ríos y arroyos se albergan, cuando en las estaciones cálidas las aguas detuvieron su curso, numerosas charcas en sus oquedades.

La importancia del suelo y su influencia sobre la endemia palúdica, está precisamente en razón de su permeabilidad. Si es zona permeable y tiene la inclinación necesaria, no se forman pantanos; pero si, por el contrario, existen capas impermeables superficiales, si el suelo es llano ó se trata de regiones bajas (situadas á nivel del mar ó más bajas aún), la corriente de las aguas, haciéndose difícil, se detiene; las aguas de la capa subterránea se acumulan en determinados puntos, y el suelo se empantana, favoreciendo el paludismo, como sucede en nuestro campo.

El campamento que se alzaba sobre la colina reseñada, era compuesto de tiendas de campaña modelo cónico, y con cabida escasa para un batallón. Militarmente, esa posición era punto intermedio entre Tetuán y Rincón de Medik, de cuya vigilancia dependía toda la carretera y aseguraba la tranquilidad del extenso llano que se extendía hasta los linderos del Martín y del macizo Taifor, en las inmediaciones del Rincón. Y con sus puestos avanzados avizoraba las rebeldes vecinas cábilas del Kuf y Beni Salem, y los caminos que se internaban hacia las escabrosas estribaciones del Haus y el Garra, terreno cortado, de cañadas y colinas, monte espeso y duro fácil á la emboscada; la naturaleza virgen se enseñoreaba de aquellos campos, y por rareza, algún que otro trozo de tierra de cultivo con zaina ó cebada y algunas tramas de chumberas, ó algunas cercas de frutales, al calor de algún aduar próximo.

El suelo, según opiniones autorizadas, y á juzgar por ciertas exploraciones hechas por españoles al abrigo de los fusiles de la posición, era rico en mineral de hierro, cuyos filones como á flor de tierra, hacían fácil su acopio.

Nuestro servicio sanitario se extendía hasta la posición avanzada de Xdar-Malaliem, donde residía la «Mía» de policía indígena que tan desastroso y triste final tuvo, y á los poblados que se agrupaban junto á ella, habitados por moros amigos, y también á las cantinas de españoles donde se albergaban los obreros del ferrocarril.

Los destacamentos de cada batallón de Cazadores en Malaliem, era de dos meses.

A primeros de Junio del año 1917, al batallón de Llerena, donde yo prestaba mis servicios, le tocó en turno guardar el campamento de Malaliem. Días antes habíamos sido felicitados por el Alto Comisario, pues, en virtud de una revista sanitaria que por su orden había pasado el jefe de Sanidad Militar á todas las unidades de la zona, hubo de ser dicho batallón el que ofreció mejor estado sanitario. Próximamente con su efectivo de 800 hombres, solamente tenía cinco individuos rebajados para el servicio, por padecer ligeras afecciones catarrales de vías respiratorias, y dos hospitalizados con procesos agudos del aparato digestivo.

En esas inmejorables condiciones sanitarias llegamos á Malaliem. La primavera había sido ese año de grandes lluvias, quizá el de más intensas de hacía muchos años. Todos los llanos que se extendían alrededor del campamento abundaban en encharcamientos. La laguna próxima, ya reseñada, ofrecía un extenso perímetro de agua, á pesar de la época en que estábamos. Eran unos días en que á las lluvias había seguido un calor impropio de la estación; por todas partes los campos se cubrían de hierbas que á su antojo se desenvolvían, y en las riberas de los cauces y en las mismas aguas encharcadas se veían salir los brotes de una vegetación pujante. En un ambiente tan propicio en vida, alentaban los insectos de todas las especies.

(Se continuará.)

Bibliografía.

MANUEL PRATIQUE DE LA MEDICATION HIPODERMIQUE, por MM. P. Abrami, G. Bosc, Fernet, Noël Fiessinger, H. Gillet, Herpin, L. Rivet y Saïssi. (3.^a edición; 1 vol. en 12.^o de 352 páginas; A. Buisson, editor, 157, Rue de Sévres, París, 1921; precio 6 francos).

La 3.^a edición de este *Manual* acaba de ser publicada, con la colaboración de autores cuya competencia es bien conocida, los cuales han introducido en ciertos capítulos, puntos de vista completamente nuevos, teniendo en cuenta la experiencia adquirida durante la guerra.

En el curso de ésta, las investigaciones de los médicos han podido dirigirse sobre numerosas cuestiones, siendo particularmente dignas de atención las llevadas á cabo acerca del tratamiento del paludismo y de la disentería, sobre la vacunación contra las enfermedades infecciosas y en especial contra la fiebre tifoidea.

Los esfuerzos de los cirujanos, ayudados por los bacteriólogos, se han dirigido igualmente á prevenir ó á tratar por medios hipodérmicos (suero ó vacunoterapia) las infecciones tan temibles de las heridas de guerra. A cada una de estas cuestiones se dedica el correspondiente capítulo en este *Manual*, tratándose por los autores, que se han ocupado particularmente de ellas, con la necesaria extensión y claridad para que el libro resulte esencialmente práctico. Así M. Noël Fiessinger ha escrito los capítulos consagrados á la *seroterapia*, á la *vacunoterapia* y á la *toxinoterapia*; M. Abrami, cuyas notables investigaciones sobre el *paludismo* son bien conocidas, ha expuesto su criterio sobre la hipodermia en el tratamiento de esta afección; M. Rivet se ha ocupado del tratamiento hipodérmico de la *disentería amibiana*.

Los demás capítulos han sido rehechos por los mismos autores de las ediciones anteriores; las *aplicaciones del método hipodérmico á la terapéutica general*, por M. Gillet; el *tratamiento hipodérmico de la sífilis*, por M. Fernet; las *aplicaciones del método hipodérmico en el tratamiento de la tuberculosis* (tuberculinas y sueros antituberculosos) y al tratamiento de las *tuberculosis externas*, por M. Bosc; la *anestesia local*, por M. Saïssi. M. Herpin ha consagrado un artículo interesante á las aplicaciones del método hipodérmico á la *anestesia de la cara y de los dientes*.

El libro está completado por una rápida exposición de las *principales aplicaciones del método hipodérmico al diagnóstico*.

Hecho el *Manual* con un punto de vista esencialmente práctico, como antes apuntamos, especifica lo que todo médico debe saber para la práctica de la medicación hipodérmica, tratándose, en resumen, de un libro, que en las manos del práctico tendrá tanta utilidad y valor como un formulario y un manual de terapéutica.—E. L.

Biblioteca clásica de la Medicina española, tomo I, EL LIBRO DE LA PESTE, por el Dr. Luis Mercado. Precedido de un estudio preliminar acerca de este eminente médico y sus obras, por el doctor Dr. Nicasio Mariscal, académico de número.

Ha sido un acierto verdaderamente admirable la del ilustre presidente de la Real Academia Nacional de Medicina el crear la Biblioteca clásica de la Medicina española.

Nada más á propósito para hacer patria, que dar á conocer á la generación médica actual los grandes maestros de la Medicina española, que han enaltecido nuestro país con el fruto de su labor, con obras clásicas que tienen mucho que estudiar, con descubrimientos originales que demuestran á qué grado de perfeccionamiento habían llegado en aquella época de esplendor de nuestra Patria cuando no se ponía nunca el sol en nuestros dominios y tan grandes éramos en la Historia. Médicos españoles ilustres por todos conceptos, que enseñaban á las demás naciones los descubrimientos más importantes de nuestra Ciencia.

El primer tomo de esta notable Biblioteca—*El Libro de la Peste*—del Dr. Luis Mercado, está avalorado por una magnífica introducción, hecha como él sabe hacerlo, por el distinguidísimo académico Dr. D. Nicasio Mariscal, que en estas cuestiones históricas es una verdadera autoridad.

No he de entrar á analizar el libro de *La Peste*; solamente recomendaré reiteradamente su lectura á todos los médicos que se precien de tener un gusto exquisito, un paladar delicado, que sientan amor por nuestras glorias patrias y ya

que tanto nos han quitado los extranjeros, haciendo pasar como suyo muchísimas ideas y descubrimientos que hicieron nuestros compatriotas, justo es que leamos los originales que, agotados unos y escasísimos los más, nos brinda esta hermosa Biblioteca.

Esta Biblioteca publicará seguidamente *El Tabardillo*, de Toro, *El Garrotillo*, del Dr. Villarroel, etc., etc., y los obras de Villalobos, Lobera de Avila, Andrés Laguna, el divino Vallés, Montaña de Monserrat, Daza Chacón, Huarte de San Juan, Gómez Pereira, Porcel, Cristóbal de Vega, Luis de Toro, Solano de Luque, etc., etc., y muchos más de nuestros clásicos de la edad de oro de nuestra literatura científica.

Reciba mi modesta pero entusiasta felicitación su ilustre iniciador y la Real Academia Nacional de Medicina, por la obra emprendida, pues estos Centros son órganos conservadores que deben ensalzar y dar á conocer las obras de tantos ilustres varones que fueron el orgullo de nuestro suelo.

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ-BRIZ

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Caso de riñón tuberculoso masivo.**—*Anamnesis.*—R. W., de cuarenta y un años de edad, negro, soltero, cocinero, fué admitido en el Hahnemann Hospital el 2 de Mayo de 1921, quejándose de hinchazón del abdomen. Había historia dudosa de chancro á los veinte años, de tuberculosis pulmonar á los veintinueve, y de paraplejia á los veintidós. El paciente dijo que después del chancro tuvo inflamación de la vejiga con orina lechosa y moco espeso, que habían persistido hasta la fecha. La tuberculosis pulmonar, que se inició con hemoptisis, lo incapacitó sólo por poco tiempo. También desapareció la paraplejia, que había revestido forma de parálisis flácida. Tuvo abscesos perineales en 1912 y 1916. En 1916 observó, por primera vez, una pequeña tumoración en el lado derecho del abdomen. Esta tumoración indolora ha aumentado lenta pero constantemente de tamaño, hasta la actualidad.

La exploración reveló un tumor duro y grande, con matices á la percusión, que llenaba el lado derecho del abdomen. Se pudo descubrir una pequeña cantidad de líquido en la cavidad peritoneal. El tamaño y peso del hígado y del bazo eran normales. El corazón fué negativo. Había estertores en el vértice derecho. Había notable cifosis. A la izquierda del rafe medio del periné había una fístula urinaria. La temperatura media matutina era normal, llegando hasta 101° F. (38°3 C.) en la noche. Había anemia moderada, como lo indica la última lectura sanguínea: hemoglobina, 40 por 100; hematíes, 3,280,000; leucocitos, 15.100. La reacción de Wassermann fué negativa. El esputo contenía bacilos tuberculosos. El análisis urinario reveló: 1.750 c. c.; alcalinidad: peso específico, 1.028; albúmina, huellas ligeras; pus en cantidad considerable. La prueba de la fenolsulfonaftaleína: primera hora, 21; segunda hora, 15; total, 36. El cistoscopista comunicó: «Capacidad vesical, normal. Áreas ulceradas más marcadas del lado derecho, cerca del uréter. Cateterismo del uréter izquierdo; no pudo localizarse el derecho. La prueba del indigocarmin reveló falta de funcionamiento del riñón derecho.»

El aumento rápido del líquido peritoneal requirió su extracción y se evacuaron unos 4 litros de líquido límpido. Algunos días más tarde, el paciente debilitado falleció.

Autopsia.—Se practicó el 5 de Junio, treinta y seis horas después del fallecimiento. El cuerpo estaba emaciado. Las hojas pleurales estaban por completo libres en el lado izquierdo y perfectamente adheridas en el derecho. El pulmón izquierdo fué negativo. El pulmón derecho reveló una lesión fibrocásica, bastante pequeña, en el vértice. No se examinó el corazón. No había casi ningún infarto ganglionar en el mediastino. Había peritonitis crónica con numerosas adherencias firmes, especialmente en el lado derecho, en donde los intestinos estaban perfectamente adheridos uno á otro y á la masa tumoral. No había señales específicas de tuberculosis en el peritoneo, tal como tubérculos ó caseificación en el hígado. El hígado fué negativo. El bazo estaba un poco infartado y duro, pero sin tubérculos. El páncreas era negativo. No había infartos ganglionares peripaneáticos. El estómago no presentaba alteraciones de importancia, con excepción de las adherencias ya indicadas. Los intestinos resultaron negativos y no revelaron señales de invasión tuberculosa. Los ganglios retroperitoneales y mesentéricos, macroscópicamente fueron negativos para la tuberculosis. El riñón derecho formaba un gran tumor que llenaba todo el lado derecho del abdomen, desde el hígado hasta la pelvis. Se observó que el órgano, extirpado con dificultad y que sólo presentaba el aspecto de un enorme riñón, pesaba 3,600 gramos; medía 33,5 centímetros de un polo al otro, y 17,8 centímetros de la corteza á la pelvis. El corte reveló las típicas lesiones de tuberculosis renal crónica en un conjunto de excavaciones saculadas, anfractuosas, llenas de una sustancia caseosa y lechosa. El riñón izquierdo estaba ligeramente infartado y congestionado, pero no presentaba señales macroscópicas de tuberculosis. La pared vesical tenía un grosor normal y la mucosa sólo mostraba algunas ulceraciones.

En realidad, el riñón enfermo era mucho mayor, pues había perdido parte del líquido que contenía antes de tomar la fotografía. El peso, 3,600 gramos, es veinte veces mayor que el de un riñón normal y el doble del peso normal del hígado. Un riñón de este tamaño es excepcional, pero, naturalmente, no es único. Una investigación superficial de la literatura en busca de casos semejantes fué bastante desalentadora, pues sólo encontramos asertos vagos ó indefinidos de hipertrofia, en lugar de cifras exactas. Desde el 1.º de Enero de 1894 al 1.º de Enero de 1918 se operaron 85 000 pacientes en la Clínica Mayo. De éstos, 532 tenían tuberculosis renal. Esto nos alentó á escribir al Dr. Braasch pidiéndole información. En una parte de su carta nos dice: «En cuanto á la tuberculosis renal, no poseemos estadísticas exactas relativas al tamaño del riñón mayor que hayamos extirpado; pero recuerdo perfectamente uno que extirpé hace unos dos años, que tenía el tamaño de una sandía.»

Es digna de notar la inmunidad relativa que presentan los pacientes con tuberculosis renal. Habiendo numerosas oportunidades para que se produzca la infección general ó múltiple, la elevada resistencia del sujeto tiende á cohibir, cicatrizar ó limitar el foco en el riñón ó fuera de él. En este caso se ilustra bien este punto. La lesión renal era indudablemente del tipo llamado tuberculosis ocluida, con estenosis precoz del uréter y autonefrectomía final. La duración fué seguramente de cinco años y por la historia es muy posible que fuera de diez á veinte años. Al final, la destrucción en masa del riñón fué la única lesión imponente. El otro riñón, al parecer, estaba ileso. La invasión vesical era casi insignificante, la espondilitis sanó, el hígado y el bazo fueron negativos, la lesión pulmonar era notablemente pequeña y limitada. No se observaron infecciones ganglionares, no había tuberculosis intestinal y el derrame peritoneal fué un

rasgo final. (Edición española de *The Journal*, A. M. A., 15 de Septiembre de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Clasificación clínica de la tuberculosis, según las lesiones fundamentales anatómicas, por el Dr. H. Ulrici —Fuera de la tuberculosis miliar hematogena que constituye un capítulo aparte, el autor establece la clasificación siguiente:

Primer grupo: Tuberculosis exudativa:

- a) Neumonía caseosa lobular,
- b) Neumonía caseosa lobulillar.

Segundo grupo: tuberculosis productiva:

- c) Tuberculosis nodular,
- d) Tuberculosis cirrósica.

Mediante procedimientos físicos, clínicos y radiológicos se puede establecer bastante bien la diferencia entre los dos grupos principales. Desde luego se ha visto que las minuciosidades no se pueden determinar, pero tampoco es en la práctica muy necesario, pues basta con establecer la diferencia entre la tisis exudativa y la productiva que son tan sumamente diferentes en cuanto a su pronóstico. No es raro que la autopsia demuestre una coincidencia de ambas formas de lesiones, pero evolucionan independientemente, bien por estar localizadas en sitios distintos, bien por presentarse en épocas diferentes, de tal modo que en un momento dado se puede determinar cuál de las dos formas es la que predomina y la autopsia confirma esta determinación. El orden en que se han expuesto en el esquema las formas de tuberculosis es de la más aguda a la más crónica; prácticamente la forma a) suele ser consecutiva a la b) y la forma d) consecutiva a la c), y más rara vez a la b). Empieza el autor la descripción por la forma productiva nodular que es la más frecuente. Su lesión fundamental es el tuberculoma de forma irregular. Donde primero se presenta es en los vértices para ir desde allí extendiéndose hacia abajo. La misma dirección sigue la aparición de la fase final del proceso que puede ser la induración o bien la caseificación y el reblandecimiento. De acuerdo con esto, el examen radiológico demuestra una sombra cuya densidad va disminuyendo de arriba a abajo. En medio de esta sombra aparecen cuando hay cavernas porciones más claras de bordes generalmente imprecisos por las que no hay que dejarse engañar. Los focos nodulares acinosos tienen contornos irregulares, la densidad de la sombra que producen no es más que mediana, y esto unido a que se encuentran en medio de partes en que entra aire, hace que la placa sea medio trasluciente y que se perciban bien las sombras de las partes esqueléticas. El examen físico (percusión y auscultación) suele coincidir con el radiológico. El curso clínico se caracteriza por una lentitud extraordinaria; no suele haber fiebre ni aun en el período inmediato a la muerte, y si por la existencia de cavernas grandes se eleva la temperatura, queda siempre subfebril y nunca sobrepasa los 38°. El número de bacilos es también siempre muy escaso. Estos enfermos son los que adquieren el verdadero aspecto de tuberculosos, y de no aparecer alguna complicación grave fallecen a consecuencia de la destrucción total de los pulmones y de caquexia. El predominio de los fenómenos de induración puede modificar mucho los síntomas. El punto de partida de la cirrosis nodular es el centro de un nódulo de tuberculosis productiva, el cual, por lo menos, en el adulto, suele ocupar el lóbulo superior. Pero inmediatamente empieza a proliferar el tejido conjuntivo que rodea a los vasos y bronquios, y se forman cordones que van a unirse con otros que del tejido conjuntivo subpleural penetran en el pulmón, porque dicho tejido conjun-

tivo subpleural se encuentra también engrosado en forma de coraza o corteza. Así se produce una cirrosis confluyente. El nódulo cirrósico engloba focos de caseificación, cavernas, porciones atelectásicas, focos de granulación tuberculosa. La retracción de las costillas no depende de la cirrosis del pulmón, sino del engrosamiento del tejido conjuntivo subpleural. Lo que sí produce la cirrosis del pulmón es un desplazamiento de los órganos del mediastino. Coincidiendo con la cirrosis del lóbulo superior se suele presentar enfisema del inferior. Los rayos X ponen de manifiesto un nódulo oscuro que corresponde al nódulo de cirrosis y de él parten una serie de fascículos oscuros también que se han tomado muchas veces por vía de propagación de la tuberculosis a lo largo de vías linfáticas. Además, es característico el aspecto del emplazamiento del mediastino. La parte cirrótica da sonido mate, y a la auscultación se oye soplo bronquial, aunque, por lo regular, bastante debilitado. El enfisema de las partes bajas y la bronquitis secundaria son causa de que se equivoque el diagnóstico a veces. El curso es más lento todavía que en la forma anterior, el enfermo muere casi siempre de una enfermedad intercurrente.

La forma exudativa de la tuberculosis consiste en verdaderas neumonías, puesto que la lesión fundamental consiste en la producción de exudados en los alvéolos. En un principio es casi siempre lobulillar, y si bien suele empezar también en los lóbulos superiores, no lo hace por el vértice mismo, sino por el centro del lóbulo. En su propagación a las partes más bajas no lleva una marcha regular ni muchísimo menos. A los rayos X esta forma de tuberculosis se caracteriza por una sombra bastante densa que no tiene límites precisos y a diferencia de la tuberculosis productiva, la sombra de los diferentes lobulillos confluyendo unas con otras pueden hacerse tan espesas que resulta imposible determinar las sombras de las costillas. El modo distinto de estar repartidas las sombras en la pantalla puede bastar para establecer una diferencia entre ambas formas, pero generalmente esta diferencia se apoyará en datos clínicos. Conviene advertir que aunque se encuentren sombras más oscuras a nivel del hilio no se puede deducir que se trata de una tuberculosis que parte de allí, sino que hay que tener en cuenta que por ser allí mayor el espesor del pulmón es también mayor el número de focos que se presentan de delante a atrás, y todos ellos suman sus sombras sobre la placa. Los síntomas físicos son los de una bronconeumonía. Abundan los estertores de todas clases, al paso que mientras no hayan confluído muchos focos, la matidez y las modificaciones del murmullo vesicular son poco evidentes. La forma lobular es rara. Tiene un curso fulminante las más de las veces; ataca a individuos bastante fuertes, y se caracteriza por una fiebre continua de 39° a 40°, y períodos de inquietud y somnolencia alternantes. A veces simula bastante a un estado tífico. Pero esto no quiere decir que la fiebre sea siempre continua, sino que puede adoptar las formas más diversas. Siempre que en un tuberculoso se encuentre una fiebre de más de 38° que no disminuya por el reposo en cama se puede afirmar que padece una neumonía caseosa. No ha podido el autor averiguar que exista relación entre un tipo determinado de fiebre y una forma particular de neumonía caseosa. Es notable que en las formas de marcha aguda y subaguda, el estado de nutrición del enfermo se conserva bien hasta la muerte y aun en las formas subcrónicas sólo desmejora cerca del período terminal. El número de bacilos es enorme.

Cuando se encuentran mezcladas ambas formas de tuberculosis resulta un cuadro sumamente confuso y variable. Muy a menudo se puede diagnosticar clínicamente el momento en que una forma indurativa se ha convertido en

exudativa y hasta el sitio en que esto sucede. Cuando acontece se debe generalmente á autoinfección.

El cuadro radiológico es de interpretación muy difícil y sólo posible casi siempre teniendo en cuenta los datos que resultan del examen clínico. En cuanto á la marcha resulta de la adición de las de cada una de las formas de tuberculosis y será larga ó breve, según predomine la indurativa ó la exudativa. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 22 de Septiembre de 1921.)

TISIOLOGIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Neumotórax espontáneo providencial.**— Los doctores Gumersindo Layago y Carlos de Santiago publican la siguiente importante historia clínica:

B. P., de cuarenta y cuatro años de edad, soltero, argentino, con padres vivos longevos y de buena salud, con siete hermanos vivos y sanos (ocho hermanos muertos á muy corta edad); sus antecedentes personales son: sarampión y viruela, cuando niño, á los diez y nueve años sífilis mal tratada (con manifestaciones cutáneas y mucosas), alcoholista de bebidas blancas, vida irregular y disipada; los antecedentes de su actual enfermedad son: gripe en el final del año 1919 á raíz de la cual queda con tos y astenia de las que no consigue mejorar á pesar de una temperatura de campo de un mes. En Enero aparece una puntada en el vértice izquierdo, la tos aumenta, hay expectoración con bacilos de Koch y mucha fiebre; el médico que lo examina en la provincia de Buenos Aires, diagnostica una infiltración del vértice izquierdo y siguiendo su indicación llega á Córdoba; es visto por uno de nosotros aconsejándosele su traslado á Cosquín, donde al poco tiempo recibe unas 20 inyecciones de bicianuro de mercurio; desde su llegada hasta Mayo de 1920 sigue su régimen dieteto-higiénico con el cual consigue una apreciable mejoría, pero en el mes de Junio del mismo año aparece una congestión de la parte media del pulmón derecho acompañada de reacción pleural ligera, mucho dolor, expectoración con sangre, temperaturas 39° y 40° y dolores gástricos; se hace cura desintoxicante, con la cual se consigue mitigar algo estos síntomas, quedando, sin embargo, mucha tos y expectoración y un retroceso marcado en su estado general (pérdida de varios kilos), la fiebre continúa aunque con menos intensidad; un mes después á continuación de la tos matinal se siente más fatigado que de costumbre, aparece una fuerte puntada del costado derecho que se localiza en la extremidad inferior de la escápula por atrás y en el mamelón por delante, hay aumento de los movimientos respiratorios, ortopnea, palidez y cianosis facial, tos frecuente y penosa, pulso rápido é irregular y fiebre muy alta; en el examen físico revela dilatación del hemitórax derecho, inmovilidad respiratoria casi completa, abolición de las vibraciones vocales y sonido timpánico á la percusión, soplo anfórico á la auscultación, murmullo vesicular casi desaparecido, tos y voz auscultadas con timbre metálico; en resumen, el cuadro del neumotórax espontáneo, que felizmente se consigue dominar con el tratamiento médico adecuado que impide la acción perniciosa del shock que se produce con la irrupción brusca del aire en la cavidad pleural. Pasados los accidentes propios del shock se establece una mejoría rápida, sobre todo, en su estado general que como decíamos había decaído mucho á raíz de la poussé evolutiva que atacó la parte media del pulmón derecho y de la cual no alcanzó á reponerse completamente á pesar de la atenuación de los síntomas de intoxicación que se consiguió con la cura desintoxicante y, por el contrario, todo hacía temer, sobre la marcha ulterior de la enfermedad ya que á la primitiva lesión del vértice iz-

quierdo, que se mantenía estacionaria, venía á agregarse una lesión nueva francamente evolutiva. A continuación de la mejoría establecida aparecen los síntomas de derrame en el mismo lado del neumotórax, que se caracterizan por la matitez en la base derecha y todos los signos propios del síndrome hidro-aéreo; el enfermo presenta una gran tolerancia por este derrame, pues sólo aparecen unas pocas décimas de temperatura en la tarde y la tos es muy poca, de carácter seco; sin embargo, á medida que progresa la cantidad de líquido, aumenta la disnea, el enfermo se fatiga con toda facilidad; el síndrome hidro-aéreo á medida que transcurre el tiempo desaparece, para ser sustituido por el gran derrame, vale decir la sustitución completa del gas por el líquido. A los cinco meses del dramático accidente realiza uno de nosotros un examen radioscópico que viene á confirmar la afirmación clínica del gran derrame, pues el hemitórax derecho demuestra una impermeabilidad completa á los rayos hasta más allá de la esquina del omoplato, siendo aquí el único sitio en el cual es posible constatar parénquima pulmonar; el aire del neumotórax ha desaparecido por completo, los síntomas subjetivos se han exagerado, pues la disnea es cada vez mayor y la fatiga permanente; el corazón desviado. Se hace una punción evacuadora con la cual se extrae 2.000 c. c. de líquido con tendencia á la supuración; el líquido extraído se sustituye á medida que se le va evacuando con igual cantidad de aire; queda un síndrome hidro-aéreo debido al escaso líquido (200 c. c.) que no alcanzó á ser vaciado. Un mes después de la última punción se extrae nuevamente 500 c. c., esta vez con el aspecto franco del pus; en lo sucesivo no fué necesario extraer mayor cantidad, pues él no tenía tendencia á reproducirse en las proporciones iniciales, y así va transcurriendo mucho tiempo sin que haya sido preciso hacer evacuaciones repetidas. Los síntomas producidos por el gran derrame desaparecen con la primera punción y el colapso pulmonar alcanzado á raíz del neumotórax espontáneo y luego mantenido en forma enérgica por el líquido, persiste á raíz de la neumoserosa pleural practicada; de ahí que nuestro enfermo siga manteniendo los beneficios propios á la inmovilización de su pulmón atacado del brote evolutivo úlcero-caseoso á que nos referimos en el curso de esta comunicación; y no ha sido necesario acudir á insuflaciones seguidas, pues el aire inyectado tiene muy poca tendencia á reabsorberse, lo que contrasta con la poca disposición de la pleura á dar nuevas cantidades de líquido.

En resumen: nuestro enfermo á raíz de su brote evolutivo del mes de Junio, tiene una caída brusca en su estado general, al extremo de hacer temer por su vida, y á pesar de la inteligente cura desintoxicante instituida, persiste la nueva localización del pulmón derecho manteniendo el carácter progresivo inicial y persistiendo temperaturas de mediana intensidad, que unidas á la pérdida del peso dan la medida de la gravedad del caso; nótese que en esta circunstancia no se acudió á lo que se consideraba el único medio terapéutico salvador, el neumotórax, teniendo en cuenta la persistencia de la lesión del vértice izquierdo, que si bien no tenía un carácter evolutivo, podía adquirirlo en cambio con un neumotórax realizado en lado derecho. (Los hechos ulteriores no dieron ninguna razón á este argumento, por el contrario, la estacionaria lesión retrocedió aun más, con suma rapidez á raíz del neumotórax espontáneo.) La gravedad del estado aumenta en Julio á raíz del neumotórax espontáneo del cual consigue triunfar el enfermo y sacar provecho á una complicación providencial, que bien pudo haber sido de consecuencias fatales; después de seis meses de este accidente, la mejoría iniciada en aquella época es mucho mayor y sólo acusa una ó dos décimas de temperatura

vespertina, tos muy escasa y lo que es de interés muy especial, los fenómenos congestivos del vértice izquierdo casi desaparecidos.

Finalmente, como reputamos de interés, hacemos notar que el análisis del líquido, hecho con motivo de la primera punción, da como resultado una linfocitosis de 87 por 100, polinucleosis de 13 por 100 y gran cantidad de bacilos de Koch al examen directo, con tipo granuloso largo y muchos de ellos, al parecer, intracelulares, de preferencia en los linfocitos y menos en los polinucleares.

Esta historia clínica nos deja una enseñanza á los que, dedicados á la práctica de la asistencia de tuberculosos, rehusamos á imponer el colapso pulmonar á enfermos bilaterales, por el temor de despertar focos más ó menos apagados á raíz del neumotórax practicado en el pulmón de lesión activa. Nuestro enfermo estaba condenado, seguramente, á seguir una marcha evolutiva fatal, pues difícilmente se ve retroceder una lesión ulcerosa que no cede á una terapéutica desintoxicante rigurosa como es la que se ha seguido en el presente caso, y de ahí que estos graves poussés requieran como recursos indispensables el neumotórax artificial. Hace tiempo que uno de nosotros, en un artículo aparecido en estas mismas columnas, hacía notar el hecho de la mejoría obtenida en numerosos enfermos bilaterales con el neumotórax artificial y agregábamos que al mismo tiempo del entusiasmo que teníamos para su indicación, nos sobraba prudencia para restringirlo en momento oportuno, sin perjudicar al paciente. Esta vez, uno de los tantos casos bilaterales se ha encargado de afirmar estos puntos de vista, merced á una de las complicaciones más graves de la tuberculosis pulmonar, como es el neumotórax espontáneo, que cuando toma la variedad «á válvula» casi siempre es fatal.

Por fortuna para el paciente ella evolucionó en una forma providencial y el colapso pulmonar accidental actuó de la misma manera que lo hubiera hecho el obtenido por un neumotórax terapéutico feliz, salvo la natural complicación del derrame purulento que nunca hubiese aparecido en este último caso; el porvenir de estos derrames sabemos que no es muy lisonjero, aunque á veces, como en el presente enfermo, el organismo ofrece una natural resistencia, pese á la presencia del bacilo de Koch, principal factor en la aparición de ellos. En efecto, van transcurridos trece meses de aquel accidente y el derrame no ha tenido tendencia á progresar manteniéndose un estado general excelente. En distintas ocasiones se han hecho punciones que al mismo tiempo que servían para extraer el poco líquido formado, servían para hacer ingresar nuevas cantidades de aire, con las cuales se seguían perpetuando los beneficios del colapso, aunque privándose al organismo de las «acciones inmunizadoras serológicas tan importantes» de que nos habla Morelli (de Montevideo) como característica á los derrames de los tuberculosos. Nuestra primera sustitución del líquido por el gas se efectuó cinco meses después del accidente, de manera que el organismo ya pudo haber recibido los beneficios de esas acciones inmunizantes; mayor precocidad en realizar la neumotomía, no hubiera sido prudente, pues la herida pulmonar que produjo el neumotórax requiere siempre un determinado tiempo para cicatrizar, de tal suerte, que todo apresuramiento bien podía conducir á dar margen á la repetición de nuevas erupciones gaseosas.

En lo que se refiere á la inactiva lesión del vértice izquierdo, que fué respetada para la iniciación de un neumotórax terapéutico, vemos que no ha sufrido nada con el colapso del pulmón derecho y que, en caso de haberse iniciado el tratamiento, toda probabilidad en aquel sentido habría sido menor, pues el aplastamiento pulmonar siempre sería

gradual y progresivo; en esa forma el pulmón con lesión menor entraría á la función vicariante con lentitud y no bruscamente como necesariamente sucede en el curso de un neumotórax espontáneo. Las opiniones del creador del procedimiento, Forlanini, tienen una vez más confirmación plena; ojalá la colapsoterapia gane todo el crédito que se merece y así uno de los recursos de la terapéutica de la tuberculosis que bien puede reputarse de ideal, podrá ser utilizado aun en aquellos casos en que el concepto médico, actuando con criterio restrictivo, lo contraindica fundado en una bilateralidad, bien elástica por cierto.

Ante ciertas lesiones de marcha irremediable es necesario saber omitir el sinnúmero de contraindicaciones que constituyen norma en la práctica del neumotórax y tener presente que siempre que exista una pequeña probabilidad de éxito, hay que ir en busca de ella. (*La Prensa Médica Argentina*, 30 de Agosto de 1921.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca del problema terapéutico de los tumores malignos, por el Dr. F. Blumenthal.**—Hoy se considera la célula cancerosa como un parásito, pero al combatirla no se lucha contra el factor etiológico de la enfermedad, sino contra el resultado de la degeneración cancerosa de las células epiteliales, y por tanto, la causa del desarrollo ulterior del tumor ya constituido y sus consecuencias. Una de las causas que hacen más difícil la lucha contra la célula cancerosa es la particularidad de ésta de no constituir una unidad biológica como la constituyen los individuos de una determinada especie bacteriana, sino que la biología de los tumores cancerosos difiere considerablemente de uno á otro. Aun dentro de un mismo órgano, los cánceres se comportan de manera diferente, pues á veces sus células tienen la misma acción que las del órgano en que se engendró y resulta una hiperfunción de éste, y otras, las células cancerosas tienen una acción antagónica á las normales y resulta una hipofunción. Pero la malignidad del tumor no es sólo función de la biología de sus células, sino también de la resistencia que el organismo oponga al desarrollo de dichas células. He aquí las diversas formas de evolución que pueden llevar los tumores cancerosos: 1.^{er} grupo: Tumor que aparece localizado y lo sigue siendo durante varios años. 2.^o grupo: Tumor localizado al principio pero que se propaga á partir de un punto más ó menos de prisa; todos los tumores secundarios están en relación etiológica con el primero, se trata de un tumor único con metástasis numerosas. 3.^{er} grupo: La degeneración cancerosa no comienza en un punto tan bien delimitado, sino que produce en varios puntos á la vez ó por lo menos de modo muy seguido dentro del mismo órgano los focos de degeneración suelen confluir. 4.^o grupo: La predisposición cancerosa existe en varios órganos y la producción del tumor primitivo es simultánea ó muy seguida en sitios muy diferentes. Los casos de los dos grupos primeros tienen una evolución diferente por variar la intensidad de la lucha que el organismo opone al desarrollo del tumor. En los tumores injertados en animales se vé muchas veces que el organismo sale victorioso de esta lucha y el tumor desaparece; en los casos humanos, cuando el tumor se hace apreciable es ya demasiado voluminoso para poder retroceder ante los intentos de aniquilamiento del organismo enfermo. Esta tendencia curativa se manifiesta por una infiltración de la masa tumoral por tejido conjuntivo; pero en la mayoría de los casos lo más que consigue es detener el desarrollo del tumor, y todos conocemos casos de cánceres de evolución sumamente

lenta. La mayoría de los casos de cáncer pertenecen al grupo tercero, en el que las defensas son tan escasas que, partiendo la lesión solamente de un punto ó por lo menos de un órgano, se siembra en todo el cuerpo, siendo tal la invasión de la sangre en los casos más rápidos, que se puede comparar con una piemia. Se dice que son raros los casos del cuarto grupo porque se tiene la tendencia probablemente exagerada á considerar como metástasis todo nódulo canceroso que se presenta ó se hace manifiesto más tarde que otro. Estos casos tienen importancia porque, como se comprende, la extirpación ó destrucción por radiación de uno de los tumores no puede ejercer la menor acción sobre el desarrollo de los demás, á no ser que la reabsorción de tejido canceroso obre como antígeno que exalta las defensas contra los demás focos. Ciertamente se ven curaciones tras de algunas operaciones incompletas y que hay que explicarlas de este modo, pero son tan excepcionales que no se puede contar con ellas jamás. Prescindiendo de los casos del cuarto grupo que son pocos, en todos los demás la terapéutica local por medio de la intervención ó de la irradiación puede resultar un éxito. En cuanto á la operación, y prescindiendo desde luego de los casos en que los cánceres están en órganos internos y sólo en la operación en los días inmediatos mueren muchos enfermos, las estadísticas no son satisfactorias. En los carcinomas de la mama, por ejemplo, se presentan recidivas en un 47 por 100 de los casos en los tres primeros años después de la operación, la cual, sin embargo, había sido radical, y en la mayoría de los casos, la localización de las recidivas en la cicatriz ó en los puntos de sutura hace pensar que se realizó una verdadera siembra en el momento de la intervención. Y es natural que como al operar se encontraban abiertas las bocas de los vasos seccionados, las metástasis resultan muy favorecidas. Para evitar este inconveniente se aconseja la irradiación subsiguiente de un modo inmediato á la operación. Muchos cirujanos afirman que las recidivas son todavía más frecuentes de esta manera porque la irradiación excita la reproducción de las células al parecer sanas que han quedado; pero no se debe atribuir á inconvenientes de la irradiación lo que se puede explicar por deficiencias de técnica. La caquexia puede ser tan grande que exija la suspensión del tratamiento. Se ha propuesto la transfusión de sangre para combatirla; pero el autor cree que da mejor resultado á grandes dosis. Cuando el enfermo se encuentra ya caquético no tiene razón de ser porque el organismo ya no reacciona, y faltando la reacción defensiva, la sola debilitación de las células es insuficiente. Advierte también el autor que no está de acuerdo con algunos radiólogos modernos que son partidarios de sesiones fenomenales de rayos X; tienen á los enfermos varias horas sometidos á la irradiación. Con este sistema no se consigue más que molestar é impacientar notablemente á los enfermos; exponerlos á consecuencias que no tienen nada de inocuas y además es totalmente superfluo, porque sin llegar á tanto ha obtenido el autor los mismos resultados. La misión del médico al tratar un cáncer es la de destruir las células cancerosas y exaltar la reacción defensiva del organismo. Lo primero si se consigue con seguridad con la irradiación, pero no siempre lo segundo, para lo cual se han propuesto las inyecciones de cuerpos protéicos y muy principalmente el caseosan. La quimioterapia puede obrar también en este sentido. El arsénico mejora el estado general del organismo, pero no se puede considerar como agente específico para actuar sobre el cáncer cuando por un método cualquiera se le ha hecho llegar hasta la sangre. Y lo mismo se puede decir de las demás sustancias químicas que se han propuesto para el tratamiento específico del cáncer: no son así activas sino dosis

que perjudican también á las demás células. La quimioterapia únicamente da perspectiva de resultado cuando se emplea asociada á la irradiación. Para realizarla ha empleado el autor la plata, el talio, y sobre todo, el yodo. Generalmente se ha valido del alival que se puede administrar por vía intramuscular ó intravenosa. Contiene un 63 por 100 de yodo y se disuelve en el agua de tal manera que cada centímetro cúbico de la solución contiene más de 60 centigramos de yodo. La dosis corriente es de uno á dos centímetros cúbicos y la repite tres á seis veces por semana, pero se tolera mucho más y á veces ha llegado á dar seis centímetros cúbicos, ó sea más de tres gramos de yodo por dosis. El tratamiento combinado por el yodo y los rayos X ha dado resultados muy notables en el tratamiento de los linfomas tuberculosos, pero también se ha mostrado útil en el de los carcinomas. Si aminorara la caquexia, además del yodo se administra arsénico en forma de atoxil ó de solarson fuerte.

Por muy buenos que sean los resultados de esta terapéutica, dice el autor, no estamos hoy en condiciones ni mucho menos de prescindir del lema de que todo cáncer que sea operable debe ser operado sin pérdida de tiempo. Hay casos en los que un clínico podrá seguir otra conducta, pero tendrá que asumir la responsabilidad de lo que ocurra. El autor mismo aconsejó la irradiación y la yodoterapia en un cáncer de la mama en un hombre, á pesar de que un notable cirujano aconsejaba la intervención inmediata; pero lo hizo porque sabía por experiencia, no sólo el buen resultado de la irradiación en los cánceres de la mama en las mujeres, sino la terminación fatal de casi todos los operados (varones) por cáncer de mama.

En los cánceres localizados en la piel, labios, útero y mama el resultado de la radio-yodoterapia ha sido satisfactorio en el sentido de que el tumor ha desaparecido en la mayoría de ellos, incluso algunos que ya se tenían por inoperables. En los cánceres de la lengua, esófago, estómago y recto, los resultados no son satisfactorios; hubo enfermos cuyo tumor desapareció, pero en cambio en otros fracasó el método por completo. Los sarcomas reaccionan de modos muy diversos, unos bien y otros nada. La curación se hace desapareciendo á veces el tumor sin dejar huella; otras dejando un pequeño espesamiento de tejido conjuntivo y recientemente han visto un caso en el que el tamaño del tumor quedó poco menos que invariable, pero el estado general del enfermo mejoró tanto, que estando ya desahuciado volvió á creerse sano y en este estado permanece desde hace más de un año. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 29 de Septiembre de 1921.)

UROLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter.—El Dr. A. Montenegro refiere la siguiente nota clínica:

Mujer de treinta años de edad, sin antecedentes hereditarios, y en los personales nada de particular, salvo frecuentes cefaleas. Desde dos años atrás, micciones frecuentes y con ardor al terminar; anteriormente había sufrido dolores en la región lumbar derecha, con intermitencias, y que llegaban á veces hasta la vejiga. Poliuria turbia. Los análisis de orina (que le presentaron) daban algunos centigramos de albúmina, leucocitos granulosos, glóbulos de pus y gran cantidad de glóbulos rojos.

Exámenes radiográficos, negativos. Sospechándole tuberculosis, otros médicos inocularon cobayas sin resultado.

Un examen cistoscópico hecho por un cirujano general, no reveló nada.

Con los datos anteriores, el Dr. Montenegro examina la enferma y observa que la orina es turbia, aspecto débilmente purulento y de reacción ácida débil. Los riñones no se palpaban; demás elementos urogenitales, nada de particular.

Se practica un examen cistoscópico con 150 c. c. de agua esterilizada, y se comprobó que la mucosa vesical estaba intacta en toda su extensión.

El orificio ureteral izquierdo, normal; el derecho no era accesible á la inspección, porque en su sitio anatómico había una tumefacción redonda, lisa, del tamaño de una uva grande, recubierta de mucosa vesical normal, bien saliente, que proyectaba sombra en la pared vesical, y cuya superficie estaba recubierta por una red vascular más densa que la del resto de la vejiga. El examen se interrumpe por cansancio de la enferma, y lo continúa en otra ocasión, en compañía del Dr. Maraini, pudiendo constatar que el tumorcito puesto de manifiesto en el primer examen tenía expansiones rítmicas, aumentaba hasta casi el doble de su tamaño, al mismo tiempo que se producía un remolino en el agua que servía de medio vesical, sin que fuera posible ver el punto por donde salía el líquido que lo determinaba. Este aumento y disminución en el tamaño del tumor, y las expansiones, se producían regularmente acompañados del remolino que indica la eyaculación ureteral. Hace notar lo raro del caso; recalca que el diagnóstico sólo puede hacerse con el cistoscopio. Relata la intervención, que debe hacerse por las vías naturales con el cistoscopio cateterizador, aplicando sobre el quiste para abrirlo y dar libre curso á la orina, el electrodo de los aparatos de electrocoagulación, teniendo cuidado si la lesión es doble de no actuar al mismo tiempo en los dos lados, pues tal conducta puede ser causa de anuria.

Debe dejarse sonda ureteral permanente por dos días, para asegurar el drenaje del riñón si la orina es séptica y al abrir el quiste, no debe hacerse una brecha demasiado grande, porque si el uréter está ya dilatado en todo su recorrido, se produce á cada micción un reflujo de orina por el uréter, lo que ocasiona en el riñón correspondiente los dolores de la hipertensión. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 1.º de Septiembre de 1921.)

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Algunos detalles sobre la cirugía biliar, por el Dr. V. Panchet. — *¿Cómo se hace el diagnóstico de colecistitis?* En la litiasis biliar, el cólico hepático clásico es excepcional. Frecuentemente se establece el diagnóstico de gastralgia ó de úlcera. El cirujano, en toda exploración gástrica, debe examinar la vesícula. Si, por error, un cirujano ha hecho una gastroenterostomía, por no haber reconocido bien una vesícula calculosa, será preciso después extirpar la vesícula y suprimir la gastroenterostomía. *¿Hay que hacer una colecistectomía ó una colecistostomía?* Si la vesícula está sana, azul, de grosor normal, hay que dejarla y extirpar solamente los cálculos. Si está blanca, engrosada, contiene muchos cálculos, hay que extirparla. Después de la colecistectomía, el colédoco se dilata para reemplazarla en su papel de reservorio biliar. *¿A qué obedecen los accidentes alejados de la colecistectomía?* Los ataques de angiocolitis, ó de periangiocolitis secundaria que á veces se observan, obedecen, ó bien á que el cirujano ha olvidado cálculos, ó bien á que ha hecho la ligadura del cístico demasiado cerca del colédoco (estrechez), ó bien á que la ligadura ha sido hecha demasiado lejos de él, en plena vesícula. Estos restos de vesícula sostienen la infección y pueden determinar accidentes agudos.

¿Cómo disminuir los riesgos de hemorragia operatoria y post-operatoria? La hemorragia existe en los operados ictericos; sería preciso operar á todos los calculosos antes de que fueran ictericos. Si hay ictericia, es necesario, ó hacer una transfusión sanguínea (que no se hace con mucha frecuencia), ó inyectar suero de Dufour y Le Hello. *¿Qué es el shock hepático?* El shock hepático es la resultante de la inhibición de las células cerebrales consecutivamente á la de las células suprarrenales y hepáticas; la alteración comienza por el tronco hepático. Se debe: á la asfixia de las células hepáticas por la narcosis, al descenso de la tensión arterial y á las maniobras quirúrgicas traumatizantes. Puede prevenirse: por el empleo de la anestesia regional, completada ó no; por el protóxido de nitrógeno; por la gota á gota rectal azucarada, tres litros por día, durante ocho, antes y después de la operación; por una gran incisión que reduzca las maniobras operatorias, y por el empleo de compresas calientes sobre el hígado durante y después de la operación. (*Soc. de Medicine*, 7 de Octubre de 1921.)—LUENGO.

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La ictericia crónica apirética apendicular (El signo conjuntival), por el Dr. Constantin Poenaru Caplesco. — Existe una categoría de enfermos con un síndrome hepático, más ó menos acentuado, que no curan por completo de sus molestias hepáticas más que después de la apendicectomía; el autor los llama «hepáticos apendiculares». Estos enfermos, afectados de una apendicitis latente, no se dan cuenta de ello por no experimentar ningún trastorno local subjetivo. Dentro de esta patología apendicular complicada, el autor describe una ictericia apirética de origen apendicular, variedad hasta ahora desconocida. Trátase de enfermos con trastornos digestivos muy variados y todos ellos presentan un color más ó menos icterico de la conjuntiva, conservando normal el color de la piel, y su orina no contiene pigmentos biliares, y rara vez tan sólo, urobilina. Bajando el párpado y moviendo el ojo en varias direcciones, se ve bien que los fondos de saco conjuntivales están más ó menos amarillos. El enfermo está apirético; y examinando con cuidado la región del apéndice, se encuentra que éste es doloroso. Todos los enfermos que presentan el signo conjuntival, deben ser explorados del apéndice y así se lograrán descubrir muchas apendicitis latentes. Los enfermos operados por el autor y diagnosticados por el signo conjuntival, presentaban, sin excepción, lesiones macro y microscópicas muy evidentes de apendicitis (apéndice hiperémico, grueso, conteniendo materias sanguinolentas o fecales, cálculos, parásitos, etc.; la mucosa estaba siempre sembrada de puntos negros y de ulceraciones de diferentes dimensiones y profundidad, con un espesamiento escleroso de la túnica submucosa). Se trata, pues, de una ligera ictericia crónica, debida á la toxina elaborada por el apéndice enfermo, reabsorbida y transportada al hígado, cuya alteración celular muy ligera, se traduce por una ictericia tóxica bien tolerada. Hay que tener presente, que el signo conjuntival no significa siempre la existencia de una apendicitis latente, porque todo foco crónico y tóxico del organismo, producirá ciertamente un débil grado de ictericia. — (*Bull de l'Acad. de Medicine*, núm. 13, 29 de Marzo 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.

Más sobre los profesionales extranjeros.—Continúa el plebiscito.

Terminado el plazo que se abrió por el Ministerio de Instrucción Pública para la información que ha considerado necesaria el señor ministro, como trámite previo á la presentación del proyecto de Ley por él ofrecido para regularizar de un modo estable el ejercicio de los profesionales extranjeros en España, no tenemos noticia exacta de las informaciones que los Colegios Médicos, como entidades oficiales, hayan enviado, respondiendo al requerimiento de la Superioridad; pero sí podemos reproducir la que el Directorio de la Federación de Colegios parece que ha enviado, que tomamos de un apreciable colega y que reproducimos íntegra en otro lugar. Preferible hubiese sido que esta información hubiese revestido el carácter oficial de procedencia á que le invitaba la disposición ministerial; es decir, que los Colegios, como Corporaciones oficiales, hubiesen elevado directamente su opinión sin servirse de un organismo, muy útil, conveniente y respetable, pero que al no tener la consagración oficial de estar consignado en los Estatutos de los Colegios, puede dar motivo á discusiones interpretativas que debiliten la eficacia de sus consejos y opiniones.

Como tenemos la desgracia de que, con buena ó mala voluntad, se pongan casi siempre en entredicho nuestras honradas y desinteresadas opiniones, nos importa decir claramente que este nuestro juicio acerca de la eficacia de la intervención del Directorio, no significa, ni tiene intención de significar el que éste no sea una entidad provechosa y conveniente; lo que queremos decir es, que cuando se procede en el terreno oficial y en una tramitación de cierta solemnidad jurídico administrativa, no pueden, ó al menos no deben sustituirse las personalidades jurídicas oficiales indicadas, por otras de origen espontáneo y particular, ó cuando menos no consagradas por la aprobación administrativa como formando parte del organismo que actúa. Muy bien que el Directorio de la Federación emita su opinión, dado que á ello se le invitaba al apelar á todas las entidades interesadas en el asunto de los profesionales extranjeros; pero mejor hubiera sido que, además de su dictamen, hubiesen venido directa y se-

paradamente los de los Colegios. Todo otro procedimiento ofrece el peligro de que surjan dudas acerca de los poderes recibidos y de la constitución de los organismos que, de buena voluntad, todos recibimos como irreprochables; pero que pudiera no faltar quien, cuando le conviniera, tuviera por discutibles.

Por lo demás, en el documento que hacemos alusión se ve bien claramente la razón que teníamos cuando, al comenzar la ardorosa pelea que esta cuestión ha suscitado, predicábamos la necesidad de enterarse de todos los aspectos y antecedentes de la cuestión. La exposición aludida los recoge discretamente y trata de solventar los problemas múltiples que de un solo tajo quisieron resolver los que al decir *extranjeros* no piensan más que en el alemán y en el francés y no tienen en cuenta que el término abarca mucho más conceptos, y que en el fondo el *extranjerismo* es una idea relativa que no significa más que residencia fuera del país natal y, por lo tanto, que tan extranjero es el alemán ó el francés en España, como es el español en Alemania ó en Buenos Aires ó en Filipinas, siendo por lo tanto cosa muy delicada el imponer tratos que pudieran ser contraproducentes si no estuviesen inspirados por la distinción y la cordura.

Ajenos como hemos permanecido y permanecemos á la evolución del plebiscito (á nuestro juicio inútil y ocioso) en que se determina la opinión de los titulares sobre la conveniencia de sus juntas de patronos, ignoramos en general cuál sea su resultado, pues como muchas veces hemos dicho, no creemos que su significación sea irreprochable; pero un colega farmacéutico que se ha empeñado en colgar á nuestro director la paternidad del tal plebiscito, dice que en sólo una provincia la desproporción de los votos ha sido de 17 en pro de la Junta y ciento y pico en contra, y de esto, no sabemos qué consecuencias quiere sacar. Sea muy enhorabuena, si es que este resultado era el que el Sr. D. L. S. apetecía; pero á nosotros nos tiene sin cuidado, pues repetimos una vez más, que si las Juntas han demostrado su incapacidad para cumplir los fines á que fueron llamadas, como no nacieron del sufragio universal, no hay por qué acudir á éste para suprimirlas; con un decreto en la *Gaceta* basta y sobra para su reforma ó su extinción. ¿Lo quiere más claro el aludido colega?

DECIO CARLAN.

POLÍTICA DE HIGIENE

LA SALUD EN ESPAÑA

POR EL

DR. FRANCISCO RICO BELESTÁ

Por el lamentable abandono que existe en todo lo que afecta á la salud, ha de organizarse, por sí solo, un servicio de tanta necesidad para la nación, servicio que con ansia anhelada se espera, pues si la salud del alma es cosa de mucha monta, la salud del cuerpo es la base de la vida y principal riqueza de un país.

España es un país de los más atrasados en lo que corresponde á Sanidad é Higiene; pero por fortuna la reacción va en aumento, la labor de algunos distinguidos compañeros por el afán de cultura, hace que cada día se profundice más el estudio de esta política de higiene, que es la que dará una nación organizada para los fines que tiene que cumplir.

Es preciso haya estímulo en el elemento que le corresponde realizar la labor sanitaria, y de esta manera veremos la cultura española al nivel de las demás naciones.

El trabajo tiene relaciones estrechísimas con la sanidad, y existiendo un medio sanitario que nos ponga al alcance en todo lo referente á las cuestiones de salud, la raza sufrirá un aumento en su desarrollo y vigorización en vez de llegar á degenerarse y languidecer.

Se empieza ahora por dar un programa de adelanto é ilustración, obra tan necesaria para el país como es la formación del nuevo Ministerio de Sanidad, esta obra de tanta necesidad para España por existir un número considerable en estadística de enfermedades infectocontagiosas endémicas en el país, es para el bien de nuestros gobernantes en primer término, y para conveniencia general de la nación principalmente.

Siendo este importantísimo servicio el que corresponde á la clase médica, deben celebrarse mitins sanitarios en pro del nuevo Ministerio como guardadores celosos de los fueros de la higiene pública.

Es de urgente necesidad que el pueblo se dé cuenta del estado tan lamentable en que vive, que esos sentidos dormidos en un sueño profundo de muchos años, despierten y vean que el progreso es el punto esencial, y si llegamos á seguir en este lamentable abandono, constituye el azote más sentido de los pueblos.

No hay que desviarse del camino emprendido, es necesario dar á conocer á nuestros gobernantes constantemente la imperiosa necesidad de llegar á imponer en agregación el Ministerio de Sanidad al del Trabajo, poniéndoles en antecedentes de lo que llegaría á ser nuestra *madre patria*, considerando al mismo tiempo que la buena *formación sanitaria* da vidas, y el hombre el poco tiempo que tiene de vida lo quiere vivir sano.

¿Es bastante tener elemento para trabajar? No; hay que agregar la salud que es la organización de las vidas humanas; por tanto, se impone que el pueblo como nuestras autoridades gubernativas, no tengan en tan lamentable abandono todo lo que se relaciona con la

Sanidad, llegando de esta manera á destruir, si no por completo, lo menos aminorarla, ese sinnúmero incalculable de bacterias que empobrecen y degeneran una nación.

Los preceptos de la higiene pública y la educación del pueblo está encargado al médico, persona que no puede realizar ninguno de los servicios, porque la autoridad de dicho facultativo está abolida, de lo que se deduce que se encuentra imposibilitado para llegar á ver realizados sus deseos de la misión que les compete.

Es menester no olvidar un solo momento el trabajo emprendido por el Dr. Martín Salazar, ayudándole todos para ver de una vez implantados nuestros deseos, labor que el pueblo observará con el tiempo los beneficios tan reportables que hará al país, considerándolo después como la flora de riqueza española.

En ese día que veamos la solución del problema tan difícil para nuestros gobernantes, cambiará el ánimo del país y de la raza, el atraso y la incultura desaparecerá, punto que es generalizado en España, los pueblos no serán focos de diversas enfermedades que por su arraigo se han hecho endémicas, las viviendas insalubres sufrirán un cambio haciendo desaparecer focos enormes de bacilos de Koch, el pueblo practicará sin trabajo ninguno los preceptos elementales de la higiene individual, la inspección alimenticia será más rigurosa, en fin, cambio y progreso que hará á España ser un pueblo culto, sano y vigoroso y podremos de esta manera llegar á relacionarnos con las demás naciones.

Faltaríamos la clase médica á uno de los más sagrados deberes, si ahora que nos encontramos en plena ocasión de hacernos oír por nuestros gobernantes, no depositáramos el granito de arena á la tan anhelada y justísima solución para hacer cambiar el estado de Sanidad en que se encuentra España, creando un cuerpo *orgánico de Sanidad*, y el médico titular llegará á tener vida oficial, propia é independiente, y al pueblo es necesario decirle que luche por la vida, lucha que estará siempre justificada desde las más suaves y tímidas iniciativas á las más valerosas exigencias.

Si seguimos en este estado de letargo y los Gobiernos no se preocupan por el estado sanitario español, las enfermedades irán segando vidas, aumentando la estadística anualmente sin ruidos ni estampidos que pudiera ser la alarma de la nación.

Con estas verdades creo haber dado á conocer al pueblo lo que necesita; así que, gobernantes, mirad por la salud pública, que es la riqueza más grande que puede tener y conservar un país.

LOS TÍTULOS EXTRANJEROS

INFORME DEL DIRECTORIO DE LA FEDERACIÓN DE COLEGIOS MÉDICOS

«Excmo. Sr.: El Directorio de la Federación de Colegios Médicos de España, competentemente autorizado, en nombre y representación de los Colegios de Madrid, de Cataluña (Barcelona, Tarragona, Lérida y Gerona), de Valencia (Valencia, Alicante y Castellón), de

Mallorca, de Canarias, de Lugo, de Badajoz, de Cáceres, de Soria, de las Provincias Vascongadas y de diversas y numerosas entidades médicas, comparece en la información abierta por el Ministerio del digno cargo de V. E., con el fin de conocer el estado de opinión profesional en lo que se refiere á las condiciones que deben reunir ó llenar los médicos extranjeros para ejercer su profesión en España, y respetuosamente expone.

1.º Que, contra lo conveniente al decoro de las Universidades nacionales, los títulos expedidos por éstas no tienen validez alguna en la mayor parte de los pueblos extranjeros, mientras los allí expedidos se reconocen válidos en nuestro país.

2.º Que la facilidad con que en nuestra patria se concede el libre ejercicio de la Medicina á los titulados en el extranjero es atentatoria á la dignidad nacional, ya que con aquélla parece reconocerse una sentida necesidad que no puede llenarse satisfactoriamente por los profesores españoles, bien á pesar de que su número sea suficiente y de que su ciencia haya sido reconocida oficialmente por los centros docentes españoles, á los que debe suponerse una organización de enseñanzas insuperada por otros países.

3.º Que esa misma libertad, casi absoluta de ejercicio, ocasiona la irrupción á nuestra patria de múltiples logreros de la Medicina, de ignorantes titulados y de pseudocientíficos fracasados, que laboran con notorio perjuicio de los enfermos, con daño de la ética profesional y con menosprecio, alguna vez, de nuestras leyes, barrenadas habilidosamente, y así, sin responsabilidad, por desaprensivos actuantes.

4.º Que la gravedad de estos hechos y su repetición aumentará hasta el infinito, dado que la ley Ruiz Zorrilla vigente, discreta y oportuna en tiempo de su promulgación, es hoy inútil para cerrar la ancha vía que se abre á los profesionales de los países arruinados por la gran guerra, quienes, amparados en la tolerancia que aquélla establece, invadirán nuestro país, procurándose en él, con grave lesión de los intereses médiconacionales, su desenvolvimiento, imposible en el de que proceden.

5.º Que esta invasión no podría justificarse ni equilibrarse por el reconocimiento de la reciprocidad de títulos, puesto que á ningún español le conviene hoy emigrar á las naciones arruinadas, y es, en cambio, de alta conveniencia para éstas la emigración de sus nacionales.

Por todo lo cual, las entidades y corporaciones representadas por este Directorio elevan á V. E. el testimonio de gratitud que merece la iniciativa de confección de una nueva ley que regule el ejercicio de los médicos extranjeros en España, y tiene el honor de someter á su consideración las condiciones que, á juicio de los exponentes, deben requerirse, siendo á saber:

1.ª Los médicos extranjeros que aspiren á ejercer su profesión en nuestro país, deberán nacionalizarse como súbditos españoles.

2.ª Habrán de cursar y aprobar todas y cada una de las asignaturas y obtener los grados de que conste

la carrera en esta nación, demostrando poseer aptitud y suficiencia bastantes, ante los mismos tribunales y mediante las mismas pruebas que se exigen ó puedan exigirse á los alumnos de los centros docentes españoles.

Por esta ley quedan anulados y faltos de valor todos los permisos especiales, autorizaciones, habilitaciones de títulos y, en general, cuantos privilegios ó ventajas se hayan otorgado para el ejercicio de la Medicina en España á los profesionales extranjeros.

Se aceptará, sin embargo, la reciprocidad de títulos para los naturales de Portugal, del Perú y de México que hasta hoy la tuvieron establecida en nuestra patria, y para todos los países de habla española que la otorgaren en lo sucesivo, pero á condición de que quienes se acogieren á esta excepción, deberán haber cursado y aprobado, en las respectivas Universidades, todas y cada una de las asignaturas y grados que allí constituyen la carrera, según el vigente plan de estudios.

Dios guarde á V. E. muchos años.

Madrid, 5 de Octubre de 1921.—Por la Federación de Colegios Médicos Nacionales, *El presidente.*

NO HAY PACIENCIA

Hablando de lo que van á ser los futuros exámenes de habilitación profesional con el régimen de autonomía dice el único periódico entusiasta de este procedimiento:

Informaciones universitarias.

¿Cómo será el futuro programa de examen?

El actual programa, conjunto de preguntas teóricas, á las que el alumno ha de responder, no cumple su misión, aun dominándolo, de capacitar al alumno para el ejercicio de su profesión; es sólo un troquel de teóricos, de hueros memoristas.

Hemos indicado lo que serán los exámenes en algunas Facultades, según la autonomía. El carácter práctico dominará en absoluto, y la teoría sólo tiene valor en cuanto se aplica á la realidad, á un caso.

Teniendo esto en cuenta, es evidente que en el nuevo régimen, todo cuestionario previo desaparecerá, de modo que no existirá más programa que el que defina cómo han de verificarse los exámenes, los ejercicios de que constarán, lo que hemos dicho, y recientemente nuestros lectores recordarán, al hablar de los exámenes en las Facultades de Derecho y Medicina.

Y es que la fijación de un cuestionario previo, más que garantizar los derechos de los aspirantes, facilita el falseamiento de lo que deben ser estas pruebas, trocando en un examen memorista, para el que será fácil una preparación artificial, lo que debe ser prueba suficiente de que el candidato puede ejercer la profesión que ha estudiado, resolviendo, por ejemplo, el abogado una cuestión jurídica y tratando el médico un caso.

Otra innovación interesantísima que ofrecerá la nueva concepción de los exámenes es la autorización que se concede al candidato para que use libros, notas

personales, etc., en el curso del examen, aproximando este acto todo lo posible á la práctica profesional.

Estas innovaciones, cuyos excelentes resultados están experimentados en las Universidades más famosas del extranjero, creemos alcanzarán igual éxito en España, ya que á ello colaborará la sabiduría y experiencia de los profesores y el entusiasmo y la laboriosidad de los alumnos.

La Universidad debe concebirse no como centro de preparación de un examen ni expendedora de títulos profesionales, sino como depositaria de los sagrados intereses de la cultura nacional.»

Pero ¿nos quiere hacer el favor el buen colega de decirnos cuándo han dejado de hacerse las cosas así? Porque no basta creerse uno descubridor de Mediterráneos, y ahuecar la voz y el abdomen al decir las palabras *investigación, pruebas prácticas, cultura memorista* y otra porción de frases sin acepción precisa. Lo que hay que hacer es decir lo que se quiere expresar, cómo se quiere realizar, en qué consiste la innovación, etcétera, porque hasta ahora no hemos visto otra cosa que una labor de arbitrariedad y de irresponsabilidad para el ejercicio de sus funciones en un personal cada día más necesitado de inspección, de reglamentación y de vigilancia en el cumplimiento asiduo de sus deberes.

Es mucho abusar de la paciencia ó de la ignorancia ajena, esto de hacerse pasar por innovadores ante los ministros y ante la opinión, cuando no se manejan más que lugares comunes sin contenido alguno definido.

PROFESION MEDICA EN EL EXTRANJERO

Con mucho gusto accedemos al deseo que nos manifiestan nuestros compañeros de la *España Médica*, de Buenos Aires, reproduciendo el escrito que nos envían acerca del ejercicio profesional de los médicos españoles en aquella república.

Al propio tiempo y sin comentario alguno llamamos la atención de algunos colegas españoles acerca de este aspecto particular de la cuestión que ellos creen resolver con un criterio *simplicista*, como si no hubiera más pleitos que el suyo ni más intereses que los del momento. Fijense y estudien los casos que bien lo merecen aun ante aquellos que piensan que se lo saben todo.

Véase como efecto un nuevo aspecto de la reciprocidad; pues ella, que hoy por hoy sería para nosotros un peligro con Francia y Alemania, con la República Argentina, con Méjico y con otros países nos reportaría indiscutibles ventajas:

«La nobleza con que España ha acogido en estos últimos tiempos á los profesionales procedentes de los diversos países europeos flajelados por la guerra pasada, ha determinado una postergación de los médicos españoles en el concepto de su competencia que impone una necesidad de defensa unánime.

Este estado de cosas las palpamos los que vivimos en el extranjero. El caso del médico español que después de revalidar su título en Francia fué á ejercer en San Juan de Luz y después abandonarlo por boicot, no es único constantemente, tiene similares. La ahtivez española y el concepto de su suficiencia no consienten postergaciones que llevan involucradas un rebajamiento moral.

Invocando la internacionalidad de la ciencia se impone la reciprocidad de títulos. Invocando el interés individual también es justo que los Estados reconozcan la validez de títulos de otros países ya que tácitamente ya se establece con la adopción de los libros de texto. Pero considerado desde el punto de vista español deben cesar de una vez las rivalidades impuestas por las nacionalidades. De no ser así, la suspicacia puede interpretar interesada cualquiera concesión, hecha á España, máxime cuando nunca pretendieron con tanta insistencia Francia y Alemania en el intercambio de títulos.

Y no solamente es de estos países. También en la Argentina está rebajadísima la función del médico español. En la Argentina al médico español se le deben muchísimas cosas en el sentido de educación científica. Él fué á ejercer su ministerio en localidades rudimentarias, se expuso la vida llevando la ciencia en sitios inaccesibles de toda civilización, él adquirió carta de naturaleza, él vinculó al país y, en cambio, como recompensa de sus desvelos tiene que andar errante de pueblo en pueblo ahuyentado de cualquier médico nacional cuando aquel distrito da rendimientos profesionales.

No hay en el mundo país en el que no se reconozcan los derechos adquiridos. ¿Es justo que España por atenciones de nobleza acepte reciprocidad de títulos y, en cambio, los médicos de la Argentina sean considerados como menos que practicantes? ¿No creen los lectores justo que antes de discutir si el francés ó alemán puede ejercer en España, gocen de libertad profesional tanto médico como ejercen en la Argentina?

Hace varios meses un grupo de médicos españoles elevaron al excelentísimo presidente de la República Argentina una exposición en este sentido y hasta demandaron protección á S. M. el Rey D. Alfonso XIII. ¿Como admitir que según la legislación de este país se ejerza el cargo de médico de policía con sueldo, que se le descuenta mensualmente el 10 por 100 en concepto de jubilación y que pierda los derechos adquiridos durante años tan sólo porque cualquier médico con título nacional se le antojó vivir aun siquiera transitoriamente en la localidad que evoluciona? ¿Habría cosa más inhumana que tener que abandonar la población en la que es querido y respetado y en la que se desarrolla su valía é intereses tan sólo porque se le antoja á cualquier particular?

Comiéncese por salir en defensa del médico español, estando toda España en donde esté un español, y después será cuestión de dar toda la liberalidad á los extranjeros.

Uno de los fines de la *Asociación Médica Española*, de Buenos Aires, es normalizar este estado de cosas. A España llevo una delegación con poderes amplios constituida por el Dr. Antonio López Espinosa, con domicilio en Valencia, Avenida del Puerto, 45. Abusando de la benevolencia de la prensa llamo la atención al respecto á ver si por fin conseguimos un verdadero reconocimiento de tantas pruebas de a truísmo, de abnegación y de competencia dispensadas por bastantes años en estos países.

FERNANDO GÓMEZ MONTANA

Buenos Aires, 2 de Septiembre de 1921.»

De la opinión ajena.

Sin comentario reproducimos una carta, carta de *varios españoles médicos del Real Colegio de Sevilla*, y un recorte y un anuncio, correspondientes á *El Correo de Andalucía*, de Sevilla, fecha 9 de Octubre último.

«Octubre, 1921.—Respetable y querido Decio Carlán:

Adjunto un botón de muestra de los efectos que la futura legislación sobre títulos extranjeros nos prepara.

Este es el segundo alemán, que huyendo del *clima frío* de su patria, se establece en Sevilla, en estos últimos meses.

Por si pudiera aprovecharse ese desenfadado anuncio en la sección profesional de EL SIGLO MEDICO, te lo remiten y besan tu mano,

Varios españoles médicos del Real Colegio de Sevilla.»

«Nuestro querido amigo el médico alemán Dr. Luis Eckert abrirá su consulta el día 10 de este mes, como especialista en enfermedades de la piel, etc., y de las tropicales.

Como ha vivido ya varios años entre nosotros, es muy querido y apreciado en Sevilla. En los años de la guerra ha vivido como internado de las tropas alemanas en la isla Fernando Póo, donde en calidad de médico jefe se ha hecho méritos por asistir también á soldados de nuestro Ejército. Después ha vivido cerca de tres años en Sevilla. Hace poco que ha vuelto por no sentarle bien el clima frío de Alemania y para establecerse aquí. Sus largos servicios prestados durante diez años en el Ejército colonial, ha premiado el Gobierno de su país con el título de Consejero en Medicina del Gobierno y con la Cruz de Hierro de primera clase. Ha hecho los estudios de su especialidad en la clínica del célebre profesor Neisser, en Breslau, y en el Instituto para Higiene en países tropicales, en Hamburgo, los cuales ha ampliado durante su estancia en los dos últimos años, en la ya mencionada clínica, hoy dirigida por el profesor Jadassohn.

D. Luis tendrá su consulta en la calle Álvarez Quintero, 78. Las horas de consulta, véase en el anuncio.

Dr. LUIS ECKERT

Consejero en Medicina del Gobierno Alemán.
Especialista en enfermedades de la piel, etc., y enfermedades tropicales.

Neosalvarsán.—Cirugía pequeña.—Cosmética.— Lámpara de cuarzo.—Luz de arco carbónico.

Consulta: Álvarez Quintero, 78.—Sevilla.

Señoras: diez á doce.

Caballeros: cuatro á seis.

Y las demás horas á solicitud de los clientes.»

Pues de éstos habrá muchos, hasta que se discuta la ley que nos ofrece el Sr. Silió..., que no se discutirá.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 2 DE ABRIL DE 1921

Cuatro casos de púrpura hemorrágica.

El Dr. PITTALUGA, antes de reseñar estos casos dice que el estudio clínico de las púrpuras hemorrágicas propiamente dichas—bien separadas de los estados hemofílicos—aporta siempre algunos datos interesantes para el esclarecimiento de la patogenia y de la etiología de estos procesos morbosos, que los considera como hemodistrofias adquiridas. Que durante el presente año ha tenido ocasión de observar cuatro casos de púrpura, bien distintos los unos de los otros por muchos caracteres, y merecedores de ser conocidos.

I caso: Individuo de treinta y ocho años de edad, uno de sus hijos presenta lesiones escrofulosas; hace años se le ope-

ró de un tumor blanco (rodilla derecha), siempre enfermizo (cefalalgias, gastralgias, etc.), emotivo, períodos de excitación, impulsivo; padeció blenorragia. Trauma psíquico por fallecimiento de su mujer y preocupaciones por negocios emprendidos.

A fines del año pasado fué acometido por un síndrome hemorrágico muy aparatoso (epistaxis, hemorragias gingivales), grandes equimosis y derrames sanguíneos subcutáneos, en la pared del vientre, brazos, piernas; petequias y hemorragias puntiformes en la cara y en el pecho; pequeñas hemorragias intestinales.

Examen objetivo.—Anémico, color de la piel ligeramente subictérico, amarillo-cetrino, mucosas pálidas, astenia profunda. Cefalea continua, zumbido de oídos, temperatura 38°6; pulso 128; presión al oscilómetro de Pachón: máxima, 13; mínima, 7. Reflejos muy excitables; temblor fino, persistente de los dedos abiertos y aun de la mano, temblor fibrilar de la lengua.

Otros síntomas.—Catarro bronquial difuso; bazo, ligeramente aumentado de volumen; hígado, aumentado; vesícula biliar, dolorosa, gastro y enteroptosis; orina abundante y clara, nunca hematuria.

El Dr. Pittaluga expone el análisis de la sangre y hace un estudio de la fórmula leucocitaria. También indica el análisis de la sangre.

A continuación describe la marcha de la enfermedad. Se intentaron varios tratamientos: suero normal equino, inyección endovenosa de plasma humano, compresas locales de suero adrenalínico (encías, fosas nasales), lavado constante de la boca con agua oxigenada, inyecciones de lecitina y colestestina; se le dió extracto hepático, inyecciones de suero isotónico y glucosado con estricnina. Se instituyó un tratamiento metódico con aceite arsénico. Pareció iniciarse alguna mejoría.

De improviso el enfermo empeoró, con síntomas de lipotimias, vértigos, náuseas y disnea. Se le hizo la transfusión de la sangre por tres veces. Nada se consiguió. El estado angustioso, la ansiedad y la disnea, aumentaron progresivamente y el enfermo falleció el 16 de Marzo último.

II caso: Niña de ocho años, de buena naturaleza, sobre-alimentación excesiva. De improviso (Enero 1921), ligero proceso febril, pequeñas petequias puntiformes, múltiples, cara, orejas, mejillas, frente, algo menos en brazos, pecho y vientre; y luego grandes equimosis en los muslos, piernas, vientre y en un brazo, hemorragia gingival, hematomas en la boca, y sobre todo epistaxis.

Examen objetivo.—Estado general relativamente bueno; palidez acentuada en piel y mucosas; temperatura 37°8; pulso 108. Orina sin albúmina y sin sangre; ligero estreñimiento, bazo ligeramente aumentado; hígado francamente aumentado.

Expone luego el análisis de la sangre y estudia la fórmula leucocitaria.

El proceso dura de quince á veinte días, habiéndose empleado suero equino, suero adrenalínico *in situ*, cloruro cálcico, gelatina, inyecciones de lecitina y colestestina, dieta hídrica casi absoluta y zumos de fruta, limón, naranja, uva, leche, y con ello consiguióse la curación.

III caso: F. E., médico, de treinta y cinco años de edad. Parece ser que el enfermo es portador de una lesión fímica, probablemente cerrada, de tipo fibrocálcico; en 18 de Febrero último se había puesto una inyección de una dosis no determinada de antígenos parciales (partígenos de Deyke y Múch). Un síndrome hemorrágico sobrevino con extraordinaria violencia (epistaxis repetidas, hemorragias gingivales y mucosas de la boca, hematemesis, melena, petequias, equi-

mosis), hasta el fallecimiento del enfermo (día 3 de Marzo). Particularmente alarmantes y reiteradas fueron las pérdidas de sangre por el intestino. El enfermo profundamente anemizado, presentaba un tinte amarillo-terroso de piel, ligeramente subictérico. Las escleróticas en algunos momentos, estaban muy amarillas.

Se aplicaron inyecciones masivas de solución fisiológica glucosada con tónicos, espartefina, estricnina, aceite alcanforado, suero gelatinizado; suero equino normal en grandes cantidades; suero adrenalínico *in situ*, cloruro cálcico; coaguleno, etc; se practicaron dos inyecciones endovenosas de plasma humano; con la primera pareció disminuir algo la intensidad de la hemorragia, y con la segunda, nada beneficioso se notó.

IV caso: Niño de doce años, de padres sanos. Al retirarse de las faenas del campo muy fatigado, empezó a sangrar por la nariz; se le hizo el taponamiento y no bastó; aparecieron petequias y equimosis. Examinado en 27 de Febrero último se apreció anemia muy acentuada; pulso, 110; temperatura, 38°. Orina sin albúmina y sin sangre. A los dos días, nueva hemorragia, paulatinamente desaparecen las petequias y equimosis, y el niño se restablece al cabo de unas tres semanas.

El tratamiento se redujo a suero gelatinizado, suero equino normal, suero adrenalínico, cloruro cálcico, lecitina y co-lesterina, y tónicos, sin ninguna medida excepcional.

El Dr. Pittaluga, ante los anteriores casos, le llama más la atención principalmente la diferencia patogénica y etiológica que el síndrome.

Dice que, en primer lugar, conviene poner de relieve la ausencia de indicios de un estado hemofílico propiamente dicho, lo que recuerda también la necesidad de establecer siempre un diagnóstico diferencial, en todos los casos observados, entre las púrpuras hemorrágicas y las crisis hemorrágicas de la hemofilia. La denominación de hemofilias adquiridas es errónea y conduce a una confusión de concepto que importa evitar. La hemofilia es una hemodistrofia constituida, constitucional, hereditaria, que obedece en cierto modo a las leyes mendelianas de la herencia de los caracteres, bajo la influencia inhibitoria de la secreción interna de la glándula sexual femenina, y cuyas manifestaciones hemorrágicas, casi siempre provocadas (pequeños traumatismos, contusiones, etc.), suelen repetirse durante mucho tiempo, sin que la hemodistrofia en sí, prescindiendo de las hemorragias, constituya un proceso grave ni ofrezca síntomas somáticos dignos de gran relieve. No hay nunca fiebre.

Amplía estas ideas y se fija en los probables factores etiológicos y en la patogenia de cada uno de los casos antes referidos.

En el I: encuentra infección tuberculosa de la niñez y adolescencia (tumor blanco), reflejado con una lesión escrofulosa de un hijo del enfermo; una posible infección sifilítica; un estado emotivo grave y un desorden alimenticio, con evidente trastorno de las funciones hepáticas.

En el II: desorden alimenticio, trastorno gastrointestinal y hepático; dos días antes del proceso hemorrágico sobrevino un pequeño accidente séptico (lesión inflamatoria)

en el lóbulo de una oreja, alrededor del broche de un pendiente.

En el III: una lesión específica, de tipo, al parecer, fibrocanceroso, una inyección de antígenos parciales de Múch, que precedió inmediatamente al estallido del proceso hemorrágico; y quizás un estado emotivo.

En el IV: una fatiga física, al parecer, excesiva para la edad del muchacho, tal vez un desorden alimenticio.

Y continúa el Dr. Pittaluga diciendo: Por de pronto los cuatro casos se pueden dividir en dos grupos: por un lado, los casos I y III coinciden en lesión tuberculosa, estado emotivo, edad adulta y muerte del enfermo; y, por otro lado, los casos II y IV coinciden, en cambio, en factores de autointoxicación, desorden alimenticio, fatiga, edad infantil y curación del enfermo.

El Dr. Pittaluga se extiende en consideraciones respecto de la probable etiología de los cuatro casos presentados cuyos factores pueden ser en primer término, los estados alérgicos de antiguas infecciones latentes, principalmente la tuberculosis y algunos procesos sépticos; en segundo término, los estados emotivos. Los dos concurren en los casos I y III (adultos, muerte), los dos son propios (si no exclusivamente, cuando menos con gran predominio) de los organismos adultos, por razones obvias que no hace falta expresar.

Los estados de alergia con respecto a los antígenos bactericos (por ejemplo al antígeno tuberculoso), se determinan tan sólo en ciertas condiciones del ataque primitivo, del antígeno contra el organismo; es de presumir que se trata, por ejemplo, de focos cerrados, aislados, muy localizados, en que el antígeno, después de haber producido una primera fase de sensibilización del organismo, aunque esta primera fase pueda ser a veces aparatosa, se atenúa luego, ó desaparece, ó permanece en estado latente, sin ulteriores relaciones con los plasmas intersticiales y, por tanto, con el medio interno y con las actividades celulares en general. Pero estas circunstancias no sólo no son excepcionales, sino que con toda probabilidad son las más frecuentes, las más comunes en los organismos infantiles ó adolescentes, sobre todo respecto a la infección tuberculosa.

Algunas consideraciones más añade el Dr. Pittaluga al estudio de los cuatro casos en su aspecto etiológico y en la patogenia del proceso hemorrágico. (Queda en el uso de la palabra.)

DR. CESALDO

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

COMUNICACIÓN DEL DR. CASTRESANA

Núcleo cristalino caído en el fondo de la cámara anterior.

El mes de Febrero pasado tuve ocasión de observar en mi consulta pública del Instituto Oftálmico, un caso clínico muy interesante de iridocoroiditis con catarata consecutiva, operado del ojo derecho por un ilustre compañero de la especialidad.

Se trataba de un enfermo todavía joven, de treinta y cuatro años, que nos refirió la historia clínica siguiente:

Desde mucho tiempo, sin poder precisar fecha fija, venía

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estiño coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

perdiendo vista de los dos ojos sin dolores ni molestia grande. Solamente pudo observar ligera congestión de vez en cuando en los dos ojos y alguna sensación como de pinchazo, que desaparecía rápidamente y que se le volvía a presentar más de tarde en tarde. En cambio, el velo que oscurecía su visión se fué acentuando paulatinamente hasta perder la vista por completo. En esta situación se presentó en la consulta de un especialista y le propuso la intervención quirúrgica en el ojo derecho, la que le practicó con feliz éxito, pero sin recuperar otra visión que la de bultos. Sin presentársele ninguna molestia, transcurrió desde el mes de Mayo en que fué intervenido hasta el día que se presentó á nuestra observación, por haber notado ligeros dolores en el ojo operado que él refiere á un ligero traumatismo que recibió con su mano.

Hecho un detenido reconocimiento pudimos observar que el enfermo tenía una iridocoroiditis doble muy avanzada. El ojo derecho había sido operado de catarata con iridectomía apreciándose una inyección periquerática de mediana intensidad y además dolores en el globo ocular que se acentuaban á la presión en la parte alta del diámetro vertical, correspondiente á la región ciliar, y al mismo tiempo en el extremo inferior de la región del limbo esclerocorneal. En el cuerpo pupilar se aprecian restos de cristalino y cápsula adheridos á los bordes del iris llenos de sinequias, quedando un pequeño opérculo de color oscuro en la parte superior libre de masas cristalinas. Al reconocer el fondo de la cámara anterior pudimos apreciar en la parte más declive, una masa redondeada de color grisáceo oscuro, del tamaño de un guisante muy pequeño, colocado entre la cara anterior del iris y la posterior de la córnea, como determinante de los síntomas dolorosos que acusaba el enfermo.

En presencia del cuadro clínico que llevamos descrito la interpretación era sencillísima. Al ser operado el enfermo indudablemente el operador, efecto de las grandes adherencias que tenía la catarata por las muchísimas sinequias del borde del iris con los cristaloides anteriores, no pudo extraer más que cierta cantidad de masas cristalinas, las colocadas en la parte superior, pero no pudo sacar el núcleo de la catarata, que indudablemente quedó unido á las masas inferiores adheridas á la cápsula fuertemente sujeta á las sinequias del iris en su parte inferior. El núcleo cristalino socavado en sus cimientos por las masas extraídas y el traumatismo que se dió el enfermo con su mano, fueron indudablemente las causas determinantes de que cayera en el fondo de la cámara anterior.

Nuestra intervención consistió en tallar un colgajo pequeño en el limbo corneal inferior y extraer el núcleo cristalino con cucharilla sin que nos ocurriera ningún accidente en la intervención ni postoperatorio. Esta complicación es de gran enseñanza, y para que no suceda indicaremos en estos casos nuestro modo de proceder. En el ojo derecho padece el enfermo de otra catarata con iridocoroiditis, análoga á la operada en el ojo izquierdo y con grandes adherencias al borde pupilar, en el que le hemos practicado una iridectomía previa, para dentro de un mes proceder á su extracción.

Cada día estoy más convencido y compenetrado con las opiniones que en las iridocoroiditis tenía el eminente y malogrado maestro Dr. Santa Cruz. Creo que este proceso de

forma pasiva depende siempre de un estado constitucional del enfermo que en unas ocasiones es la heredosifilis, la tuberculosis, el artrismo, las toxemias, la albuminuria, la glucosuria, y en otras la anemia, la leucemia y en general todas las causas que pueden obrar debilitando y perturbando la nutrición en general que á larga fecha originan un defecto nutritivo del iris y coroides dando como única sintomatología la pérdida de visión lenta, pero progresiva, sin otra manifestación que ligera inyección periquerática, y alguna sensación dolorosa muy de tarde en tarde. De marcha muy lenta, sólo al cabo de cierto tiempo se presentan las complicaciones de las sinequias y de la catarata complicada. El proceso puede empezar por el iris y propagarse más tarde por el círculo ciliar á la coroides y retina; ó bien tener su origen en una coroiditis primitiva que se propaga de dentro á fuera por igual camino hasta llegar al iris.

Esta forma de iridocoroiditis pasiva son causa muchas veces de que cree el enfermo se le está desarrollando una catarata normal y espera á perder la visión por completo para presentarse á nuestra observación cuando las adherencias del iris han formado una reclusión pupilar y se encuentra éste y la coroides en completa degeneración, siendo ineficaz todo tratamiento.

En esta forma de iridocoroiditis *sin manifiesta ciclitis* el tratamiento médico generalmente no suele dar resultado positivo, aun cuando nosotros apliquemos un tratamiento médico etiológico completo, después de haber hecho toda clase de investigaciones y de análisis de sangre, de orina y de líquido cefalorraquídeo. Podría citar muchos casos clínicos sometidos á diversas medicaciones, tuberculinas, yoduros, mercurio, hierro, fósforo, arsénico, salicilatos, según la etiología de su enfermedad, además de la atropina y dionina que no dieron ningún resultado. Entre ellos recuerdo una enferma que perdió un ojo tratado médicamente por espacio de ocho años y que conserva el otro merced á una iridectomía que le practiqué en el ojo que todavía conservaba alguna visión, con el cual sigue desempeñando el cargo de maestra después de siete años de operada.

La clínica y la práctica de muchos años me ha convencido que una iridectomía practicada á tiempo es el tratamiento único que puede salvar la visión del enfermo, sin que por esto quiera decir se debe abandonar el tratamiento general que obrará como coadyuvante de la intervención quirúrgica si la iridocoroiditis cuando se nos presenta á nuestra observación el enfermo ha dado ya lugar á una opacificación del cristalino; entonces comenzamos por practicarle la iridectomía indicada para más tarde, un mes después, extraerle la catarata pasada la reacción de la primera intervención.

La extracción de la lente opacificada se debe hacer *in toto* con la cucharilla para que no ocurra lo sucedido en el caso clínico que he descrito de luxación del núcleo cristalino en el fondo de la cámara anterior por no haberse podido extraer en la operación. Entiendo que la extracción *in toto* se puede realizar sin pérdida de vítreo casi siempre interviniendo en la forma siguiente que yo practico. Se talla un colgajo un poco menor que para una catarata ordinaria y después la iridectomía si no la habíamos practicado con antelación. Cogida la cucharilla en la mano derecha, después de haber separado el párpado superior con la izquierda del operador y el inferior con la de un ayudante, se penetra con ella verti-

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).

calmente al ecuador del cristalino, dirigiéndose un poco por detrás de su borde para rasgar la zónula. Después de haberle traspasado se gira aproximadamente 90 grados su mango para que el instrumento se coloque por detrás del cristalino hasta que el extremo inferior de la cucharilla llegue al borde inferior de aquel, quedando de este modo toda la cara cóncava de la cucharilla en contacto con la cara posterior cristaliniana.

En este momento un ayudante comprime de abajo á arriba la catarata á través de la córnea con la cara convexa de otra cucharilla, procurando el operador no levantar el mango de la suya hacia delante sino lo más indispensable para evitar la salida del vítreo. En esta forma se extrae la catarata con la cucharilla hasta casi fuera de los bordes de la herida, procurando en este momento, si hay sinequias posteriores, que otro ayudante coja con unas pinzas la catarata para impedir la reingresión de la misma dentro de la cámara anterior, cosa que puede suceder y que nos ha ocurrido en una ocasión. Si operamos en esta forma, procurando como decía, no levantar el mango de la cucharilla hacia delante, sino, por el contrario, inclinarlo hacia atrás, la misma cara convexa del instrumento impedirá, no dejando espacio entre ella y el borde superior del colgajo la pérdida de vitrina. De la misma manera no debemos temer la producción de una catarata traumática al hacer una iridectomía rompiendo las múltiples sinequias del iris á la cristaloides anterior si llevamos la pinza paralela á la membrana iridea y con gran cuidado al coger el borde del iris no tocamos con los dientes de la pinza la cristaloides anterior. La extracción *in toto* es en estos casos el único modo de hacer completa la extracción, y el no haber procedido así, explica el por qué quedasen masas y el núcleo cristaliniano en el caso clínico objeto de la comunicación.

(Se concluirá.)

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

Ilmo. Sr.: Con el fin de proporcionar más facilidad á los aspirantes á ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior que hasta el presente no hayan podido presentar sus solicitudes,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que las oposiciones para el ingreso en dicho Cuerpo, anunciadas para el día 15 del mes actual, den comienzo el día 15 de Abril del año próximo, ampliándose el plazo de presentación de solicitudes de los aspirantes hasta el 31 de Marzo del mismo año.

De Real orden lo digo á V. I. á los efectos indicados. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Octubre de 1921.—*Coello*.—Señor inspector general de Sanidad. (*Gaceta* del 4 de Octubre.)

REAL ORDEN CIRCULAR

Siendo varias las consultas formuladas á este Ministerio respecto á la interpretación de algunos extremos de la Real orden de 28 de Julio último, referente á creación y sosteni-

miento de Brigadas sanitarias en todas las provincias, y vencido el ministro que suscribe de la urgencia y necesidad de llevar á debido efecto tan importante servicio;

Vistos los artículos 109, 113 y Anejo II de la Instrucción general de Sanidad y el espíritu y letra que inspiró las Reales órdenes de 25 de Septiembre y 17 de Octubre de 1908; 8 de Septiembre de 1910 y 15 de Noviembre de 1911 relativas á servicios sanitarios municipales, medidas de prevención y defensa contra las epidemias y obligación de los Ayuntamientos de consignar en sus presupuestos recursos proporcionados con que atender á estas necesidades,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer, como aclaración á dichas consultas y como complemento de la mencionada Real orden de 28 de Julio próximo pasado:

1.º Que de la Comisión administrativa á que ella se refiere, sea su vicepresidente nato el presidente de la Diputación provincial, quien substituirá al gobernador presidente, cuando éste no asista, y en todas sus ausencias ó enfermedades.

2.º Que en aquellos casos en que, por cualquier circunstancia, no pueda ser nombrado tesorero de la Comisión administrativa el alcalde de la capital, se designe de entre los vocales de dicha Comisión al que ésta estime más adecuado para el desempeño del referido cargo, siendo en todo caso recomendable que los fondos de la mancomunidad provincial sanitaria se depositen á nombre del presidente y tesorero de la mencionada Comisión.

3.º Que si ya no lo hubiere hecho, convoque V. S. á todos los alcaldes de su provincia ó á la representación que, por partidos judiciales, previamente ellos designen; para que acuerden el tanto por ciento de los presupuestos municipales con que han de contribuir á la creación y sostenimiento del servicio de que se trata, y propongan al mismo tiempo á los alcaldes que, como vocales, han de formar parte de la Comisión administrativa de la Brigada provincial sanitaria.

4.º Que una vez realizados estos trabajos y en funciones de organización ejecutiva la referida Comisión, redacte sin pérdida de tiempo el Reglamento por que han de regirse los servicios, el cual, previo informe favorable de la Junta provincial de Sanidad, habrá de someterse á la aprobación de V. S. á los debidos efectos.

5.º Que para el más exacto cumplimiento de los servicios y como garantía del desarrollo de la obra sanitaria que se establece, haga V. S. saber á los Ayuntamientos de la provincia, mediante circular publicada en el *Boletín Oficial*, las cantidades que á cada Municipio corresponde satisfacer para atender á la creación y sostenimiento de la Brigada sanitaria, en vista del tanto por ciento acordado por la Asamblea general de alcaldes ó en las reuniones parciales de partidos, previniéndoles que no autorizará V. S. ningún presupuesto municipal que no consigne la cantidad que le ha correspondido abonar para tan importantes servicios. Estas cantidades serán satisfechas por cada Ayuntamiento al tesorero de la Comisión administrativa por anualidades anticipadas.

6.º Que dicha Comisión formule á la brevedad posible el presupuesto de ingresos y gastos que ella calcule para la organización y sostenimiento de los servicios de referencia, y una vez aprobado, disponga V. S. su ejecución con el fin de que el nuevo organismo pueda empezar á funcionar con toda la urgencia que reclame su propia importancia.

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)

No creo necesario encarecer á V. S. el inmediato y exacto cumplimiento de las anteriores disposiciones, ya que de la implantación de tan importante servicio depende el éxito de la campaña sanitaria que ha de desarrollarse con el auxilio y apoyo de la Sanidad central.

En tal sentido, espera este Ministerio de V. S. hará uso de cuantas facultades le conceden la leyes de Sanidad, provincial y municipal, para imponer el debido cumplimiento de cuanto se ordena á todos los Municipios de esa provincia, recabando siempre, para el mejor acierto de los indicados servicios, el asesoramiento y concurso del inspector provincial de Sanidad, sirviéndose, finalmente, dar cuenta á este Centro de quedar hechos los trabajos de organización que se disponen antes de 1.º de Enero próximo.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos correspondientes. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 5 de Septiembre de 1921.—*Coello*.—Señores gobernadores civiles de todas las provincias.

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: En vista de que la mayoría de las Juntas municipales de Protección á la Infancia no cumplen con las disposiciones vigentes ni dan cuenta al Consejo Superior de la labor que realizan, dejando de percibir el impuesto del 5 por 100 sobre espectáculos públicos y no remitiendo el 2 por 100 que determina la Real orden de 23 de Febrero de 1915,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que esa Junta provincial de Protección á la Infancia nombre con toda urgencia un delegado especial que, por cuenta de la misma, organice con la mayor actividad y energía los servicios de asistencia pública, investigando cuanto se relaciona con la recaudación é inversión del impuesto del 5 por 100 y de los demás fondos que perciba la Junta, y exigiendo las debidas responsabilidades por el incumplimiento de la ley y de las disposiciones complementarias sobre protección á la infancia y represión de la mendicidad.

Esa Junta provincial dará cuenta al Consejo Superior, en el plazo más breve posible, del resultado de las visitas de inspección efectuadas á los correspondientes organismos locales de Protección á la Infancia.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos procedentes. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 21 de Octubre de 1921.—*Coello*.—Señor gobernador civil, presidente de la Junta provincial de Protección á la Infancia y represión de la mendicidad de... (*Gaceta* 22 de Octubre.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,4; ídem mínima, 707,9; temperatura máxima, 21,2; ídem mínima, 9,1; vientos dominantes, N. NO.

La brusca variación de temperatura ha determinado la aparición de afectos catarrales leves en el aparato respiratorio. Continúan las infecciones intestinales de carácter benigno, así como las intoxicaciones alimenticias con urticarias y erupciones cutáneas debidas á la ingestión de pescados en mal estado.

En los niños siguen observándose casos benignos de sarampión y escarlatina.

Crónicas.

Interesante á nuestros suscriptores.—Estando preparados los giros contra aquellos suscriptores que aún están en descubierto por el corriente año, se lo advertimos por si prefieren hacer el abono por giro postal ó sellos de correos descontando los gastos de envío, pues de lo contrario nos veremos obligado á cargarles una peseta por los gastos que nos supone la letra y quebrantos del banquero.

Mejoras materiales.—Honrados por la copiosa colaboración de los escritores distinguidos que á diario nos favorecen, y por otra parte convencidos de la desproporción que va resultando entre nuestro contenido científico-profesional y la parte que dedicamos á la publicidad, hemos acordado aumentar por ahora en cuatro páginas la extensión de nuestro texto y proseguir su aumento con arreglo á los que experimente en nuestra publicación la sección de los anuncios.

Es decir, que EL SIGLO MÉDICO, que en 1914 tenía 16 páginas de texto y 6 ú 8 de anuncios, tiene hoy 32 páginas de texto y la proporción debida de anuncios. Esto á pesar de las condiciones difíciles por que ha atravesado y atraviesa la prensa científica.

El caciquismo, las epidemias y el médico.—No es el primer caso, y por eso no nos extraña. La prensa diaria de Madrid se ocupa de la situación de un médico á quien defiende contra el caciquismo el *Boletín de la Unión Sanitaria Leonesa*. El presidente del Colegio de Médicos de León se dirige en el órgano oficial de la Corporación al fiscal de la Audiencia, al gobernador civil y al inspector de Sanidad, denunciando que el médico de Encinado, partido de Pontevedra, es víctima de la malquerencia de aquel Ayuntamiento, que pretende sitiarse por hambre. El titular tiene mujer y siete hijos.

También denuncia la existencia de fiebres tifoideas y difteria en varios pueblos, y señala que en Bañu, pueblo de 130 vecinos, han muerto 16 personas sin asistencia facultativa.

Otros hechos punibles denuncia el artículo, digno de que las autoridades sanitarias y gubernativas averigüen las causas de estos males, para que sean rápidamente remediados.

Festival para los heridos de Africa.—El día 24, por la tarde, se celebró en el hospital de San José y Santa Adela la fiesta prometida por S. M. la Reina á los heridos que en el benéfico establecimiento reciben asistencia.

Consistía en un concierto por la Banda Municipal y en unos números ejecutados por las más eminentes artistas de varietés.

La Reina asistió con el príncipe de Asturias y tres infantas, damas de su corte y alto personal palatino.

El príncipe y los infantas obsequiaron á los heridos con habanos.

También presenciaron la fiesta gran número de damas de la Cruz Roja y el personal facultativo del Hospital.

Uno de los soldados heridos leyó una alocución y entregó á la Reina un ramo de flores en nombre de sus compañeros.

La fiesta resultó simpatísima.

Propaganda médico-social.—Ha dado principio la campaña de propaganda por toda España, organizada por el Instituto de Medicina Social, con una brillante conferencia desarrollada por el Dr. Aguado Marinoni en el Ateneo de Albacete el día 19 del corriente.

El conferenciante fijó el concepto de la medicina social, que no es, en síntesis, otra cosa que el gobierno de los pueblos en nombre de la salud, afirmando que no puede ser buen sistema de gobierno ni buen gobernante el que no tenga como base fundamental de su programa la necesidad primordial de salvar la raza, que alcanza hoy límites degenerativos que realmente asustan.

Señaló como las tres causas inmediatas de esta degeneración la miseria, las enfermedades y la incultura.

Hizo notar que siendo el hombre un producto natural del medio, físico y espiritual, en que nace y se desarrolla,

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.

hace falta una intensa acción social y política que modifique este medio como único camino para llegar al mejoramiento de la salud individual.

Y á continuación expuso su programa completo de reformas médico sociales referentes al obrero, á la mujer, al niño, al saneamiento y reconstrucción de pueblos y ciudades y á las condiciones con que hoy se desenvuelve la vida civilizada, abogando por la vuelta paulatina á la Naturaleza.

El orador fué calurosamente aplaudido y felicitado al final de su conferencia, que produjo verdadera impresión.

Artritis tuberculosas.—En nuestro número del 1.º del actual publicábamos un trabajo con el título indicado que, por error de imprenta, iba firmado por Francisco del Río, siendo su autor D. Francisco Rico.

Ateneo de alumnos internos de la Facultad de Medicina.—En Junta general celebrada el día 15 del actual, ha sido elegida, por votación, la siguiente Junta directiva:

Presidente, Sr. Caballero Cuzzani; vicepresidente, señor Granados Gómez; secretario, Sr. Cárdenas y Pastor; tesorero, Sr. Castillo de Lucas; bibliotecario, Sr. Camarón y Calleja; vocal primero, Sr. Ralero, y vocal segundo, Sr. San Román y Rouger.

Asociación Matritense de Caridad.—Estado de ingresos y pagos correspondientes al mes de Septiembre de 1921:

Los ingresos ascienden á 221.407,62 pesetas, y los gastos, á 186.530,03.

Los asilados con carácter definitivo que sostiene la Asociación se elevan á 1 382.

Durante el mes se han recogido de la vía pública 231 mendigos, de los que se han asilado definitivamente 116, y los demás fueron hospitalizados, enviados á los puntos de su naturaleza ó colocados en sitios que les facilitaron trabajo, según las condiciones de cada cual.

El depósito de agua de Melilla.—En el Ministerio de Fomento dijeron el día 25 que ha comenzado á prestar servicio en Melilla el nuevo depósito de agua, que tiene una capacidad de 72.000 litros.

Este depósito se llena diariamente desde los barcos-aljibes, y á su vez puede suministrar agua á dos tanques simultáneamente.

Como era necesario que una persona técnica se hiciera cargo del depósito, se ha designado al ingeniero jefe de la Junta de Fomento de Melilla, Sr. Bielza, entretanto que la Dirección de Obras Públicas extiende el oportuno nombramiento.

Los depósitos para gasolina y petróleo están muy adelantados y comenzarán á funcionar en breve.

Sólo faltaba en ellos la instalación de una bomba, para lo que era necesario un crédito de 10.000 pesetas, y este crédito se giró telegráficamente hace dos días.

Viruela en Pamplona.—El Ayuntamiento de esta capital ha dado órdenes urgentes para que desde el día 26 se proceda á la vacunación gratuita, con objeto de combatir la viruela, en vista de que se han presentado algunos casos en Pamplona y Elizondo.

La autonomía universitaria. Protesta contra el decreto del Sr. Silió.—*La Tribuna* del día 24 publicó bajo estos mismos epígrafes el siguiente suelto:

«Bajo la presidencia del senador por la Universidad Central, Sr. Ortega Morejón, se ha celebrado una reunión de doctores del claustro extraordinario de dicho centro docente, para tomar acuerdos encaminados á protestar contra el Real decreto del Sr. Silió sobre autonomía universitaria, que juzgan ilegal y arbitrario, y funesto para la vida misma de las Universidades españolas.

Una numerosa Comisión de doctores de la Federación nacional cambió impresiones con su presidente, D. Francisco Bergamín, para que la protesta sea realizada al mismo tiempo por los doctores de todos los claustros extraordinarios de España.»

Sanidad de la Armada.—A propuesta del ministro de Marina y por Reales decretos de 19 de Octubre, el inspector de Sanidad de la Armada D. Federico Montaldo y Però cesa en el destino de jefe del Centro Estadístico Sanitario, para pasar á ser jefe de los servicios sanitarios de la Armada, designándose para ocupar el cargo que deja vacante al inspector de Sanidad de la misma D. Adolfo Núñez Suárez.

Obras recibidas.—*El diagnóstico de la viruela por la inoculación de la córnea del conejo*, por el Dr. M. H. Hoffmann, de la Habana.

Tratamiento y profilaxia de la fiebre amarilla en Guatemala, por M. Miguel Ochoa, de Guatemala.

Se necesita médico durante los meses de Noviembre y Diciembre, para un partido de la provincia de Palencia, pagándole adelantado. Detalles: F. Fraile, Huertas, 16, 2.º, Madrid.

Se precisa médico para sustituir ó suceder á compañero en Ampuero (Santander). Dirigirse á José Segarra, en el mismo.

QUINARFER: Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana (Carrera San Jerónimo, 1, Madrid), cuya lectura recomendamos.

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.

SUERO ANTINEURASTÉNICO García Suárez.

En todos los casos de enfermedades consuntivas ó agotamiento de energías mentales ó corporales sus resultados son sorprendentes. Se preparan en ampollas de 1, 2 y 5 c. c.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



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

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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