

EL SIGLO MÉDICO

BOLETIN DE MEDICINA, GACETA MEDICA, GENIO MEDICO-QUIRURGICO
Y LA CORRESPONDENCIA MEDICA



PERIÓDICO DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Dedicado á los intereses morales, científicos y profesionales de las clases médicas.

FUNDADORES:

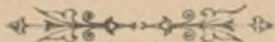
SRES. DELGRAS, ESCOLAR, MÉNDEZ ÁLVARO, TEJADA Y ESPAÑA, NIETO Y SERRANO
Y GUESTA CKERNER

DIRECTOR:

Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

TOMO SETENTA

AÑO DE 1922
SEGUNDO SEMESTRE



MADRID
IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO
Glorieta de Santa Maria de la Cabeza, número 1.
Teléfono 552.

—
1922

ÍNDICE ALFABÉTICO

DE LAS

MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO SETENTA

A	Páginas.
Acido úrico liore y permeabilidad renal.	500
Acidosis (La). Estudio clínico y biológico.	202
Adenitis venéreas. (Sobre la proteínoterapia en las)..	114
Adrenalina como base del tratamiento general en las quemaduras. (La).	560
Adquisiciones quirúrgicas de la guerra. (Las)..	152 y 176
Agorafobia. (Caso curioso de).	584
Aguas minerales ¿pueden perjudicar?. (Las).	461
Algias simpáticas. (Las).	474
Aneurisma lingual rupturado.	43
Angina de pecho por la resección del simpático cervicotorácico. (Tratamiento quirúrgico de la)	447
Angina de pecho. (Valor pronóstico de una caída rápida de la presión arterial en la).	496
Anophele claviger. F. (Algunas observaciones sobre la biología del).	522
Antianafilaxia, estudio general. (La).	256
Antidiftérica. (Nuevo procedimiento de vacunación)..	401
Antioxígenos. (Los).	114
Anthrax en un diabético. (Sobre un caso de).	562
Aorta por absceso tuberculoso de la columna vertebral. (Erosión de la arteria).	354
Aparato digestivo en la infancia, por la Sociedad Española de Pediatría. (Curso de conferencias sobre enfermedades del).	464, 540, 565 y 587
Arsenobencenos. (Profilaxia de ciertos accidentes de la terapéutica por los).	428
Artritis blenorragica seguida de anquilosis general y de iritis de ambos ojos.	473
Ascaridiasis y urticaria.	596
Asfixia por el óxido de carbono.	618
Asma hidatídico. (Sobre el).	423
— bronquial en el acceso. (Acerca del tratamiento del).	570
Audición y psico-fisiología de la audición musical. (Mecanismo de la).	533
Auto hematoterapia. ¿Puede hacerse también auto hematoterapia poniendo ventosas secas?. (Una fiebre puerperal, una fiebre de Malta, una infección paratífica y un caso de urticaria crónica, curadas por)..	472

B	
Bacilo de Koch. (Algunas propiedades biológicas del). — (Nueva técnica para la preparación de los esputos destinados a la investigación del)...	441 401
Bactericida de dos nuevos preparados de plata. (Sobre el poder)	617
Beri-Beri en Cataluña. (El).	317
Biclorhidrato de quinina. (Peligros de la rápida inyección intravenosa de soluciones concentradas de) ..	356
Blastomycosis humana en Colombia. (Los primeros casos de).	521

C	Páginas
Cajal. Su personalidad, su obra, su escuela. 1, 29, 53, 77, 125 y	149
Cáncer. (La lucha contra el).	235
— coloideo de la vesícula biliar en un litiasico.	390
— del colon derecho.	308
— de la matriz. (A propósito de).	186
— de la mama. (La roentgenterapia en el)	178
— del cuello uterino por los rayos X y por el radio. (Algunas modificaciones hematológicas observadas en el curso del tratamiento del).	210
Catarata intumesciente practicada en un ozenoso. (Extracción simple de una).	249
— (La vacuna autógena en la operación de). 133 y	154
— por el método de la facoerisis de Barraquer. (Algunas cuestiones relacionadas con la extracción «in toto» de la).	4
Cavernas pulmonares son mudas. (Más de la mitad de las).	450
Cerebro de la demencia precoz. (Las lesiones de la estructura del).	619
Clavículas. (Aparato de Hawley para el tratamiento de las fracturas de).	355
Clínica quirúrgica.	221
Cloruro de sodio en los dolores de cabeza. (El).	68
Coloidoclasia y glándulas endocrinas. Asma y trastornos tiroovarianos.	233
Cooperación al conocimiento de los síndromes del centro oval.	581
Corea. (Mantequilla arsenical en la).	548
— y atetosis experimental.	463
— y eritemia. (Un caso de).	209
Crecimiento de los niños. (El metabolismo basal en los retrasos de).	645
Creosoforno. (Breve estudio terapéutico del).	44
Cuerpo humano. (De la dualidad del).	66
Cuerpos extraños en el abdomen.	447
Chancro blando por las aplicaciones locales de 914. (Tratamiento del).	547
Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría.	636

D	
Delirio y demencia precoz.	620
Diabetes asociadas.	352
— principalmente sobre las curas de ayuno. (Sobre los modernos métodos de tratamiento de la).	510
Diabéticos a las infecciones oculares. (Sobre la resistencia de los).	569
Diarrea y del estreñimiento. (Acerca del tratamiento de la).	259
Difteria del oído medio como infección primaria.	139

	Páginas
— (Una reacción de la inmunidad y de la susceptibilidad á la).....	42
Divertículo vesical congénito.....	305
Duodeno. (Las anomalías del).....	571

E

Educación intelectual y profesional de los anormales del aparato locomotor. (La).....	272 y 299
Electrogastrograma y los datos que proporciona.....	90
«El libro de la Peste» del Dr. Mercado. (Algunos comentarios á la edición de Mariscal).....	389 y 417
Embarazo prolongado. (Un caso de).....	538
Empiomas de los senos de la cara. (Sobre un nuevo tratamiento de los).....	101
Encefalitis letárgica. (Síndrome parkinsoniano consecutivo á).....	105
— epidémica. El mioclonus provocado y el signo del frontal. (Los pequeños signos de la).....	475
— — (La acción de la atropina sobre los movimientos involuntarios en la).....	619
Enfermedad de Addison. (El caso más antiguo conocido de).....	605
Endometritis puerperal. (Estudio etiológico).....	415
Enterocolitis. (Sobre).....	365
Envenenamiento mortal producido por aplicación de una pomada de naftol β	427
Epitelioma. (Anoperinectomía por).....	212
Equinococosis peritoneal.....	498
Equivalentes psicoepilépticos de forma onírico impulsiva.....	633
Espasmo vascular causa del esfacelo postoperatorio en la gangrena senil. (El).....	447
Estado actual de la doctrina de las secreciones internas.....	15 y 39
Esterilidad por medio de los extractos orgánicos. (Tratamiento de la).....	499
Estómago. (Adenocarcinoma del).....	476
— (Investigaciones experimentales sobre la absorción de grasa en el).....	211
Estornudos. (Un medio de impedir los).....	547
Estrecheces pélvicos más comunes en la clínica y su tratamiento. (De las).....	269, 296, 323, 346, 372 y 399
Estudio sobre la fina estructura de la corteza regional de los roedores.....	572
Estupor arterial traumático. (Sobre un caso de).....	544
Etiología de los trastornos gastrointestinales en los niños.....	636
Exóstosis del tubérculo faríngeo.....	378

F

Farmacología de las preparaciones galénicas activas de origen vegetal.....	106, 136, 159, 181, 205, 227 y 250
Feto en el útero. (Actitud, presentación y posición del).....	523
Fibroma del lóbulo de la oreja derecha.....	420
Fibromas y del cáncer del útero. (Contribución al empleo de las dosis masivas en radioterapia profunda, para el tratamiento de los).....	112
Fibromioma uterino. Histerectomía abdominal en posición Trendelenberg. Ileo por torsión.....	33
Fiebre de Malta. (Diagnóstico clínico y bacteriológico de la).....	369 y 395
— tifoidea complicada con congestión renal y pulmonar y flegmasia alba dolens del miembro abdominal izquierdo.....	61
Flegmasia alba dolens de los cuatro miembros.....	452
Floculación en las enfermedades. (La).....	138
Fractura del arco anterior del atlas.....	17
Fué error y fué diagnóstico ó «el Señor Microscopio» rectifica.....	275

G

Gangrena traumática. (Dos historias de).....	485 y 512
--	-----------

	Páginas
García Martínez. (Dr. D. Federico).....	636
Gástricos. (Doscientos cincuenta análisis cuantitativos de líquidos).....	115
Glomerulonefritis difusa. (Observaciones sobre un caso de).....	245, 277 y 301
Gonorrrea. (El tratamiento Roentgen de algunas complicaciones de la).....	328
Granuloma venéreo observado en el Perú. (El primer caso de).....	425

H

Hematurias por el clorhidrato de emetina. (El tratamiento de las).....	212
Hemianopsia homónima permanente consecutiva á un ataque de jaqueca. (Un caso de).....	379
Hemorragia del período del alumbramiento.....	260
Heredosifilis precoz del niño de pecho después del tratamiento arsenobenzólico de la madre durante la gestación. (Dos casos de).....	380 y 548
Heridas del vientre. (Estudio médico forense de las).....	641
Hernia crural estrangulada durante once días.....	402
— peritoneo-vaginal estrangulada.....	635
Herpe recidivante, autoseroterapia desensibilizadora.....	404
Hidrocefalia. (Exito del sulfarsenol en un caso de) ..	524
Higias. (Las).....	557
Hiperclorhidria y úlcera péptica.....	10
Hipo (El mecanismo del).....	522
Hipofisarios en obstetricia. (Peligros del empleo de los extractos).....	380
Hipospadias «balánico», tratado por el método de Cathelin.....	92
Hipotensión y oscilometría en Cirugía.....	451

I

Ictericias ocultas por medio de la tinta violeta. (Diagnóstico fácil de las).....	116
Ileon, probablemente producida por el ascaris lumbricoides. (Perforación del).....	498
Infecciones puerperales estreptocócicas por un suero antiestreptocócico, preparado según un método nuevo. (Contribución al estudio del tratamiento de las).....	404
— (Solución quinoformolada en el tratamiento de las).....	378
Influencia de las inyecciones de suero antineumocócico sobre el peso de los niños de pecho.....	92
Insuflación de anhídrido carbónico para determinar las causas de la esterilidad en la mujer.....	500
Investigación acerca del tratamiento por los cuerpos estimulantes y la defervescencia crítica.....	595

L

Leishmaniosis en Cataluña. (Un caso probable de) ..	345
— interna. (Contribución estadístico-clínica á la terapéutica específica de la).....	595
Lipodistrofia progresiva.....	232
Lipoides. (Los).....	319
Luminal. (Intoxicación por el).....	115
Luxación perineal de la cadera con avulsión del trocánter mayor.....	855

M

Manchas solares. (Su influencia sobre los accidentes agudos de las enfermedades crónicas).....	570
Megarato. (Consideraciones sobre un caso de).....	161
Meningitis en las enfermedades de la infancia. (Terapéutica de la).....	85
— y los vermes. (Las).....	450
Miocinia múltiple, aguda, infecciosa esporádica. (Un caso de).....	233
Modificaciones de la ventilación pulmonar durante y	

	Páginas		Páginas
después de la marcha en el hombre normal y en el enfermo	646	Reacción de Bordet-Wassermann, en un servicio de clínica médica. (La).....	380
N		— del cloral-alcohol-guayacol en la investigación de las hemorragias digestivas ocultas. (La)...	571
Nefritis aguda con alcohol á dosis elevada. (Nueva contribución casuística á la cura de las).....	332	Reumatismo y la gota. (El ácido eláyerínico en el tratamiento del).....	44
Neuralgia del trigémino. (El valor de algunos síntomas accesorios de la)	437	Riñón por arma blanca. (Herida del).....	187
Noorden. (Carl V.).....	344	Ruptura del ligamento anterior de la rodilla	91
Novocaína-adrenalina en la cirugía ocular. (Ventajas múltiples de las inyecciones retrobulbares de)....	448	S	
O		Salvarsán. (Sobre el asunto del tratamiento endolumbar por el)	67
Obesidad inferior. (La)	648	Saneamiento é higienización de España.....	90
Obra bacteriológica de Pasteur. (La).....	606	Sarampión experimental. (Estudios sobre el)... 451 y	647
Obstétrica (Práctica). La versión separada.....	67	Saprofitos ácidosresistentes mediante pases por los animales. (La cuestión de la exaltación de la virulencia de los).....	66
Oclusión vascular mesentérica. (Sobre una).....	187	Sarcoma de la vesícula biliar.....	593
Oftalmía eléctrica y coriza hidrorreico con cacosmia.	449	— del intestino delgado. (Sobre).....	594
Ojos y las formas de las pupilas. (Las costumbres de los animales en relación con la disposición de los).	569	Septicemia puerperal por las inyecciones de peptona. (Tratamiento de la).....	377
Ombigo y sus variaciones, en relación con el embarazo. (La altura del).....	548	— venosa subaguda, su forma errante y su forma cuadripléjica. (La).....	496
Onchocercosis de Guatemala ó erisipela del litoral ..	498	Serie de contestaciones, organizadas por la Escuela de Tisiología en la Facultad de Medicina.....	439
Onda T del electrocardiograma. (Semiología de la)...	497	Servicios sanitarios en la campaña de Marruecos. (Los) 489 y	515
Orina, con hematuria intensa. (Acerca de un caso de retención completa de).....	351	Sífilis experimental del conejo y en la sífilis humana. (El vanadio en la).....	188
Oubaina en la taquicardia paroxística. (La).....	293	— del derivado acetilado del ácido oxiamidofenilarsínico. (Acción preventiva en la).....	44
P		— por el bismuto. (Estado actual del tratamiento de la).....	536
Paludismo, enfermedad esencialmente curable.	618	— y de la blenorragia. (El bismuto en el tratamiento de la).....	427
— por la hidroterapia. (Tratamiento del)....	392	Sifilíticas precoces del sistema nervioso central. (Acercade las enfermedades).....	116
— (La piscicultura como medio profiláctico contra el).....	43	Síndromes del centro oval. (Cooperación al conocimiento de los).....	614
Parálisis recidivante dolorosa de los músculos oculares ó jaqueca oftalmopléjica. (La).....	197 y 224	Sinergia, analgesia, morfina y sulfato de magnesia...	200
Peritonitis supuradas por perforación del apéndice. (Un caso de).....	280	Síndrome de vértice. (Interpretación del).....	488
Permeabilidad y poder de absorción de las paredes articulares en el estado patológico.....	524	— funículo peritoneal.....	593
Pituitrina. (Ligeras consideraciones acerca de un fracaso de la).....	131	Simpatectomía periarterial. Muerte por perforación de la arteria.....	423
Pleuresía amebiana enquistada del fondo de saco pleural izquierdo.	184	Somnifeno. (Contribución al estudio del).....	68
Poliomelitis epidémica. (La prevención de la).....	620	Soplos presistólicos de la taquicardia que simulan los soplos de la estenosis mitral. (Los).....	307
Pólipos del oído (Los).....	647	Sueroterapia y la vacunoterapia en algunos casos de neumonía y pleuresía. (La).....	283
Postmortem. (El diagnóstico).....	82 y 110	Suturas intestinales. (Las buenas)	188
Profilaxia antiséptica de las enfermedades venéreas. (La).....	44	T	
Proteinoterapia parenteral en las enfermedades del aparato digestivo y nociones generales sobre esta terapéutica de estímulo celular. (La).....	7	Terminología psiquiátrica en lengua española. (Sobre la necesidad de una).....	56
Pubiotomía subcutánea en la actualidad. (La).....	341	Tétanos. (Las heridas y el).....	421
Púrpura consecutiva á las inyecciones de neosalvarsán.....	353	— (Un niño muerto por)	413
Q		Tifoidea complicada con congestión renal y pulmonar y flegmasia alba dolens del miembro abdominal izquierdo. (Fiebre).....	61
Quinina y quinidina en las enfermedades del corazón.	645	Tifus exantemático. (Hallazgo de corpúsculos).....	475
Quistes hepáticos no parasitarios.....	446	— — (Las reacciones leucocitarias en el).....	35, 61 y 68
R		— — estudio de algunos síntomas. (El).....	522
Radiactividad en Hoyos de Manzanares. (La)... 509 y	586	— — (La azotemia en el).....	234
Radioanafilaxia. (La).....	546	Transfusión sanguínea según 61 casos personales. (La).....	356
Radiodermis después de una sesión de radioscopia en un tuberculoso pulmonar. (Un caso de).....	404	Tratamiento medicamentoso en Ginecología.....	155
Radiodiagnóstico. (Un procedimiento nuevo de): el pneumoperitoneo.....	113	Tuberculosis activa é inactiva.....	104
Radioterapia. (Las sinergias orgánicas en).....	449	— (Inhalaciones de polvos cálcicos contra la).....	18
Raquiánestesia con la mezcla novocaina, cafeína....	593	-- osteoarticular. (Algunas generalidades sobre la).....	644
Raquitismo por las radiaciones ultravioleta. (Tratamiento del).....	610	— pulmonar. (La desigualdad pupilar provocada para el diagnóstico de la).....	211
		-- pulmonar por la radioterapia de los órganos hematopoyéticos. (Tratamiento de la).....	43

	Páginas
Tuberculosis pulmonares por afecciones crónicas de las vías respiratorias superiores. (Las falsas).....	448
— renal. (Comentarios clínicos de algunos casos de).....	547
— (Revista general de los progresos en la).....	562
— y cáncer en un mismo ganglio.....	450
Tuberculosos. (Importancia del examen directo extemporáneo de los esputos, después de lavados, para el estudio de las infecciones secundarias ó asociadas de los).....	401
Tumor renal diagnosticado de tumor ovárico, extirpación, curación.....	128

U

Úlcera. (El mejor método de gastroenterostomía después de la gastrectomía por).....	188
— gástrica y duodenal. (Patogenia de la).....	442, 4 ^{es} , 493, 517 y 542
— postoperatoria del yeyuno. (La).....	595
— varicosa. (La osteitis de la).....	648
Uremia, el edema y su tratamiento. (Acerca de la)....	13
Útero fibromiomas con retención durante algunos meses de un feto muerto «in útero». (Un caso de)...	163

V

Vacunoterapia en las afecciones pulmonares.....	617
— venosa.....	175
Vesícula biliar y las afecciones del tubo digestivo. (Acerca del diagnóstico diferencial entre las enfermedades de la).....	284
Venéreas. (La profilaxia antiséptica de las enfermedades).....	44
Visión de origen dentario.....	589
Vitaminas. (Las).....	17

Bibliografías.

Blenorragia y en sus principales complicaciones. (La Diatermia en la).....	161
Cajal, su personalidad, su obra, su escuela.....	184
Chocs therapeutiques contre chocs morbides.....	305
Clínica hidrológica española.....	568
Ciudad de los ojos bellos. (La).....	138
Diagnostic et traitement des affections du tube digestif.....	65
Electroterapia y diatermia urológica.....	593
La botryocose chez l'homme et chez les animaux....	495
Leçons de Pathologie Digestive.....	643
Lehrbuch der grenzgebiete der medizin und zahnheilkunde.....	377
Les laits condensés et leur utilisation dans l'alimentation humaine.....	446
Maladies parasitaires des plantes. (Les).....	351
Mortalidad infantil y la demografía general de España. (La).....	472
Sangre y hematología. (Enfermedades de la).....	256
Précis de Parasitologie.....	617
— de Physiologie microbienne.....	401
Psychiatria du Medecin praticien.....	327
Psicopatología de la vida cotidiana.....	41
Recherches sur les utères.....	422
Tratado de la Cirugía de urgencia.....	521
Ulcères digestifs. (Les).....	544
Zur Therapie des karzinoms mit Roentgenstrahlen.....	280

Academias y Sociedades.

Instituto de Medicina Práctica.....	242, 266 y 482
Sociedad de Pediatría. Curso de enfermedades del aparato digestivo.....	456

Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.....	242, 504 y 552
— Española de Higiene.....	25, 48, 73 y 146
— Ginecológica Española.....	49, 73 y 217
— Oftalmológica de Madrid.....	23 y 166
Protección Médica.....	73, 99, 386 y 659

Boletín de la semana.

Aclaración.....	597
Alcalde de Madrid. (Para el señor).....	93
— (Más al señor).....	117
Centenario solemne.....	597
Compás de espera.....	165 y 597
Congreso Internacional Odontológico.....	261
— de Medicina. (Los fondos del).....	357
Circular importante.....	69
Chácharas caniculares.....	189
Decreto importante.....	285
Dictamen terminado.....	45
Dimisión de Romanones.....	429
Discusión comenzada.....	525
Elecciones académicas.....	19
¿Es caridad?.....	381
Esperado y lo inesperado. (Lo).....	117
Estandarte de Sanidad Militar. (El).....	621
Estudios y la milicia. (Los).....	237
Fin transitorio de cuentas.....	649
Huelga de Correos ó el que siempre pierde. (La)....	237
Herodiada. (La).....	213
Hidrofobia en Madrid. (La).....	213
Habladorías... y Armas al hombro.....	189
«Hoy como ayer».....	69
Inauguración de curso.....	621
Inauguraciones.....	357
Incoherencias, incongruencias y contrastes.....	453
Nombramiento acertado.....	477
¿Otra Asamblea?.....	285
Patriotismo... Cultura... Sectarismo?.....	45
Peor está que estaba.....	573
Peste en Barcelona. (Los casos de).....	381
Proposición parlamentaria.....	45
¿Qué dirán ahora los del fracaso?.....	357
¡R. I. P.! La autonomía universitaria pasó á mejor vida.....	141
Reelección de cargos.....	621
Reflexiones otoñales ó automnales.....	309
Reunión de titulares.....	429
San Daniel.—Santa Isabel.—San Eugenio.—Monotonías históricas.....	501
Sanidad pública. (Una palabra nada más sobre).....	405
— (Más).....	405
Sigue el pleito de los estudiantes.....	525
Siesta nacional. (La).....	19
Tifus exantemático. (El).....	429
Todo está igual.....	549
— sea por Dios.....	405
Tribunales de oposición. (Los).....	525
Vida Parlamentaria médica. (La).....	93
Ya pareció aquello.....	333

Sección profesional.

Alcaldía Constitucional de Cartagena.....	631
Anormales. (Sobre el Concurso de).....	602
Asamblea Nacional sobre seguros de enfermedad, invalidez y maternidad.....	526 y 573
Atentado contra el Dr. Albifana en Méjico.....	479
Baño de Chora. (El).....	215 y 239
Carta abierta al Excmo. Sr. Ministro de Gracia y Justicia.....	191
— familiar.....	166
— interesante.....	214
Colegio de Médicos de Madrid. (El).....	72
— — (En el).....	411

	Páginas
Dimes y diretes.....	383
Dr. Gómez Ocaña. Algunos datos de su biografía y para el juicio de sus obras....	70, 97, 122, 145 y 167
Documento parlamentario.....	94
Dolor de Sor Serafina. (El gran).....	263
Drama de un espíritu y la comedia de una vida. (El).....	310, 358, 409 y 455
El Dr. Juan Santos y Fernández, de la Habana (Cuba).....	288
Enterarse. (Ante todo).....	384
Entrega de un estandarte á las tropas de Sanidad Militar.....	658
Episodio Médico-Infantil.....	430
Exito confirmado. (Un gran).....	142
Forense (La importancia del).....	313
Gratitud y recuerdo.....	431
Homenaje á Cajal. 22, 46, 72, 144, 166, 192, 233, 310.....	435 y 531
Hospital de Santa Cruz de Barcelona.....	98
Interés para todos. (De mucho).....	362
— profesional. (De).....	575
Libro sobre el Dr. Pulido. (Un).....	406
Lenguaje médico. (El).....	286
Mayo Clinic (Norte América) (Cómo se fundó y lo que es en la actualidad la).....	20
Medicina pretérita.....	382 y 432
Médicos del Registro civil de España. (A los).....	288
— en el gobierno de Nicolayeff (Ukrania). (La situación de los).....	603
Menudencias de medicina.....	168, 193 y 241
Palacio de la Clínica.....	478
Para formar juicio definitivo.....	649
Paseos de un solitario.....	262, 335, 550 y 576
Pasteur en el Ateneo de Madrid. (El Centenario de).....	622
Proletariado médico-rural. (El).....	118
Sanidad y los Seguros Sociales. (La).....	334, 361, 384, 480, 503 y 530
Sindicato médico de Madrid y su provincia....	502 y 527
Seguro social de enfermedad y los médicos. (El).....	601
— de enfermedades y los médicos. (El).....	406
— de enfermedad, invalidez y maternidad. (La Asamblea de Barcelona sobre el).....	602, 623 y 651
Servet. (Monumento de).....	456
Socialización de la medicina y los médicos rurales. (La).....	575
Testigo. (De un).....	477
Titulares. (A enterarse).....	118
Triunfo español.....	143
Remitido.....	20, 70 y 94
Viaje de estudio á Caldas de Oviedo.....	363

Estado sanitario.

Mortalidad en Madrid en Junio de 1922.....	75
— — en Julio de 1922.....	194
— — en Agosto de 1922.....	291
— — en Septiembre de 1922.....	386
— — en Octubre de 1922.....	507
— — en Noviembre de 1922.....	603

Sección oficial.

MINISTERIOS

GOBERNACIÓN

Real orden desestimando la instancia de propietarios de balnearios de España en solicitud de que se jubile á los médicos directores de baños que hayan cumplido sesenta y siete años.....	26
Real orden sentencia en los pleitos contenciosos promovidos por D. Julián Van-Baumberghen.....	169
Real orden sobre adquisición de terrenos para edificar un Instituto de Higiene en Santa Cruz de Tenerife (Canarias).....	169

Real orden disponiendo que se haga constar en los expedientes personales de los interesados, que se mencionan, la circunstancia de poseer el idioma alemán.....	170
Real orden aprobando el concurso para proveer la plaza de inspector provincial de Sanidad de Guadalajara.....	170
Real decreto fijando en sesenta y siete años la edad para la jubilación de los médicos, excepto el director general de Sanidad y vocales del Real Consejo.....	170
Real decreto modificando la clasificación de plazas asignadas al Cuerpo Médico de Sanidad exterior....	171
Real orden circular sobre instrucciones para la redacción de Reglamentos municipales sobre instalación de fosas sépticas.....	289
Real orden sobre jubilación de médicos directores de baños.....	459
Real decreto convocando á oposiciones para el ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior.....	506

Dirección general de Sanidad.

Reglamento para las oposiciones oficiales del Cuerpo Médico de Sanidad exterior.....	554 y 578
Pliego de contratación del primer grupo de obras del Sanatorio Antituberculoso del Teide.....	313
Sobre traslado de cadáveres no inhumados.....	26
Registro de las especialidades farmacéuticas.....	435
Pliego de condiciones de las obras del pabellón «Infanta Beatriz» en el Sanatorio de Pedrosa.....	338

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Anunciando que dentro del plazo de la convocatoria han presentado sus solicitudes los aspirantes que se mencionan.....	194
Real decreto autorizando al ministro para presentar á las Cortes un proyecto de ley relativo á la construcción y organización en esta Corte del Instituto de Investigaciones Biológicas que lleve el nombre del catedrático D. Santiago Ramón y Cajal.....	458
Real orden nombrando á D. Emilio Muñoz Rivero catedrático numerario de Terapéutica de la Universidad de Sevilla.....	74
Anunciando concurso para proveer la Cátedra de Psicología experimental de la Universidad Central....	50
Reales órdenes nombrando catedráticos en virtud de oposición.....	51
Real orden rehabilitación del nombramiento de profesor de Histología normal, Patología general y Anatomía patológica de la Escuela de Veterinaria de Madrid.....	27
Idem id. de id. de León.....	27
Real orden nombrando á D. Julián de la Villa y Sanz catedrático numerario de Anatomía descriptiva y Embriología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.....	27
Real decreto declarando en suspenso la aplicación de los preceptos contenidos en el Real decreto de 21 de Mayo de 1919, que establecieron el régimen de autonomía universitaria.....	146
Anunciando que dentro del plazo de la convocatoria para las oposiciones á la Cátedra de Medicina Legal y Toxicología, han presentado sus solicitudes los aspirantes que se mencionan.....	171
Anunciando que dentro del plazo de la convocatoria para la Cátedra de Patología médica con su clínica, han presentado sus solicitudes los aspirantes que se mencionan.....	75
Incorporación de su título de doctor en Medicina de la Universidad de Montpellier para ejercer en España.....	435
Real orden anunciando á concurso la provisión de dos plazas de médico.....	340

TRABAJO

Real orden sobre tramitación de expedientes para el nombramiento de vocal técnico médico de las Juntas provinciales de Reformas Sociales.....	506
Montepío facultativo.—Anuncio de pensión. 315, 340 y 363	

	Páginas		Páginas
Crónicas.		Defunción	172 y 580
A Almería.....	76	Desinfección. (Sobre).....	196
Academia Médico-Quirúrgica.....	555	Diputación provincial. Designación de Visitadores... ..	172
¿Adónde vamos á parar?.....	632	Dirección de Sanidad. (La).....	172
Advertencias.....	660	Distinción de la clase médica al Dr. Marín Amat....	243
Agasajo á un médico.....	244	En honor del Dr. Recasens.....	268
Alcohol. (En Suecia se seguirá bebiendo).....	244	Epidemia infantil. (Grave).....	483
Análisis clínicos. (Curso práctico de).....	219	— gripal. (De la). Un párroco condecorado... ..	387
Aniversario de la muerte del Marqués de Villamejor. (Primer).....	412	Equipo quirúrgico de Cádiz. (El).....	292
A nuestros suscriptores.....	631 y 659	Equipos quirúrgicos disueltos	412
Apertura de curso. Distribución de premios.....	364	Escolar (Nuevo grupo).....	172
Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional... ..	412 y 483	Escuela Española de Tisiología.....	387
— de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana.....	267	Estadística demográfica sanitaria.....	244
— del Cuerpo de médicos titulares.....	387	— interesante.....	123
— de la Unión Farmacéutica Nacional. (X)....	412	— de mortalidad en Barcelona.....	508
Asociación de Estudiantes Católicos de Medicina....	508	Estatua de Cajal. (La).....	315
— Matritense de Caridad.....	124	Erratas.....	459
Ateneo de Madrid.....	52	Federación de prácticos de Farmacia.....	171
— de internos de Medicina.....	53	Fiesta de la flor en Santander.....	268
Banquete al Dr. Hinojar.....	51 y 579	Filantropía del Sr. Díaz Cordobés. (La).....	171
Baños á placer para niños.....	52	Fisioterapia y educación física. (VI Congreso de).....	292
Beneficencia en Navarra. (Servicio de).....	412	Forensías.....	459 y 555
Bodas de oro de los suscritores con EL SIGLO MEDICO.	219	Giros que se desconocen señas.....	340, 364 y 632
Brigada Sanitaria provincial de Valladolid.....	411	Higiene en la provincia de Jaén. (La).....	522 y 580
Cajal herido.....	243	— infantil.....	220
Carbunco. (La lucha contra el).....	555	Homenaje á un inspector de Sanidad	433 y 508
Carlsbad.....	28	— á dos profesores argentinos.....	411
Cáncer (Estadística aterradora).....	220	— á Cajal. (Del).....	340
Caso de todos los días. (El).....	532	— al Dr. Espina.....	632
Cesión para un sanatorio.....	555	Hospital del Niño Jesús.....	579
Cinematógrafo y la Cirugía. (El).....	555	— para ingleses y yankis.....	436
Ciudad de los ojos bellos. (La).....	172	¿Huelgas de sanitarios?.....	196
Clínicas de Europa. (Por las)	244	Hurdes. (En favor de las).....	196 y 220
Cocaína. (El tráfico).....	388	— por toda España. (El caso de las).....	363
Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos.....	52, 267, 483, 536, 556 y 580	Infancia. (Por la).....	52
— de médicos de la provincia de Burgos.....	123	Instituto Español Criminológico.....	436
Cólera. (El).....	124	— Rubio.....	604
Colonias escolares.....	171	— — (Inauguración de Curso en el).....	364
Comedores de Caridad Montero	436	— Medicoquirúrgico de la Encarnación.....	364
Comisiones sanitarias.....	28	Intrusismo y sus peligros. (El).....	387
Comité italiano prointelectuales rusos	556	Jubileo de suscriptores.....	147
Concurso de premios.....	579	Lenguaje Médico.....	631
— para el saneamiento de Córdoba.....	388	Libro sobre Cajal. (El)	28, 52 y 76
Conde de Gimen y la Sociedad de naciones. (El)....	412	Manicomio para Málaga. (Un).....	412
Conferencia del Dr. Navarro Blasco.....	483	Maternología. (Escuela de).....	219
— científica.....	579	Médico víctima del automóvil. (Otro).....	292
— del seguro.....	532	Médicos de puerto	99
— de Seguros.....	556	Medicina legal. (Estudio de).....	292
— del Dr. Lozano en París.....	660	Mortalidad. (Estadística de).....	220
Conferencias anunciadas.....	532	— infantil. (La).....	536
Congreso de prácticos de Farmacia. (Conclusiones)...	316	Movimiento de población en las capitales de España durante el mes de Febrero de 1922. (Datos estadísticos del).....	147
— de natalidad en Francia (IV).....	388	Muerte del profesor Jokichi Takamine	196
— internacional de Odontología.....	267	Niños de Las Hurdes.....	147 y 172
— de Reorganización Sanitaria. (Primer).....	555	Nombramiento acertado.....	484
— Internacional de Odontología....	196, 267 y 291	Notas médicas de Almería	579
— médico de París.....	124	— sanitarias de Sevilla.....	100
— sanitario para 1923.....	148	Noticias	632
— de entidades de socorro á los rusos.....	315	¿Nuevo presidente?	532
— internacional de Fisioterapia y educación física.....	292, 316, 459 y 555	Obras recibidas.....	388
Consultas públicas	28, 76, 388, 412, 579 y 632	Obsequio á la Prensa.....	388
Correos. (El servicio de).....	28	— á nuestros lectores.....	387
Correspondencia administrativa.....	147	Oposiciones á una plaza de médico de familia de la Real Casa.....	580
Criminológico. (Instituto Español).....	536	Otra epidemia sobre Rusia.....	632
Cruz del Mérito Militar á un médico. (La).....	51	Paludismo en Cataluña.....	171
— Roja Americana	632	Para obras en un hospital	580
— — (Damas de la).....	100	¿Peste bubónica?.....	387
Cultura y asistencia médica para la mujer.....	484	— en la isla Mauricio. (Cinco casos de).....	536
Curso clínico.....	52	Policías francesas y española detienen á vendedores de cocaína. (Las).....	315
— de enfermedades del aparato digestivo del niño	195 y 364	Pro cultura. (Subvenciones á las Universidades)....	220
— de Neuropatología y Psiquiatría.....	411	Profesor de Zaragoza á París. (Un).....	555
— de ortopedia de M. Calot, en París.....	556	Pro-tuberculosis.....	51
Curso de Patología Quirúrgica	660	Pueblo que se ocupa de sus vecinos. (Un)	28
— libre de Neuropatología y Psiquiatría.....	388	Real Academia de Medicina de Murcia.....	680
— — en el Hospital de la Princesa.....	363	— — Nacional de Medicina	460 y 484
— gratuito.....	484	— Colegio de Farmacéuticos de Madrid.....	556
		— Dispensario Victoria Eugenia	508

áginas

y 580
196
172
172
243
268
483
387
292
412
172
387
244
123
508
315
459
171
268
171

555
632
580
220
123
508
411
340
632
579
436
196
220
363
52
436
604
364
364
387
147
631
76
412
219
292
99
292
220
536

147
196
172
484
579
100
632
532
388
388
387

580
632
171
580
387
536

315
220
555
51
28
580
484
556
508

Páginas.

Rectificación.....	631
Religiosas enfermas.....	28
Renuncia.....	412
Retrato de Cajal.....	536
Rusia. Informes oficiales. (La situación de)....	100 y 268
Sanidad. (Del presupuesto de).....	124
— Militar.....	411
Sanitaria. (Divulgación).....	124
Servicios públicos de la Mutualidad obrera.....	508
Sindicato médico de Madrid.....	460 y 483
Situación sanitaria en la Ukrania meridional (La)...	580
Sociedad Española de Biología.....	508
Socorros Pérez de la Fanosa y señoritas Iglesias....	604
Soldados de cuota de Sanidad licenciados, son llama-	

Páginas

dos á filas nuevamente. (Los).....	579
Suscriptores. (A nuestros).....	267, 532, 580 y 604
Tifus (El).....	52 y 99
— en Chiclana. (El).....	555
— y en pro del tifus. (Contra el).....	148
— y la peste en Esmirna. (El).....	292
Tisiología. (Escuela Española de).....	484 y 536
Tóxicas. (El tráfico de substancias).....	148
Tuberculosis. (Contra la).....	244
Ultimo retrato de Cajal.....	660
Un caso vergonzoso.....	660
Víctimas del deber.....	195
Viruela en Sevilla. (La).....	28
Wintz en Madrid (El Dr.).....	538

ÍNDICE DE AUTORES

ALGALIA (Dr.): 42.

Alvarez Ude (Dr. D. Manuel): 106, 136, 159, 181, 205, 227 y 250.

Arroyo (Dr. Ramiro): 635.

Asambleísta (Un): 477.

BARAJAS y de Vilches (Dr. José María): 101.

Barrio de Medina (Dr.): 175, 527, 536, 574 y 631.

Barrio (Dra. Nieves G.): 20.

Bayod (Dr. Martín): 252.

Blanc Fortacín (Dr. José): 221 y 601.

Blanco (Dr. Julio): 441.

Busto (Dr. Alvarado del): 70.

C.: 383.

Calandre (Dr. Luis): 293.

Calvache (Pilar): 73, 386 y 659.

Carlán (Decio): En todos los números.

Carrasco (Dr.): 33, 128, 485 y 512.

Castresana (Dr. B.): 133.

Cobo Martínez (Dr. T.): 275.

Conde López (Manuel y Fernando): 70, 97, 122, 145 y 167.

Cortezo (Dr. Carlos M.): 1, 29, 53, 77, 125, 143, 149, 262, 335, 550, 576 y 602.

Cortezo (F. Javier): 191, 289, 310, 358, 409 y 455.

Crespo (Dacio): 627.

Cuesta Urcelay (Francisco): 105.

D. C.: 651.

Decref (D. Joaquín): 272 y 299.

ECHEVARRIA (Dr.): 406.

Escome (Dr. Edmundo): 85.

FEDRIANI (Ignacio): 269, 296, 323, 346, 372 y 399.

Fernández Sanz (Dr. E.): 437.

Fernández Victorio (Dr. A.): 633.

F. J. de S.: 431.

Francos Rodríguez (J.): 144.

Forgue (Profesor): 152 y 176.

Fuejo (Dr. B.): 35, 61 y 86.

GARCIA del Real: 464.

García Donato (Dres. J. y V.): 610.

García Martínez (Federico): 636.

Gil y Ortega, (D. Bernardo): 584.

González Campo (Dr.): 10.

Grasa de Camis (D. Santiago): 317.

Gresa de Mirambell (Dr. Aniceto): 317 y 345.

Gret (Dr. Luis G.): 415.

Guardia (Dr. Jorge de la): 82 y 110.

HERGUETA (Dr. D. Simón): 392.

Hernández Briz (Dr. Baltasar): 435 y 472.

Hernández Ibáñez: 61.

Hernández Masip (Dr.): 575.

Hernando (Dr. D. Teófilo): 442, 468, 493, 517 y 542.

Herrera (Fidelio): 575.

Huertas (Paco): 166.

ISCODESCO (H.): 319.

JIMÉNEZ López (Celso): 249 y 420.

Juarros (Dr. César): 20, 94, 138, 215, 239, 263, 327, 581 y 614.

LABBÉ (Dr. Marcelo): 202.

Lafora (Dr. Gonzalo R.): 463.

Lapiente é Ibarra (Alfredo): 478.

Lasbennes (Luis): 194, 291, 386 y 604.

López Durán (Dr. D. Baudilio): 488.

López Prieto: 456.

Luengo (Enilio): 305, 351, 401, 423, 496 y 617.

Luengo Marcos (Pablo): 430.

MAESTRO Ciruela (El): 288.

Marañón y Posadillo (Dr. D. Gregorio): 15, 39, 339, 417 y 605.

Marín Amat (Dr. Manuel): 197, 224 y 288.

Márquez (Manuel): 154.

Martín Salazar (Dr.): 118, 361 y 629.

Martínez Vargas (Dr.): 413 y 557.

Méndez (Julio): 72.

Mesonero Romanos (E.): 363.

Muñoz Antuñano (Luis): 90.

Muñoz del Castillo (José): 509 y 586.

Muñoz Urrea (Dr. F.): 4.

NAVARRO Cánovas: 173.

Noorden (Profesor Carlos V.): 365 y 510.

PARACHE (Dr.): 341.

Parra Eytier (José): 313 y 641.

Partearroyo (Dr. F. R. de): 369 y 395.

Peña Chavarria (Antonio): 420.

Pittaluga (Dr. D. Gustavo): 15, 39 y 238.

Plaza (Arsenio): 131 y 560.

Pulido (Angel): 215, 598, 625 y 654.

Pulido y Martín (Dr. Angel): 598.

RAMÓN y Cajal (S.): 184.

Ribón (Dr. Víctor): 249, 420 y 533.

Rodríguez Pinilla (H.): 461.

Rosell (Dr. José María): 7.

Rubiera (Celestino): 538.

SÁENZ de Santa María y Marrón (Dr. R.): 200.

Sánchez Grangel (F.): 421.

Schlayer (Dr. C. R.): 13.

Slecker (Dr. E.): 489 y 515.

Suñer (Dr.): 540 y 565.

TURRO (Dr. R.): 606.

VAGO (Dr. Carlos A.): 562.

Vallejo de Simón (Dr. Antonio M.): 245, 277 y 301.

Vazque Lefort: 687.

Verdes Montenegro: 439.

Villaverde (José María de): 56.

Villegas (Ramón): 104.

WERNER (Dr. Paul): 155.

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano 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. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	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.
	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: Cajal. Su personalidad, su obra, su escuela, por el Dr. Carlos María Cortezo.—Algunas cuestiones relacionadas con la extracción *in toto* de la catarata por el método de la facoerisis de Barraquer, por el Dr. F. Muñoz Urra.—La proteinoterapia parenteral en las enfermedades del aparato digestivo y nociones generales sobre esta terapéutica de estímulo celular, por el Dr. José María Rosell.—Hiperclorhidria y úlcera péptica, por el Dr. González Campo.—Acerca de la uremia, el edema y su tratamiento, por el profesor Dr. C. R. Schlayer.—Estado actual de la doctrina de las secreciones internas, por el Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo.—**Periódicos médicos.**—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Remitido.—Cómo se fundó y lo que es en la actualidad la Mayo-Clinic (Norte América), por la Dra. Nieves G. Barrio.—Homenaje á Cajal.—**Academias y Sociedades:** Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sociedad Española de Higiene.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios

CAJAL

Su personalidad, su obra, su escuela ⁽¹⁾

POR EL

DR. CARLOS M.^a CORTEZO

Tratemos de dibujar el esquema de la corteza cerebral general ó fundamental, de acuerdo con los datos proporcionados principalmente por las investigaciones de Cajal, con objeto de poder comprender más claramente la sin par complicación de esta parte del sistema.

Se describen hoy en la corteza cerebral del hombre y mamíferos cuatro zonas concéntricas esenciales, aunque algunos autores, demasiado detallistas, han señalado hasta siete. Estas cuatro zonas son, de fuera á dentro, la *zona molecular*, la de las *pequeñas pirámides*, la de las *grandes pirámides* y la de los *corpúsculos polimorfos*.

Después, inmediatamente, aparece la substancia blanca. En realidad esta división resulta algo arbitraria porque las zonas 2.^a y 3.^a no tienen límite preciso, sino que las pirámides van creciendo de tamaño de la periferia al centro, sin que pueda decirse con exactitud dónde terminan las pequeñas y dónde empiezan las grandes pirámides. En cambio las zonas 1.^a y 4.^a se limitan con facilidad.

Zona molecular.—Encontramos en ella, al lado

de algunos elementos neuróglícos, dos clases de células nerviosas; las *células poligonales* y las células especiales de la corteza, descubiertas por Cajal (*células de Cajal*), cuyas expansiones son larguísimas y corren paralelas á la superficie cerebral, apoyándose en las ramas terminales de las pirámides, las cuales aparecen cubiertas de espinas con el único objeto de asegurar un mejor contacto. En esta primera capa se observa un fieltro de fibras tan apretado, que constituye un ejemplo clarísimo de la transmisión de los impulsos por contacto, porque á través de los intersticios de dicho fieltro pasan los penachos ascendentes de las células piramidales que acaban ramificándose en la misma zona molecular, contribuyendo así á hacer aún más tupido el fieltro fibroso.

Zonas de las pequeñas y grandes pirámides.—Hemos dicho que se confunden insensiblemente y también conocemos ya, el paradero de las expansiones protoplásmicas ó dendritas de estos elementos. En cuanto al cilindro eje, sigue una dirección descendente, y después de emitir en su trayecto seis ú ocho colaterales en plena substancia gris, llega á la substancia blanca donde se continúa con un tubo nervioso único, ó bien se bifurca, originando dos.

Zona de las células polimorfos.—El cilindro eje de las células de esta zona, que es lo que nos interesa, compórtase en general como el de las pirámides.

Substancia blanca.—Consta de cuatro especies de fibras, á cual más importantes: *fibras de proyec-*

(1) Véase el número anterior.

ción, fibras de asociación, fibras callosas ó comisurales y fibras centrípetas ó terminales. Todas estas fibras, de función y trayecto tan distinto, pero cuyo aspecto morfológico es igual en unas y otras, aparecen confundidas en los mamíferos de gran talla, pero sobre todo en el hombre, por lo cual resulta absolutamente imposible determinar por la observación directa, su origen y su terminación. Para ello hay que recurrir á pequeños mamíferos, al ratón, por ejemplo, donde se puede conseguir ese objeto estudiando cortes microtómicos gruesos.

Las fibras de proyección nacen en todas las regiones de la corteza, convergen en el cuerpo estriado al que atraviesan para penetrar finalmente en los pedúnculos cerebrales; suelen emitir una colateral al nivel del cuerpo calloso y otras en el cuerpo estriado.

¿Cuál es la procedencia celular de las fibras de proyección? Según Monakow y otros autores, proceden exclusivamente de las grandes pirámides, y de las pequeñas arrancarían las fibras de asociación y las callosas. Las observaciones de Cajal demuestran, sin embargo, que las fibras de proyección dimanarían igualmente de pirámides grandes y pequeñas y hasta de algún corpúsculo polimorfo. Microscópicamente es imposible ver dónde terminan las fibras de proyección; pero la anatomía patológica enseña que una buena parte de ellas (por lo menos las nacidas en la *región motriz* de la corteza cerebral), forman la llamada *vía piramidal*, camino descendente de las incitaciones motoras voluntarias.

Fibras de asociación.—Constituyen la masa principal de las fibras que componen la sustancia blanca cerebral y están en relación directa con el número y la complicación de las circunvoluciones cerebrales, ó dicho de otro modo, con la cantidad de sustancia gris. Arrancan probablemente de las tres últimas capas de células de la corteza, y una vez en la sustancia blanca, se extienden horizontalmente por cima del cuerpo calloso, y penetran, después de un trayecto variable, en la sustancia gris de una circunvolución vecina ó en la de un lóbulo diferente, pero siempre en el hemisferio del mismo lado, terminando por arborización libre en la capa molecular, donde entra en contacto con penachos protoplásmicos diversos. Algunas de estas fibras se bifurcan, pudiéndose distribuir por dos ó más regiones apartadas del cerebro, y Cajal ha descubierto que desprenden finísimas colaterales ascendentes que van á la sustancia gris superpuesta. Puede afirmarse que la inteligencia, aparte de otras condiciones, está en relación directa del número y complicación de las fibras de asociación.

Fibras callosas.—Son de una extremada delicadeza, hasta el punto de parecer colaterales de cilindros ejes. Proceden de todos los parajes de la corteza de un lado y se terminan en todos los del otro, salvo la región esfenoideal de los hemisferios, donde las fibras callosas ó comisurales marchan aparte, constituyendo la comisura anterior. Pero se desconoce en absoluto el origen y terminación de estos conductores nerviosos. Según Cajal, algunas representan seguramente, colaterales de fibras de proyección ó de fibras de asociación.

Fibras terminales ó centrípetas.—Son fibras que llegan á la sustancia gris, ramificándose extensa-

mente y envolviendo con sus arborizaciones á las medianas pirámides; proceden quizá de focos sensoriales primarios (focos visuales del cuerpo geniculado externo y tubérculo cuadrigémimo posterior, foco sensitivo del tálamo óptico, etc.).

*
* *

La obra científica de nuestro histólogo en lo que se refiere exclusivamente al sistema nervioso (y téngase presente que los merecimientos de nuestro aragonés le hacen digno de todo encomio, en otros muchos diferentes aspectos de la ciencia), es tan extensa, que dar cuenta detallada de todos sus trabajos y descubrimientos, resultaría una empresa muy distinta de la que nos propusimos al comenzar la publicación de este libro.

Por otra parte, al lector que verdaderamente tenga interés en conocer con más exactitud todo lo que se debe á Cajal, le recomendamos con gran empeño y entusiasmo, convencidos de que una vez leído nos lo agradecerá, adquiera el libro de su autobiografía, «*Recuerdos de mi vida*», donde encontrará todos los datos que necesite y en el que disfrutará al leerlo de bellísimos párrafos de recia literatura é ideas originales, de pensador genial.

Vamos á cerrar, por lo tanto, la lista de los halazgos sobre el sistema nervioso debidos al histólogo español. Pasaremos por alto sus bellos estudios sobre la protuberancia, el bulbo, tálamo óptico y cuerpo estriado, sobre las vías ópticas (logrando demostrar definitivamente la existencia del haz ó cordón óptico homolateral), y, en fin, sobre todos los territorios del encéfalo, estudios llevados á cabo en el transcurso de cinco años de actividad febril (1899 á 1904) y que se encuentran reunidos en un libro de valor incalculable, titulado: «*Histología del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados*», obra magna, de tres tomos, con 1.800 páginas de texto y 887 grabados originales. Veamos lo que dice su autor á propósito de libro tan importante:

«El objeto de mi obra fué, desde luego, crearme permanente estímulo para el trabajo intensivo; en previsión de posibles horas de desaliento y de fatiga, quise atar deliberadamente mi voluntad, mediante formal compromiso de honor contraído con el público. Respondió, además, el citado libro á un egoísmo harto humano para ser inexcusable: temeroso del olvido y poco seguro de dejar continuados capaces de recordar y defender ante los extraños mis modestas adquisiciones científicas, tuve empeño en reunir en un todo orgánico, las monografías neurológicas publicadas durante tres lustros en revistas nacionales y extranjeras, amén de rellenar con nuevas indagaciones los puntos antes no tratados. Pero ante todo y sobre todo, deseaba que mi libro fuera—y perdónese el orgullo—el trofeo puesto á los pies de la decaída ciencia nacional y la ofrenda de fervoroso amor, rendida por un español á su menospreciado país!...»

Conocida la obra de Cajal en el extranjero, no tardó en recibir varias demandas de traducción y aceptó una francesa, hecha por su amigo, el histólogo Dr. León Azoulay, que apareció en 1911 y debe considerarse como obra nueva por haber sido corregida por el mismo Cajal y haber incluido en ella los nuevos descubrimientos que logró hasta esa

fecha de 1911. Esta edición francesa apareció en dos volúmenes de cerca de 1.000 páginas cada uno.

Esta edición, cuya expansión europea y americana ha logrado superar á la de la edición española de 1904, por razones de índole comercial y de facilidad de relaciones de la Francia con los países con que mayores las debiéramos tener nosotros por comunidad de idioma, además de las razones científicas, de mayor comprensión de asuntos y confirmación de investigaciones, ha dado lugar, decimos, á la especie corrida hace algún tiempo entre ciertos españoles y so-patriotas, de que las obras de Ramón y Cajal se estudiaban en la República Argentina y en otras americanas de habla española, en francés, cosa que puede suceder en España, hasta con *El Quijote*, del cual hemos adquirido ediciones inglesas, alemanas y de otros países, sea por la belleza de sus grabados, sea por la erudición de sus notas, ó sea por sus condiciones tipográficas.

Es evidente, que si los españoles habláramos menos y más pausada y reflexivamente, gozaríamos de un concepto más elevado del que gozamos ante los pueblos cultos.

* * *

Hasta el año 1903, podemos decir que Cajal se preocupó principalmente de confirmar en todos los sitios de la masa nerviosa, las articulaciones interneuronales por contacto. En cambio, desde esta fecha, su atención fué atraída de manera predilecta por el seductor problema de la organización íntima de la célula nerviosa y del cilindro-eje. El año 1903 debe ser citado como ejemplo de lo que fué la actividad del histólogo aragonés; nada menos que 14 comunicaciones, algunas equiparables por su volumen á libros, dió á la estampa en dicho año, cuya segunda mitad, él mismo considera como la cúspide de su actividad inquisitiva. Aquel año se celebró el *Congreso Médico Internacional*, en nuestra Corte y descubrió Cajal un procedimiento de coloración del armazón protoplásmico de la célula nerviosa, que lo mismo que su feliz modificación del método de Golgi, le permitió recoger abundantísima cosecha de hechos nuevos.

Desde antiguo, Max Schutze, Schwalbe, Ranvier y más tarde Dogiel, observaron en el interior de las células nerviosas una urdimbre compuesta de finísimas hebras de aspecto granuloso, que se prolongaban hasta el interior de las expansiones protoplásmicas ó dendritas. Los métodos existentes en aquella fecha eran incapaces de demostrar si tales sutilísimos filamentos constituyen red ó marchan independientes, si entraban en los axones y llegaban hasta las ramificaciones terminales, todo lo cual podría permitir juzgar si constituían vías intracelulares, especialmente diferenciadas para la propagación del impulso nervioso. Apathy, sabio húngaro, descubrió un buen método, pero que á más de ser de una complicación extraordinaria, era sólo aplicable á los invertebrados. Bethe halló otra fórmula de coloración, pero sólo producía preparaciones medianas.

Resuelto Cajal á encontrar un buen método de coloración de las neurofibrillas, se dirigió á las impregnaciones metálicas, guiándose en parte por los métodos de Simarro, primer autor que logró teñir las neurofibrillas mediante las sales de plata, é in-

troductor además en la técnica histo-neurológica de los reductores fotográficos (1). Tras innumerables tanteos y de regreso de un viaje de recreo por Italia, se le ocurrió la idea fecunda, que había de dar lugar al método.

En efecto, llegado á Madrid, puso manos á la obra y dió con la fórmula precisa, después de escasos tanteos, de la impregnación argéntica de las neurofibrillas, por el *método de nitrato de plata reducido*, que aventajaba por su rapidez y fácil ejecución y por sus constantes y bellos resultados, á todos los demás métodos conocidos.

Gracias á estas ventajas pudo Cajal recoger gran número de datos, antes que otros investigadores que como él estaban arduamente dedicados al estudio del esqueleto neurofibrillar. Como descubrimientos más transcendentales con este método citaremos la descripción de la disposición real de dicho esqueleto ó armazón, que se compone, no de un conjunto de hilos independientes, que pasarían desde el soma á las expansiones, según pensaban Apathy, Bethe y Belschowsky y en parte también Donaggio, sino de un retículo en donde se destacan dos clases de hebras; las *gruesas* ó *primarias* intensamente coloreables en café ó rojo pardo, y las *finas* ó *secundarias*, más debilmente teñidas y enlazadas entre sí y con las precedentes. En colaboración con su discípulo predilecto Tello, observó Cajal un hecho interesante, á saber: que *las neurofibrillas no forman un armazón estable y rígido, sino que representan algo vivo, mudable y susceptible de reaccionar, cambiando de aspecto en presencia de estímulos fisiológicos y patológicos*. Así, en el lagarto, las neuronas espinales, durante la fase de entorpecimiento invernal (acción del frío) muestran sus neurofibrillas como fundidas en gruesos cordones, en vez del fino retículo que se observa bajo la acción del calor de la estufa.

El método de impregnación argéntica por el nitrato de plata reducido, permitió también á Cajal comprobar todos los descubrimientos hechos con el de impregnación cromo argéntica añadiendo además algunos detalles nuevos.

Por último, reflexionando sobre las alteraciones observadas en las neurofibrillas del lagarto, bajo la acción de estímulos fisiológicos, como el frío y el calor, pensó Cajal que las condiciones patológicas darían lugar también á modificaciones del armazón neurofibrillar, esperando encontrar variaciones más ó menos típicas, susceptibles de ser aprovechadas en el diagnóstico de los procesos infecciosos del sistema nervioso.

Estas esperanzas confirmáronse plenamente por lo que toca á los centros nerviosos de los animales rábicos (perro, conejo, hombre, etc.), investigación llevada á cabo por Cajal con la colaboración de don Dalmacio García Izcara, jefe de la Sección de Veterinaria del *Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII*.

El mismo Cajal resume que «en la extensa monografía, consagrada al referido argumento, hago

(1) La probidad caballeresca de Cajal, no frecuente en los sabios de laboratorio, se ve una vez más en la escrupulosa exactitud con que describe los procedimientos de Simarro en su tratado de Histología y en los "Recuerdos de mi vida".

constar que, bajo la influencia del virus rábico, las células nerviosas de los ganglios, medula, bulbo, cerebelo, cerebro, etc., del conejo, cavia, perro, etc., pasan por las siguientes fases: *a)* aproximación de las neurofibrillas, que se disponen en haces apretados, dejando libres grandes espacios; *b)* desaparición de los filamentos secundarios y fusión de los haces en cordones macizos, sucesivamente más gruesos y menos numerosos; *c)* en fin, vacuolización del protoplasma, lateralización del núcleo, formación de nuevas dendritas (estado irritativo del retículo), multiplicación de los corpúsculos satélites, alteración varicosa y destrucción de los axones, transformación de los nidos nerviosos (cerebelo, medula, etc.).

Las citadas alteraciones del retículo se consideran como una reacción de este órgano celular bajo el estímulo de las toxinas lísicas, reacción comparable a la desarrollada por el retículo de los reptiles sometidos a la acción del frío.

En fin, considerando la precocidad de dicha alteración neurofibrillar, la constancia absoluta de su presentación en la rabia y su ausencia en otras enfermedades infecciosas, se estima la susodicha hipertrofia neurofibrillar como un seguro signo diagnóstico de la hidrofobia del hombre y animales. (Confirmado por Marinesco, que estimó la mencionada lesión como excelente medio de diagnosticar la rabia.)»

(Continuará.)

Algunas cuestiones relacionadas con la extracción «in toto» de la catarata por el método de la facoerisis de Barraquer

POR EL

DR. F. MUÑOZ URRÁ

Lab. inv. clín., Talavera de la Reina (Toledo).

Desde que I. Barraquer dió a conocer su proceder de extracción *in toto* de la catarata por medio de la ventosa, la cuestión ha interesado vivamente a los oftalmólogos.

Nosotros hemos asistido desde entonces a los Congresos españoles de Oftalmología, y en todos ellos se ha puesto el tema a discusión y siempre se han sacado las conclusiones siguientes:

1.^a Que el autor presenta interesantes aparatos y método operatorio, junto con una estadística brillantísima.

2.^a Que en general, los colegas combaten duramente el procedimiento, y, en cambio, no han hecho ni la menor estadística de facoerisis.

3.^a Que falta en todo el asunto algo de neutralidad y estudio serio y desapasionado.

Nosotros en ningún Congreso, cuando se ha hecho uso del citado proceder y se ha discutido, hemos dicho palabra alguna, y nos hemos propuesto, como siempre, nuestra sencilla máxima: ver, oír, callar y experimentar.

Hoy día puede ser que digamos algo de lo dicho y visto en nuestra práctica. Y con la mayor neutralidad de criterio y con plena y limpia conciencia exponemos nuestros resultados.

Desde hace algún tiempo venimos haciendo facoerisis

(las últimas treinta perfectísimas). Llevamos 190 operaciones en que la facoerisis ha dado resultados excelentes.

El año pasado publicamos la manera de obtener el vacío por el vapor enfriado. Dicho proceder fué también publicado en *Annales d'Oculistique* y en *Graefes Archiv. fur Ophtalmologie*. Algunos colegas extranjeros se interesaron por el sencillo proceder y me dirigieron cartas y preguntas de interés (de Como (Italia), Lieja, etcétera).

Produciendo el vacío como indicamos en aquel artículo (que vió la luz en *España Oftalmológica*, *EL SIGLO MEDICO*, *España Médica*, *Rev. Barcelonesa de Medicina*, un extracto en *Progresos de la Clínica*, etc., etc.), nos sucedía que unas veces obteníamos excelentes facoerisis, y otras, en cambio, la catarata se soltaba al pasar por el iris, sin duda por poca fuerza del vacío. Nos dimos a corregir tan doloroso defecto y obtener un vacío intenso y *totalmente seguro*. Obtuvimos pronto la completa resolución del problema. Consistía en lo siguiente: En el recipiente de cobre se debe poner *sólo 4 ó 6 c. c. de agua*. Se calientan y empieza a salir un buen chorro de vapor por la llave que lleva el tubo de goma. Debemos esperar a que el chorro de vapor empiece a decaer y casi desaparecer (señal de que ya no queda agua). Entonces cerrar la llave, sumergir en el agua fría, y se obtiene con una *absoluta seguridad* un vacío perfectísimo y capaz de hacer facoerisis perfectas en todos sentidos.

En nuestros primeros ensayos colocábamos bastante más agua en el recipiente de cobre, y sucedía que al hacer el vacío por inmersión en el agua fría, éste *decaía rápidamente porque parte del agua no evaporada se volatilizaba ante la presión negativa*. Es decir, que el vacío bajaba de intensidad rápidamente y la catarata no era atraída con la fuerza necesaria. *Bastó evaporar los 4 ó 6 gramos solamente para que el depósito quede sin agua y el vacío sea de una perfección y constancia absoluta*.

Desde que dimos con tan sencillo detalle *no hemos dejado nunca de realizar la facoerisis de manera perfecta*.

Resuelto, pues, el problema de la relativa inconstancia, he aquí nuestro proceder general, que difiere algo de lo preconizado por Barraquer y que es hijo de las circunstancias de no tener personal subalterno tan especializado como el del autor:

1.^o Antisepsia los días anteriores, con lavados, instilaciones, etc. (según gérmenes), y antisepsia el día antes, con clorhidrato de quinina, pomada de noviformo y cuidados generales.

2.^o Antes de la operación atropinizar el ojo para midriasis intensa.

3.^o Anestesia cocaínica-adrenalina corriente. Blefarostato. Queratotomía usual (ni mayor ni menor). Iridectomía raras veces (muy pocas).

Si el paciente es tranquilo, se le hace mirar hacia abajo y se extrae la catarata por facoerisis correctamente.

Si es algo inquieto, se le pinza la conjuntiva (parte inferior) y se coloca el globo en posición correcta. Facoerisis también fácil.

Detalles.—Preferimos la presión de las válvulas con el pulgar. La rotación de la catarata, sacando antes el borde izquierdo.

Reposición (casi siempre automática) del iris. Anti-sepsia final, con pomada de sublimado, ó sublamina. Nada de eserina. Una inyección de leche de 2 c. c. en el brazo. Vendaje corriente, más bien flojo. Levantar la cura á las cuarenta y ocho horas. Pronto incorporar al enfermo. A los cinco ó seis días, curación completa.

Cosas que sorprenden en la facoerisis.—1.^a La facilidad de la extracción y de la operación (en contraposición de lo afirmado por quien no hace este método operatorio).

2.^a El mayor tamaño de la catarata (ya que se extrae todo el aparato cristalino y no queda la menor masa ni residuo dentro del ojo).

3.^a La perfecta negrura de la pupila (sorprendente y agradabilísima para el operador, que no tiene que hacer nada de cucharillas, etc.).

4.^a La rápida iridodonesis (á la primera cura, señal de la libertad completa del iris, y hecho casi desconocido en la extracción corriente, en que el iris siempre queda algo aglutinado con masas, etc.).

5.^a La perfecta integridad del aparato ocular en general (la pupila queda más negra que en el sujeto normal, puesto que faltan los reflejos del cristalino y los reflejos seniles tan corrientes, y no se ve nada de colgajos capsulares, masas, etc.).

Nosotros siempre venimos haciendo facoerisis. Aun en los casos en que ésta no era posible (al principio por las cosas antes dichas del vacío) nada perdíamos con el intento. Estamos seguros de que la facoerisis es muy preferible á la extracción corriente y habitual y que

1.^o Debe ser utilizada como elemento de perfeccionamiento y de mayores garantías y resultados, y

2.^o Se debe luchar siempre contra los hábitos modificables y contra el partidismo desconocido en la verdadera ciencia.

Nuestros ensayos y operaciones han sido finalizadas con investigaciones de laboratorio.

Examen de las cataratas.—Presentamos en la fig. 1.^a una sección de una catarata extraída por facoerisis. Se aprecia claramente la cápsula (A), las masas blandas (B) y el núcleo duro. La facoerisis ha dejado una pupila negra perfecta y una agudeza visual de 1. Si se hubiese operado por el método corriente entonces toda la cámara se hubiere llenado de masas difíciles de extraer en totalidad y seguramente culpables de visión menos fina que la obtenida.

En la figura 2.^a presentamos una sección de una catarata operada por el proceder corriente. Nada de cápsula, ni de masas que se quedaron dentro del ojo. Sólo existe el núcleo duro central y algunas masas periféricas dehiscentes. El microscopio dice que en este caso se queda *casi media catarata dentro del ojo* destinada á reabsorberse lentamente y con las secuelas conocidas por todos los oftalmólogos.

Examen del proceso ciliar.—Una de las cuestiones más interesantes y por la cual ha sido combatida la facoerisis ha sido por producir en los días siguientes á la

operación y á veces bastante después, formas de ciclitis especiales sin exudados por lo general, de formas lentas y que poco á poco van desapareciendo sin otra moles.

Fig. 1.^a

Catarata hiper-madura operada por facoerisis.

A.—Cápsula.
B.—Masas blandas.
C.—Núcleo duro.

Co₃ Ag. (200 diámetros).

tia que tener preocupados á médico y cliente durante un par de semanas.

El interés de este trabajo estriba en este hecho afortunado. Operamos á un viejo por facoerisis. A los ocho días y ya de alta y con una ligera ciclitis fallece en el hospital por neumonía. Le extraigo el globo

Fig. 2.^a

Catarata operada con quistotomía.

A.—Masas periféricas dehiscentes.
B.—Núcleo duro.

Co₃ Ag. (200 diámetros).

operado, le preparo y le secciono é investigo en el ciliar las causas del proceso. Resulta un hecho de especial interés en este asunto.

Verdaderamente faltaba la explicación cierta y segura de estos procesos ligeros de ciclitis ocurridos después de la facoerisis. Digamos desde el principio que también en las extracciones simples se presentan algunas veces estos mismos procesos de ligera inyección ci-

liar, dolorimiento á la luz y por la noche, sensación de cuerpo extraño, etc., y que lentamente desaparecen sin dejar el menor rastro y permitiendo perfecta agudeza visual. Por lo demás, el proceso examinado despacio resultaba algo desigual. Unas veces es un enfermo que operado por facoerisis en los dos ojos sólo ha presentado ciclitis en uno de ellos. Otras veces ha sido un ojo operado corrientemente y ha presentado ciclitis, y después el otro operado por facoerisis no ha tenido novedad, etc., etc. Es decir, que existe siempre una gran desigualdad entre la ejecución de la facoerisis y la presentación de la ciclitis postoperatoria.

Descontábamos desde luego la participación microbiana, ya que el proceso carece de edemas, enturbiamientos, secreciones, fusión purulenta, etc. Quedaba, por tanto, la explicación de las tracciones de las fibras zonulares malamente adaptable por carecer de datos objetivos.

Nuestras preparaciones microscópicas nos ilustraron sobre el hecho, que puede condensarse en estas palabras: *En el período senil el aparato vascular del ciliar degenera* y las paredes de los capilares presentan degeneraciones estructurales seniles más acentuadas en unos sujetos que en otros. *La tracción de las fibras zonulares, hace que estas cubiertas vasculares se rompan y se presente lo que terminantemente presentan nuestras preparaciones.*

Los vasitos rotos producen una hemorragia intestinal en bloques alargados y no muy extensa por las tramas

Fig. 3.^a

Proceso ciliar después de facoerisis (despigmentado artificialmente).

A.—Ectasias vasculares.

B.—Hemorragias por rotura de vasitos.

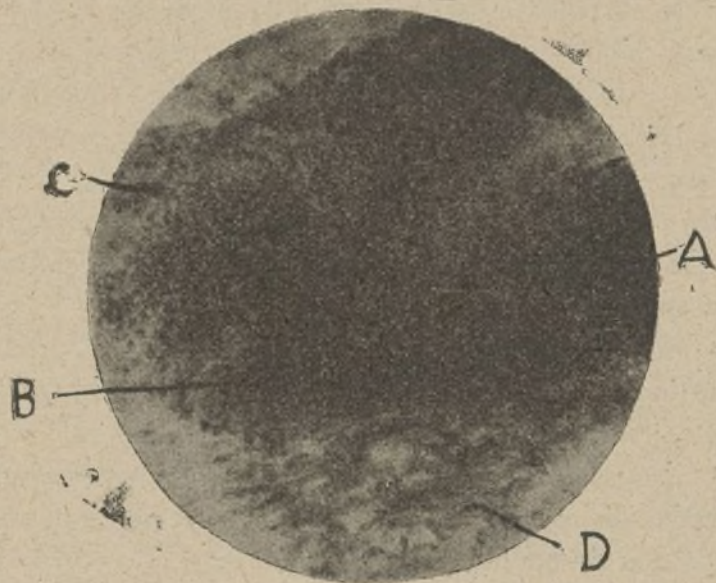
H. eosina (15^o diámetros).

conjuntivas, las fibras musculares y la presión interna ocular. *Esta hemorragia produce una flegmasia sin gérmenes* por irritación focal de las terminaciones sensitivas del ciliar tan abundantes (interesantes detalles de este proceso verán la luz en *Revista Cubana de Oftalmología* y en *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*).

La lesión química de los derivados de la hemoglo-

bina es la causa de la irritación ciliar que pasa gradualmente hasta quedar terminado el proceso sin restos del mismo (siempre que haya sido un proceso aséptico).

En las figuras 3.^a y 4.^a presentamos microfotografías de interés acerca de este proceso rápidamente expuesto.

Fig. 4.^a

Vasos del proceso ciliar (después de facoerisis).

A.—Vaso con degeneración de las paredes.

B.—Vasito roto

C.—Hemorragia intersticial.

D.—Estroma del ciliar con elementos sanguíneos en infiltración.

H. eosina (500 diámetros).

Conociendo estos detalles, fácil es comprender por qué este proceso se presenta con irregularidad (según sean las paredes de los vasos) y cómo es posible, hasta que un ojo se comporte de distinta manera que el congénere. También se comprende fácilmente que sea la facoerisis más expuesta á producir esta lesión que no la extracción simple que hace escapar el núcleo duro resbalando y sin ejercer tracciones zonulares. Los casos de ciclitis producidos en la extracción simple podían achacarse bien á las tracciones del quistotomo ó á las presiones necesarias para expulsar la lente, que á veces han de ser algo violentas para la región ciliar.

En cuanto al tratamiento del proceso ciclitico nos ha bastado siempre la atropina y las inyecciones de leche cada cuatro días (de 2 á 5 c. c.). Muchas veces la inyección que ponemos antes de la operación puede ser beneficiosa para mejorar y hasta prevenir quizás la parte flogósica favoreciendo la reabsorción de la hemorragia intersticial (1).

Ahora bien: ante este proceso *difícilmente evitable*, puesto que depende de la testura vascular imposible de conocer antes de operar, ¿convendrá olvidar la facoerisis? ¿No serán acaso más los perjuicios que las ventajas? ¿Correremos las molestias de estas ciclitis asépticas ante el éxito de la extraordinaria agudeza visual y la completa extracción del cristalino?

Apresurémonos á confesar que nuestra opinión es

(1) Tenemos buena experiencia de las inyecciones de leche en estos asuntos. En cambio, en los procesos infectivos (úlceras, panofthalmias, ciclitis supuradas, etc.), no son tan estimables. A este fin creemos que no conviene todavía dar como constante los grandes éxitos de los preconizadores y entusiastas de este proceder terapéutico.

completamente favorable para el proceder operatorio citado. En todos nuestros casos la ciclitis ha sido benigna, no ha proporcionado trastorno final ninguno, no ha producido masas ni depósitos, ni ha durado más de un par de semanas, siendo verdaderamente molesta, lo más tres ó cuatro días. Después las inyecciones de leche han curado siempre y muy rápidamente el proceso.

Por lo tanto, ante estos datos, nosotros hemos decidido operar todas las cataratas por extracción total, con lo que el enfermo quedará finalmente mucho más agradecido. No nos explicamos el negar por sistema a los reaccionarios, que experimenten y que lleven sus cataratas á la platina del microscopio. Véase la fig. 1.^a y 2.^a, ambas de parecidas cataratas. La extraída por facoerisis ha salido completa y grande. La otra, sólo se ha extraído el núcleo duro y ha quedado dentro del ojo las masas (enorme cantidad quedan siempre detrás del iris), y la cápsula. En el trabajo que antes hemos mencionado hacemos detenido estudio acerca de la importancia de la cápsula. Todos los autores se repiten en otorgar al *epitelio capsular* un buen papel activo para la formación de la catarata secundaria. En realidad, hay un error en esta apreciación. La verdad es esta. La cápsula es totalmente homogénea, *sin testura y sin epitelio*. El epitelio que produce la catarata secundaria por proliferación del mismo y que llega hasta tapizar toda la cámara, pertenece y es el *epitelio anterior del cristalino* que está íntimamente unido á la cápsula. Por esto los autores están confundidos. En realidad, si fuese posible separar el epitelio cristalino de la cápsula, importaría poco dejar dicha cápsula dentro del ojo, porque ella no puede producir jamás trastorno alguno.

En cambio, al hacer la quistotomía dejamos dentro del ojo el *epitelio anterior*, que luego produce la catarata secundaria. Y por si esto no fuera bastante, resulta que, además, quedan sembradas en toda la cámara anterior multitud de grupos celulares hipertróficos y procedentes de la proliferación del epitelio anterior, hecho existente en casi todas las cataratas, y acerca de lo cual apenas nadie ha fijado la atención (1).

Resulta, por tanto, que la extracción por quistotomía deja dentro del ojo las masas con semillas epiteliales, la cápsula siempre inerte, y finalmente, el epitelio anterior, verdadero elemento patológico. En cambio, la extracción total extrae todo el aparato lenticular completo, con masas, acúmulos epiteliales desprendidos y la totalidad del epitelio anterior.

Véase, por tanto, la importancia biológica de la extracción total, verdadera operación completa, segura y ordenada, cuyo pequeño inconveniente antes citado, es fácilmente remediable con los medios distintos. Creemos también que el laboratorio con su estricta neutra-

(1) En cataratas extraídas por facoerisis hemos visto muchas veces, grupos de células epiteliales (hasta 100 y 200 elementos), sueltas entre las masas blandas y á veces penetrando en el núcleo duro. También hemos descubierto entre estas masas y células epitelioideas bastantes leucocitos polinucleares. ¿Cómo han penetrado estos elementos? ¿Qué papel representan estas proliferaciones del epitelio, que se disgregan y siguen proliferando? Ello merece posteriores y detenidos estudios. Por ahora mencionamos el hecho que puede tener un extraordinario interés.

lidad y datos objetivos aboga completamente en favor de las extracciones totales de la catarata.

Nosotros en estas líneas hemos hecho fiel reflejo de nuestro modo de obrar:

- 1.º Acerca de la perfecta obtención del vacío.
- 2.º Acerca de nuestra técnica.
- 3.º Exponiendo los datos del laboratorio en las cataratas operadas.
- 4.º Indicando las lesiones del ciliar estudiadas en una necropsia.
- 5.º Indicando su perfecta terapéutica.
- 6.º Exponiendo los apoyos hacia la extracción total proporcionados por la histología y los preparados histopatológicos.

De todo ello nosotros hemos adoptado la extracción total como método preferente y ello ha sido después de una labor comparativa y lenta de datos y observaciones clínicas y de laboratorio.

Este trabajito no tiene la pretensión de que nadie cambie de parecer, pero sí tiene al menos el reflejo de un proceder totalmente neutral é independiente en el estudio de la *cuestión científica* de la facoerisis. Si todos fuésemos neutrales ante la ciencia médica, ganaría mucho el progreso humano y ello sería más fácil si ante los pequeños ó grandes hallazgos, tanto clínicos como de laboratorio, no figurase en la exposición de los mismos el nombre de los autores, que luego en realidad ello se convierte en verdadero punto vulnerable y combatible. Y que esto es una verdad tan grande, como las que anteriormente hemos expuesto en el curso de nuestro humilde y modesto trabajito.

Abril, 1922.

La proteinoterapia parenteral en las enfermedades del aparato digestivo y nociones generales sobre esta terapéutica de estímulo celular ⁽¹⁾

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA ROSELL

De Barcelona.

1.º Aumento de la actividad físico-química ó biológica protoplasmática, capacita la célula á mayor resistencia y defensa.

2.º *Todo estímulo que aumenta la actividad celular, aumenta también su irritabilidad*, es decir, que el estímulo siguiente necesita ser menos fuerte para producir la misma cantidad de función. Este segundo y muy importante postulado, ha de comprenderse para el tiempo que dura la reacción primera, y nos da la guía para la dosificación cuantitativa siguiente, según el intervalo de tiempo. Será menor en términos generales la dosis cuanto más próxima esté á la precedente: «Sumación de estímulos.» Varios estímulos de onda baja, *unterschwellige Reize*, que por sí solos no llevarían á la célula al esta lo de máxima terapéuticamente conveniente actividad, al sumarse durante el período de estado de más excitabilidad celular, dan el mismo efecto terapéutico, que un estímulo intenso; siendo este efecto de más larga duración, y ofreciendo aquel estímulo menos peligro de sobrep-

(1) Véase el número anterior.

sar los límites de acción terapéutica útil, al llegar al estímulo paralizante (ley de Arndt-Schulz).

3.º La dosis óptima y máxima de estímulo la marca teóricamente la que procure la máxima actividad celular, la que utilice toda la capacidad funcional de la célula; pero la dosis terapéuticamente práctica, debe estar algo más baja.

Las leyes sobre la irritabilidad de los tejidos estaban establecidas en la mitad del siglo pasado, pero los fundamentos de la terapéutica estimulante, es indudable que fué la escuela de Bier quien los creó, al establecer la oportunidad, por no decir la sabiduría, de las reacciones histológicas y establecer la doctrina de la hiperemia é inflamación curativa que forman la base de sus amplios sistemas de curación. Véase su obra clásica traducida en todos los idiomas: «La hiperemia como medio curativo», y que nosotros en sus aplicaciones para la medicina interna, estudiábamos en esta misma revista hace doce años (v. bibliografía).

Bier, al sentar la acción terapéutica útil y necesaria de una parte de los procesos de inflamación y de la misma fiebre, combatiendo de paso la terapéutica que predicaba la antiflogosis á todo trance, establecía que la mayoría de los medios que se empleaban y emplean para combatir las inflamaciones, lo hacen produciéndola ellos á su vez: revulsivos ó derivados cutáneos (cauterios, ventosas, moxas), ayer, compresas calientes, cataplasmas, termoforos, termo penetración, galvanización, helioterapia, yodo, trementina, inyección de sangre (proteína), hoy, y acabando al fin con la proteinoterapia actual, que lleva la reacción curativa en forma más adecuada y al sitio deseado.

Para el establecimiento de las dosis terapéuticas de las inyecciones de leche ó de proteínas, distingue los procesos inflamatorios crónicos de los agudos, ley que ya había definido el fundador de la escuela de terapéutica de Greifswald, Hugo Schulz, al dejar establecido por el experimento, que «un órgano enfermo se comporta ante un mismo estímulo, diferente de un órgano sano, y un órgano crónicamente enfermo, diferente de uno con inflamación aguda».

En la inflamación crónica la célula ha llegado á alcanzar casi el máximo de irritabilidad, próxima á la parálisis; pero también se aproxima al mínimo de capacidad de defensa y resistencia. Este tejido requiere las mínimas dosis de estímulo terapéutico para no llegar al estímulo paralizante.

La práctica nos demuestra á todos suficientemente la posibilidad de estos hechos y ello en muchas de nuestras intervenciones terapéuticas, así como también en la misma proteinoterapia, y por eso creemos conviene insistir bien sobre este punto, base para el éxito en la proteinoterapia. Una dosis de esta substancia que no da reacción alguna en el organismo sano ó sólo funcionalmente enfermo (puede casi utilizarse para distinguir en principio una alteración funcional de una lesión, y nosotros creemos haber obtenido prácticas orientaciones diagnósticas con este medio), dará en cambio, en un grupo celular enfermo, ó en un organismo anafilácticamente ó por infección ó por otra causa protoplásmicamente hipersensibilizado, reacciones locales ó generales de pequeña ó muy grande intensidad. Mas la reacción tiene siempre el carácter de hiperemia ó inflamación ó fiebre, que por ser sólo reaccional y pasajera deja aprovechar la parte útil sin el perjuicio de inflamación ó fiebre más intensa ó duradera de lo deseado, yendo además esta reacción terapéuticamente provocada seguida de los efectos propios y curativos del proceso de reacción histológica, como son: mayor actividad de la circulación, dilatación y más permeabilidad de los vasos (hiperemia, activación circulatoria y temperatura local), mayor actividad de las células leucocitarias y de sus múltiples funciones de defensa, de células plasmá-

ticas y de las células fijas del tejido conjuntivo (alteración, exudación, absorción, regeneración, neoformación de tejido y restitución celular á su estado coloidal normal primitivo, con posterior aumento temporal de defensa ó resistencia que caracterizan la inflamación). La proteinoterapia, como terapéutica en el sentido de provocar la reacción histológica curativa, poseería múltiples ventajas y en la mayoría de casos más potente, rápida y segura acción, que la mayoría de las otras terapéuticas, que persiguen el mismo objeto, como por ejemplo, las irritantes: trementina, no como abceso poco usado ya, de fijación, sino como inyección infrafascial ó intragluteal que tan notables resultados ha dado en los procesos anexiales blenorragicos, inflamatorios, sépticos y tumorales, y que entre nosotros ha empleado con mucho éxito en su especialidad ginecológica el Dr. Vilaplana, las de ácido fórmico, azufre, las de paladio coloidal, ú otros elementos de excitación protoplásmica y la mayoría de las de terapéutica física, quizá la del mismo radio, se atribuyen á las proteínas que forman y dejan libres, ya que Bier manifiesta (v. bibliografía), efectos positivos en neoplasmas con las inyecciones de proteínas, parecidos á los de radio en su efecto autolizante.

Esta terapéutica reaccional proteínica constituiría el estímulo más fisiológico que puede llegar á la célula, dispuesta, por su estado coloidal y naturaleza proteínica, sólo á recibir estímulos de esta naturaleza molecular. Sería la «copia literal de la que la naturaleza emplea», según expresión muy recientemente usada en esta revista por el doctor Marín Amat en sus tan prácticamente fundamentados é interesantes artículos sobre proteinoterapia láctea.

Pero creemos nosotros hay derecho á no aceptar como definitivas las explicaciones emitidas sobre el porqué de la acción terapéutica de las proteínas, pues si bien por los mecanismos que acepta la escuela de Bier se explicarían los efectos curativos locales, los muchos otros generales que se atribuyen á estos tratamientos: diuresis, aumento de la energía muscular y general, efecto antitóxico y antidótico, supresión de la fiebre, producción de fiebre, absorción de exudados, fusión de tumores, cambios sobre los valores globulares de la sangre, inmunidad preventiva, acción sobre hígado, ojos, etc., sobre casi todo lo imaginable á deducir de manifestaciones de cada nuevo experimentador de este medio, separados los hechos imaginados de los reales, requieren alguna explicación que se aproxime más á la de activación general del protoplasma de la escuela de Weichhard.

Elementos proteinoterápicos.

ANAFILAXIA

Ante el extenso uso que ha tomado la leche en la proteinoterapia, casi huelga hablar de los otros medios con que se practica. Casi puede decirse que se ha practicado con todas las proteínas conocidas, animales y vegetales, ya como proteínas completas, nucleoproteínas, fosfoproteínas ó parcialmente desintegradas: albumosas, deuterioalbumosas, propeptonas, etc. Igualmente se ha practicado proteinoterapia indirecta con diferentes cuerpos que se cree excitan la producción de proteínas, como paladio y otros cuerpos metálicos, mercurio, plata, cobre, coloidales ó no, con azul de metileno, ácido nucleínico, ó como terapéutica proteínica disimulada, extracto de cartílago (sanartrit), vacunas heterólogas y no específicas, sueros normales, gelatina, y por fin, terapéutica proteínica opoterápica, con extractos albuminosos de todos los órganos: hepáticas, cardíacas, reninas, por vía subcutánea, extractos que, fuera los de glándulas endocrinas de acción terapéutica opoterápica positiva, se consi-

deran, [bendita convergencia sintetizante], como una disimulada ó paliada proteinoterapia.

Las manufacturas de productos terapéuticos han proporcionado, dando más facilidad y seguridad en los medios empleados, multitud de específicos proteinoterápicos, la mayoría á base de alguna ó todas las proteínas de leche aisladas, esterilizadas y dosificadas, ú otros á base de leche natural esterilizada ó sin desnaturalizar, conservando los caracteres de albúmina viva. Aolán, oftalmosán, abijón, caseosán, sanartrit, yatren-casein, succimid, etc., son preparados bastante utilizados en la práctica de la proteinoterapia, y parece con todos ellos haberse obtenido resultados (1). Nosotros, por comodidad y más seguridad en la calidad de las leches, hemos usado general é indistintamente estos productos de leche preparados ya para ser inyectados.

La ventaja sobre la leche usual hervida, está indudablemente en la mayor seguridad, respecto á la calidad de leche, y sobre todo, por lo que respecta á algunos preparados en proporcionar la leche aséptica, pero no desnaturalizada por esterilización á las temperaturas que, como las de cocción, alteran el carácter de las proteínas y al igual el proceso de acidificación de la leche, según los trabajos de Riedel, de la Clínica Ginecológica de Freiburg, que ha estudiado este punto, estas influencias, cocción y acidez, alteran las cualidades biológicas y moleculares de las albúminas haciéndolas menos apropiadas para la terapéutica. Una mayor posibilidad de acción ó acción quizá de carácter más extenso, parece esperarse de las mezclas heterogéneas de distintas albúminas ó hasta de leches de distintos mamíferos.

Pero el hecho cierto es que la leche, cualquiera que sea, produce efecto terapéutico positivo. Las proteínas de la leche y las de uteroalbumosas, serían, según Riedel y también según parece enseñar la práctica, las proteínas que por su composición molecular (ausencia de ciertos grupos moleculares como la glicocola de las serinas y globulinas de difícil desintegración y otros grupos de acción paralizante más apropiadas para la proteinoterapia parenteral, por ser las más accesibles á los productos cimasicos de la célula, especialmente en estado no desnaturalizado, como lo demuestran estudios sanguíneos de lactantes.

Reacciones anafilácticas ú otras reacciones fuertes deseadas ó no, se presentan, á juzgar por las diferentes comunicaciones, con distinta frecuencia. De algunas clínicas comunican, que después de miles de inyecciones no han tenido reacciones anafilácticas, otras notifican un por ciento relativamente muy pequeño. Nosotros podemos decir, que reacción anafiláctica verdadera, con verdadero *shoc* anafiláctico, hemos tenido un solo caso en unas 250 inyecciones que hemos practicado, que presentó síntomas algo aparatosos durante algunas horas. Reacciones febriles las hemos observado muy frecuentemente, más que á la primera, á la segunda ó tercera inyección, lo que atribuimos á no haber disminuído la dosis de leche inyectada é inyectar antes de haber cesado la reacción de la anterior que en algunos casos dura, según se puede seguir por los análisis leucocitarios, veinticuatro horas ó menos, y en otros, tres hasta cinco días. Indudablemente, las inyecciones intravenosas hoy muy poco usadas, daban mayores reacciones que las intragluteales. Aplicando las primeras inyecciones en un segundo período de tratamiento, si han transcurrido más de diez días de la última inyección del primero, en forma fraccionada, Besredka-Neubert, algunas gotas pri-

mero y el resto en fracciones de cinco á diez minutos, parece poder alejarse bastante la probabilidad de reacción anafiláctica.

Weichhadr, que especialmente ha estudiado el problema de anafilaxia en la proteinoterapia y con las distintas proteínas, especialmente en la primitiva forma de aplicación intravenosa (v. bibliografía), considera bastante alejado el peligro anafiláctico en la forma de inyección intramuscular y pregunta si las proteínas que mayores probabilidades encierran de dar reacción anafiláctica, no son también las que pueden provocar más efecto curativo. Aconseja en casos en que pueda por alguna circunstancia aguardarse reacción anafiláctica ó anafilactoide, empezar por una dosis muy pequeña, por ejemplo, $\frac{1}{3}$ de centímetro cúbico de leche.

Publicaciones importantes de carácter general sobre proteinoterapia en los cuatro años últimos.

(En estos trabajos se encontrará consignada el resto de la bibliografía sobre proteinoterapia en los diferentes campos de la medicina.)

Rodolfo Schmidt: «El problema de la proteinoterapia.» Conferencia dada en el XXXIII Congreso de Medicina Internacional en Dresden y publicada en la *Medizin. Klinik*, núm. 27, 1920.

H. Lütke: «Sobre terapéutica con albumosas.» Clínica Médica de la Universidad de Würzburgo, *Berliner Klinische Woch.*, núm. 15, 1920.

Kaznelson, Paul: «Las Bases terapéuticas con los cuerpos proteínicos.» Universidad de Viena, *Ergebn. d. Hyg. Bakteriolog., Immunitäts, forch. u. exp. Therap.*, t. 4, núm. 249, página 2.081, 1920.

Weichardt, Wolfgang: «Sobre aumento de la actividad protoplásmica por estímulo no específico.» Instituto de Higiene de la Universidad de Erlangen, *Munch. Med. Wochenschr.*, t. 67, núm. 4, pág. 91-93, 1920.

Weichardt, Wolfgang: «Sobre activación de las funciones de la célula por medio de las medidas que aumentan su capacidad de trabajo.» *Deutsch. Med. Wochenschr.*, t. 47, número 31.

Seiffert, W.: «Investigaciones experimentales sobre proteinoterapia.» Departamento de Bacteriología del Ministerio de Salud Pública de Alemania, *Berl. Klin. Wochenschr.*, t. 58, núm. 31.

Loewenhardt, Felix E. R.: «Proteinoterapia. Sus resultados actuales y su futuro.» Clínica Médica de la Universidad de Halle, *Central blat.für in Mediz.*, t. 42, núm. 13, página 258.

Bier, August: «Inflamación que cura y fiebre que cura, en su relación con la terapéutica proteínica parenteral.» Clínica Quirúrgica universitaria de Berlín, *Munch. Med. Wochenschr.*, t. 68, núm. 6, pág. 163, 1921.

Bier, August: «Ensayo sobre tratamiento no operatorio de tumores con especial consideración de la proteinoterapia.» Clínica Quirúrgica de la Universidad de Berlín, *Munch. Med. Wochenschr.*, t. 68, núm. 14, pág. 415, 1921.

Hayek, Herman: «Sobre biología terapéutica proteínica.» *Wien. Klin. Wochenschr.*, t. 33, núm. 35, pág. 768 y núm. 36, pág. 798, 1920.

«La proteinoterapia.» Revista general. *Gazz. d. osp. e. d. clin.*, t. 41, núm. 16, pág. 177, 1920.

Kraus, R.: «Datos históricos sobre el problema de la heterobacterioterapia terapéutica proteínica.» Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires, *Munchener Med. Wochenschr.*, t. 68, núm. 38, pág. 1.228, 1921.

Zimmer: «Terapéutica de estímulo funcional.» *Berl. Kli-*

(1) Recientemente una casa de esta capital prepara, con el nombre de Tetraprotein, inyectables de distintas clases de leche cruda y albúminas heterogéneas, que parecen ser muy apropiados para este tratamiento.

nische Woch., núm. 20, 43 y 44, 1921. Clínica quirúrgica de la Universidad, Berlín.

Seiffert y Gildemeister: «La cuestión de la anafilaxia en la proteinoterapia.» Ministerio de Salubridad Alemana, *Berliner Klin. Wochenschr.*, núm. 24, 1921.

Lindig, Paul: «Modalidades de resistencia y aumento del rendimiento celular en su significado ante la infección y neoplasmas.» Clínica Ginecológica de la Universidad de Freiburg, *Munch. Med. Wochenschr.*, t. 67, núm. 34, página 982, 1920.

Behme, Kurt: «Investigaciones experimentales sobre la naturaleza de la acción de las inyecciones de proteína.» Clínica Ginecológica de la Universidad de Freiburg, *Deutsch. Med. Wochenschr.*, t. 47, núm. 21, pág. 583, 1921.

Rolly, Fz.: «Sobre moderna terapéutica de estímulo.» Policlínica Médica de la Universidad de Leipzig, *Munch. Med. Wochenschr.*, t. 68, núm. 27, S. 835-838, 1921.

Mach, Julius: «Sobre activación de protoplasma con proteína de leche.» Clínica Ginecológica de la Universidad de Giessen, *Munch. Med. Wochenschr.*, t. 67, núm. 34, pág. 983, 1920.

Lindig, Paul: «Sobre la dosificación en la proteinoterapia desde puntos de vista biológicos.» Clínica de Ginecología y Partos de Freiburg, *Deutsch. Med. Wochenschr.*, t. 47, número 21, S. 585, 1921.

Rohdenburg, G. L. and O. Krehbiel: «La dependencia del sistema endocrino de las reacciones glucémicas de la sangre con las inyecciones de cuerpos proteínicos.» Departamento de investigaciones de la Universidad de Columbia. Columbia univ. George Crochz spec. research. fund. *New York Americ. Journ. of the med. Sciences*, 162, núm. 1, S. 28, 1921.

Böttner, A.: «Sobre la acción del Collargol en comparación a la terapéutica con los cuerpos proteínicos.» De la Clínica Médica de la Universidad de Königsberg. (Med. Univ. Klin. Königsberg), *Munch. Med. Wochenschr.*, t. 68, núm. 28, pág. 876, 1921.

Cowie, David Murray and Roy Mark Grunthatz: «Estudios sobre la acción de cuerpos albuminosos no específicos en enfermedades.» Departamento de enfermedades infecciosas de la escuela de medicina de Michigan, 2.ª comunicación. Dep. A. pediatr. a. infect. dis. univ. of. Michigan med. School, and Arboz, *Journ. of med. research.*, t. 42, núm. 3, pág. 261, 1921.

Rosenthal, F. and P. Holzer: «Sobre la influencia del sistema nervioso vegetativo en el nivel de las aglutininas.» Contribución al estudio del mecanismo de mejora de función de los tratamientos con proteína parenteral. Clínica Médica de la Universidad de Breslau. Director profesor Minkoushly, *Berl. Klin. Wochenschr.*, Yg. 58, núm. 25, S. 675, 1921.

Voigt, J.: «Sobre el problema de la activación protoplasmática.» Estudia la farmacodinamia de la terapéutica de los coloides en su relación con la proteinoterapia, t. 27, núm. 4, pág. 175, 1920.

Baudenforgh: «Las manifestaciones anafiláticas en la terapéutica proteínica parenteral.» Clínica de Ginecología de la Universidad de Jena, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, t. 44, núm. 40, pág. 1.128, 1920.

Riedel, Rudolf: «¿Puede la introducción parenteral de caseína producir una acción de cuerpos proteínicos especialmente interna a base de sus cualidades físico químicas?» Clínica Ginecológica Obstetr. de la Univ. de Freiburg. (Frauenklin. Freiburg. i. Bz.), *Deutsch. Med. Wochenschr.*, t. 46, núm. 32, págs. 881-882, 1920.

Schulman, M.: «Tratamiento proteínico parenteral en la artritis con especial relación a las inyecciones de leche y

sus relaciones con la anafilaxia.» *Medical Record*, t. 98, núm. 2, págs. 47-52, 1920.

Putzig, Herman: «La activación del protoplasma en la pedatrofia.» (Atrofia infantil). Hospital de la Emperatriz Victoria de Berlín, *Berl. Klin. Wochenschr.*, t. 58, núm. 7, pág. 151-152, 1921.

Vochl, Julius: «Investigaciones clínicas y serológicas sobre proteinoterapia.» Clínica Ginecológica de Giessen, *Arch. f. Gynäkol.*, Bol. 114, H. 3, pág. 501-534, 1921.

Epstein, Berthold: «Las reacciones biológicas consecutivas a la aplicación parenteral de cuerpos proteínicos.» Clínica de niños de la Universidad de Berlín. (Univ. Kinderklin, Berlín). *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bol. 95, H. 1/2, páginas 52-63, 1921.

Frisch, A. und W. Starlingez: «Investigaciones hematólogicas físico-químicas referentes al problema de la activación pretoplásmica.» Clínica Médica de la Universidad de Viena, *Zeitsehr f. d. ges. exp. Med.*, Bd. 24, H. 1/4, páginas 142-158, 1921.

Glasez y Buschman: «Sobre el problema de la dosificación en la terapéutica proteínica.» Hospital Augusto Victoria, Berlín, *Med. Klinik.*, t. 18, núm. 9, 1922.

Döllken: «Sobre terapéutica y patología en las enfermedades degenerativas.» Proteinoterapia en las enfermedades del sistema nervioso, *Berlin Klinik.*, vol. 3, núm. 38, 1920.

Freund, H. «Estudios sobre terapéutica de estímulo.» Instituto de Farmacología de Heidelberg, *Arch. für exp. Path. u. phar.*, t. 91, 1921.

La obra ya citado de Petersen y Filian y Müller: «Terapéutica proteínica y resistencia no específica.» New York, Mac Willan Company.

Hans Nuc. Universidad de Hamsburg: «Therapeutica de estímulo específico y no específico.» Kabitz, Leipzig, 1922.

Rosell: «La hiperemia terapéutica en medicina interna.» EL SIGLO MÉDICO, núm. 2.839, 1908.

Hiperclorhidria y úlcera péptica (1)

POR EL

DR. GONZÁLEZ CAMPO

Respecto a la acidez en el líquido gástrico de los ulcerosos me veo obligado a hacer una aclaración. En una estadística de 715 ulcerosos que publiqué en 1915, cinco años antes de mi Conferencia acerca de la probable identidad de la hiperclorhidria y la úlcera péptica, hice constar que había encontrado hiperclorhidria en el 96,2 por 100 de mis casos, por lo cual no es exacta la afirmación que hace mi buen amigo Hernando en su reciente discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina, de que tal estadística está hecha con arreglo a mi idea acerca de aquella *verosímil identidad*. Mi estadística es completamente desapasionada, exenta de prejuicios y basada en hechos observados personalmente, según podrá comprobar quien quiera no conformarse con citas de este trabajo hechas por mí en otros posteriores, sino tomándose la molestia de leer íntegro aquél, publicado en los números de Mayo de 1915 en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Yo, como los demás, unas veces acierto y otras yerro,

(1) Véase el número anterior.

pero no subordino los hechos á las teorías, sino que procuro deducir éstas de los hechos.

El otro punto en que debo insistir es el siguiente: muchos enfermos de distintas dolencias digestivas ó correspondientes á otros órganos son hiperclorhídricos en el sentido químico, porque si les analizamos el contenido del estómago hallamos una acidez clorhídrica superior á la que se considera normal, pero no tienen síndrome hiperclorhídrico; á esta hiperclorhidria objetiva, química, latente, sin síntomas, no la doy valor y no es á ella a la que me refiero al hablar de la úlcera por muchos motivos.

En múltiples ocasiones he encontrado cifras elevadas de ácido clorhídrico en el líquido gástrico de sujetos completamente sanos, como las encontraron otros varios autores. Además, la cifra de ácido clorhídrico de ese líquido es muy variable en estado de salud como en el de enfermedad. Hace la friolera de veintiún años expuse estos resultados encontrados por mí, así como copié las cifras de ácido clorhídrico tenidas como normales por distintos observadores, y estas cifras variaban tanto, que según los clínicos y el país en que habían llevado á cabo sus observaciones, oscilaban entre 1,2 por 1.000 como minimum (V. d. Velden) y seis como maximum (Seemann). Aunque esta última cifra no debe aceptarse sin grandes reservas, prescindiendo de ella encontramos como maximum la de 4 por 1.000 (Gerhardt).

Así, y á la vista de estos datos, individuos hiperclorhídricos para alguno de los clínicos que figuran en la lista copiada por mí en el artículo á que aludo y que con el título «Nuevas ideas acerca de la hiperclorhidria» apareció en la pág. 325 del volumen V de la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 1901, serían hiperclorhídricos para otros de los que allí figuran. Del propio modo, la extracción fraccionada del contenido del estómago nos hace ver cifras muy desemejantes de ácido clorhídrico en el mismo período digestivo según el momento en que recojamos el líquido, cuya acidez puede también variar de un día á otro en el mismo individuo con comidas iguales.

¿Cómo debemos interpretar la variabilidad del resultado obtenido por los distintos investigadores? sencillamente pensando que la cifra de ácido clorhídrico puede ser muy distinta en los diferentes sujetos y aun en el mismo según múltiples circunstancias y según el momento de la digestión en que se extraiga el líquido y se investigue la acidez. No hay razón para que las glándulas gástricas segreguen, como se ha dicho, en todos los individuos una cifra exactamente igual cuando no lo hacen las de otros órganos cuyos productos específicos varían dentro de límites más ó menos amplios. Además, el jugo gástrico que analizamos no es tal, sino una mezcla de él, de la comida de prueba que estimula su secreción, del líquido trasudado en la mucosa del estómago, variable probablemente según la concentración molecular del contenido, de la saliva y del moco que se degluten y, si no siempre, en ocasiones, de una parte grande ó pequeña del contenido duodenal que puede refluir al estómago por una especie de

regurgitación. Y siendo así, se comprende la diferencia de volumen y la diversa concentración clorhídrica que en cada caso ha de tener el líquido que recojamos del estómago. Por esto á la cifra de ácido clorhídrico que hallemos no la podemos conceder extraordinario valor, y la hiperclorhidria ó hipoclorhidria son cosas muy relativas que no pueden parangonarse con los síntomas subjetivos, con el síndrome hiperclorhídrico de significación clínica muy distinta y que como queda expuesto puede faltar en ocasiones en que se comprueba una exagerada proporción de ácido clorhídrico, al paso que en otras coincide con cifras muy bajas de acidez. ¿No es todo lo expuesto suficiente para quitar importancia á la hiperclorhidria en sí misma y para diferenciarla del síndrome hiperclorhídrico que resulta ser cosa distinta de aquélla y lo que en realidad tiene valor?

Se dice que el síndrome citado puede presentarse no sólo en la úlcera péptica, sino también en dolencias no gástricas ni duodenales, principalmente en la colecistitis y en la apendicitis. No me olvidé de señalarlo en mi conferencia y en el libro «La úlcera gástrica: su diagnóstico y tratamiento», aparecido en 1921. En la página 12 de este libro escribí: «También otras enfermedades abdominales, tales como la apendicitis y la colecistitis litiasica, pueden dar lugar á síndrome hiperclorhídrico; pero esto ocurre en el menor número de casos, y una exploración minuciosa y completa creemos que debe siempre descubrir estas enfermedades; además, coinciden con bastante frecuencia la úlcera y alguna de estas afecciones.» Es unánime la opinión acerca de esta coincidencia en algunos casos no extraordinariamente raros.

Si bien es exacto que el síndrome hiperclorhídrico puede observarse en la apendicitis y en la colecistitis, no se me negará por nadie que estas dolencias no se revelan sólo por ese síndrome como la úlcera cuando no da lugar á hemorragia; tienen síntomas y signos propios, y deben diferenciarse de la úlcera, aunque alguna vez nos sea difícil la diferenciación; por esto se estudia por todos los médicos y se consigna en todos los tratados el diagnóstico diferencial. Schmidt y V. Noorden dicen, sin embargo, que es excepcional la confusión de la litiasis biliar con la úlcera duodenal; así como Moynihan, de cien casos que diagnosticó de úlcera duodenal, encontró solo en tres, en lugar de la úlcera que pensaba, la colelitiasis. En esta última enfermedad, como en la apendicitis, podrá haber hiperclorhidria si se analiza el contenido gástrico, como la hay en muchos tuberculosos, hipertiroideos, y hasta en algunos cancerosos del estómago, como ocurría en varios que se han citado, algunos publicados por mí, y síntomas subjetivos gástricos, pero al hablar de úlcera é hiperclorhidria, me refiero y me he referido siempre, á los casos de síndrome hiperclorhídrico en que no hay más síntomas que los gástricos, por bien que se investiguen la región del apéndice y la de la vesícula y se interroge á los pacientes para descubrir datos que hagan pensar en la lesión de tales órganos.

Urrutia, en su Manual «Enfermedades del estómago» cuyo prólogo lleva la fecha de Agosto de 1920,

dice haber operado 16 enfermos en que el único diagnóstico posible era el de hiperclorhidria simple: dolores tardíos á temporadas desde hacía años, de una á tres horas después de las comidas, que cesaban por ingestión ó alcalinos, hiperclorhidria sin hipersecreción, tras tornos motores ni hemorragias visibles ni ocultas; en 15 halló úlcera gástrica ó duodenal, en uno apendicitis crónica con acodadura ileal, intensa congestión del antro y espasmo pilórico.

Moynihan manifiesta que la forma intensa de hiperclorhidria de repetición es siempre úlcera duodenal.

Urrutia está, dice, casi de acuerdo con esto, como le pasa á Hernando, que así lo expuso en una de las lecciones del curso de Patología digestiva, que él, Yagüe y yo explicamos de Enero á Abril del año corriente, y ambos dicen *casi* por creer que la mayoría de las veces el síndrome hiperclorhídrico indica úlcera y en una minoría acodadura ileal (Urrutia), apendicitis ó colecistitis (Urrutia y Hernando).

No se olvide que en estas afecciones se produce congestión intensa del antro, acabando, según Moynihan, por fraguarse ulceración secundaria.

A esto yo me permito observar que si es así y si, como se ha dicho, en los enfermos de apéndice y vesícula con síntomas de úlcera se encuentra enrojecimiento de la región pilórica, contracciones enérgicas de ella é infartos ganglionares á lo largo del estómago, es más que probable que con la lesión extragástrica coincida una úlcera secundaria ó primitiva que sea la determinante de los síntomas y signos gástricos, ya que no se me alcanza ninguna razón para que éstos no se manifesten desde los primeros tiempos de la enfermedad del estómago, cuando empieza á iniciarse la erosión que más tarde ha de convertirse en úlcera típica por acción digestiva del producto de las glándulas gástricas.

Además, y en lo que se refiere á la coexistencia de la úlcera y la apendicitis ó de la úlcera y la colecistitis, creo necesario hacer hincapié en que muchos investigadores admiten que, por mecanismo reflejo, las mentadas inflamaciones extragástricas son motivo de espasmos del estómago, sobre todo del antro, que por su continuidad determinan hiperemia y hemorragia y acaban por casionar una verdadera úlcera.

Yo no puedo estar conforme con aquellos que, como Urrutia mismo, dicen que toda úlcera con síntomas de años ha llegado ya á la serosa y *es siempre lesión palpable, visible y demostrable al más escéptico de los espectadores*. Así R. Schmidt sostiene que *el diagnóstico en la operación por inspección externa está sujeto á grandes causas de error*.

Afirmo categóricamente por haberlo visto en el curso de operaciones presenciadas aunque no practicadas por mí, y apelo para ello al testimonio de los cirujanos de larga experiencia, que existen úlceras antiguas que no han llegado á la serosa y, por lo tanto, que no son visibles sin abrir el estómago, estando localizadas en la mucosa, en ésta y en la submucosa ó en ambas y en la capa muscular. Claro está que son las menos, pues en la generalidad de los casos las úlceras añejas han invadido todas estas capas y además la serosa determi-

nando procesos de perigastritis que son los que dejan huella, pero no me parece que estemos autorizados para negar la existencia de úlceras que no se han exteriorizado.

Y por si no bastase la afirmación de haberlas visto en estas condiciones haré un breve razonamiento basado en la práctica quirúrgica. Nadie negará que las úlceras que se operan, en general son úlceras antiguas, tratadas infructuosamente mucho tiempo y casi siempre por varios médicos en etapas sucesivas con medios incruentos. Al poner al descubierto el estómago no siempre se ha encontrado visible y palpable la lesión, como lo prueba que se ha aconsejado por algunos cirujanos practicar un ojal en el órgano é introducir por él un gastroscopio para explorar la mucosa. Huelga decir que si la visibilidad de todas las úlceras fuese tan fácil como se ha dicho por simple inspección externa del estómago, no se habría preocupado nadie de discurrir otros procedimientos exploratorios menos sencillos que el examen visual simple.

Diré también que son ya muchos los casos publicados de enfermos con gastrorragias y otros síntomas de úlcera gástrica ó duodenal no demostrada en la laparotomía por examen de la serosa; cerrado el vientre sin completar la operación ó practicada una gastroenterostomía los enfermos sucumbieron por hemorragia al cabo de más ó menos tiempo, y cuando se pudo practicar la autopsia se encontró la úlcera después de abrir el estómago, sin que hubiese señal de ella en la superficie externa de la viscera.

Para averiguar si en un sujeto con síndrome hiperclorhídrico existe una inflamación del apéndice ó una colecistitis, es indispensable un detenido interrogatorio y una exploración cuidadosa y completa. Aunque se ha insistido mucho en la conveniencia de interrogar á los enfermos metódica y minuciosamente, acaso no se haya fijado la atención todo lo necesario en este punto. En más de la mitad de los casos la anamnesis por sí sola es susceptible de dar hecho el diagnóstico, pero nunca dejaremos de explorar debidamente al enfermo. La aparición de la enfermedad con gran frecuencia después de un ataque de apendicitis aguda, las ligeras molestias que persisten entre las crisis contra lo que es común en la úlcera, el que el dolor no se presente en dichas crisis todos los días ó después de todas las comidas análogas, el que no aparezca aproximadamente un tiempo fijo después de la ingestión de una comida semejante, haciéndolo un día á la hora y media y otro, á las tres horas de haber comido un alimento igual, el no aliviarse siempre por ingestión de alimentos ó de alcalinos, así como tampoco por el vómito, son datos de apendicitis que no suelen observarse en la úlcera. Algo análogo ocurre en la colecistitis: la existencia de ictericia ó de prurito cutáneo en algún período anterior al momento en que vemos al paciente, á veces muchos años antes, las modificaciones en el momento de aparición del dolor y del mecanismo de su alivio análogas á las señaladas hace un momento al hablar de las lesiones apendiculares, el obscurecimiento de las orinas los días de las crisis dolorosas, el ligero escalofrío con

que, sin que exista fiebre, suelen iniciarse los dolores, la elevación de la temperatura aunque sólo sea de una ó dos décimas, á veces los caracteres de localización de las irradiaciones dolorosas, pueden permitir el diagnóstico de la colecistitis.

No se me oculta que en muchos casos la cultura de los enfermos, aunque no se trate precisamente de analfabetos, hace infructuoso el interrogatorio. Todos los que me lean habrán visto muchos sujetos en que no hay posibilidad de esclarecer los antecedentes patológicos porque ni saben explicar con detalles su mal ni casi decirnos si sufren o no dolores, teniendo que emplear con ellos procedimientos diagnósticos de veterinaria en lugar de los propios de la medicina humana.

Por lo que se refiere á la exploración, no siempre la practicamos tan detallada y completa como fuera deseable, dependiendo esto en muchos casos del médico que cree haber llegado al diagnóstico exacto y no apura los medios de investigación, y en otros sólo del enfermo que no quiere ó no puede esperar para su diagnóstico todo el tiempo necesario, y el conjunto de exploraciones precisas requiere á veces el transcurso de varios días que no nos conceden aquellos sujetos que pretenden un diagnóstico y un plan, cuando no en el acto, en poco más de veinticuatro horas y con el mínimo posible de molestias.

Así el dolor que en algunos se despierta al comprimir la región del apéndice, sobre todo cuando esta palpación se hace durante un examen radioscópico, los datos radiológicos de apendicitis, especialmente el dolor citado y la comprobación de adherencias, el espasmo del estómago al comprimir el apéndice, el dolor ó la molestia epigástricos al realizar esta compresión, harán diagnosticar la apendicitis, así como servirán para descubrir la colecistitis el hallazgo de los puntos dolorosos propios de la litiasis, en particular el colecístico si se busca bien, los análisis de la orina, los exámenes de sangre investigando las sales y los pigmentos biliares sin modificar ó modificados y la colesteroína y el cateterismo del duodeno seguido de extracción de su contenido, previo estímulo de la excreción biliar.

De cuanto dejo expuesto creo que se deduce con claridad que *el diagnóstico simple de hiperclorhidria es incorrecto por incompleto*; que si bien es cierto que el síndrome hiperclorhídrico puede acompañar á algún proceso localizado fuera del estómago y del duodeno, en tales ocasiones el interrogatorio cuidadoso y la exploración cabal del enfermo revelarán las lesiones que lo engendran, y que ese síndrome puro, sin síntomas ni signos vesiculares ó apendiculares, revela *siempre* la úlcera péptica que existe asimismo en muchos casos de colecistitis y de apendicitis. Al síndrome hiperclorhídrico puro, esto es, sin que se le sume síndrome apendicular ó vesicular, me referí en la Conferencia pronunciada y publicada en 1920 con el título «Probable identidad de la hiperclorhidria y la úlcera péptica», á que tantas veces he aludido en este trabajo. Si hoy hubiese de rectificar algo de lo que en ella expuse sería solamente el título, del que suprimiría el adjetivo *probable*.

Acerca de la uremia, el edema y su tratamiento.

POR EL PROFESOR

DR. C. R. SCHLAYER

Del Augusta Hospital de Berlín. (1).

Reuniendo todos estos datos, las tres formas clínicas del edema podrían, por su patogenia, dividirse así: El edema de las nefritis se produce por la acción combinada de trastornos renales y extrarrenales, con una participación intensa de alteraciones semejantes á inflamatorias desarrolladas en los vasos capilares ó en los tejidos. En cambio, el edema de las nefrosis depende más de un origen extrarrenal, que de una alteración renal. Es bastante afin al edema maranticocaquético y su base es la discrasia.

Por el contrario, el edema de las fases finales de las retracciones renales es, sobre todo, un edema por retención sin participación notable de procesos extrarrenales.

Lo mismo que ocurría con la uremia, haciendo esta división y sobre la base de los conceptos patogénicos, resulta indicado un tratamiento diferente para cada una de las tres formas del edema. No se puede afirmar ni mucho menos, que en cada forma de edema sea solamente el tratamiento que se va á indicar el que proporciona buenos resultados, pero la práctica ha demostrado que en la mayoría de los casos es conveniente atenerse á estas líneas de conducta.

En el edema de las nefritis reducimos mucho la ingestión de agua y de sal, de acuerdo con la proposición de v. Noorden, aunque no llegamos á un grado tan marcado como Volhard, que pretende que se someta á estos enfermos, al hambre y á la sed. Generalmente basta esta restricción, pero también es oportuno practicar inmediatamente en los casos de esta índole con gran edema, aun cuando no presenten indicios de uremia, una sangría abundante, especialmente si la cantidad de orina es muy pequeña, tanto que hace sospechar que exista al mismo tiempo edema del riñón mismo. Experimentos practicados en animales nos han enseñado que la sangría abundante tiene una acción directa sobre el riñón, aparte de su acción movilizadora extrarrenal. Los vasos renales se contraen mucho y el riñón todo se achica; lo cual en los riñones edematosos que se encuentran como aprisionados en su cápsula, obra á la manera de una decapsulación. Las purgas enérgicas durante uno ó dos días tienen una acción semejante y las considero como un remedio auxiliar muy importante en estas circunstancias. Ya he dicho que temo hacer sudar á los enfermos por el peligro de la eclampsia; igualmente hemos visto algunas veces trastornos ocurridos tras de la sobrecarga aguda de agua, como lo propuso Volhard. En cambio, examino con mucho cuidado la concentración del cloruro de sodio en la orina. Si aumenta lentamente, podemos, eligiendo bien el momento oportuno, restablecer la diuresis de una vez, mediante una dosis única y grande de sal;

(1) Véase el número anterior.

yo tengo la costumbre de dar antes una comida excitante, cuyo efecto me indica si puedo intentar sin temor la sobrecarga de sal. En general, no es conveniente emplear los diuréticos en esta forma de edemas; sus resultados son escasos y es muy corriente observar un trastorno que calificaremos, por lo pronto, de cansancio: consiste en que el riñón empiece respondiendo bien á un diurético; pero más tarde fracasa la acción del mismo y hasta puede invertirse, es decir, que da lugar á una inhibición de la diuresis con aumento de la albuminuria. La experiencia adquirida acerca de estas formas de edema durante la guerra hizo que algunos rechazaran el empleo de los diuréticos en las nefritis agudas y subagudas. Esto ya parece excesivo, pero en estos casos no se debe recurrir, de todos modos, á los diuréticos sino en los momentos de necesidad imperiosa.

En la segunda forma del edema, el de la nefrosis, empleamos también como medida dietética el régimen declorurado, á causa de la reacción tan intensa que presentan estos enfermos á las dosis de sal, según les he demostrado en el núm. 2 de la diapositiva. Advertiré de todos modos que desde hace ya bastante tiempo no empleamos este régimen declorurado muchos días seguidos, sino solamente algunos, al cabo de los cuales administramos durante uno ó dos días una dieta que contiene (cada día) 6 á 8 gramos de sal. Las investigaciones recientes mediante los análisis de la sangre han confirmado este hecho de experiencia práctica, porque mediante este cambio se consigue una movilización mucho más marcada de los líquidos de los tejidos. Es raro que haya necesidad de limitar la ingestión de alimentos y bebidas, tanto como en los edemas de los nefríticos. Por lo que se refiere á los líquidos, basta reducirlos á un litro ó litro y cuarto. Para estos casos poseemos, además, un diurético muy activo en forma de la urea, sólo que no hay que tener reparo en dar dosis grandes. Nosotros damos hasta 60 gramos diarios, también de una manera intermitente en este caso; claro está que antes de emplear este diurético hay que asegurarse mediante las pruebas funcionales de que se trata verdaderamente de un edema de esta naturaleza y no hay trastorno notable de la función renal. Pero siempre que estas condiciones se cumplan, se obtienen del remedio citado resultados muy notables, y se puede administrar durante meses, sin perjuicio alguno para el enfermo. Los resultados que me ha dado la tiroidina en estos edemas no son muy favorables, lo mismo, por lo demás, que en todos los edemas renales. Esta forma de edemas suelen ser tenaces y manifiestan tendencia á las recidivas.

En la tercera forma el edema de origen renal de las fases finales de las retracciones renales, nuestra tarea es muy diferente. En este caso la dieta declorurada no surte efecto alguno. Más importante es que aumentemos la eliminación de agua por el riñón, puesto que en estos casos existe siempre insuficiencia renal y peligro inminente de uremia, de manera que el tratamiento del edema resulta cosa secundaria, comparado con el tratamiento de la uremia.

Este esquema del tratamiento de las tres formas de edema es suficiente para la inmensa mayoría de los casos. Sin embargo, quedan otros en los que los edemas son tenaces y nos obligan á recurrir á una serie de recursos auxiliares. Séanme permitidas algunas palabras acerca de esto, y comenzaré por el empleo de los diuréticos. Todos ustedes saben lo caprichoso que es el riñón en cuestión de responder á ellos. Mi experiencia me ha dictado con respecto á ellos las líneas de conducta siguientes. Por lo pronto se empezará por dar dosis pequeñas, que á veces son eficaces, cuando las grandes fracasan y hasta inhiben la diuresis con el cuadro ya conocido del cansancio; esta eficacia mayor de las dosis pequeñas se manifiesta especialmente en las enfermedades vasculares crónicas del riñón. Además es conveniente variar de diurético á diario, y es preferible administrarlos por turno á emplear uno mismo de una manera constante. La elección de la clase de diurético á emplear es cosa de predilección personal. Yo prefiero los conocidos: diuretina, teocina y rara vez el teacilón; además, las especies diuréticas, el licor de acetato potásico, etc. Soy enemigo del empleo del novasurol, el preparado mercurial orgánico, en los enfermos renales, á pesar de los buenos resultados que proporciona en el tratamiento de los edemas de origen cardíaco, por las razones que expuse el otro día en la Facultad de Medicina.

Téngase en cuenta, que en dos casos de edemas muy tenaces con ascitis del tipo nefrótico, una irradiación intensa del vientre con rayos X consiguió la deshidratación, que antes se había tratado en vano de llevar á cabo. Por lo que se refiere al desagüe, varios fracasos debidos al gran peligro de infección me han hecho muy circunspecto para con él. Además, tampoco suele ser imprescindible. Jamás me he visto obligado á someter á un enfermo á la decapsulación por causa del edema, y no lo haría sino después de una anuria de varios días de duración.

He observado repetidas veces que los edemas renales tenaces desaparecían al tratar la causa de la nefropatía correspondiente; así, por ejemplo, el edema de las lesiones renales tuberculotóxicas por la tuberculinización prudente, y lo mismo, naturalmente, el de las nefropatías lúéticas por el tratamiento específico. En un caso desaparecieron los edemas definitivamente después de la extirpación de las amígdalas infectadas. De modo, que al lado del tratamiento sintomático no se olvidará investigar si se puede hacer también un tratamiento causal, aun cuando hasta ahora sean desgraciadamente muy pocos los casos en que este tratamiento causal es posible.

Por último, vamos á hacer referencia á algunas observaciones clínicas antiguas que nos han movido á seguir nuevas vías, para hacer desaparecer los edemas. Algunas personas con edemas grandes y tenaces, que no ceden á tratamiento alguno, cuando adquieren una infección cutánea por estreptococos, recuperan la diuresis al iniciarse la inflamación de la piel, bajo la forma del erisipeloide ó de la erisipela, y cuando vencen la infección, el edema ha desaparecido. Esta observa-

ción es tan demostrativa, que cabe preguntarse si no se podría aprovechar la acción deshidratante de la infección sin los grandes peligros de la misma. Según todas las probabilidades, se trata de una acción sobre las vías linfáticas, pues ya sabemos cómo aumenta la infección la evacuación de linfa de los tejidos. Hemos intentado obtener la misma acción mediante inyecciones de estreptococos muertos, hasta ahora sin resultado definitivo. Por esto, no nos hemos de dejar desalentar, sino que intentaremos otros medios, porque estoy convencido de que este es indiscutiblemente el método más eficaz de actuar sobre los tejidos. Una vez que sabemos el papel tan grande que éstos desempeñan en el edema, no abordaremos el tratamiento del último principalmente á partir del riñón, como lo hacíamos hasta ahora, sino que con conocimiento de causa trataremos de actuar sobre los tejidos.

Señores: Los asuntos de que me habéis permitido tratar, son dos de los más difíciles, tanto desde el punto de vista de la patogenia, como desde el del tratamiento. Me creo autorizado para decir, que por el método de la diferenciación fina hemos avanzado algún tanto, y que no nos encontramos ya como antes en el terreno de los simples tanteos, sino que podemos hacer hasta cierto punto una terapéutica racional. No obstante lo cual, á ninguno de nosotros, y á mí mucho menos, se nos oculta cuanto queda todavía por hacer (1).

Estado actual de la doctrina de las secreciones internas⁽²⁾

DISCURSO DE RECEPCIÓN, LEÍDO EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

POR EL

DR. D. GREGORIO MARAÑÓN Y POSADILLO

Y CONTESTACIÓN

DEL

DR. D. GUSTAVO PITTALUGA

La escuela de Castex, en Buenos Aires, ha insistido con estudios clínicos y anatomopatológicos de extraordinario interés en este concepto de la importancia de la heredosifilis como factor de la desviación del equilibrio bioquímico y morfogenético del cuerpo humano (3). Yo comparto en absoluto esta opinión; y el haber seguido, cuantas veces me ha sido posible, con observación cuidadosa, inquiriendo los datos anamnésicos y los de la descendencia, muy cerca de trea mil reacciones de Wassermann practicadas por mí ó por mis ayudantes, durante estos últimos años, me permite afirmar que una gran cantidad de endocrinopatías y de hemodistrofias, expresión delicada, exquisita, de la acción del virus sobre la constitución bioquímica del plasma germinativo, se deben á la infección sifilítica de los padres.

Finalmente, la alimentación inadecuada, el monofagismo, la avitaminosis (en un sentido genérico), producen segura-

mente hondos trastornos, puntos de arranque de alteraciones endocrinas.

Las desviaciones del equilibrio endocrino, consideradas como desviaciones del tipo normal de la constitución bioquímica de la especie (distrofias), ofrecen un campo admirable para el estudio de la herencia mendeliana, de la cual me he ocupado hace tiempo en esta Academia.

Las alteraciones bioquímicas, que son el fundamento patogénico de las hemodistrofias, consideradas estas últimas como desviaciones del tipo normal de la especie humana, alteraciones bioquímicas que consisten, por ejemplo—recordadas en modo rápido y somero,—en la carencia ó insuficiencias de algunos de los factores que determinan el fenómeno de la coagulación, como la escasez de los iones de calcio, la incapacidad de las células endoteliales para la secreción rápida y adecuada de la tromboquinasa; la fragilidad de los mismos endotelios, fragilidad que debe interpretarse en el sentido de una deficiencia funcional: el desequilibrio del sistema hormonal, las alteraciones del metabolismo del hierro en las cloróticas, la insuficiencia ovárica, el predominio del sistema autónomo sobre el simpático en otros grupos de estos enfermos, en los policitémicos; la evidente acentuada sensibilidad á los antígenos proteicos, como acontece en los que ofrecen manifestaciones de diátesis eosinofílica, en el asma esencial, en la diátesis exudativa de Czerni, á la cual se podría añadir quizá la enfermedad del edema recientemente estudiada por Schittenhelm, y otros tantos hechos que se observan en este grupo de enfermedades, aparecen más bien como disminuciones ó desviaciones en el sentido de la mengua; en una palabra, como pérdidas de caracteres; por ejemplo, para emplear una expresión sintética, como pérdida de alguno ó algunos de los factores del equilibrio bioquímico del medio interno, y no como adquisición de nuevos caracteres.

Esta interpretación no es aplicable, sin un serio examen crítico, á todas las desviaciones del tipo normal de las especies, y ofrece particularmente muchas dificultades en el terreno de la morfología, aunque es innegable, y, desde luego, ya fué puesto de relieve por Darwin, el hecho de que son extraordinariamente más frecuentes las desviaciones en el sentido involutivo, degenerativo ó simplificador, que las variaciones en el sentido de la complicación y del perfeccionamiento de las especies.

Hay todavía en Bateson (1) una hipótesis más sutil, menos fácilmente demostrable, á la cual, sin embargo, se complace este autor en atribuir importancia excepcional en muchos casos. Me refiero á la hipótesis que llamaremos de la pérdida de los factores de inhibición ó factores epistáticos, según la expresión de Bateson.

La variaciones se deberían en muchos casos á la desaparición de un determinante inhibitorio que de improviso deja aparecer otro carácter ó un conjunto de caracteres antes ocultos, enmascarados, encubiertos ó neutralizados. Así, dice Bateson: «Podemos pensar que las cualidades artísticas, por ejemplo, y la misma altísima capacidad de creación del espíritu humano son, en realidad, patrimonio ó propiedad de todos los cerebros del tipo medio normal; pero en este tipo medio normal hay un conjunto de factores que limitan ó impiden la manifestación de aquellas cualidades. La pérdida ó supresión ó eliminación de esos factores de inhibición determina el brote de los caracteres artísticos.»

Esta hipótesis es en extremo difícil de comprobar; pero Bateson aduce numerosas pruebas en su favor, y, desde lue-

(1) Ich ergreife die Gelegenheit, um Collegen A. Fernández, meinen besonderen Dank für die Uebersetzung und seine freundliche Hilfe auszusprechen.

(2) Véase el número anterior.

(3) Recientemente Waldorp, uno de los más jóvenes y más inteligentes colaboradores de Castex, ha expuesto en Madrid, con la aportación de muchos datos personales, el criterio de su escuela.

(1) W. Bateson, *Mendel's Principles of Heredity* (Cambridge, Univ. Presse, 1909).

go, puede aplicarse al estudio de las desviaciones hereditarias del equilibrio bioquímico en la especie humana.

En cierto modo, debería afirmarse, siguiendo la hipótesis de Bateson, que todos somos potencialmente hemofílicos, por ejemplo, y todas las mujeres son potencialmente cloróticas, como todos somos potencialmente policitémicos, y, saliendo fuera del campo de las hemodistrofias, todos somos, en potencia, diabéticos o hipotiroides, etc.

La existencia normal de acciones inhibitorias o antagonistas, ejercidas por los productos de las múltiples actividades celulares, en particular de los tejidos endocrinos, impide que se manifiesten, como expresión de un desequilibrio bioquímico, estados morbosos latentes, ligados a su vez con la actividad de otros tejidos u órganos.

Davenport, en su libro bien conocido *Heredity in relation to Eugenics* (Londres, Williams and Norgate, ed., 1912), en que se intenta un estudio sistematizado de la herencia patológica familiar, reúne en grupos afines (pags. 152 y 158) las familias hemodistróficas y hemopáticas (con clorosis, anemia perniciosa, epistaxis, telangiectasias, hemofilia, anemia esplenomegálica) y las transmisoras de trastornos endocrinos (hipotiroidismo, hipertiroidismo), y se inclina, al parecer, a interpretar las manifestaciones de la desviación patológica como transmisión de un carácter dominante en el puro sentido mendeliano, prescindiendo de la hipótesis de Bateson, a nuestro entender mucho más lógica, que atribuye estas explosiones de caracteres, o mejor dicho, de defectos bioquímicos, a la pérdida de caracteres inhibitorios o antagonistas.

* *

«Los cambios de estado en el metabolismo de los órganos—escribe Pi y Suñer—dan lugar a corrientes nerviosas, que se resuelven, en su mayor parte, en reflejos tróficos—del tipo de los glandulares, de los que dan lugar a cambios de materia más que a desprendimientos energéticos—ignorados en lo normal por el sujeto, pero que en algunos casos—de mayor necesidad, o por estimulación más sostenida—llegan hasta la conciencia, despertando los correspondientes sentimientos. Este es el mecanismo primaria y fundamentalmente regulador de la nutrición, y, en general, de la vida vegetativa, y el camino más directo para influir sobre la vida de relación. Recordemos que, cuando hay materiales en los tejidos para subvenir a las necesidades, las excitaciones tróficas acaban en reflejos en absoluto inconscientes; sólo cuando suceda que las reservas escaseen resuenan en la conciencia tales necesidades para que la inteligencia voluntaria cuide de aquello que los mecanismos automáticos no pueden suministrar. El conocimiento surge en su origen, como de su natural fundamento, lo mismo en el desarrollo del individuo que en el de la especie, de actividades orgánicas, primero micelares, celulares, que son afectadas ante todo por la deficiencia de elementos nutritivos, y, como consecuencia inmediata, surge de excitaciones tróficas, sensitivas o centrales, derivadas de aquella misma escasez. Las corrientes que conmueven a los centros superiores, y a través de cuya función se despierta el conocimiento, tienen su primer origen en la necesidad de los plasmas vivientes, en sus más elementales manifestaciones. La sensibilidad trófica es una natural consecuencia de la vida elemental, punto de partida para actos reguladores de diversa índole y estímulo originario de la actividad psíquica, que culmina, al final, en los actos conscientes y voluntarios» (1).

(1) A. Pi y Suñer, *Los mecanismos de correlación fisiológica*, Barcelona, Salvat, ed., 1921.

Véase también, a este propósito, el cambio de orientación de nuestro pensamiento en lo que atañe a la interpretación psicogenética del fenómeno morboso de la geofagia. Hace treinta años, hace veinte, los pediatras y los pedagogos la castigaban como una pequeña perversión del gusto, o intentaban corregirla como una desviación caprichosa de las tendencias naturales del organismo a apoderarse de materiales alimenticios.

Yo he recordado repetidas veces la coincidencia de la geofagia con la hemofilia o con los estados diatélicos preparatorios de las púrpuras, y la he interpretado como un caso peculiar de sensibilidad trófica, de los que sirvieron a Turró para crear su doctrina del origen trófico de las apetencias y de los conocimientos. Trátase en este caso de una apetencia trófica peculiar para las sales de calcio presentes en la tierra, en la cal de las paredes, en los materiales minerales que los niños geófagos buscan e ingieren.

Ya decía el duque de La Rochefoucauld, con aquel cinismo sonriente que le era propio, y que obliga a coger el libro sólo de tarde en tarde:

«Toutes les passions ne sont autre chose que les divers degrés de la chaleur et de la froideur du sang» (1).

* *

Bien para el desenvolvimiento normal de las actividades orgánicas y psíquicas del individuo, bien para la transmisión por herencia de un temperamento igualmente normal (Eugénica), aparece, por tanto, como condición fundamental la armonía de las correlaciones humores y nerviosas estrictamente ligada con el equilibrio hormonal. El estado de desequilibrio que hemos indicado con el nombre de *disharmonía*, fijado en la descendencia, es la base de las distrofias, de las diátesis, de las anomalías, de las desviaciones del tipo medio normal de la especie, primeramente en su aspecto bioquímico o propiamente constitucional, luego en su aspecto morfológico y somático y, por fin, en su aspecto neuropsíquico o temperamental. Pero, ¿qué hemos de entender por «equilibrio»?

Es frecuente la identificación, a nuestro juicio profundamente errónea, del *equilibrio* con la *impasibilidad*. Un perfecto equilibrio hormonal, no solamente no excluye, sino que requiere y presupone una exquisita sensibilidad de las neuronas que, en la complicada arquitectura del encéfalo y de la medula reciben de continuo los estímulos del medio ambiente y del medio interno.

De los materiales tróficos y energéticos disueltos en los plasmas intersticiales, y entre ellos, muy principalmente, de las sustancias elaboradas por las glándulas de secreción interna, reciben las neuronas el *tono* de su propia vida celular y de la peculiar y admirable actividad que desempeñan. El equilibrio de los diversos factores de un sistema dinámico no presupone limitación alguna en la intensidad de la energía intrínseca en cada uno de esos factores. Lo que importa es que esa intensidad, aunque llevada al máximo límite, sea proporcionada a la que encierran y sean capaces de liberar los demás factores. La *impasibilidad*, cuando no depende de la deficiencia de los receptores nerviosos sensoriales, implica precisamente un desequilibrio de los factores endocrinos que intervienen en el mecanismo visceral de la emoción, y que crean luego las respuestas motoras, las reacciones características de nuestra conducta.

(Continuará.)

(1) *Réflexions ou Sentences et Maximes morales de la Rochefoucauld*, París, Georges Crès, ed., 1920, t. I, pág. 185, sent., n.º DVI.

Periódicos médicos.

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las vitaminas, por O. Rolland y A. Joure.**—El papel primordial que juegan las vitaminas en los fenómenos de la nutrición ha sido precisado con toda claridad por los autores, quienes resumen del siguiente modo los descubrimientos llevados á cabo en estos últimos años:

1.º Una alimentación que contenga ponderalmente todos los elementos nutritivos protéicos y dinámógenos útiles al organismo, será incapaz de mantener el equilibrio nutritivo, y por lo tanto, el estado de salud, si se halla privada de ciertas sustancias X, todavía mal definidas é indescubribles por las reacciones *in vitro*, á las cuales se ha dado el nombre de vitaminas, auxiomonas y también simbiotas ó mitocondrias.

2.º Tales sustancias, administradas bajo la forma de granos provistos de su cascarilla, ó de alimentos frescos, hacen desaparecer rápidamente los trastornos, á veces graves que se observan en los animales de experiencia privados de ellas; administradas al mismo tiempo que un régimen pobre, se oponen á la explosión de los accidentes provocados por éste en los animales testigos.

En suma, se puede decir que existen sustancias alimenticias vivas y sustancias muertas; las primeras bastan ellas solas para mantener el equilibrio nutritivo, mientras que las segundas no pueden conseguirlo más que con la aportación simultánea de una cierta cantidad de las primeras. Ahora bien, las sustancias desvitaminizadas no son tóxicas sino, sencillamente, sustancias á las cuales les falta solo *alguna cosa* para constituir un alimento perfecto; á veces, hasta pueden presentar algunas ventajas sobre el alimento integral (mayor digestibilidad, esterilidad), y con mucha frecuencia nos vemos forzados á su uso exclusivo por ciertas necesidades de tiempo y lugar. Por todas estas razones, convenía averiguar si sería posible completar tales alimentaciones (desde el punto de vista de las vitaminas), no sólo con una ración conjunta de alimentos frescos, que pudiera ser, como queda dicho, imposible de adquirir y aun estar contraindicada, sino con un *extracto vitaminado* que conteniendo los elementos vitamínicos de las sustancias frescas, bajo un reducido volumen y una fuerte concentración, fuese capaz de proporcionárselos á las sustancias que carecen de ellos y de restituírseles á las que los han perdido por la cocción prolongada, la decorticación ó la esterilización.

El problema no resultaba en modo alguno fácil de resolver, primero, porque las vitaminas son cuerpos frágiles é inestables que resisten mal la intervención, sobre las sustancias que las encierran, de los agentes físicos y químicos, y segundo, porque la cuestión es en sí de una gran complicación. En efecto, pronto se dieron cuenta los autores de que no hay una sola sustancia vitamínica correspondiente á una categoría única de trastornos por deficiencia, sino más bien *grupos* vitamínicos correspondientes á categorías *diversas* de avitaminosis; de los cuales grupos los dos principales son, el hidro-soluble y el lipo-soluble. De donde se deduce que la preparación vitamínica ideal debe ser por necesidad polivalente, es decir, encerrar el conjunto de ambos factores: el hidro soluble y el lipo-soluble. Otro punto difícil de resolver era el de la conservación de los elementos vitamínicos.

Pero afortunadamente todas estas dificultades han sido vencidas por los autores, con tenacidad loable, para lo cual han tenido que poner un especial cuidado y una gran «dul-

zura» en el tratamiento inicial de las sustancias vitamínicas, con el fin de evitar su desintegración; como calentamiento á 70°, por ejemplo, y estabilización subsiguiente de los elementos vitamínicos en un medio hidratado ligeramente ácido. Las primeras materias han sido proporcionadas por los cereales (cebada germinada), las leguminosas, los frutos jugosos (naranjas y limones) y un cierto número de frutos harinosos y oleaginosos.

Al extracto vitamínico polivalente, así obtenido, le han denominado *biotosa* y representa una sustancia compleja, con todas las apariencias de un jarabe, de color oscuro, consistencia espesa y sabor *sui generis* muy agradable, cuya composición química es casi invariable reducida á un porcentaje acuoso fijo. Hela aquí:

Hidratos de carbono (maltosa, amilodextrina).....	64,50
Substancias azoadas (vitamínicas, diastásicas).....	4,80
Sales minerales (entre las cuales P ² O ⁵ : 0,50).....	2,15
Dextrina.....	0,25
Agua.....	28,30
	100,00

Su tenor elevado en maltosa le convierte en un elemento energético de primer orden y esta maltosa con las otras sustancias que la acompañan forman un todo *hidratado*, condición necesaria para la preservación de las vitaminas que asegura su conservación indefinida. El agua de constitución es absolutamente indispensable para la conservación de los elementos vitamínicos y más particularmente del elemento antiescorbútico, el cual se disocia muy rápidamente una vez que se le separa del agua con la cual está asociado en los tejidos vegetales. Este agua de vegetación, verdadera *agua viviente*, constituye, pues, un medio fisicoquímico especial indispensable á la nutrición. Sería en vano, por consecuencia, buscar en los alimentos secos el conjunto de factores accesorios de la nutrición por lo que, dígame lo que se quiera, no pueden aportar al organismo la totalidad de los elementos necesarios para su entretenimiento y para su desarrollo.

La diastasa, que figura con el 3,30 por 100, confiere al citado extracto un poder sacarificante tres veces más elevado que el de las maltinas del comercio, de suerte que 10 gramos de este extracto bastan para hidrolizar, á la temperatura del cuerpo humano, 20 á 30 gramos de engrudo de almidón. Se comprende por esto la utilidad que puede proporcionar esta preparación, desde el punto de vista digestivo, en los casos de dispepsia para las sustancias amiláceas y de insuficiencia salivar.

Las investigaciones clínicas han venido á establecer que la *biotosa*, al mismo tiempo que facilita la digestión y acelera el curso intestinal, ejerce un estímulo activo sobre el metabolismo y sobre todas las funciones orgánicas, resultando de una utilidad preciosa: en el niño, en los trastornos del crecimiento y raquitismo; en el adolescente, en los trastornos de la pubertad, la pretuberculosis y la anemia; y en el adulto, en los estados dispépticos y enteríticos, las convalecencias, el embarazo, la lactancia, los trastornos endocrinos y la diabetes pancreática. (*Le Courrier Medical*, número 11, 19 de Marzo de 1922).—T. R. Y.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Fractura del arco anterior del atlas.**—El Dr. Aquiles di Lorenzo comunica el siguiente caso clínico:

Aparicio V., de cincuenta y nueve años de edad, entra al Hospital Maciel el día 15 de Diciembre de 1921. El enfermo tiene una relativa lucidez, que me permite interrogarlo,

y completo los datos con los suministrados en el lugar del accidente por testigos oculares. El día anterior á su ingreso, es decir, el día 14, cayó de una pared de 5 metros de altura, entre dos tubos de hierro de regular calibre (0,15 centímetros); su cabeza cae en el espacio comprendido, tocando tierra removida; su cuerpo, en la caída, y según los testigos, cae hacia atrás, perpendicularmente á la dirección de los tubos, dejando en hiperextensión el cuello. El enfermo perdió el conocimiento. Cuando yo lo examiné presentaba cantidad de lesiones de la cara; inmovilidad de la cabeza, echada hacia adelante, como quien bosqueja un saludo; no hay movimientos activos de flexión y extensión; al intentar producirlos se provoca dolor; ligeros movimientos de rotación; fuertes dolores en la región de la nuca; pulso, 46. Le practico una punción lumbar, dando líquido cefalorraquídeo claro.

Treinta y seis horas después del accidente el enfermo ha recobrado toda su lucidez; tiene una ligera paresia facial izquierda, y estrabismo por parálisis del óculo-motor externo del mismo lado. Nada al examen directo nos hace sospechar una fractura de la bóveda craneana; no hay parálisis en los miembros; no existen trastornos en la sensibilidad ni en los reflejos. El cavun faríngeo explorado por tacto digital me hace la impresión de estar disminuido en su dirección anteroposterior; disfagia acentuada; voz nasal.

Hago diagnóstico de lesión de las primeras vértebras cervicales y base del cráneo alrededor del agujero occipital; pido una radiografía, y se comprueba, en la tomada de perfil, una desviación no muy acentuada de toda la columna cervical hacia adelante, y fractura del arco anterior del atlas, sin fractura ni luxación de la apófisis odontoides.

Como el enfermo sufre, pongo, dos días después, un aparato enyesado de Kirmisson; con esto se alivian los dolores y empieza á mejorar su estado. Cuando, quince días después, se quita el aparato, persisten algunos dolores y la posición de la cabeza y la columna cervical no se ha modificado, según una nueva radiografía. Los movimientos de lateralidad se han aumentado ligeramente. Pocos días después de quitado el aparato abandona el hospital; y nos visita cada semana; todo marcha muy bien; la actitud de la cabeza es siempre la misma y persiste un poco de disfagia.

Estamos frente á un caso cuya evolución ha sido favorable, á pesar de la región en que han pasado las cosas; pero, observando fríamente, vemos que no podía suceder de otro modo, dada la naturaleza de la lesión. Era desconcertante la disminución del cavun en su dimensión anteroposterior, y la ausencia de fenómenos bulbares, si se tiene en cuenta que es, por lo regular, la luxación de la segunda y tercera cervicales hacia adelante la que nos da el avance de la pared posterior, lo que se acompaña de fenómenos de compresión, que, cuando no son inmediatamente mortales, dejan parálisis más ó menos acentuadas, no siendo raro encontrar el síndrome de Brown Sequard por hemicompresión ó hemisección medular por debajo del cruzamiento de las pirámides, como lo he visto yo en un enfermo por mí operado en 1918.

La radiografía nos da una explicación bastante exacta de lo ocurrido, y nos pone frente á un caso sumamente raro. Los pequeños fenómenos nerviosos pasajeros se deben á la fractura del arco anterior del atlas, el que ha sido arrastrado hacia delante por toda la fuerza del cuerpo á través de la columna sobre la apófisis odontoides, que en su movimiento hacia adelante ha actuado como una palanca fracturando el arco anterior; á favor de la disposición anatómica de la articulación occípito-atloidea no ha habido desplazamiento hacia delante del arco posterior. El arco anterior

ha fraccionado violentamente los ligamentos anteriores de la articulación occípito-atloidea, ligamentos occípito-odontoideo y atloideo oxoideo. No ha habido grandes fenómenos de compresión ni sección, sin duda porque la inflexión sufrida por el bulbo es pequeña, y á favor de la fractura habida no ha ocurrido el guillotinado que existe en las luxaciones vertebrales. (*Revista Médica del Uruguay*, Abril de 1922.)

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Inhalaciones de polvos cálcicos contra la tuberculosis, por M. H. Coutié.**—Es una noción ya conocida desde muy antiguo, la de que los obreros de las caleras gozan, frente á la tuberculosis, de una especie de inmunidad profesional. Este hecho, repetidamente confirmado, es el que ha impulsado al autor á intentar la reconstitución de una atmósfera semejante á la de los hornos de cal, seca y cálida, saturada de finísimas partículas de cal viva, polvos cálcicos y anhídrido carbónico, la cual puede ser puesta al alcance de cualquier enfermo con la ayuda de un aparato calcóforo, especie de inhalador consistente en una capacidad cerrada de 1.500 c. c. aproximadamente y de cómodo y fácil manejo.

La experimentación en los tuberculosos ha dado resultados favorables con rápida atenuación ó desaparición de los signos exteriores y de los bacilos, reposición de fuerzas y aumento de peso.

El método es de una inocuidad absoluta, pues algunos enfermos han podido hacer hasta 10 y 12 inhalaciones de cinco minutos y más cada día sin trastorno alguno y sin fatiga, con el beneficio de una excelente gimnástica espirométrica.

El Dr. Mary Mercier (de París) ha llegado por su parte á conclusiones análogas. (*Acad. de Méd.*, 20 de Diciembre de 1922).—T. R. Y.

2. **Un nuevo tratamiento de la peritonitis tuberculosa.**—Los antiguos tratamientos de la peritonitis tuberculosa consistían en intervenciones sangrientas con abertura del abdomen, evacuación del líquido ascítico y exposición de las vísceras al aire durante un tiempo más ó menos largo, por cuyo procedimiento, seguido de sutura sin drenaje, se llegaba con bastante frecuencia á una curación completa.

También se ha venido empleando en esta enfermedad la helioterapia, cuyos beneficiosos efectos podían comprobarse por la disminución de la ascitis que acompañaba siempre al color moreno de la parte del vientre expuesta al sol.

El nuevo método, que en la actualidad va abriéndose paso, se practica del modo siguiente:

Después de puncionar con el trócar la cavidad abdominal y una vez evacuado el líquido ascítico se hace penetrar en el vientre, por el mismo trócar, tres ó cuatro hilos gruesos de seda. Se retira en seguida el trócar y se fija la extremidad libre de dichos hilos en el tejido celular subcutáneo, para lo cual, en el punto de emergencia de los mismos, se practica una pequeña incisión cutánea que se cierra después sin drenaje.

De esta suerte quedará establecido un drenaje filiforme con paso por el tejido celular de los productos patológicos elaborados en el abdomen.

La intervención realiza, pues, una doble cura: punción y autovacunación continua. (*Pages médicales et parisiennes*, núm. 7, Diciembre de 1921).—T. R. Y.

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.

La siesta nacional.—Elecciones académicas.

Al recibir esta semana nuestra habitual visita, seguramente que muchos de nuestros lectores se encontrarán en condiciones efectivas de recordar al gran Zorrilla diciendo con él:

Són las tres de la tarde
Julio, Castilla;
El sol no alumbra, que arde;
Quema, no brilla...

y sentirá quizás invadidos sus miembros por el deseo del reposo, por la tendencia á la pereza y por *la galvana* estival; pues bien, cosa análoga sucede á nuestros parlamentarios, á nuestros hombres de administración y gobernantes, á nuestros maestros y hasta á nuestros enfermos; por eso sin duda, no se oye otra cosa por todas partes que hablar de preparativos de viaje, de expediciones y de proyectos de descanso en que se ingenian multitud de personas, que en su mayoría nada han hecho en todo el año.

En el Senado, por lo que ahora nos interesa, nadie se ocupa en dirigir cargos á los señores ministros por la injustificada tardanza que pusieron en la presentación de sus proyectos. El señor presidente de la Cámara, que tan manifiesta antipatía muestra de continuo á todo lo que huele á sanitario ó suena á médico (sin duda porque el que su nombre suene gloriosamente en España lo debe á haber sido esclarecido médico quien antes que él le llevó), y las Comisiones y toda la Cámara se muestran invadidas por la somnolencia premonitória de una inercia definitiva, quién sabe si más benéfica que una actividad desacertada.

Dice el refrán, que «Quien no se consuela es porque no quiere», y nosotros á él hemos de ampararnos, si no hemos de dar en inútiles pataleos y protestas, al ver que la ilustre Comisión permanente de Gobernación deja pasar días y días sin dar su dictamen, y aun sin reunirse para discutirle, dejando llegar la fecha apremiante que teníamos prevista y anunciada, para que la Cámara no pueda ocuparse más que en los presupuestos, porque estamos en Julio y

El Sol no alumbra, que arde,
Quema, no brilla.

Bien saben, pues, nuestros lectores que para nosotros no es una sorpresa el que los proyectos sa-

nitarios queden en el aire, bien repetido teníamos el pronóstico de tal hecho; pero nos duele el que tengamos que temer, con casi certidumbre de acierto, que ni siquiera quedará la ley de Profilaxia con el dictamen entregado sobre la mesa, cosa que facilitaría mucho la marcha de su discusión al reanudarse las sesiones.

Pero el señor presidente de la Comisión ve sin duda que en su seno hay manifiesta tendencia á dejar consignadas ideas originales y hasta hoy no formuladas, y no quiere malograr los nonnatos inventos y descubrimientos de los que han de darnos cuenta de los mediterráneos con que han tropezado.

Resignémonos, que hecho tenemos á ello el aguante, siquiera no sea tan fácil como el de los que ignoran, afectan ignorar, ó se les da por ello una higa, que estas tardanzas en la reorganización sanitaria del país, significan cifras tan positivas como desoladoras en las estadísticas de la mortalidad.

En la sesión de Gobierno celebrada el día 26 por la Real Academia Nacional de Medicina, después de discutirse, y alguno acaloradamente, los expedientes enviados por el Gobierno, se procedió á la votación para proveer los dos puestos vacantes por defunción de los Sres. Iglesias y Azúa, resultando elegido, por unanimidad, para la vacante de la sección de Medicina, el Sr. Valle Aldabalde, y por 27 votos para la de Cirugía y especialidades quirúrgicas, el Sr. D. Vicente Gimeno. Quedaron, pues, confirmadas las propuestas convenidas en la sesión extraoficial que dió lugar á tantos comentarios y absurdas novelas, y cumplido el compromiso que en ella voluntariamente adquirieron los señores académicos afectos al procedimiento de la libre designación de la Academia sin las influencias externas y contrapuestas.

Nuestra sincera enhorabuena á los dos candidatos favorecidos y ahora .. calma, reflexión y seguir el buen camino, que, después de todo, no ha sido tanto el tiempo que se le ha abandonado.

Nos felicitamos de lo ocurrido para que vean nuestros colegas de la Prensa política y general que no deben prestarse á las sugerencias de ciertos espíritus inquietos y perturbadores que tienen por lema el «Tirar la piedra y esconder la mano».

DECIO CARLAN.

REMITIDO

Sr. D. Alvaro del Busto.

Muy señor mío y de mi más distinguida consideración: A la par que el núm. 6 de *La Voz Médica*, he recibido la sorpresa de ver cómo, arbitrariamente y sin la menor notificación previa, ha mutilado usted *desvirtuándolas*, las cuartillas en que relato mi entrevista con el Sr. Cierva. No había en los conceptos el menor ataque personal, ni la más pequeña estridencia. Limitábame á hacer constar que el citado político es un hombre listo, habituado á trepar ligeramente por la escala de los lugares comunes, con posible buena fe é interés por la clase médica; pero falto de toda preparación seria, bibliografía, práctica y reflexiva para abordar la solución del problema sanitario español; destacando especialmente esta carencia de informes en lo relativo al seguro contra la enfermedad.

Creía yo que el deber de un periódico profesional al entrevistar es poner en conocimiento de los médicos el grado de preparación de cada político para ayudarles á salvar á España, respetando la responsabilidad del escritor. Usted estima, por el contrario, que ante todo ha de buscarse halagar al prócer, dando de lado á la verdad y á los intereses de la clase, y para lograrlo no vacila en desfigurar un artículo mío, cuando tan fácil le hubiera sido no publicarlo.

Esto no puedo consentirlo ni por la dignidad de mi pluma, ni por la independencia y lealtad de que siempre hice gala, singularmente al escribir de asuntos profesionales y por ello tengo el sentimiento de rogarle que deje de considerarme como colaborador de su periódico y de hacerle presente mi propósito de dar publicidad á su iniciativa para evitar erróneas interpretaciones.

Suyo afectísimo F. S. Q. E. S. M.,

DR. CÉSAR JUARROS.

Cómo se fundó y lo que es en la actualidad la Mayo Clinic (Norte América)

POR LA

DRA. NIEVES G. BARRIO

Leemos en los periódicos de España, desde hace algunos meses, que los estudiantes de Salamanca están en huelga por falta de clínicas (no nos sorprende, el conflicto es viejo) y que los de alguna otra Universidad han hecho acto de solidaridad.

Creemos que el momento es muy oportuno para dar cuenta á los compatriotas de cómo se puede llegar á disponer de una gran clínica, una maravillosa clínica, sin intervención alguna del Estado. Quizá el ejemplo cunda y alguien convencido de que el Estado no puede, ó no quiere, atender las legítimas aspiraciones de esas pobres víctimas de la teoría, intente ponerlo en práctica.

Está instalada la Mayo Clinic en Rochester, un pequeño pueblo del Estado de Minnesota, del que podría decirse como Campoamor del Pilar de la Horadada, que

«A falta de vecinos y vecinas
Circulan por la calle las gallinas.»

Claro está que todo es relativo en este mundo, y quiero decir con esto que es una población de Norte América, donde no hay tranvías, ni subterráneos ni colgantes, donde las casas en general no tienen más que dos ó tres pisos y donde

puede pasearse por algunas calles en la confianza de no encontrar un *auto* á intervalos menores de diez minutos.

Es una ciudad jardín, alegre, limpia, sana, simétrica, poblada de árboles y podríamos decir de enfermos, médicos y enfermeras.

La llaman «la ciudad de los hoteles»; estaría más propio «la ciudad de las casas de huéspedes» porque todas las casas tienen, casi sin excepción, su letrero «Board and furnished rooms».

Diríase que todos los habitantes viven pendientes de la Clínica y no habría exageración; persona que se encuentra en la calle, si no es enfermo, médico ó enfermera, es seguramente un empleado, tiene casi con seguridad alguna relación con la Clínica; hablan de ella como de algo propio y de los hermanos Mayo como de un padre, y en verdad que como padres son de esta numerosísima familia.

A mi llegada no he podido menos de preguntarme: ¿Cómo en un pueblo tan pequeño habrán instalado esta Clínica, á la que acuden á diario centenares de enfermos de todas las partes del Nuevo Mundo y de muchísimas del Viejo? ¿Dónde vienen para ampliar estudios centenares de médicos indígenas y extranjeros? ¿Por qué no la han instalado en una población más importante, Chicago, Mineapolis, St. Paul, etc.?, y movida por la curiosidad busqué la Historia de Rochester. He aquí en resumen lo que dice:

En 1819 nació en Inglaterra el que más tarde fué el Dr. William W. Mayo y en edad temprana vino á América, viviendo primero en Nueva York, después en Búffalo y más tarde en La Fayette donde practicó la Medicina. Su espíritu activo y emprendedor le llevó á otras varias poblaciones en las que desempeñó importantes cargos, y por fin se estableció en Rochester con una misión oficial; ejerció su profesión mostrando rara habilidad para la Cirugía. Tomó parte activa en la vida pública del pueblo, se interesó por los problemas sociales con él relacionados y llegó á ser, á más de un médico famoso, un convecino querido y respetado por todos.

En 1877 se habían establecido en Rochester las Hermanas de San Francisco de Asís, donde crearon la Academia de N. S. de Lourdes, destinada á la enseñanza de las primeras letras y estudios del High School.

La Madre Superiora Sor Mary Alfred, pensó en la conveniencia de erigir un hospital bajo el patronato de la Orden de San Francisco y puso en práctica su idea; en 1.º de Octubre de 1889 se abrió al público el St. Mary's Hospital bajo la dirección del Dr. William W. Mayo. Tenía una capacidad de 45 camas y el primer año fueron aislados en él unos 300 enfermos. El éxito fué tal, que hubo necesidad de ampliar el edificio en 1893, de nuevo en 1898, otra vez en 1903 y otra más en 1908. En esta época el Dr. Mayo había ya asociado á su obra á sus dos hijos William y Charles, graduados respectivamente en la Universidad de Michigan y en Chicago Medical College.

Poco más dice la Historia del Olmsted County, en un capítulo dedicado á Rochester, y en verdad que no satisfizo mi curiosidad. ¿Cómo se pusieron en relación estas monjas con un médico protestante? ¿Cómo un hospital que en 1889 disponía de 45 camas y atendió 300 enfermos en todo un año, ha llegado en poco más de 30 á ser un hospital en el que se practican á diario 30 á 40 operaciones en seis soberbias salas, por los cirujanos más renombrados del mundo quirúrgico? ¿Cómo nació la Clínica y los demás hospitales? Pregunté, indagué y por fin vino á parar á mis manos un recorte de periódico, amarillento y carcomido por los años, que dice algo mucho más interesante.

Es un resumen de una charla que el propio Dr. Mayo,

padre, tuvo un día con los enfermos convalecientes reunidos á la puerta de uno de los hospitales.

«La más notable institución quirúrgica de América—dijo el anciano doctor—tuvo su origen en el sueño de una monja, en una visión, como ella le llamaba.»

Parece ser que en el año 1883, un terrible huracán derribó la mayor parte de las casas en esta población. A la casa del Dr. Mayo que sufrió también fuertes averías, aunque ninguna persona de la familia resultó herida, llegó poco después un hombre, reclamando á toda prisa los auxilios del doctor porque decía él: «casi todas las personas están muertas y no hay una casa en pie».

El Dr. Mayo, que había visto nacer á la mayor parte de la población, corrió en auxilio de sus vecinos; el mensajero había exagerado mucho; sin embargo, el médico tuvo labor para rato; toda la noche—dice el artículo—estuvo haciendo milagros de Cirugía, y practicó sin descansar más de cincuenta operaciones. En su labor le ayudaban cuatro monjas, que él no conocía, que no tenían práctica alguna de enfermeras, pero que por caridad se encargaron gustosas de los heridos en tan terrible trance.

Cuando los muertos estuvieron enterrados, los heridos fuera de peligro y la calma renació, la Madre superiora del Convento de Franciscanas de Rochester, Sor Mary Alfred, que era una de las cuatro monjas que ayudaban en las operaciones, mandó llamar al Dr. Mayo para decirle que había tenido un sueño, una visión, decía ella, del futuro. Había visto un gran hospital, al que acudían enfermos de todas partes del Mundo; el Dr. Mayo dirigía el hospital, que estaba situado en un lugar determinado de Rochester, y el nombre William Mayo era admirado y respetado por los más afamados cirujanos. El Dr. Mayo replicó que el sueño era imposible. «Tengo casi sesenta años. ¿Cómo puedo adquirir tal fama? ¿Cómo puede llegar á conocerme el Mundo?» La monja respondió: «Tiene usted hijos; ellos serán grandes y maravillosos cirujanos. El Mundo encontrará una vereda para llamar á vuestra puerta.» En esta época los hermanos Mayo—dice el artículo—no habían pensado todavía en dedicarse á la Cirugía; eran dos muchachos de pantalón corto.

El mismo Dr. Mayo cedió el terreno en que la monja había visto en sueños instalado el hospital, y se construyó un pequeño edificio de ladrillo con el dinero reunido por las Hermanas en suscripción pública. En 1889 recibió los primeros enfermos, con una capacidad de 45 camas; el primer año se asistieron 300 casos. El número aumentó tan rápidamente, que fué necesario ampliar el edificio en las fechas anteriormente indicadas. El Dr. Mayo tuvo por ayudantes á sus hijos, que fueron, como había profetizado la Madre, maravillosos cirujanos, y los nombres de los tres empezaron á sonar en el campo de la Cirugía, y, como dijo la monja, «el Mundo encontró una vereda para llamar á su puerta», pues acudieron enfermos de todos los países.

Bien pronto necesitaron la ayuda de nuevos médicos, y nuevas salas de consulta se añadían á las antiguas. Hacia 1911, asociados ya varios médicos á los hermanos Mayo, el Dr. Mayo, padre, ya no trabajaba, abrieron una clínica con un éxito análogo; en la clínica se veía á los enfermos y en el hospital se les operaba. Pero los enfermos aumentaban tanto de año en año, que ya no bastó esta clínica ni el St. Mary's Hospital; se construyó un nuevo edificio, el llamado hoy Mayo Clinic, que se abrió al público en Abril de 1914; en 1916 se abrió el Colonial Hospital; en 1919, el Worrel Hospital; en 1920, el Olmsted Hospital; en la primavera de 1921, el Alfred Hospital, y en el otoño de este mismo año, el Kahler. En la actualidad se está ampliando de nuevo el St. Mary's. Existe, además, el Stanley, edificio

destinado exclusivamente para alojar á las enfermeras. Hay también anejos á la clínica tres hoteles: el Damon, el Kahler y el Zumbro, donde pueden hospedarse los enfermos y sus familias.

La descripción detallada de cada uno de los hospitales no es posible en un artículo de mera información. En el Kahler están instalados todos los aparatos para la determinación del metabolismo basal por medio de la calorimetría indirecta con arreglo á los últimos adelantos. Se hacen de 25 á 30 determinaciones diarias, y en algunas épocas muchas más. En el Colonial se hace Cirugía general y Ortopedia; en el Damon, partos (este hospital es más bien un hotel); en el Olmsted, Medicina general, y tiene un laboratorio especial para investigación en el terreno de la Bioquímica; en el Worrel están instaladas las especialidades de garganta, nariz y oídos, la Oftalmología, Odontología, Dermatología y Neurología. El Alfred está destinado á Medicina gastrointestinal, pre y postoperatoria, y el St. Mary's, el mayor de todos, el del sueño de la Reverenda Madre Sor Alfred, contiene el más completo instrumental quirúrgico y las instalaciones más ricas y costosas ideadas para el perfeccionamiento de la ciencia operatoria, y en él se hacen á diario prodigios de habilidad por los dos hermanos Mayo y otros reputadísimos cirujanos.

El edificio central de esta enorme institución es Mayo Clinic, donde están instalados unos 250 consultorios, con más de 20 laboratorios para los análisis rutinarios, y otros muchos independientes para los trabajos de investigación y experimentación en los animales.

En este edificio es donde está instalada también la Administración que recibe á los enfermos, los inscribe y les asigna un número, dirigiéndolos en seguida á una de las secciones, haciendo una clasificación *grosso modo*, atendiendo al síntoma principal de que se queja el enfermo. Un auxiliar le hace la historia clínica y el primer reconocimiento. Si el enfermo no pertenece á la sección, se traspaşa á la que corresponda. Si está bien clasificado, recibe una serie de sobres y tarjetas en que se indican las clases de investigaciones que se necesitan, con las que pasa á los laboratorios de análisis de sangre y orina (estos análisis se hacen sistemáticamente en todos los casos) y después á ser examinado por los especialistas de boca, garganta, nariz y oídos, Oftalmología, rayos X, etcétera. Los resultados de estas investigaciones se unen á la historia y el enfermo es reconocido por el jefe de la sección, que llama en consulta, si lo juzga necesario, á los diversos especialistas. A veces el enfermo necesita una observación de varios días ó semanas bajo un régimen especial, y entonces se le hospitaliza, poniéndole bajo la inmediata vigilancia de una enfermera.

Cada historia clínica es, podríamos decir, una página de un inmenso libro, abierto constantemente á la investigación de los médicos, en una amplia habitación del sótano. Llegan en la actualidad por el núm. 400.000; están clasificadas por un sistema de números y letras, de tal modo, que conociendo el número ó el nombre del enfermo, se encuentra en seguida la historia, cualquiera que sea el año en que fué asistido.

Además, hay dos grandes ficheros donde están clasificados los casos. Si á un médico le interesa estudiar, por ejemplo, la úlcera gástrica, va al fichero, donde una señorita siempre amable y nunca perezosa, le pone en la mano en menos de diez minutos, la infinidad de historias clínicas de enfermos de úlcera gástrica en la que constan los síntomas observados, las investigaciones hechas, el tratamiento y el resultado obtenido. Si el médico no quiere molestarse en bajar al sótano, manda una nota firmada de las historias clíni-

cas que necesita, y un sistema de transportadores mecánicos, le deja las historias en su despacho. No hay miedo de que se pierda ninguna. Cada historia que sale del fichero es sustituido por un tarjetón con el número y la nota del médico que la ha pedido y las empleadas, con amable sonrisa, la piden unos días después, en el caso raro de que a un médico le flaquea la memoria. Tampoco se pierden si las historias salen de la clínica para alguno de los hospitales, pues siempre hay varios empleados responsables, que cuidan de que vuelva a su destino.

Digna de mención es también la biblioteca. Tiene un espacioso salón de lectura con dos grandes mesas, en las que están cuidadosamente ordenados el último número de cada una de las ciento y pico de Revistas que recibe. Estos números no pueden salir de la biblioteca. Confortables sillones y un silencio completo invitan a leer. En otro salón están los enormes estantes con más de cinco mil volúmenes perfectamente fichados y clasificados. En el frente de cada estante hay una cartulina en la que se indica la rama de las Ciencias a que pertenecen los libros que contiene. Hay además dos ficheros. En el uno están clasificados los libros por autores; en el otro, por materias. Por si esto fuera poco, hay varias bibliotecas activas y siempre en su puesto, que resuelven cualquier duda, con una rapidez pasmosa. Cada libro contiene una tarjeta en la que consta el número, título y autor. El médico que necesita un libro para llevarlo a su casa por unos días, no tiene más que entregar a la bibliotecaria esta tarjeta firmada: El servicio de libros, aquí no agota, pues ni siquiera pone a prueba la paciencia de los lectores. Además, hay varias mesitas auxiliares, siempre provistas de tinta, papel y plumas para tomar notas, de un asiento cómodo y de un cesto para papeles viejos.

La cuestión de orden, disciplina y actividad es sorprendente. A las ocho de la mañana, médicos y subalternos están en su puesto, y tranquilos, sin precipitaciones ni prisas, pero también sin interrupción, trabajan hasta las doce. En la misma Clínica hay un comedor servido por el régimen de *cafetería* donde por una módica cantidad pueden comer todos los empleados; es curioso ver la fila de doctores, señoritas, mozos y empleados de cualquiera clase, llegarse a la caja en perfecta *cola*, comprar su ticket y con él dirigirse a la serie de ventanillas después de proveerse en una mesa, de una bandeja, un cubierto, una servilleta de papel y un vaso de agua; en cada ventanilla recoge un vestigio de plato con una provisión que coloca en la bandeja y con todo reunido va a una mesa, consume su frugal alimento, charla y rie unos minutos con los que están a su alrededor y vuelve a su trabajo hasta las seis en que todas las puertas se cierran, menos la biblioteca y las salas de conferencias.

El número de enfermos que se asiste diariamente es un promedio de 250; hay 237 médicos entre jefes, auxiliares y alumnos, 500 enfermeras y 700 a 800 empleados; un intérprete tiene trabajo constante para Español, Italiano, Francés y Alemán.

He tenido ocasión de ver aquí franceses, italianos, alemanes, ingleses y no digamos españoles de Sud-América, Puerto Rico, Cuba e islas adyacentes. Aquí vienen enfermos de todas las partes del mundo, porque como me decía en español castizo un mejicano: «En esta clínica no se conforman con lo que uno dice, sino que le examinan completamente, le hacen toda clase de análisis y le ve el especialista de cada parte del cuerpo; así, que le encuentran a uno el mal, donde quiera que se esconda». Y tenía razón el mejicano. Se hace la historia clínica como en cualquiera otra parte empezando por el interrogatorio del enfermo, pero el diagnóstico no se fija hasta que los diversos especialistas que han exa-

minado el caso se comunican *tête à tête* sus impresiones, sus sospechas, la conveniencia de un nuevo examen para ver tal cosa que se quedó olvidada, y después de tres, cuatro o seis días de exámenes y consultas, de cambio de opiniones y de criterios, sale un diagnóstico que como suele ser acertado va seguido también de un tratamiento oportuno y de la curación del enfermo si ésta es posible.

En 1915 los hermanos Mayo hicieron a la Universidad de Minnesota un donativo de dos millones de dollars y con estos fondos se creó la Mayo Foundation. La Mayo Clinic pasó de Centro particular a Centro de enseñanza anejo a una Universidad y desde esta época los médicos no sólo pueden ampliar estudios, sino también darles validez académica, preparar y presentar sus tesis, y tomar el Ph. D. en Cirugía o Medicina.

La realidad ha sobrepasado con mucho la visión de la monja que me hizo recordar nuestra Santa Teresa.

¿Fondos con que se sostiene la institución? Los honorarios que pagan los enfermos y la honorabilidad de los administradores.

Rochester, 24 de Marzo de 1922..

HOMENAJE A GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MEDICO»

	Pesetas.
Suma anterior.....	7.232,00
D. Alejandro Díaz Delgado, de Casas de Escalona	5,00
Subdelegaciones de la provincia de Tenerife, Colegio Médico, Ayuntamiento de Santa Cruz de Palma, Subdelegado de Medicina y Practicante de La Laguna,.....	900,00
TOTAL.....	8.137,00

Nuestros suscriptores que deseen contribuir al homenaje dirigirán a la Administración sus giros, de los cuales se dará cuenta en números sucesivos.

(Continuará.)

Señor director: Le notifico, por si le interesara dar la noticia en su periódico, que este Ayuntamiento a mi propuesta ha acordado nombrar a la calle donde yo vivo calle de Ramón y Cajal, enalteciendo así al maestro, y yo, como discípulo, perpetuando su nombre.

La excelente cerámica talaverana construye la lápida policromada con su efigie, y que será una obra de arte. Más adelante le daré noticias de la inauguración.

Le saludo cordialmente.

F. M. URRÁ.

Talavera, 24 de Marzo de 1922.

Excmo. Sr. Dr. Cortezo:

Ruego haga saber al Dr. Cajal que toda esta ciudad de Alcañiz ha visto complacida el bautismo de una calle céntrica con su nombre en justo homenaje a su persona, y todas las clases sanitarias le envían un respetuoso saludo.—El subdelegado de Medicina,

EPIFANIO GARCÍA.

Alcañiz, 25 de Junio de 1922.

Voy á referir—porque me es grato recordarlo—cuando conocí á este compañero, á quien hoy se le tributan unos honores que, en justicia, se ha ganado por sus estudios y trabajos biológicos.

Los que fueron mis condiscípulos—algunos viven—Rato, Ramón, Lorente, Jiménez Sierra, el año 1876 y 1877, se acordarán que, allá en Zaragoza, en su Escuela de Medicina, hoy Facultad, que para el caso es lo mismo, los que estudiamos operaciones con D. Manuel Daina y Medicina Legal con D. Eduardo Zornés, en aquél anfiteatro que se había construido unos años antes en el Hospital *Urbis et Orbis*, de Nuestra Señora de Gracia, veíamos entrar y salir, muchos días, atravesando la cátedra, á un jóven, que ya era médico, hijo del catedrático de Anatomía y Disección Dr. D. Justo Ramón, al gabinete de preparaciones microscópicas. Allí, solo, se pasaba las horas—no muertas, ni perdidas—aprovechándolas, estudiando é investigando con el microscopio, para después hacer oposiciones y ganar una cátedra que asegurase su porvenir.

Terminé los estudios allí, formando el Tribunal de mi licenciatura—los anatómicos—el que rechazaban muchos por riguroso, constituido por los Dres. D. Jacinto Corralé, D. Justo Ramón y D. Gaspar López. Supe más tarde que aquél joven tan aplicado había obtenido una cátedra, por oposición y por su constancia en los estudios de histología, entonces modernos. Los años fueron pasando: los triunfos de aquél médico eran conocidos, no sólo en España, sino en el extranjero, y, francamente, me alegraba saber que el hijo de uno de los profesores que me habían hecho médico, fuera tan aplicado: nació espontáneo en mí ese cariño y simpatía que, sin tratar personalmente á una persona ni precisar nada de ella, ni esperarlo, crece al saberse lo mucho que vale; por eso en cuantas ocasiones he sabido los premios y distinciones que ha ganado y merecido, me he alegrado conocerlos.

El año 1898, con motivo de la celebración del Congreso Internacional de Higiene y Demografía, en Madrid asistí á una conferencia que dió en el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina, acerca de *Las neuronas*, y quedé admirado de cuanto explicó y de la amenidad que supo dar á un asunto tan árido y difícil de comprender.

Unos años después viajaba en dirección á Salamanca: en un departamento de primera clase estaban una señora y un caballero: al entrar los saludé, y me contestaron de un modo indiferente: al fijarme en el caballero no pude menos de interrogarle, diciéndole: ¿Es usted D. Santiago Ramón y Cajal?: se quedó mirándome extrañado, diciéndome: ¿De qué me conoce usted? Se lo dije y me permití preguntarle que adónde iba: me contestó que á pasar un día en Salamanca; «es la primera vez que voy—decía,—no conozco á nadie; quiero enterarme de algo de lo mucho bueno que hay». Me ofrecí á que le acompañaría, diciéndome que no me molestara, que preguntaría. Nos despedimos en la estación y le dije que procuraría verle cuando comprendiera que había descansado. En la Plaza Mayor me encontré con mi siempre querido amigo D. Antonio Núñez, catedrático

de Histología de la Facultad de Medicina, y le dije: ¿A que no sabes quien está en Salamanca? He venido con Cajal. En seguida fué á saludarle á la fonda del Comercio; fui por allí y habían salido para ver la Catedral, donde los encontré, y allí me despedí hasta otra vez, porque tenía que regresar por la tarde á casa.

Llevé á mi hijo Nicolás á Madrid el año 1903, para que continuara la carrera de médico, y una mañana al bajar á San Carlos, vi que venía en dirección contraria el Sr. Cajal: le llamé la atención, y, como no me conocía, le recordé quien era, y le dije el objeto de mi estancia en Madrid: mi hijo le saludó, diciéndole el señor Cajal: «A ver si estudias mucho»: por si hubiera creído que le había parado para recomendarle á mi hijo le dije: No será discípulo de usted porque ya tiene aprobada la asignatura que usted explica...

Después no he vuelto á verle. Hoy con motivo del homenaje que se le hace á este sabio histólogo, con muchísima justicia, es mi deseo que una mi felicitación cariñosa á las muchas que recibirá.

FÉLIX ANTIGÜEDAD.

Béjar, 9 de Mayo de 1922.

Academias y Sociedades.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 20 DE ABRIL DE 1922

Un caso de melanocromia congénita de la esclerótica.

Dr. Cuevas Pulido.—La poca frecuencia con que se presentan á nuestra observación individuos con esta anomalía de color de la esclerótica, me ha incitado á traer á esta Sociedad un caso que si para los que ya lo conocen no será más que un caso más de los pocos registrados en la literatura oftalmológica, para los que no hayan visto ninguno será un motivo de enseñanza.

Datos de la enferma: Concepción Gil Arranz, de trece años de edad, de Madrid, sin antecedentes ni personales ni familiares que tengan relación con esta afección, y digo también familiares, pues como se ha podido comprobar, ha habido varios individuos de una misma familia que han presentado esta anomalía. Según refieren los padres, desde que nació ya notaron las manchas negruzcas de la esclerótica del ojo izquierdo y de la piel del párpado inferior de ese mismo ojo solamente; en el otro no hay nada anormal.

Como pueden ustedes observar, esas manchas de color negro azulado ocupan una gran extensión de la esclerótica, que se puede apreciar en casi tres cuartas partes.

La agudeza visual es $\frac{2}{3}$ difícil para lejos en ambos ojos, y núm. 1 para cerca en ambos. El tono del ojo es normal.

Por skiascopia y oftalmometría se puede determinar un astigmatismo miópico simple de $-2,50$ dioptrías.

R. O. Fondo de ojo normal en ambos lados con algo más de pigmentación del ojo izquierdo.

Como conviene precisar para establecer diagnóstico, no se trata en este caso de una escleritis inflamatoria que haya producido el adelgazamiento de la esclerótica, como suele suceder en ocasiones en la sífilis adquirida ó hereditaria, que suele producir esta clase de escleritis.

En este caso, por el hecho de ser congénito y no haber tenido la niña ninguna afección ocular, hay que desechar esa

patogenia. Esta anomalía de color de la esclerótica ha recibido varios nombres. Panas le describe con el nombre de melanosis escleral. Otros la llaman melanocromia congénita de la esclerótica, y Terson (hijo) dice que mejor que melanosis ó melanocromia, se le puede designar con el nombre de cianocromia, puesto que las manchas son negroazuladas ó violeta.

Ha habido quien, como Hirschberg que observó tres casos, y en uno de ellos un tumor pigmentado maligno intraocular que operó Clavelier y que resultó ser un melanosarcoma, han creído que esta anomalía podía predisponer y degenerar en un melanosarcoma, pero Wecker insiste en que estas manchas congénitas no constituyen esa predisposición al tumor maligno.

Estas manchas fueron observadas en esta región por primera vez por Von Anmon y Liebreich, este último la llamó cianosis del bulbo. La mayoría de los casos observados lo han sido del ojo izquierdo, sin que de esto se pueda dar explicación ninguna, y precisamente esta niña lo es también del ojo izquierdo.

La patogenia, sin estar bien determinada, no puede ser otra que la proliferación de pigmentos en el tejido escleral, y á esto abona el haberse observado varios casos en individuos de pelo y tez morena: ya es de notar, sobre todo, en la raza negra el color blancoazulado de la esclerótica: por contraste en esta niña, el color de su pelo es más bien rubio. La etiología no es tampoco conocida por más que se apunte de la herencia, ya que ha habido casos familiares.

Mencionaré ahora los casos de que tengo conocimiento en la literatura oftalmológica que he podido consultar.

Terson (hijo), presentó á la Sociedad Oftalmológica de París, sesión del 15 de Enero de 1904, un hombre de veintinueve años, que tenía en su ojo izquierdo grandes manchas muy bien limitadas de color negro azulado en la parte superior é inferior de la esclerótica y dice le recuerda este caso otros de su padre y de Clavelier.

Gaurlken describe tres casos de melanosis, en los tres la anomalía interesaba sólo el ojo izquierdo, y el pigmentum no pasaba del limbo esclerocorneal; en el primero, la pigmentación comenzaba en la piel de los párpados: como el caso que yo expongo á la observación de ustedes; en los otros dos había también pigmentación de retina y región peripapilar.

Hirschberg cita también tres casos, que menciona Panas en su obra, tomo I, pág. 455.

Hulke, un caso análogo.

Reuss, un caso, mujer de sesenta años, con catarata.

Liebreich, cinco casos, sólo de un ojo.

Jalbawski, en la *Revista Cubana de Oftalmología*, página 542 del volumen núm. 3, cita dos hermanas, una de veinte años y otra de veintiséis, con grandes manchas negruzcas de la esclerótica, iris oscuro, fondo de ojo fuertemente pigmentado: estas manchas son bilaterales, estando más pronunciadas en el ojo derecho que en el izquierdo, de la más joven.

En ambas hermanas, la esclerótica es en la parte que no existen las manchas muy azuladas y anormalmente fina ó adelgazada; dice que la melanosis familiar es muy rara, no habiendo observado más que estos dos casos.

Para terminar, como tratamiento, no existe ninguno: pues á causa de la difusión del pigmentum en el tejido escleral y de la penetración de la materia colorante, no hay que pensar en la posibilidad de su desaparición, y lo mejor es no hacer nada.

Dr. B. Carreras.—Yo felicito muy sinceramente al doctor Cuevas por el interesante caso que acaba de presentar-

nos. Los pocos casos de melanosis escleral que yo he visto, no pueden compararse, en modo alguno, con este, pues se reducen á unas cuantas aglomeraciones pigmentarias, localizadas preferentemente cerca de los vasos; mientras que en la enferma que acabamos de examinar, las zonas pigmentadas son varias, confluentes y abarcando una gran extensión del segmento anterior del ojo. Es un caso verdaderamente notable.

Neuritis óptica filícica. (1)

Dr. Carreras.—El caso que el Dr. Mansilla acaba de exponer y por el cual le felicito, presenta un gran interés, por que á mi modo de ver se aparta en su evolución de las demás observaciones similares. En efecto; según me ha parecido entender, la alteración visual apareció después de haber ingerido el enfermo su dosis de helecho macho, pero no apareció de una manera brusca, sino lentamente ó por lo menos se fué acentuando la disminución visual de un modo lento y progresivo, durante dos meses, si mal no recuerdo. Pues bien, esta evolución no es lo común en las neuritis ópticas agudas de origen tóxico. Tanto en las neuritis tóxicas debidas á la quinina, al alcohol metílico, á la pelletierina, como á las mismas causadas por el ácido filícico (por lo menos los casos que yo he leído) el trastorno visual fué súbito y alcanzó ya de momento su máximum de intensidad, y si luego evolucionó fué para mejorar, pero nunca para empeorar, pues repito, la ambliopía (ó amaurosis, según los casos) alcanzó ya de momento su mayor grado de intensidad. Y se comprende que así sea; pues en estos casos la absorción del tóxico se hace todo de una vez y es natural que los trastornos sean mayores cuando hay mayor cantidad de veneno en la economía, que no en los días sucesivos en que ya una parte del mismo puede haber sido eliminada. En cambio, en las intoxicaciones crónicas, como por ejemplo, la neuritis nicotínica ó alcohólica (por la ingestión rápida de bebidas alcohólicas), el trastorno visual va estableciéndose lentamente, pues la ingestión del veneno se efectúa también con lentitud y dicho veneno obra más por su persistencia y continuidad de su acción, que por la cantidad del mismo. A pesar de todo lo dicho, la ausencia de otras causas me hace creer que la etiología defendida por el Dr. Mansilla es la verdadera.

Glioma del nervio óptico del lado derecho y de la retina del ojo izquierdo (presentación del enfermo).

Dr. Marín Amat.—Se refiere á una niña de cinco años que el Dr. Marín Amat trató en Agosto de 1921 de un hemion del ojo derecho, con su sintomatología típica y que curó después de practicarle la exenteración del contenido ocular en cuatro semanas, quedando un pequeño muñón constituido por los restos de la esclerótica.

El día 18 de Abril de 1922, se presenta de nuevo á su observación ofreciendo el siguiente cuadro clínico:

Tumor voluminoso, como huevo de gallina, en la órbita derecha, recubierto en toda su superficie por la conjuntiva, notándose en la parte más culminante, el pequeño muñón resultante de la exenteración que se le había practicado. La tumoración es de color sonrosado y lobulada. Los párpados muy distendidos cubren incompletamente la neoformación.

El ganglio preauricular y los submaxilares del lado derecho están infartados, aunque el volumen no pasa de una avellana. En el ojo izquierdo se observa la pupila dilatada y la presencia en su interior de masas lobuladas blanquecinas, recubiertas por los vasos de la retina, perfectamente

(1) Esta comunicación del Dr. Mansilla la publicamos íntegra en el número correspondiente al día 27 de Mayo, página 576, sección de prensa médica, al cual remitimos á nuestros lectores.

típicas del glioma de esta membrana. La visión es nula. No existen infartos en el lado izquierdo.

Con respecto al curso de la afección, el padre de la enfermita manifestó que á los tres meses de ser dada de alta empezó á crecerle carne en la órbita derecha y á ver poco con el ojo izquierdo, y que hace pocos días le observó una mancha blanca en este último ojo, y por si se tratase de una catarata acude de nuevo á consultar.

A dos órdenes de consideraciones se presta este caso clínico. Es el uno referente á la evolución de la afección, y el otro, al tratamiento que deba ponerse en práctica.

Por lo que se refiere á la evolución de la neoplasia, al mismo ó casi al mismo tiempo en nervio óptico derecho y en la retina izquierda, y varios meses después de haber sufrido la enfermita un flemon del ojo derecho, nosotros creemos que no hay absolutamente ninguna relación entre la afección supurada de este ojo y la aparición de la neoplasia, al menos en el nervio óptico derecho. El flemon ocular tratado por nosotros era verdaderamente típico, sin que existiera nada que hiciera pensar en glioma degenerado, que, desgraciadamente, no es familiar por haber tratado varios casos que han acudido á nosotros en el tercer período de la afección. Además de haberse tratado de un glioma endocular totalmente degenerado y de apariencia flegmonosa, la reproducción *in situ* en el mismo curso del tratamiento no se hubiera hecho esperar. En algunos de nuestros casos la reproducción ha sido tan rápida, que en pocos días han crecido considerablemente las masas neoplásicas *sui generis*.

Admitir la supuración de un glioma de la retina en totalidad y después de haberse hecho exófito (propagación hacia el nervio óptico), es demasiado violento; sabiendo que en esta neoplasia alternan las zonas muertas (las distantes de los vasos), con las partes dotadas de gran vitalidad (las que rodean á los vasos), y que por pequeñísimas que sean estas últimas porciones, son lo suficiente para la reproducción del tumor. Pero, en fin, pudieran haber ocurrido las cosas de este último modo, puesto que en clínica nada hay anómalo por extraño que parezca.

Con respecto al tratamiento, y dado lo avanzado de la afección en el lado derecho, en que ya se encuentra en el cuarto período, ó de generalización, mi opinión es la de no intervenir, puesto que, aunque hagamos una cuidadosa exenteración de la órbita derecha, seguida de aplicaciones de radio, y apliquemos este medicamento al ojo izquierdo, que se encuentra todavía en el primer período, ó de ojo de gato amaurótico, siempre quedarán en el organismo las partículas cancerosas, que injertadas en los ganglios linfáticos, en cerebro, huesos, etc., son otras tantas metástasis que prontamente producirán la muerte; esto es sin contar que los efectos de la exenteración y del radio asociados eviten la reproducción orbitaria de la neoplasia y la destrucción de la misma del ojo izquierdo.

Discusión.—Doy las gracias más expresivas á todos los señores que han intervenido en el debate, con motivo del caso por nosotros presentado y de las consideraciones que nos ha sugerido.

Al Dr. Mansilla.—Perfectamente de acuerdo con lo manifestado por el Dr. Mansilla. Creo que en el estado en que ya se encuentra la afección, es demasiado tarde para intervenir; además, la intervención lleva consigo un tratamiento muy largo, y por lo que se refiere á la exenteración de la órbita en sí en las neoplasias malignas, nosotros no tenemos gran fe en ella, porque en nuestros casos tarde ó temprano (en algunos hasta los tres años) se reprodujo la neoplasia.

Al Dr. Basterra.—Muy bien que su señoría se declare intervencionista y en el fondo yo también lo soy, como ya

tengo dicho públicamente en otras afecciones consideradas incurables, por ejemplo, en el desprendimiento de retina; pero por lo que se refiere al glioma de la retina en período de generalización, una triste experiencia me ha enseñado á ser escéptico.

Hay que ver el triste cuadro clínico que sigue á la reproducción de esta neoplasia. Un gasto extraordinario de material de curas, porque los apósitos hay que renovarlos varias veces al día, y un olor nauseabundo insoportable que aburre á los encargados del tratamiento, llega á convertir á estas infelices criaturas en temidos enfermos.

Al Dr. Castresana.—Me parece muy bien la práctica por él seguida, la de efectuar la exenteración de la órbita, pero á condición de ir seguida de largas aplicaciones y de gran cantidad de radio. Su experiencia personal con respecto á la exenteración sin radio, es idéntica á la nuestra. Si no podemos aplicar el radio inmediatamente después de la intervención, no intervendremos, porque tenemos la absoluta seguridad de la reproducción y pronto de la neoplasia.

Al Dr. Carreras.—No está mal el ejecutar las extirpaciones de los ganglios al mismo tiempo que se hace la exenteración de la órbita; pero creo que ni todos los ganglios podrán extirparse, ni con ella queda la enfermita libre de otra metástasis, por ejemplo, del cerebro ó de los huesos, dado lo avanzado de la afección.

Al Dr. Pablo Hernández.—Ha hablado de que las aplicaciones de radio deben ser de larga duración y con la protección debida, por medio de filtros. Por lo que al catarro primaveral afecta, nosotros tenemos también en tratamiento un enfermo de la consulta de nuestro jefe el profesor Márquez, con un catarro primaveral de papilas exuberantes, que los Dres. Ratera tienen en tratamiento con el radio y en el que el tiempo de aplicación de esta substancia es de cinco minutos por sesión; sin embargo, se hará que las sesiones sean de más larga duración y seguramente la mejoría será más grande.

Al Dr. Muñoz Urra.—Acepto gustoso el ofrecimiento del Dr. Muñoz Urra, de enviarle la pieza patológica cuando se le opere, para que él con su extraordinaria competencia en Anatomía patológica, nos ilustre sobre el particular, anticipándole las gracias más rendidas.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del día 25 de Abril de 1922, bajo la presidencia del Excmo. Sr. Dr. D. Angel Fernández Caro.

Leída y aprobada el acta de la sesión anterior, el secretario, Dr. Fernández Cuesta, dió cuenta de una comunicación del alcalde presidente del Ayuntamiento de Madrid, dando las gracias al presidente de la Sociedad por los trabajos que remitió relativos á «Higiene de la vivienda» y significando el deseo de conocer la opinión de la Corporación respecto á la relación que debe existir entre la altura de los edificios y el ancho de las calles, así como los juicios emitidos en reciente conferencia, referentes á dicho extremo, por el Dr. Espina y Capo.

El señor presidente, después de agradecer la consideración que supone para la Sociedad dicha consulta, propuso el nombramiento, que fué aceptado, de los Sres. Franco Martínez y Yagües (D. José) para que con toda brevedad emitan el dictamen correspondiente.

Continuando la discusión del tema «Responsabilidad moral de los Gobiernos haciendo fuente de ingresos los vicios sociales», el Sr. Franco Martínez pronunció un elo-

cuenta discurso, tratando sucesivamente del tabaco, la prostitución, el juego y el alcohol. Hizo notar que si bien es indudable la influencia higiénico-restrictiva que el médico viene ejerciendo sobre sus clientes y en la educación escolar, en cambio el sexo femenino de algún tiempo á esta parte hace un consumo de tabaco que merece la mayor atención por parte de los higienistas. En cuanto á la prostitución, se declaró abolicionista, y por lo que se refiere á la Lotería, dijo que, tratándose de un impuesto voluntario, no tiene la higiene por qué intervenir.

Del alcohol dijo que hay que diferenciarlo del vino, que éste es un excitante, á veces un alimento y en ocasiones un tónico en dosis moderadas; en cambio, debe prohibirse el uso de bebidas destiladas, y terminó su discurso, que fué muy aplaudido, rogando al Dr. Espina resuma su tema en conclusiones.

El Dr. Bascuñana expuso puntos generales acerca de los asuntos tratados.

El Dr. Fernández Sanz dió lectura á un interesante trabajo sobre la necesidad de organizar en España la Liga de higiene mental y protección á los enfermos psíquicos.

Después de un erudito preámbulo presentó á la consideración de la Sociedad los siguientes puntos:

- 1.º Organización de la Liga Española de higiene mental y protección á los enfermos psíquicos.
- 2.º Reforma de los manicomios españoles según el plan expuesto por el autor en comunicación á la Real Academia Nacional de Medicina.
- 3.º Creación de dispensarios públicos para neurópatas y psicópatas.
- 4.º Perfeccionamiento de la enseñanza y asistencia á los enfermos psíquicos.
- 5.º Ampliación y multiplicación de los institutos de orientación profesional.
- 6.º Implantación de la enseñanza de la Psiquiatría como obligatoria en la Facultad de Medicina.

El Dr. Fernández Sanz fué muy aplaudido.

Después de algunas palabras de felicitación al Dr. Fernández Sanz pronunciadas por los Sres. Yagües, Bascuñana y el señor presidente, se levantó la sesión.

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Vista la instancia elevada á este Ministerio por el presidente de la Asociación de propietarios de balnearios de España, en solicitud de que se jubile á los médicos directores de baños que hayan cumplido sesenta y siete años, por considerarlos incluidos en el Real decreto de 30 de Mayo último:

Vistos asimismo la base 8.ª de la ley de 22 de Julio de 1918 y los artículos 16 del Real decreto de 7 de Septiembre de 1918 y el 162 de la Instrucción general de Sanidad, reformado por Real decreto de 20 de Junio de 1910:

Considerando que al disponer la ley en su base 8.ª, la jubilación forzosa de los funcionarios á los sesenta y siete años, se refiere de una manera terminante á aquéllos que perciban haberes del Estado, circunstancia que no concurre en los médicos directores de baños, los cuales no perciben sueldo alguno del Estado, y sólo emolumentos, que cobran de los bañistas:

Considerando que el Real decreto de 30 de Mayo último no puede estimarse que ha derogado el art. 162 de la Ins-

trucción general de Sanidad, por referirse aquél solamente á los funcionarios comprendidos en la base 8.ª de la ley, ó sea á los que perciban haberes del Estado, y exceptuar, como claramente se expresa en su preámbulo, á aquéllos que ejercen funciones consultivas, que es la misión principal de los médicos directores de baños,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se desestime la instancia del presidente de la Asociación de propietarios de balnearios de España, y se declare que lo dispuesto en el art. 162 de la Instrucción general de Sanidad, reformado por Real decreto de 20 de Junio de 1910, es lo vigente sobre jubilación de médicos directores de baños, no estando, por tanto, comprendidos en el de 30 de Mayo último.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, el del interesado y efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 15 de Junio de 1922.—Piniés.—Señor director general de Sanidad. (Gaceta del 17 de Junio.)

Dirección general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Con esta misma fecha el excelentísimo señor ministro de la Gobernación me comunica la Real orden siguiente:

«Ilmo. Sr.: Pendiente de informe del Real Consejo de Sanidad una completa reglamentación sanitaria de la Policía mortuoria y de cuanto con ella tiene relación, no parece justo esperar el resultado del detenido estudio y amplia información que requiere el complejo contenido de tan vasta materia para resolver sobre una de sus partes, ya que, á la que va á hacerse referencia, está siendo objeto en los actuales momentos de patrióticas y justas reclamaciones. Tal sucede con la exhumación y traslado de cadáveres por heridas de guerra y demás accidentes traumáticos antes del plazo señalado por nuestra vigente legislación.

Dispone ésta, en efecto, que no se permita la exhumación y traslado de cadáveres hasta cumplidos los cinco años de la inhumación y que no se autorice el traslado de cadáveres, sin embalsamar, á mayor distancia de 10 kilómetros. Semejantes preceptos carecen en la actualidad de fundamentos científicos y sanitarios en que apoyarse, pues si por lo que al primer extremo se refiere, tratándose de defunciones producidas por enfermedades infectocontagiosas, pudieran tener razón aparente, resulta, aun para éstas, excesivamente largo dicho período, puesto que jamás le alcanza la vida de las bacterias patógenas en las condiciones en que de ordinario se realiza la desintegración cadavérica. Y claro está que tal período no tiene la menor justificación cuando se trata de exhumaciones y traslado de cadáveres que lo han sido por accidentes de guerra ó efectos traumáticos de otra índole.

Con arreglo á este criterio, la mayoría de las naciones, nuestra vecina Francia entre ellas, han modificado su legislación sanitaria en esta materia, permitiendo desde luego y en cualquier tiempo el traslado y exhumación de cadáveres de personas fallecidas por dichas causas y limitando solamente á un período de tres años las exhumaciones cadavéricas de sujetos que fallecieron por ciertas y determinadas enfermedades infecciosas.

Y respecto á cadáveres no inhumados, cuya autorización puede concederse sin necesidad de embalsamamiento, parece también natural, dada la rapidez de nuestros actuales medios de transporte que, en relación con ellos, más que con la distancia, deben estar los preceptos que regulen dichas autorizaciones cuya esencial limitación deberá consistir en no permitir en modo alguno esta clase de traslados

para personas fallecidas por enfermedades infectocontagiosas.

En virtud de las consideraciones expuestas, favorablemente informadas por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad,

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

1.º Que en tanto se resuelva y publique la total reglamentación de los servicios sanitarios mortuorios pendiente de informe, se autorice el traslado de cadáveres no inhumados, de los individuos muertos á consecuencia de accidentes traumáticos de cualquier género, incluso por heridas de guerra, salvando siempre en todos los casos la intervención del Juzgado.

Será condición precisa la del embalsamamiento de estos cadáveres para autorizar su traslado, siempre que por cualquier causa su inhumación no pueda hacerse antes de las cuarenta y ocho horas seguidas á la del fallecimiento y cuando la distancia á recorrer en ferrocarril ó automóvil pase de 200 kilómetros.

2.º Se autoriza en cualquier tiempo la exhumación de cadáveres para su reinhumación en el mismo ó en otro cementerio, siempre que se trate de individuos fallecidos á consecuencia de muerte violenta, bien sea por heridas de guerra ó por cualquier otra clase de accidente traumático.

3.º La autorización para los traslados de cadáveres sin inhumar y para las exhumaciones y reinhumaciones subsiguientes en el interior de la Península ó de las posesiones españolas, corresponde á los gobernadores civiles y á los que asumen la representación del Gobierno en los dominios españoles.

Si se tratase de exhumaciones y traslados cadavéricos desde la Península á nuestras posesiones, ó viceversa, la concesión de estas autorizaciones corresponde al Ministerio de la Gobernación, como igualmente cuantas se refieran á traslado de cadáveres al extranjero.

4.º A reserva de las reglas de orden sanitario que en su día establezca el proyecto lo Reglamento de Policía mortuoria, los funcionarios de Sanidad que por precepto legal deben intervenir en los traslados y exhumaciones cadavéricas, autorizados por virtud de la presente Real orden, cuidarán, bajo su más estrecha responsabilidad, de que dichos cadáveres sean encerrados en féretros herméticos y de adoptar las demás medidas sanitarias que estimen oportunas, á fin de que, en ningún momento, dichas operaciones puedan ofrecer peligro alguno para la salud pública.

Lo que de Real orden comunico á V. I. para su conocimiento, el de los gobernadores civiles de todas las provincias y comandantes generales del Campo de Gibraltar, Ceuta y Melilla »

Lo que traslado á V. I. para el suyo y fines que se interesan. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 11 de Mayo de 1922.—El director general, *Manuel M. Salazar*.

Señor gobernador civil de... y comandantes generales del Campo de Gibraltar, Ceuta y Melilla. (*Gaceta* del 16 de Mayo.)

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Por Real orden de 7 de Abril último fué nombrado D. Abelardo Gallego y Canel profesor numerario de Histología normal, Patología general y Anatomía patológica de la Escuela de Veterinaria de esta Corte, habiendo transcurrido el plazo marcado para la toma de posesión sin que

lo haya efectuado, y no siendo imputables al Sr. Gallego las causas á que ha obedecido la demora en la toma de posesión de su nuevo cargo,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer se rehabilite el nombramiento de profesor numerario de Histología normal, Patología general y Anatomía patológica de la Escuela de Veterinaria de Madrid, hecho á favor de D. Abelardo Gallego y Canel, pudiendo tomar posesión del mencionado cargo, por estar en período de vacaciones, en la Escuela de Veterinaria de Santiago, donde actualmente presta sus servicios.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. muchos años. Madrid, 5 de Junio de 1922.—*Montejo*.—Señor subsecretario de este Ministerio.

Ilmo. Sr.: Por Real orden de 7 de Abril último fué nombrado D. Tomás Rodríguez y González profesor numerario de Histología normal, Patología general y Anatomía patológica de la Escuela de Veterinaria de León; habiendo transcurrido el plazo marcado para la toma de posesión sin que lo haya efectuado, y no siendo imputables al Sr. Rodríguez las causas á que ha obedecido la demora en la toma de posesión de su nuevo cargo,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer se rehabilite el nombramiento de profesor numerario de Histología normal, Patología general y Anatomía patológica de la Escuela de Veterinaria de León, hecho á favor de D. Tomás Rodríguez y González, pudiendo tomar posesión del mencionado cargo, por estar en período de vacaciones, en la Escuela de Veterinaria de Santiago, donde actualmente presta sus servicios.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 5 de Junio de 1922.—*Montejo*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 17 de Junio.)

Subsecretaría.

De conformidad con lo informado por la Comisión permanente del Consejo de Instrucción pública, y en virtud de oposición y propuesta del Tribunal calificador,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien nombrar á don Julián de la Villa y Sanz catedrático numerario de Anatomía descriptiva y Embriología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, con el sueldo anual de 7.000 pesetas y demás ventajas de la ley.

De Real orden comunicada por el señor ministro lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 3 de Junio de 1922.—El subsecretario, *Castel*.—Señor ordenador de pagos por obligaciones de este Ministerio. (*Gaceta* del 8 de Junio.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,8; ídem mínima, 701,6; temperatura máxima, 31°,3; ídem mínima, 9°,6; vientos dominantes, NE. NNE.

Pocas variaciones se han registrado desde nuestro estado anterior en la salud pública de Madrid; algunas perturbaciones digestivas transitorias, ligeras infecciones febriles del aparato gastrointestinal, anginas catarrales y erupciones de la piel de índole artrítica han constituido los padecimientos agudos registrados; los crónicos continúan mostrando tendencia á las complicaciones congestivas.

Crónicas.

Un pueblo que se ocupa de sus vecinos.—Parece ser, por las noticias que tenemos en la prensa diaria, que el segundo batallón del Regimiento de Garellano está compuesto en su mayor parte de vizcaínos. El referido batallón está en Africa y la bajas por fiebres tifoideas son muy numerosas.

El Colegio Médico de Bilbao, en conocimiento de ello, ha telegrafiado al ministro de la Guerra rogándole dé las órdenes necesarias para que todos los soldados que componen el grupo sean vacunados contra el mal.

La viruela en Sevilla.—En otro número dábamos cuenta de la existencia de numerosos casos de viruela en Sevilla. Hoy, las noticias que llegan á nosotros son de que por parte de las autoridades administrativas y sanitarias, se han tomado medidas de las más radicales en evitación de la propagación del mal.

El gobernador ha mandado clausurar las escuelas públicas y los médicos de la Beneficencia municipal han vacunado en brevísimo plazo 1.500 personas.

De todas maneras no se debe llegar á la necesidad de estas medidas.

Comisiones sanitarias.—Por el Ministerio de la Gobernación se ha publicado en la *Gaceta* una Real orden nombrando vocales de las Comisiones sanitarias provinciales de Baleares á D. José Aleñar, arquitecto; D. Gabriel Oliver Mulet, vicepresidente de la Comisión permanente de Sanidad; D. Juan Frontera, ingeniero de Caminos, Canales y Puertos, y D. Antonio Pon, abogado; de Burgos, á D. Eduardo Martínez y Martínez, médico del Cuerpo de Prisiones, y de Zaragoza, á D. José López y Pueyo, ingeniero municipal.

Carlsbad.—El Dr. M. Cahanesco, especialista para las enfermedades del estómago, del hígado y de la nutrición, nos comunica que da consultas en español en su villa «Lorbeerkrantz», en frente del manantial de Mühlbrunn.

Consultas públicas.—Hasta el próximo mes de Octubre han sido clausuradas las consultas públicas de oftalmología, medicina interna, pulmón y corazón y nerviosas y mentales de la policlínica de la Escuela-Ateneo de Medicina (calle de Luzón, 4), y continúan abiertas las consultas de dermatología y sifiliografía, á cargo del Dr. Dauden; huesos y articulaciones, Dr. Esteban y Muñoz; matriz y embarazo, Dr. Gascuñana-Hernando; enfermedades de la infancia, Dr. Jiménez Guinea; garganta, nariz y oídos, Dr. Martín y Calderín, y cirugía general, Dr. Vallcorba y Ruiz.

Continúa igualmente la admisión de enfermas en la sección pública de maternidad y hospitalización de enfermos quirúrgicos.

Religiosas enfermeras.—El día 25 de Junio el coronel médico D. Venancio Plaza gestionó y consiguió del ministro de la Guerra la firma de una Real orden, en la que se dispone se efectúe un curso de enfermeras para hermanas de la Caridad, y el día 27 por la tarde se efectuó en el Hospital Militar de Carabanchel el acto de imponer la Reina el brazal de la Cruz Roja á las hermanas de la Caridad que han de seguir el curso de enfermeras.

La Reina fué recibida por el subsecretario de Guerra, general Barrera; inspector de Sanidad, general Urquidí, y alto personal del hospital.

El libro sobre Cajal.—Los artículos, que venimos publicando, debidos á la pluma de nuestro director D. Carlos M.^a Cortezo y dedicados á la explicación y vulgarización de la obra genial del ilustre histólogo, verán la luz en tomo aparte, para el 10 del presente mes. El precio del volumen, que llevará la última fotografía del eminente sabio con cariñosa dedicatoria al autor del libro y que tendrá también una artística cubierta hecha por el inspirado dibujante Sr. Pellicer, será de 10 pesetas.

Lamentamos no poder acceder á la petición que se nos hace de aumentar la modesta tirada de 500 ejemplares con que nos proponemos contribuir al fondo de dotación del Instituto, pues teniendo ya tirados más de doce pliegos sería necesaria su reimpresión que significa un desembolso considerable. Por eso y salvo el caso de una edición ulterior no podemos en la presente admitir pedidos en grande escala.

El servicio de Correos.—Nuestro querido y amable amigo el Sr. Silvela, director general de Comunicaciones, en atenta carta dirigida á nuestro director, da cuenta de las diligencias hechas á fin de conocer las causas por las que algunos de nuestros suscritores no reciben la Revista.

Los datos que nos da son muy satisfactorios, y espera-

mos, como ya viene ocurriendo, que las deficiencias disminuyan en total.

Por las Clínicas de Europa.—El primer tomo de nuestro *Formulario* está al terminar de reimprimirse. Suponemos que podrá ponerse á la venta á fines del corriente mes.

Son muchas las peticiones que tenemos para la adquisición del referido tomo, y sirva la presente de contestación á los que han expresado el deseo de que se le envíe. Los que lo tienen solicitado, tan pronto aparezca se le remitirá. Rogamos, para el mejor despacho de los ejemplares, que al pedir el tomo antes de la publicación lo hagan en nota aparte de la carta que nos dirijan con otro objeto. De estar á la venta cuando nos escriban, basta indicarlo en carta, sin necesidad de nota aparte.

Tenemos muchas peticiones también de páginas de dicho *Formulario*, tanto del primer tomo como de los sucesivos. Nuestro deseo sería proporcionarles las pocas que á cada cual les falten; pero son en gran número las agotadas, razón por la que no podemos atender los deseos de los solicitantes.

Excipiente inerte.—Si las mujeres supieran gobernar sus pensamientos como su cabello, fueran las mejores cabezas del mundo.

Zabaleta.

Siempre se sueña lo que se teme.

Zabaleta.

Sea uno, decía, señor de sí, y lo será de los demás. La detención sazona los aciertos y madura los secretos; que la aceleración siempre pare hijos abortivos sin vida de inmortalidad.

Gracián.

Bioplastina.—Al presente número acompañamos una delicada tarjeta del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), productos Serano y Ergon, agente para España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona.

Resumen de Técnica operatoria.—Al presente número acompañamos un prospecto y tarjeta de la «Editorial Cervantes», Rambla de Cataluña, 72, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valenola.



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

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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