

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. MARAÑÓN 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.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGÜILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inoculosa y Colegio de la Paz.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA , Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Sobre un nuevo tratamiento de los empiemas de los senos de la cara, por el Dr. José María Barajas y de Vilches.—Tuberculosis activas é inactivas, por Ramón Villegas.—Síndrome parkinsoniano consecutivo á encefalitis letárgica, por Francisco Cuesta Urcelay.—Farmacología de las preparaciones galénicas activas de origen vegetal, por el Dr. D. Manuel Álvarez Ude.—El diagnóstico post-mortem, por el Dr. Jorge de la Guardia.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Lo acontecido en el Senado con la ley de Sanidad, por el Dr. Martín Salazar.—Remitido: El proletariado médico rural, por A. Elviro Berdeguer.—Doctor Gómez Ocaña, por Manuel y Fernando Conde López.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Sobre un nuevo tratamiento de los empiemas de los senos de la cara

(NOTA CLÍNICA)

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS Y DE VILCHES

Director-fundador del Instituto Otorrinolaringológico de las Siervas de María.

Animado por los resultados excelentes manifestados por Wiethe en un reciente trabajo, acerca del empleo en las supuraciones sinusales de las inyecciones intravenosas de soluciones hipertónicas de glucosa, me decidí á juzgar por mí mismo las ventajas de tal procedimiento en los enfermos de mi consulta pública del Instituto, que he considerado aptos para ello; pero una vez más la realidad ha venido á destruir unas cuantas ilusiones que nos forjamos al leer las alentadoras estadísticas extranjeras llenas de optimismo.

Evidentemente, los fundamentos de este procedimiento de curación tienen una base científica muy positiva, pues todo cuanto contribuya á aumentar el extraordinario poder fagocitario de que están dotadas algunas células mesodérmicas, como los leucocitos polinucleares neutrófilos, los mononucleares, los endotelios de las serosas y vasculares (células de Kuffer del hígado), ha de avalorar la importantísima función de defensa desempeñada esencialmente por los macrófagos de

Metschnikoff ó citófagos de Pappenheim, los cuales pertenecen á los grandes mononucleares encargados de la elaboración de la proteasa ó fermento proteolítico capaz de actuar sobre las moléculas de albúmina de los diversos gérmenes, fenómenos todos ellos que constituyen en unión de la formación de oxidasas y catalasas de los promielocitos y mielocitos encargados de exaltar la acción antitóxica general y local, las distintas fases de que se compone el complejo mecanismo de la inmunización, la cual, como decía Metschnikoff, ha de permitir al organismo permanecer indemne, á pesar de la penetración en él de los agentes infecciosos.

Las inyecciones intravenosas masivas de suero azucarado isotónico fueron empleadas aún no hace mucho tiempo por Audain y Masmonteil en el tratamiento de la septicemia, buscando una acción leucogénica, la cual en mi concepto es la base de los beneficios que tal remedio puede reportar, además de las propiedades del azúcar, tanto alimenticia como diurética. La técnica que empleaban los citados autores consistía en inyectar al principio 100 c. c. de la solución isotónica de cualquier azúcar, que si se trataba de glucosa sería al 47,60 por 1.000; si de la sacarosa, al 103,50 por 1.000, y si de lactosa, al 108,90 por 1.000; sucesivamente aumentaban en las distintas inyecciones las cantidades de solución que introducían muy lentamente en las venas, llegando hasta un litro, y despreciando la reacción que, claro es, se producía en forma molestísima, con escalos.

fríos, hiperpirexia y sudores, presentándose un cuadro muy alarmante, pero según dichos autores completamente inofensivo, recordando esta situación las que observábamos al aplicar los arsenicales para el tratamiento de la sífilis en soluciones diluídas masivas, antes del empleo actual de las soluciones concentradas, de tan escasa reacción que generalmente no suele perturbar la vida de los enfermos en tratamiento.

Fundado en las razones indicadas, tanto en las de orden biológico como en las de orden clínico, Stejskals fué el primero que utilizó las inyecciones intravenosas azucaradas para el tratamiento de los estados inflamatorios de las cavidades inflamatorias de las fosas nasales, tratando además de subsanar la merma que sufre el organismo de estos enfermos en sus defensas y mejorando el estado general mediante el suministro a los tejidos de un elemento energético de gran valor, activando las combustiones intracelulares y contrarrestándose la actuación de las toxinas microbianas sobre los tejidos, particularmente sobre el nervioso encargado de mantener las sinergias funcionales en todos los órganos de la economía y manifestándose de un modo tan evidente la actuación de estos compuestos sobre el sistema nervioso de la vida vegetativa, que nada más que a esto se debe la fiebre alimenticia que los alemanes estudian en Paidología con el nombre de Kochsalfzfeber y que suele observarse al introducir en el organismo hidratos de carbono por vía parenteral, produciéndose dicha acción simpático-tónica, la cual alcanza a modificar el calibre de los vasos y elevar la presión sanguínea, estudiando esta acción angioneurética Sanmartine y Crispoli, entre otros varios, según manifiesta el Dr. Pittaluga, pertenecientes a la escuela del profesor Lo Monaco, suponiendo estos autores, además, una influencia directa de los azúcares sobre la pared vascular, análoga a la que ejercen las soluciones azucaradas hipertónicas sobre las superficies ulceradas y sangrantes, lo mismo en las epiteliales que en las mucosas, base del tratamiento de las broncorreas por el Gluco-serum.

Posteriormente, Camilo Wiethe, de la clínica de la Universidad de Viena, que dirige Hajek, ha estudiado concienzudamente los efectos terapéuticos obtenidos por las inyecciones hipertónicas de glucosa por vía intravenosa, en las supuraciones de las cavidades accesorias de las fosas nasales.

La técnica de este autor, que es la que yo he utilizado, no puede ser mas sencilla. Preparada una solución esterilizada de glucosa al 20 por 100, se inyectan 30 ó 40 c. c. en una vena de la flexura del brazo, si el enfermo no acusa anteriormente la presencia de glucosa en la orina, que sistemáticamente debe analizarse en todos los que hayan de ser tratados en esta forma, y además, aunque Wiethe no lo hace constar, si las cifras de la tensión arterial no son muy elevadas, por la antes indicada acción sobre la presión sanguínea, no sólo mecánicamente, sino por la acción angioneurética, por lo cual deben tenerse en cuenta estos datos, anotando las cifras obtenidas en el oscilómetro antes y después de la inyección.

Al principio de utilizarse este tratamiento eran retenidos los enfermos en la clínica, pero el completo convencimiento de la inocuidad del remedio permitió utilizarlo en los consultorios en los enfermos ambulantes, sin que hasta la fecha, ni en la práctica ajena ni en la propia, se registre un solo caso de reacción general, no obstante inyectar 60 c. c. de una vez. Previo análisis de orina antes de cada inyección, yo empleo dos semanales utilizando el aparato de Azúa para el salvarsán, pues con la jeringa, si las venas no son muy manifiestas, muy fácilmente puede inyectarse fuera de ellas, y aunque esto no acarrea ningún peligro, ocasiona alguna molestia pasajera para el enfermo, lo cual no tiene nada de extraño al utilizar una jeringa de 40 c. c. cuya presión, como es mayor que la sanguínea, se opone a que la sangre pase a través de la aguja cuando está en el interior del vaso, constituyendo esto en las inyecciones intravenosas de menor volumen, la mejor señal de que la aguja está bien colocada y no hay riesgo de inyectar en sitio inadecuado.

Durante el mes de Diciembre último contaba Wiethe con tres casos de supuraciones agudas de los senos, coincidiendo con Hajek en que esta clase de afecciones tiene gran tendencia a la curación espontánea.

En los dos primeros casos puso la inyección de 40 c. c. a las doce del día, y a las cuatro y media, dice dicho autor que por rinoscopia pudo observar la nariz completamente limpia de pus y sin dolor de cabeza. En el caso tercero disminuyó notablemente el pus después de la primera inyección, desapareciendo completamente después de la tercera de 40 c. c., practicadas las tres en el transcurso de nueve días. En otros dos enfermos no pudo llevar el tratamiento hasta el final por razones que no manifiesta, aunque la mejoría que experimentaron con la primera inyección fué evidente, sobre todo en el dolor de cabeza que en todas las observaciones cedió a las cuatro ó seis horas de puesta la inyección, haciendo manifestaciones sobre este beneficio Stejskals, el cual lo atribuye a la disminución de la excitabilidad nerviosa en los casos que inyectó soluciones hipertónicas de azúcar.

De supuraciones crónicas de los senos tiene Wiethe siete casos, tratados hasta el final. La mejoría se presenta inmediatamente sobre el dolor de cabeza, pudiendo apreciar también la ausencia de costras que antes del tratamiento mortificaban a los enfermos, siendo sustituido el pus por una fina mucosidad que se va haciendo cada vez más clara. En resumen, desde la primera inyección ha visto el autor modificarse el cuadro clínico, haciendo todas estas notables apreciaciones dentro de la más absoluta imparcialidad y con la agravante de que en los casos crónicos existen infinidad de motivos para que la curación no sea tan rápida como en los agudos, necesitando, por término medio, unas nueve inyecciones. El caso más desfavorable que señala recae en un individuo operado de Caldwell-Luc que recidivó, y al cual trató con ocho inyecciones, experimentando notable mejoría, pero sin llegar a suprimir de un modo absoluto la salida del pus por la fistula.

Después de detallar las historias clínicas de todos los casos establece las conclusiones siguientes:

1.^a Por las inyecciones intravenosas de soluciones hipertónicas de glucosa se observa en los casos agudos un notable adelanto en la curación.

2.^a En los casos crónicos se observa indudable mejoría, especialmente en la formación de costras y dolor de cabeza.

Después de leer los interesantes trabajos de Wiethe, é influenciado por su concienzudo estudio, no he de negar que, alentado por los deseos de encontrar un beneficio práctico que poder reportar á los enfermos que acuden á nuestras consultas y cuya situación social les impide dispendiar gastos que hoy por hoy tan sólo les es dado á clases superiores, prescindiendo de otros motivos que no son al caso, recurrí á utilizar este nuevo remedio, como siempre, influenciado por aquellos alien-tos que en su enseñanza supo infundirme mi inolvidable padre y maestro y dispuesto á juzgarlo dentro del más imparcial criterio, empezando á emplear este remedio, cuyos beneficios disfrutaban en clínicas extranjeras que son cuna del movimiento científico profesional; pero de ninguna manera con animosidad ni prejuicio de conceptuar las decepciones, en caso de encontrarlas, como juicios definitivos, pues es muy corto el número de observaciones y el estudio he de completarlo posteriormente, aspirando tan sólo á que estas ideas sirvan de avanzada, para que los que á esta rama de la Medicina se dedican observen en sus clínicas y justiprecien tal remedio para aceptarlo definitivamente como poderoso recurso en los casos de sinusitis que no se operen, ó para desecharlo de una manera definitiva si sus resultados no coinciden con los hallados fuera de España; yo me he de limitar á exponer dos de mis casos, en los que hube de emplearlo sin hallar el supuesto efecto curativo, esperando que la práctica ajena, bien por la mejor elección de los enfermos, bien por otros motivos de técnica, etc., alcance los éxitos buscados.

El primero de mis enfermos en que empecé á observar dicho tratamiento era un hombre de cuarenta y cinco años, antiguo sifilítico y con Wassermann (+ + +), que padecía una sinusitis frontoetmoidal crónica doble desde hacía dos años, el cual acudió á consultarme aconsejado por el oculista, sospechando que una fistula supurante que tenía en el tercio exterior de la ceja izquierda procedía del seno frontal. En efecto, hice la historia, cuya descripción detallada se publicará en la *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, de Moure, con el título de «Deux cas intéressants de sinusite frontoethmoidale».

Como se trataba de un sifilítico, primeramente se le trató específicamente por salvarsanes y mercurio, sin hallar la más ligera mejoría en la supuración nasal ni en los dolores supraorbitarios, como tampoco la panoftalmía que presentaba sufrió el menor efecto benéfico de dicho tratamiento, por lo cual le practiqué una turbinectomía media, con raspado de las células etmoidales, afectadas de osteitis fungosa, quedando toda la región abarcable con el especulum, macroscó-

picamente limpia. Todos los días se le practicaban dos lavatorios con líquido de Dakin, además de continuar con el tratamiento general antisifilítico.

Los dolores supraorbitarios mejoraron, pero la supuración continuaba por la nariz y por la fístula y entonces pensé en tratarle por las inyecciones de glucosa antes de recurrir á la cirugía facial, que aparte de todos los inconvenientes materiales, presentaba los sociales de tener el enfermo que abandonar su trabajo para ingresar en mi clínica y que contribuyeron para animarme á emplear el nuevo recurso que motiva estas líneas.

Previo análisis de orina hecho por mi ayudante señor Madero, viendo que no existía glucosa en esta secreción, le inyecté con el aparato de Azúa 30 c. c. de la solución de glucosa al 20 por 100.

El efecto de esta primera inyección, aparentemente pasó inadvertido para el organismo, sobre todo macroscópicamente, pues la supuración continuó como antes y las molestias locales lo mismo, por lo que á las cuarenta y ocho horas le puse la segunda inyección, pero aumentada 10 c. c. más, ó sea de 40 c. c., apreciando entonces una mejoría de los dolores supraorbitarios aunque continuando la secreción purulenta.

A los cuatro días, nuevo reconocimiento, observando alguna disminución de la secreción nasal, atribuible á la limpieza empleada por el enfermo, pero el meato medio se encontraba lleno de pus y con la misma opacidad diafanoscópica que el primer día, sin presentarse glucosa en la orina y con el estado general sobre poco más ó menos igual durante todo el período de observación, durante el cual le inyecté hasta diez inyecciones, las últimas de 60 c. c. sin tener que manifestar la menor variación en el curso de la enfermedad, en vista de lo cual consideré fracasado en este enfermo el tratamiento en cuestión, haciéndole por fin la intervención á lo Killian según describo en el trabajo que indico anteriormente de la *Revue Laryngologie*, viendo una vez más manifestado en este enfermo la excel-situd de la Cirugía que nos permitió darle de alta completamente curado de su doble sinusitis á los cuarenta días de operado.

Actualmente tengo otro enfermo sometido á igual tratamiento que padece una sinusitis frontoetmoidal del lado izquierdo. Tiene dolores supraorbitarios desde hace algunos años, en que sospecha el enfermo que comenzó su enfermedad. Explorado clínicamente diagnosticamos la afección indicada, haciéndole Wassermann que resultó también positivo (+ + +). Se le han puesto 6 inyecciones de neosalvarsán y 10 de benzoato de mercurio que no le han aliviado lo más mínimo su afección local. Posteriormente y siguiendo la técnica establecida con el enfermo anterior le he puesto 10 inyecciones de la indicada solución de glucosa, sin observar nada más que una ligera disminución de la supuración y de los dolores supraorbitarios, pero nada más, por lo que tengo el proyecto de recurrir á la cirugía endonasal perseverando en el tratamiento intravenoso y antisifilítico.

Aunque como indico anteriormente, no puede es-

tablecerse todavía un juicio definitivo de tal agente terapéutico, le considero con tal base científica que me he aventurado á dar esta idea adelantada, por abrigar esperanzas de que seguramente después de perfeccionar su estudio y quizás su técnica ha de proporcionar un auxiliar al organismo, para defenderse contra la infección local, y sobre todo he podido confirmar su inocuidad más absoluta en estas modestísimas observaciones clínicas.

Madrid, Marzo de 1922.

TUBERCULOSIS ACTIVAS É INACTIVAS

POR

RAMÓN VILLEGAS

La apreciación de este concepto es de la mayor sencillez en teoría. Sin embargo, el frecuente olvido á que se relega en la práctica, le convierte en un problema muy interesante.

Se ha señalado la circunstancia, que es especialísima, de que la mayor parte de las infecciones tuberculosas que afectan al hombre no vienen á reducirse sino á un fracaso de infección. Los distintos mecanismos de que el organismo se vale para hacer abortar la tuberculosis, hacen que ésta no llegue á producirse sino de una manera incompleta. Hasta en los casos en que el bacilo llega á provocar sus lesiones características de foco, el organismo encuentra ocasiones frecuentes de convertirla en un proceso prácticamente inofensivo.

Las investigaciones de Noegeli y Burkhard que demuestran la existencia de focos tuberculosos cicatrizados en individuos que murieron de otras enfermedades, al demostrarnos la posibilidad de una curación espontánea, nos sugiere también la idea de la posible existencia en vida de lesiones tuberculosas en las que resulta innecesario todo tratamiento activo. Pudiera darse el caso, y se da en efecto con mucha más frecuencia de lo que se dice, de individuos en los que un reconocimiento aquílato y cuidadoso del funcionamiento del pulmón nos demuestra la existencia de infiltraciones positivamente tuberculosas, y que, sin embargo, no deben considerarse clínicamente como enfermos.

Los autores alemanes establecen esta fundamental diferencia denominando tuberculosis infección á todos aquellos procesos infectivos que no llegaron á desarrollarse, pudiendo ser contenidos sin provocar graves trastornos generales. En una palabra: á los procesos tuberculosos que no producen síntomas apreciables y que espontáneamente resultan curados. Y aplican el nombre de tuberculosis enfermedad á todas las demás infecciones que no pudieron ser contenidas naturalmente y que se desarrollan en toda su plenitud dando lugar á la sintomatología de intolerancia tan bien conocida.

Traduciendo mal estas distinciones, ciertos autores denominan afección tuberculosa á la enfermedad tuberculosis, pero se comprende que esta palabra afección no significa nada por cuanto que el pulmón tam-

bién resulta afectado en las infecciones contenidas y aun en las curadas (la curación de la tuberculosis no es nunca de restitutio ad integrum) y el sentido de afección es aún más extenso que el de infección para poder servir de diferencial.

A mí me parece más sencillo y más comprensible los términos de tuberculosis activas é inactivas empleados generalmente, y que no se prestan á ninguna clase de interpretaciones equivocadas.

Si la tuberculosis fuese una enfermedad de curso uniforme y de caracteres constantes, nada sería más sencillo que establecer esta diferencia. Serían activas aquellas afecciones tuberculosas que se manifestaran con síntomas clínicos apreciables de intoxicación específica, y, por el contrario, inactivas las que no presentasen esta característica de intolerancia orgánica. Pero la tuberculosis tiene precisamente como uno de sus más esenciales caracteres la de ofrecer durante su curso temporales remisiones y mejorías transitorias que pueden mantenerse á veces durante años enteros, hasta el punto de simular como verdaderas curaciones lo que no son á veces sino engañosas treguas, después de las cuales la afección tuberculosa revive con todo vigor é intensidad exaltada. En la observación clínica de una de estas remisiones pudiéramos creer muy bien que se trataba de una tuberculosis, cuya actividad había podido ser contenida de modo espontáneo y perder la ocasión favorable de tratarla por los recursos de la ciencia que en este momento serían acaso de más fácil eficacia. Y, de otra parte, el tratar como proceso activo una afección que no se manifiesta sino por síntomas focales de infiltración pulmonar puede hacernos incurrir en el error de aplicar un tratamiento siempre molesto que puede ser perfectamente inútil.

Grave resulta, en efecto, dejar pasar la oportunidad del empleo de un procedimiento terapéutico ante la espera de manifestaciones clínicas que pueden tardar en presentarse; pero no menos lo es asimismo crear en el seno de una familia la profunda perturbación moral que supone un diagnóstico de mayor gravedad que la que corresponde al caso. Estas consideraciones sociales me parecen tan dignas de ser tenidas en cuenta como cualquier otra de índole exclusivamente científica.

La circunstancia esencial para suponer curado anatómicamente un foco tuberculoso es que éste se encuentre tan perfectamente encapsulado que no pueda dar salida á ninguno de los productos tóxicos derivados del bacilo. La manifestación externa de esta circunstancia nos la da la ausencia *permanente* de todo síntoma clínico. Y subrayo el carácter de permanente que tiene que ofrecer esta observación, porque, como hemos advertido, puede darse el caso de tuberculosis, virtualmente activas, que se encuentren en uno de esos períodos citados de tregua ó de reposo.

De cuantos síntomas pueden presentarse me parece la fiebre el más característico. Y no siendo la fiebre manifestación obligada y constante en la tuberculosis—muchas veces existe un encapsulamiento relativo que contiene la difusión tóxica mientras no existe una causa capaz de perturbar este equilibrio transitorio—,

me parece la mejor y más sencilla práctica, para poner de manifiesto el grado de encapsulamiento conseguido, ordenar al presunto enfermo un ejercicio corporal algo intenso, observando luego la temperatura. Si no marcarse el termómetro ninguna elevación anormal, hay muchos fundamentos para juzgar como bastante bien compensada la lesión. Pero si la temperatura se eleva a consecuencia de esta prueba, los indicios para juzgar del caso como un proceso activo se hacen aún mayores.

El hallazgo del bacilo de Koch resulta de una expresión definitiva. La presencia de esta bacteria en los esputos determina de una manera indiscutible, y que excluye en absoluto toda posible duda, la existencia de una tuberculosis en actividad. Por el contrario, carece por sí misma de valor la observación negativa de dicho germen. Sabido es que existen un gran número de tuberculosis en las que no es posible comprobar la presencia del bacilo de Koch. No debe olvidarse que las observaciones negativas carecen siempre de un valor absoluto, por cuanto que el no hallar una cosa cualquiera no quiere decir que no exista, sino que no se ha encontrado sencillamente, lo cual es muy distinto, aunque opine de otro modo Ortega Morejón. Pero todavía, si pudiera excluirse en absoluto esta circunstancia y comprobarse que en el esputo objeto del análisis no existía ni un solo bacilo, no puede nunca excluirse la posibilidad de que no se encontrara en otro esputo al día siguiente ó en otro momento cualquiera.

Queda por último la inyección diagnóstica de la tuberculina que, en mi opinión, sólo posee un valor muy relativo. Aunque está hoy en día perfectamente demostrada la especificidad de la reacción tuberculínica, se manifiesta con tanta irregularidad y falta de constancia, que excluye todo posible acierto al interpretar los resultados. Es indudable que los individuos no tuberculosos no reaccionan a la tuberculina. Pero siendo excepcionalmente raro que haya alguien que, activa ó inactiva, no padezca ó haya padecido una infección tuberculosa, resulta que reaccionan casi todos. En el caso concreto que nos interesa, partimos del supuesto de que el diagnóstico de tuberculosis está bien establecido; así, pues, al aplicar la tuberculina para apreciar la circunstancia de actividad ó inactividad del proceso ya demostrado como tuberculoso, resultará que reaccionan todos, sin más excepción que aquellos tan avanzados en los que su organismo se manifieste ya incapaz de responder específicamente. Según esto, el hecho de no reaccionar a la tuberculina sólo podría indicarnos un proceso en el máximo de su actividad infecciosa; pero aun en estos casos resultaría inútil porque en tan avanzado período, no sólo dejan ya de ser tratables los enfermos, sino que la actividad del proceso se manifiesta mucho mejor y más ostensiblemente por multitud de síntomas tan expresivos y evidentes como la caquexia, la fiebre, la diarrea, los sudores, etc.

Me parece oportuno señalar, que el descubrimiento de una tuberculosis activa obliga al médico a intervenir terapéuticamente de una manera activa también. No debe creerse por contraste que la comprobación de

inactividad nos releva de todo cuidado. Es preciso no olvidar nunca que un foco aislado y momentáneamente inofensivo, en un determinado instante y por causas externas distintas, puede volver a abrirse y evolucionar de nuevo en un sentido morboso. La vigilancia de estos casos resulta obligada y las precauciones que eviten la acción de las citadas causas estimulantes, una necesidad que no puede abandonarse nunca.

Por último, quiero señalar para esclarecer completamente este asunto, que no debe perturbar nuestro juicio de médicos prácticos el recuerdo de que la tuberculosis es una enfermedad que se cura por sí misma. Esto es verdad en una gran mayoría de los casos; pero en los que esto ocurre no son los que acuden a las consultas de los médicos por advertir en sí síntomas y molestias. Los tuberculosos que no necesitan tratamiento son los que no presentan ninguna manifestación clínica, ó bien son éstas tan insignificantes que jamás preocupan la atención del que las padece, de manera que no llegan a considerarse enfermos y sólo se encuentran las lesiones demostrativas por un verdadero descubrimiento, ya sea en un reconocimiento practicado casualmente ó en la autopsia de individuos que fallecieron víctimas de cualquier otra afección.

En la mayor parte de los casos—cuando la tuberculosis se manifiesta con síntomas—se trata de un proceso que ya no evoluciona naturalmente hacia la curación y que si se abandona a sí mismo sugestionados por aquel prejuicio—que por estar muy generalizado, juzgo útil señalar—tendremos el desengaño frecuente de perder para la curación acaso el tiempo más útil.

(Clínica de Enfermedades infecciosas
del Hospital General de Madrid á cargo del Dr. G. Marañón.)

Síndrome parkinsoniano consecutivo á encefalitis letárgica

NOTA CLÍNICA

POR

FRANCISCO CUESTA URCELAY

F. P. es un hombre de treinta y cinco años, casado, trabajador del campo, sin antecedentes patológicos importantes hasta hace dos años, que tuvo gripe leve; existía epidémicamente en su pueblo como en otros sitios en dicha época.

Cuando le vimos por primera vez en la consulta del Hospital General á cargo del Dr. Marañón, nos impresionó su aspecto desde el primer momento; avanza hacia nosotros con paso lento, la cabeza flexionada, el rostro inexpresivo, los brazos en flexión y aproximados al cuerpo, se detiene y permanece como una estatua.

Antes de ningún interrogatorio nos hizo la impresión de un catatónico; le levantamos un brazo y éste permanece en la posición que le dejamos, se le ordena sentarse y así lo hace continuando en igual estado de indiferencia. Su mujer, que le acompaña, nos cuenta que hace un año comenzó á quejarse de ruidos en la cabeza, que algunas veces las cosas giraban á su alre-

dedor y que se quedaba dormido y así permanecía las horas muertas, si no se le sacaba de este estado; coincidiendo con estos síntomas y durante tres ó cuatro días hipo.

Fueron desapareciéndole estas molestias y poco á poco quedándose como paráltico. No ha tenido anteriormente anormalidad alguna del carácter.

Ingresa en la sala 41, donde le vemos al día siguiente en la cama, con el mismo aspecto de asombro; al reconocimiento observamos un aumento del tono muscular general; así entre la cabeza y la almohada en que parece descansar, puede deslizarse una mano extendida; la rigidez de los músculos de la cara da á ésta el aspecto que tan gráficamente se ha llamado de *asombro petrificado*, los miembros están contracturados; hay ligero temblor de las manos que no aumenta al ejecutar ciertos movimientos. Los reflejos están ligeramente disminuídos, es probable que esta disminución sea aparente dado el estado de contractura; no hay Babinski, ni clonus; falta el reflejo de acomodación en el ojo izquierdo.

Por punción lumbar se extrae líquido de aspecto normal algo hipertenso, albúmina normal, linfocitosis ligera é hiperglicorraquia intensa (1,85).

En los días siguientes y después de una segunda punción, el enfermo acusa una mejoría subjetiva; en efecto, comprobamos que ha disminuído algo el estado de hipertonía, ejecuta con más desenvoltura sus movimientos al ordenarle que se vista, no obstante, marcha á pasos cortos y en la actitud típica que hemos descrito; el temblor es más acusado. Este síntoma es el que sufre mayor variación en este enfermo, siendo unos días más pronunciado que otros y faltándole últimamente, así como persiste y hasta parece acentuarse la rigidez muscular.

Por los datos anteriormente expuestos no creemos se preste á dudas el diagnóstico retrospectivo de encefalitis letárgica; la tendencia al sueño del comienzo, los trastornos é hipo, el haber padecido anteriormente gripe y actualmente la falta de reflejo de acomodación, síntoma en el que sobre todo han insistido los autores ingleses y que no se presenta más que en esta enfermedad, difteria y botulismo, son por sí solos datos para pensar en ella. No serían de menor importancia los recogidos por el examen del líquido cefalorraquídeo, si el aumento de glucosa no se hubiese comprobado también últimamente en enfermos afectos de síndromes y enfermedad de Parkinson (1).

La frecuencia con que se ha presentado este síndrome después de la encefalitis, ha dado lugar á discusiones sobre si la misma puede originar la enfermedad de Parkinson ó simplemente un síndrome parkinsoniano ó á los llamados síndromes pseudo parkinsonianos.

Así Netter piensa que no sólo en los casos de epidemia, sino en época normal y sin que sean atribuibles todos los casos de enfermedad de Parkinson á la encefalitis, casos esporádicos de ésta, pueden ocasionar la

parálisis agitante. P. Marie es opuesto á esta manera de pensar y cree que ciertos caracteres (aparición después de enfermedad aguda febril, edad temprana, falta de temblor, sacudidas fibrilares de la lengua, alteraciones de la masticación, posible regresión en las formas leves) establecen una distinción entre el síndrome parkinsoniano y la clásica parálisis agitante; á esto añade que aun pudiendo ser la misma la localización de las lesiones no lo es la naturaleza de éstas. Para Fernández Sanz, salvo la semejanza sintomática, no existe nada de común entre la verdadera enfermedad de Parkinson y el síndrome consecutivo á la encefalitis.

Por nuestra parte carecemos de autoridad suficiente para emitir opinión; no obstante, ante el hecho de que los diferentes centros que se han señalado últimamente y de cuya lesión se hace depender la parálisis agitante, sean más ó menos afectados por la encefalitis, las intensas lesiones encontradas en la misma por P. Marie y Tretiakoff en el locus niger, al que Paterson, Blocq y Marinesco atribuyen la regulación del tono muscular, la hiperglicorraquia de los parkinsonianos y los síndromes descritos consecutivos á la sífilis, nos atrevemos á pensar si muchos de los casos, particularmente en individuos todavía jóvenes, tendrían un origen infeccioso (encefalitis, sífilis ú otras infecciones) y que algunos de estos casos postencefalíticos no susceptibles de regresión (como parece el nuestro) puedan ser verdaderos enfermos de Parkinson.

No queremos terminar sin dejar de apuntar ante este caso y los numerosos descritos con diferentes síndromes, muchas veces consecutivos á formas muy leves de encefalitis la incertidumbre del pronóstico lejano de esta afección.

16 de Noviembre de 1921.

Farmacología de las preparaciones galénicas activas de origen vegetal.

Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina por el Sr. Dr. D. Manuel Alvarez Ude, en su recepción de Académico de número, que tuvo lugar el día 9 de Abril de 1922.

Motivo de grandes vacilaciones ha sido para mí la elección del tema de mi discurso, y mucho también lo que he meditado antes de decidirme por el escogido de entre los varios que se me ocurrían, dentro de las materias propias de la sección de Terapéutica y Farmacología á que corresponde la vacante que voy á ocupar; pero, llevado de mi afición á los estudios de Farmacia práctica y Codificación farmacéutica, ninguno me ha atraído tanto como exponer ante vosotros algunas consideraciones sobre *Farmacología de las preparaciones galénicas activas de origen vegetal*, pues si bien es cierto que el tema carece de novedad y está, al parecer, agotado por eminentes farmacólogos de todos los países, que han hecho profundos estudios sobre este asunto, tampoco me faltan razones para dejarme llevar de mi inclinación y ocuparme, por breve tiempo, de unos productos medicinales que vuelven á estar de actualidad después de haber sufrido transitorio é injustificado menosprecio.

Pero he de advertiros por adelantado, para que no os llaméis á engaño, que no me propongo, en este trabajo, plan-

(1) Véase artículo de Belarmino Rodríguez Arias, *Gaceta Médica Catalana*, 15 de Agosto de 1921.

tear ni resolver ningún problema transcendental. Mis aspiraciones son más reducidas y se limitan á discurrir, desde el punto de vista práctico, sobre diversos aspectos de las materias comprendidas en el tema, exponiendo, á la vez, mi manera de pensar acerca de lo consignado en las Farmacopeas modernas respecto á algunos puntos concretos relativos al asunto elegido.

I

La acción fisioterapéutica de los medicamentos vegetales usados en Medicina indujo ya en el siglo XVIII á efectuar trabajos encaminados á descubrir el principio activo de cada uno. Las investigaciones emprendidas por diversos experimentadores fueron muchas, pero la gloria de la invención de los alcaloides naturales, primeros de aquellos que fueron conocidos, corresponde de lleno al siglo XIX, tan fecundo en el progreso de la ciencia.

En efecto, fué en 1805 cuando Sertuerner, farmacéutico de Einbeck, estudió las propiedades de la *morfina*, que, ignorante de los trabajos anteriores efectuados por Derosne, aisló del opio, publicando después, en 1817, una memoria con amplias informaciones sobre su descubrimiento; y el estímulo que produjo su lectura fué de tanta eficacia, que á él se deben, sin duda, el ahínco é interés con que los químicos de aquel tiempo se dedicaron á buscar alcaloides vegetales en diversas plantas y productos venenosos ó muy activos. Consecuencia de las pesquisas emprendidas fueron el descubrimiento por Robiquet, en el mismo año, de la *narcotina*, con la cual también había trabajado Derosne sin lograr distinguirla de la morfina; el de la *estricnina* y *brucina*, efectuados, respectivamente, en 1818 y 1819, por Caventou y Pelletier, y el de la *quinina* y *cinchonina*, hecho por estos mismos autores en 1820; después, Reimann y Posselt, aislaron la *nicotina* en 1828; Meis la *atropina*, en 1831, y Robiquet, la *codeína* en 1832, pudiendo decirse que, á partir del descubrimiento de la morfina, no ha pasado año en el cual no fueran reconocidos nuevos alcaloides naturales.

El conocimiento de éstos, el de los glucósidos y el de otros cuerpos contenidos en las plantas, sus partes y productos, determinó su introducción en la Terapéutica, considerándolos como los principios activos de aquéllos, con lo cual se dió por resuelto totalmente el problema de la sencillez en el tratamiento de las enfermedades, puesto que dichos principios poseían virtudes curativas de eficacia indudable; era bien conocida su acción fisioterapéutica y podían producir excelentes resultados á dosis extremadamente pequeñas, fáciles de ingerir, por otra parte, en formas farmacéuticas agradables y cómodas; admitiéndose, además, como verdad inconcusa, la ventaja de suprimir las materias que se decían inertes, comunes á todos ó casi todos los vegetales, que constituyen, por decirlo así, la *ganga* de los medicamentos complejos y que coexisten y acompañan en éstos á las sustancias activas propias de cada uno. Nada tiene, pues, de extraño que semejante manera de considerar los hechos fuera acogida con gran entusiasmo y se adueñara rápidamente de la opinión médica de entonces.

Después, las maravillas de la síntesis orgánica, á partir de la de la urea ó amida carbónica, efectuada por Wöhler en 1828, creando un sinnúmero de especies químicas dotadas de especialísimas acciones terapéuticas; el estudio de la farmacodinamia comparada, que logró modificar aquellas acciones por el encabalgamiento é inserción en su molécula de radicales ó grupos atómicos, capaces de exaltar ó suavizar su acción medicinal; la posibilidad de obtener medicamentos químicos de gran poder bacteriotropo y escaso organotropo; el progreso incesante del análisis, que ha

permitido la extracción de gran número de principios inmediatos, especies químicas ó no; la posibilidad de modificar, mejorándolas, las propiedades de algunos alcaloides naturales, mediante la obtención de derivados de éstos por esterificación de alguna de sus funciones, y, en suma, el avance casi inverosímil de la química en todas sus ramas, durante los últimos años, han atraído tanto la atención de farmacólogos y clínicos hacia los productos de laboratorio usados como medicamentos, que al finalizar el siglo anterior llegó á considerarse, si no como despreciable, merecedor, por lo menos, de ser relegado á segundo término todo lo que no fuera obtenido exclusivamente por medios químicos; ya como producto de síntesis, total ó parcial, ya como resultado de operaciones de análisis encaminadas á la extracción de las especies químicas ó principios contenidos en las plantas ó sus productos.

Consecuencia de todo ello fué que dejara de usarse gran número de drogas vegetales y de sus preparaciones complejas, para ser sustituidas unas veces por los principios de ellas separados, y otras por los medicamentos artificiales antes referidos, medicamentos dotados de virtudes terapéuticas excelsas, que obraban, al decir de sus autores ó introductores, con una seguridad casi matemática, sin que fueran de temer, al emplearlos, fenómenos de intoxicación ni de intolerancia, ni tampoco acciones secundarias capaces de producir trastornos funcionales en órganos no afectos por la enfermedad.

Es indudable que los adelantos de la química, sobre todo de la orgánica, han ensanchado los límites de la Terapéutica, proveyéndola de medicamentos sintéticos de positivo valor; pero también lo es que innumerables medicamentos de esta clase han pasado al rincón del olvido, sin dejar rastro ni recuerdo, á pesar de las excelencias con que se preconizó su uso; y, así, los que ejercemos la profesión de modo activo podemos contemplar los armarios y estantes de las oficinas repletos de productos que fueron flor de un día, de algunos que usamos una sola vez y de otros que tuvieron vida breve y efímera, la necesaria, sin duda, para que nuestros clínicos desmintieran, con su experiencia personal, los maravillosos resultados obtenidos en el país de origen con unos productos que—según los informes consignados en la *literatura de introducción*, con tanta abundancia prodigada, que suele acompañarlos y aun precederlos, como heraldo de su fama,—habían sido objeto de investigaciones fisiológicas y clínicas serias y metódicas, con resultados completamente favorables en todos los casos, sin excepción alguna.

Pero hace ya algún tiempo que vemos renacer ó fijar la atención de nuevo en las drogas vegetales, empleando, en vez de los supuestos principios activos, las raíces, hojas ó productos de que se habían obtenido; y por eso es frecuente encontrar en las revistas técnicas, extranjeras y nacionales, multitud de trabajos relativos á estudios é investigaciones sobre los diversos materiales farmacéuticos de origen vegetal, y sobre las preparaciones galénicas correspondientes; trabajos en los que, utilizando los modernos progresos del análisis químico, cualitativo y cuantitativo, la experimentación fisiológica en animales apropiados ó en alguno de sus órganos separados, la influencia de los diferentes métodos de preparación, del cultivo y recolección de las plantas medicinales, etc., se vuelve por los fueros de la farmacología natural y se demuestra lo infundado del olvido ó postergación de las preparaciones complejas y la conveniencia de rehabilitarlas ante la opinión médica extraviada; considerando, además, que el organismo ha de tener mejores condiciones de receptividad para los productos naturales, por el solo hecho de serlo, que para los artificiales, obtenidos muchas veces bajo el influjo

de principios teóricos, no siempre comprobados en la práctica.

Hoy los estudios de farmacodinamia y los referentes á la composición química de los materiales farmacéuticos vegetales á que antes nos hemos referido, muestran palpablemente que las sustancias consideradas como inertes, en aquéllos contenidas, no son tan inútiles como se supuso; antes al contrario, representan funciones importantísimas respecto de los principios activos de las plantas, contribuyendo de modo decisivo á la acción terapéutica del medicamento. Tal sucede, por ejemplo, con los albuminoides vegetales, de los cuales dice Pouchet en sus *Leçons de Pharmacodynamie et de Matière médicale*: «Estos albuminoides colocan al organismo en estado de sufrir de una manera más intensa la acción de los cristaloides (glucósidos, alcaloides ú otros). Así, el jugo de la falsa oronja es mucho más venenoso que las albúminas del mismo hongo ó que la muscarina, que es su principio tóxico más importante». Y añade: «Por otra parte, existen en la composición inmediata de las drogas simples elementos activos cuyo conocimiento crece de día en día y cuya separación más ó menos perfecta de los principios activos que se estima confieren á la droga su energía medicamentosa, basta para explicar las diferencias de actividad comprobadas de estos principios».

Además, se sabe actualmente que, salvo rarísimas excepciones, el efecto curativo de un material farmacéutico vegetal y, por ende, el de sus preparaciones, se debe á la coexistencia de varios cuerpos activos, aunque uno de ellos sea el predominante; y la experimentación clínica ha demostrado que dicho efecto no equivale, cualitativa ni cuantitativamente, al ejercido por dichos principios aislados, administrados en mezcla proporcional al contenido de cada uno en la sustancia primitiva, y en cantidad total correspondiente á la dosis de aquélla, sino que la acción de cada cuerpo se modifica por influencia de los restantes, resultando, en definitiva, el medicamento con las propiedades terapéuticas del conjunto armónico formado por la asociación de principios activos con los al parecer inertes en el estado físico-químico en que se encuentran en el material primitivo.

En otro respecto, el profesor Burgi, de Berna, ha demostrado que se dan frecuentemente casos en los cuales la adición de una sustancia puede aumentar ó disminuir la intensidad del efecto específico de las drogas, y buen ejemplo de ello tenemos en la cochinilla que entraba en la fórmula de la tintura de cantáridas oficial, no para darle color rojo, sino porque contribuye á exaltar la acción vesicante de los citados insectos; y en la actualidad se ha comprobado la ventaja de emplear el santónico y sus preparaciones galénicas en vez de la santonina, debido á que en uno y otras existe, al lado de dicho cuerpo, un aceite esencial, muy abundante en cineol, que favorece la acción del citado principio activo; todo lo cual demuestra una vez más que los coadyuvantes empleados por los antiguos farmacéuticos y terapeutas no eran una ilusión, sino que, por el contrario, tal palabra representa muy apropiadamente la idea que querían expresar.

El criterio farmacológico que expongo, relativo al valor é importancia de las preparaciones farmacéuticas vegetales es, también, el preconizado por el profesor Tschirch, quien, en una conferencia pronunciada en Londres, decía: «Volvamos á las drogas; sobre todo aquellos *se x principes simplicium*, que decían los antiguos, y yo sigo considerando como las seis drogas más importantes, es decir, el ruibarbo, la ipecacuana, la quina, el opio, la digital y el cornezuelo, continúan siendo tan indispensables como siempre. Porque, ¿cómo reemplazar el ruibarbo por una solución de emodina, el opio por la morfina, el vino de quina por una solución de quini-

na, la digital por la digitoxina y el cornezuelo de centeno por la ergotoxina ó por las bases que han aislado Bagen y Dale, que, según recientes experimentos de Keler (Berna), no reaccionan sobre el útero? La emodina, la emetina, la quinina, la digitoxina, la morfina, son individualidades farmacológicas diferentes de la droga misma; éstas deben ocupar un lugar entre los medicamentos, pero al lado de la droga y no para sustituirla».

Por otra parte, se conocen plantas ó materiales farmacéuticos de acción medicinal comprobada, en los que el análisis ha descubierto una porción de especies químicas de distinta naturaleza, incluso alcalóidica, á ninguna de las cuales, sin embargo, puede atribuirse la virtud curativa del vegetal: tal sucede, por ejemplo, con el *Equisetum Temalteja*, Ehrh, vulgarmente conocido con el nombre de Cola de caballo. Esta criptógama, que se emplea con excelente éxito en el tratamiento de algunas afecciones hepáticas, fué estudiada químicamente por los Dres. Dorronsoro y Fernández, que se propusieron buscar en la citada planta cuál fuese la sustancia que pudiera tener una acción disolvente sobre la colestestina, para lo cual practicaron el análisis inmediato de dicha equisetácea, examinando cada una de las especies químicas que separaron; y del luminosísimo trabajo que llevaron á cabo dedujeron, entre otras conclusiones, que no dan los resultados obtenidos base bastante para tratar de atribuir la acción terapéutica, bien comprobada en esta planta, á alguno de los cuerpos hallados.

Aún pudiera aducir más ejemplos demostrativos de la utilidad y ventajas de las preparaciones farmacéuticas de origen vegetal; pero renuncio á hacerlo porque, además de ser tarea larga y enojosa, sería predicar á convencidos, puesto que los eminentes clínicos que me escuchan conocen prácticamente mejor que yo infinidad de casos en los cuales es preferible el empleo de la preparación galénica al del supuesto ó real principio activo de la planta ó material que les sirve de base.

Habréis de permitirme, sin embargo, que cite en apoyo de mi tesis la valiosísima opinión del eminente Dr. Carracido, quien en una conferencia, brillantísima como todas las suyas, pronunciada con motivo del XIV Congreso Internacional de Medicina, decía: «... *conceptu antinatural el medicinar con especies químicas aisladas*»; las de Baquoy, Herard, Dujardin Beaumetz y otros que han demostrado que en el estado actual de la Ciencia no se puede prescindir de las preparaciones obtenidas con los productos vegetales, «entre los cuales—dicen—hay algunas utilísimas por su eficacia, con tal de que estén exactamente tituladas y hechas de manera que sean constantes sus efectos», y, en fin, la del doctor Abad, catedrático de Medicina, que, tratando de *Lo natural y lo artificial en Terapéutica*, se expresa así: «La riqueza en productos naturales metiloxiantraquinónicos (ruibarbo, sen, acíbar, cáscara sagrada, arraclán, espio cervel, etcétera), permite considerar como superfluos á una porción de productos sintéticos que se han preparado con la idea de sustituirlos. Y cito este caso como un ejemplo de lo más inofensivo en productos artificiales, ya que estos catárticos se utilizan para obtener una acción local. Ni que decir tiene lo que puede ocurrir cuando los medicamentos deben ser previamente absorbidos (analgésicos, antitérmicos, hipnóticos, etcétera); en estos casos es posible que se presenten complicaciones debidas á la intervención con sustancias medicamentosas, cuya reputación descansa en ideas teóricas que no han sido suficientemente comprobadas por la clínica.»

Y más abajo añade: «... los productos naturales merecen ocupar más nuestra atención, y si farmacólogos y químicos intensifican el estudio de los mismos, no dudo en afirmar

que un buen número de medicamentos, valiosos y fácilmente manejables, han de ser reintegrados á la Terapéutica, lo cual será un positivo beneficio para la Humanidad.»

De lo expuesto se infiere la necesidad de hacer más intenso y profundo el estudio de las plantas y materiales que suministran, orientando las investigaciones en sentido diferente del hasta aquí seguido, debiendo dar la preferencia al conocimiento de su estructura química sobre el de sus caracteres morfológicos y botánicos, porque desde el punto de vista puramente farmacéutico, interesa mucho más conocer con toda la exactitud posible la composición integral de las substancias de origen vegetal, que saber en qué grupo de la clasificación botánica está incluida la planta de que proceden.

El mejor conocimiento de la Farmacoquímica vegetal ha de reportar ventajas inmensas en lo futuro, como las ha reportado ya con el estudio comparado de los principios químicos existentes en las drogas de acción medicinal semejante, investigando en cada una los cuerpos aislados antes de las demás ó los parecidos á ellos, para examinar después la estructura molecular de cada especie química separada, con lo que acaso se logre poder explicar las peculiares propiedades terapéuticas de cada preparación dentro del grupo formado por las de análogas virtudes curativas. En corroboración de esto, véase lo que dice el ya citado Dr. Abad: «Los adelantos de la química han contribuido á que se pueda explicar el empleo de distintos medicamentos naturales para una enfermedad determinada y á justificar el uso tradicional de algunas drogas, entre las que no existía, al parecer, ningún nexo. Empíricamente se han empleado como ténidas las flores del couso (rosácea de Africa), los pelos y glándulas del cámbala (enforbiácea de Asia) y el rizoma de helecho macho (polipodiácea de Europa). ¿Qué hay de común, químicamente hablando, entre productos tan distintos? La contestación es sumamente sencilla: en los tres casos se trata de compuestos derivados de un trifenol, que es la floroglucina. El ácido filícico obtenido del rizoma es la butanoildimetilfloroglucina; la *cosina* ó *couseína* hallada en las flores tiene la misma ó muy parecida constitución; únicamente en la *rotlerina*, hallada en las glándulas antes citadas, el núcleo ácido es cíclico, en vez de ser acíclico como en los compuestos anteriores.»

«Lo mismo puede decirse de las metiloxiantraquinonas, que se hallan en las drogas catárticas. Como en el caso anterior, se trata de plantas de diversas familias, que se recolectan en países muy distanciados, y de las que se emplean órganos muy distintos.»

Es verdad que cada día se aportan nuevos y valiosos datos al conocimiento de la composición inmediata de las plantas, que, á medida que se estudian, van descubriendo dilatados horizontes en un inmenso campo que parece inagotable, y lo es realmente; pero, á pesar de que se realizan trabajos admirables de química vegetal, falta mucho todavía para llegar á la solución de importantísimos problemas, como son, por ejemplo, determinar en qué fase de su desarrollo contiene la planta medicinal el *máximo* de substancias activas; bajo qué forma están en las mismas los principios que separa de ellas el análisis, y qué influencia ejercen sobre su estructura química ó sobre su naturaleza los diversos tratamientos á que se las somete, ya para hacer su análisis inmediato, ya para obtener sus preparaciones officinales.

A medida que se investigan las substancias producidas por los organismos vegetales y se aprecia la multitud inmensa de reacciones que en el seno de aquéllos tiene lugar, se trabaja con más empeño pensando que el porvenir reserva seguramente grandes conquistas á estas investigaciones,

que han de ser las que ocupen el primer lugar en los estudios farmacológicos futuros; pues cada día han de abrirse nuevos horizontes que permitirán, lo mismo al farmacéutico que al clínico, marchar con más seguridad en su camino y resolver con acierto los difíciles problemas que tienen á su cargo: el primero, en lo relativo á la obtención de preparados medicinales hechos de un modo racional y científico, para que resulten inalterables, de acción terapéutica eficaz y de potencial uniforme y constante; y, el segundo, disponiendo de *armas de precisión*, si así puede decirse, con que combatir y derrotar á las enfermedades, desalojándolas de sus últimas trincheras, para restituir la salud al organismo enfermo, que es, en último término, la suprema aspiración de las ciencias médicas.

A pesar de cuanto llevo dicho, es innegable que el empleo de las preparaciones medicinales de origen vegetal atraviesa una crisis, engendrada, primero, por el intento de su total sustitución por los principios activos, iniciado en época no muy remota, proseguido durante un período que pudiera denominarse de simplificación terapéutica, contra la cual ha reaccionado ya la opinión de clínicos eminentes de todos los países, y, después, por la invasión de productos sintéticos, de que he hablado anteriormente, introducidos en la medicina como sucedáneos de aquéllas, aunque sin lograr desterrarlas en la mayoría de los casos.

Pero, además, han contribuido al desvío de que trato otras causas, entre las que debe mencionarse cierto temor apoderado de algunos espíritus, que creen aparecer retrados culturalmente, y hasta ser tildados de retrógrados, si no utilizan á cada paso las *inas* y los *oles* más modernos, y dan, en cambio, la preferencia á los clásicos medicamentos officinales; sin considerar que no todo lo viejo es malo, por ser viejo, como tampoco todo lo nuevo es bueno sólo por el hecho de ser nuevo, y que, por otra parte, aquel temor se vence con sólo volver la vista á naciones que gozan bien aquirida fama de marchar á la cabeza del progreso en todos los órdenes de la civilización, como son, por ejemplo, Inglaterra y los Estados Unidos de Norteamérica, en los cuales se advierte con toda claridad el renacimiento del galenismo, no del empírico y polifármaco de los electuarios complicados, y mixtura repugnantes, sino del racional y científico, si vale la frase, aconsejado por la realidad en vista de los modernos estudios de farmacología y fisiopatología experimentales, consistente en la obtención y empleo de preparados que contengan en su total integridad orgánica los principios activos de los vegetales y sus productos, en proporción conocida, fija é invariable.

Y, por último, ha influido también en el descrédito de las tantas veces citadas preparaciones officinales, el uso immoderado de los impropriamente llamados *específicos*, falseando el genuino concepto de *especialidad*; engendros antirracionales, pseudo-científicos, remedo de los antiguos arcanos y panacea, que, salvo rarísimas excepciones, para todo sirven y para nada aprovechan, semejantes á los trajes cortados con arreglo á patrón, que se venden en los bazares de ropas hechas; productos, en suma, en los cuales se dan resueltos al parecer, y de modo bien sencillo, los más arduos problemas del arte de recetar, relativos á la asociación de medicamentos, incompatibilidades de todas clases, dosis, etcétera, que sólo el clínico es el llamado á resolver, con autoridad y competencia, á la cabecera del enfermo, habida cuenta de las especiales circunstancias de cada uno; pero que gozan de general aceptación y estima á pesar de que, á mi juicio, prostituyen el ejercicio normal de las dos facultades hermanas.

(Continuará.)

EL DIAGNÓSTICO POSTMORTEN ⁽¹⁾

POR EL

DR. JORGE DE LA GUARDIA

Médico del Registro civil.

Examen de los tegumentos. La piel, los cabellos y el vello deben ser observados con la mayor atención. La cabellera escasa tiene un valor semeiológico interesante (alopecia artrítica ó específica, tiña, pelada, etc.). El color del pelo nos indica el eritrismo parcial, la canicie y el vitiligo.

La coloración de la piel debe estudiarse en conjunto y en detalle. Lo más frecuente es que los tegumentos se decoloren después de la muerte, pero esto no impide totalmente apreciar los tonos patológicos de la piel como sucede en la ictericia, el tinte amarillo de paja de la caquexia cancerosa, el color moreno de la diabetes bronceada, negruzca en la melanemia, cuyos grados intensos ocasionan directamente la terminación mortal por embolia y hemorragias capilares en el cerebro; por el contrario, la anemia deja la piel completamente decolorada, distinguiéndose de la palidez cadavérica en que en aquella no encontramos apenas manchas hipostáticas. En la pseudoleucemia ó enfermedad de Hodgkin hay signos de anemia y además tumefacción de los ganglios linfáticos. En la argiria que se produce por el uso interno del nitrato de plata, la piel de la cara y las uñas presentan una coloración gris azulada según Swediaur. En la pelagra apreciaremos coloración gris y rugosidades principalmente en el dorso de las manos.

Ciertos trastornos tróficos como ictiosis, la esclerodermia y el vitiligo persisten también después de la muerte. Es muy frecuente la cianosis de la cara y de las extremidades en los cardíacos asistólicos. Después de una hemorragia cerebral terminada en un ictus rápidamente mortal, quedan manchas blancas en aquellos puntos en que hacen presión las ropas, las ballenas del corsé, cintas ó botones, pero la cara, el cuello y los miembros pueden permanecer violáceos mucho tiempo después de la muerte. Es muy característica de la viruela hemorrágica una coloración vinosa uniforme que tiñe todos los tegumentos del cadáver, que se debe á una roséola purpúrea preeruptiva. Habrá que tener cuidado en diferenciar estas coloraciones patológicas de los estigmas profesionales (tintoreros, zapateros, carboneros, etc.).

Los derrames sanguíneos producidos en la superficie de los tegumentos durante la vida, se presentan unas veces en manchas puntiformes, equimosis, suffusiones sanguíneas, ó bien en bolsas (hematomas). No se deben tomar como plaquitas hemorrágicas los *naevi materni*, tan frecuentes en la superficie de los tegumentos.

La pigmentación anormal nos orientará muchas veces respecto á la enfermedad que ocasionó la muerte que se trata de investigar; se pueden apreciar efélides,

la mascarilla facial del embarazo y de la caquexia tuberculosa, la pitiriasis, enfermedad de Addison, sífilis secundaria, lepra, etc.

Las pigmentaciones parciales consecutivas al eritema solar (tratamiento de la tuberculosis), ó á la aplicación de un vejigatorio, poseen también un gran valor semeiológico.

En las erupciones cutáneas, aunque palidecidas y alteradas de ordinario por la muerte, pueden reconocerse, sin embargo, ciertas pápulas y todas las vesículas y pústulas.

Las cicatrices procedentes de botones de fuego, de vejigatorios inflamados, de aplicaciones de aceite de croton, de ventosas escarificadas y de picaduras de sanguijuelas, nos indicarán la víscera que ha sido asiento de un proceso congestivo ó inflamatorio.

Las que son consecutivas ó incisiones quirúrgicas, nos harán sospechar infartos ganglionares que supuraron.

Los islotes de manchas cicatriciales, blanquecinos, seriados horizontalmente alrededor del tronco ó verticalmente sobre la frente (siguiendo la rama oftálmica de Willis), ó sobre los miembros á lo largo de las ramas nerviosas cutáneas, permitirán reconocer en ocasiones un zona antiguo.

Las escaras son mortificaciones de una parte más ó menos extensa de la piel y deben buscarse siempre, porque indican infecciones complicadas de gangrena; se presentan frecuentemente en las nalgas, en la región sacra á nivel del trocánter y en los talones y más raramente en los codos por detrás de los omoplatos y en la nuca.

Por excepción las veremos á nivel del hélix, en la oreja, en la nariz, en el periné, escroto, pene y en las extremidades de los dedos.

Indican la fiebre puerperal, la fiebre tifoidea, infección urinosa y ergotismo, y, en fin, alteraciones vasomotoras tan complejas como la enfermedad de Mauricio Reynaud (gangrena simétrica) y la ataxia locomotriz (mal perforante plantar).

El reconocimiento de las ulceraciones de la piel es de importancia, porque pueden ser específicas de la tuberculosis, de la sífilis y de la actinomicosis y del cáncer; lo mismo podemos decir de los trayectos fistulosos, peri-anales, peri-artropáticos, dentarios, estercoráceos, de la pared abdominal y abscesos fríos de la pared torácica.

Deben investigarse con cuidado los tumores, ya sean superficiales como los papilomas, epitelomas, carcinomas, sarcomas y melanomas, ó ya tengan su origen profundo como los encondromas de la parótida y cáncer de la mama, investigando de paso si estas glándulas se encuentran en actividad secretoria.

Todas las investigaciones se auxilian por la palpación y así descubriremos las rigideces articulares, la anquilosis del hombro, del codo, de la cadera ó de la rodilla, ó bien una laxitud anormal y excesiva de la articulación, en cuyo caso algunos tanteos nos harán descubrir pronto bien una hidro-artrosis antigua de la rodilla con relajación extrema de los ligamentos articu-

(1) Véase el número anterior.

lares ó una artropatía tabética, morbus coxae seniles, coxalgia supurada, fractura del cuello del fémur, etc.

En los huesos largos investigaremos las fracturas espontáneas ó traumáticas comprobables por la movilidad anormal y la crepitación.

Con el mismo cuidado que en el vivo se debe explorar en el cadáver la fluctuación en las partes tumefactas, y por medio de la percusión se pondrán de manifiesto los derrámenes pleuríticos, las hepatizaciones neumónicas, la nota característica que en los vértices pulmonares deja la tuberculosis y los tumores voluminosos del mediastino que según dice Letulle, del que tenemos estos datos, ofrecen un área de macicez retro ó paraesternal casi patognomónico.

La percusión presta también buenos servicios sobre el hígado y el bazo; en el vientre descubre la ascitis y sobre toda tumefacción elástica y remitente puede revelar el estremecimiento hidatídico.

El médico debe terminar su investigación por el reconocimiento de los orificios normales del cuerpo, principalmente la boca, en cuyo fondo puede existir un tapón que produjo la asfixia, y como refiere Devergie, un disparo de pistola con grandes destrozos que al exterior no se manifestaban por ningún signo. En la vagina se investiga la sangre menstrual, el cáncer del cuello, etc. Si comprobamos hematuria puede tratarse de un infarto hemorrágico del riñón, una nefritis supurada, un carcinoma del mismo órgano ó de la vejiga ó bien tuberculosis ó cálculos de algún punto del aparato urinario. La eyaculación es signo de muerte súbita.

Si todos los signos fueran negativos y se tratase de un sujeto con todos los caracteres de la ancianidad, piel arrugada y apergaminada, tronco y cuello encorvados hacia adelante, calvicie, canas, falta de dientes, etcétera, debemos pensar en la muerte natural ó senil.

Los reconocimientos de fetos que han nacido muertos ó que han muerto poco tiempo después del parto, son sumamente frecuentes porque á muchas mujeres les sorprende aquel trance, y otras por falta de medios carecen de asistencia facultativa.

En estos casos debemos tener en cuenta que la muerte del feto puede acaecer tanto en el embarazo como durante el parto. Es rarísimo que carezcamos de antecedentes para orientarnos en estos casos; sería preciso la muerte de la madre, y aun en su cadáver encontraríamos datos.

Las causas de estos fracasos pueden dividirse en tres: enfermedades de la madre, enfermedades del feto y sus anejos, y traumatismos.

Las enfermedades de la madre cuando son agudas y febriles, matan al feto por el aumento de temperatura, porque cuando el termómetro marca en la madre 40° y se mantiene así algún tiempo, la temperatura del feto, que siempre es más elevada que la materna, asciende aún más y el feto perece por la exageración del calor.

Las enfermedades infecciosas transmiten los gérmenes patógenos al feto, como puede observarse en los partos prematuros de fetos muertos que presentaban en la piel una erupción variolosa.

Nace prematuramente por enfermedades crónicas de la madre; pero es raro que muera el feto. En cambio, es sumamente frecuente la muerte producida por la sífilis, ya proceda de la madre ó del padre. En este último caso puede ocurrir que la madre no se infecte; parece que el filtro placentario se opone al paso de los espiroquetos.

La sífilis ocasiona endometritis crónica, difusa y poliposa, inflamaciones circunscritas consecutivas y afecciones del feto mismo que traen consigo la muerte.

Entre las enfermedades y anomalías del feto y sus anejos contamos las del corion, la acumulación excesiva de aguas, hemorragias por desprendimiento de la placenta ó por implantación viciosa, lo cual podremos diagnosticar por los antecedentes. Con mucha frecuencia producen la muerte las anomalías del cordón umbilical, torsiones del mismo, nudos muy apretados, etcétera.

Por el examen del feto podremos venir en conocimiento de si padecía raquitismo, falta de desarrollo, ó si había sufrido una contusión de importancia. La persistencia del agujero de Botal la apreciaremos por la coloración azulada de la piel, que es más intensa en las orejas y los labios.

Durante el parto muere el feto en los casos de interrupción repentina de la circulación placentaria, produciéndosele sofocación si hay compresión del cordón umbilical, prolapso, nudos y asas.

La asfixia ejerce una acción irritante sobre los centros respiratorios, el tórax se dilata, la sangre pasa del corazón derecho á los pulmones, las aguas son aspiradas. Coincidiendo con esto se encuentra también en el cadáver los signos de la muerte por sofocación. Pero la muerte puede sobrevenir también sin respiraciones intrauterinas por supresión repentina de la actividad cardíaca, á consecuencia de una presión contra el cerebro. Esto se observa en la compresión del cráneo en una pelvis estrecha. En los partos acompañados de contracciones fuertes y muy seguidas, el cambio de gases entre la sangre fetal y la materna se dificulta á cada contracción, con lo cual la excitabilidad de las partes centrales se deprime y no puede provocar inspiraciones.

Las alteraciones del feto después de su muerte son diversas. Durante el embarazo no es posible una verdadera putrefacción, porque el feto se halla aislado del contacto del aire exterior; por eso se momifica ó se macera. Cuando se momifica aparece como curtido, el tejido conjuntivo desaparece y la piel se aplica íntimamente á los músculos, afectando un color pardo. La momificación necesita más tiempo que la maceración para producirse; indica que el feto ha muerto lentamente y el riego sanguíneo no se ha extinguido de repente. Si al mismo tiempo se presenta el feto aplanado, se denomina papiráceo.

En la maceración las partes blandas se ponen pulposas y la epidermis se desprende en grandes colgajos.

CONCLUSIONES

De lo expuesto se deduce:

1.º Que la misión más importante que el médico del Registro civil desempeña, al reconocer un cadáver que murió sin asistencia facultativa, es averiguar con la mayor sagacidad si se pudiera tratar de un crimen ó suicidio; hay que saber dudar y á la menor sospecha negarse á dar la certificación.

2.º Que descontado el anterior caso, casi siempre puede salir airoso de su cometido por los datos que le suministren en el lugar del óbito.

3.º Que si no pudiera recoger noticias de las circunstancias de la muerte, debe seguir en su investigación el método científico que hemos indicado, juzgando por el conjunto de varios signos, como dice con gran acierto el profesor Maestre, y no ateniéndose nunca á uno solo que suele ser común á varias enfermedades, y

4.º Que no es preciso afinar, digámoslo así, en nuestros diagnósticos, sino que basta con hacerlo por grupos de afecciones siguiendo á la nomenclatura internacional y siempre antecediéndolo de la frase «al parecer», salvaguardia lícita de cualquier equivocación disculpable.

Mayo de 1922.

(Comunicación presentada á la primera Asamblea de Médicos del Registro civil, celebrada en Madrid.)

Periódicos médicos.

ELECTROLOGIA Y RADIOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Contribución al empleo de las dosis masivas en radioterapia profunda, para el tratamiento de los fibromas y del cáncer del útero, por Ch. Chmbachez y P. Desconst.**—Los autores han tratado por la radioterapia profunda un gran número de neoplasmas, empleando un aparato de gran potencia (200.000 voltios; 40 centímetros de chispa, equivalen á 0,5 milímetros de cinc) y una dosificación precisa, para la cual han adoptado la medida en tanto por ciento de la «dosis de eritema», la cual, aunque no sea absolutamente precisa, nos parece ser actualmente la única aplicable á la dosificación de los rayos muy duros. En el tratamiento de los tumores malignos, no se trata de influenciar más ó menos los elementos patológicos, sino que es preciso destruirlos completamente, lo cual exige una dosis considerable de radiaciones. Pero la aplicación de dosis masivas puede ser peligrosa, si pasan los límites de la tolerancia de los órganos vecinos, cuya integridad hay que respetar; se impone por tanto, una dosificación exacta, si se desea establecer una posología de los rayos. Esto es actualmente posible, gracias á la invención de los cuantitómetros ionométricos. Los autores alemanes, utilizando este instrumento, han sido los primeros en establecer una dosificación precisa, concluyendo que para el tratamiento de los diversos neoplasmas existen dosis específicas que se expresan en el porcentaje de la dosis de eritema adoptada por ellos como base de medida. Los autores del trabajo que resumimos tratan de puntualizar la manera de realizar prácticamente esta técnica precisa que permita una dosificación exacta y diferente, según la enfermedad y según el enfermo, y además, si las dosis masivas indicadas por los autores alemanes para la destrucción de los diversos tumores son exactas.

Fibromiomas del útero.—Considerando que la regresión de los fibromas bajo la influencia de los rayos X, se debe, no á la acción directa sobre el tumor, sino á la esterilización de los ovarios, los autores alemanes han establecido la dosis, que aplicada de una vez, determina la supresión de las funciones ováricas y la han fijado en el 35 por 100 de la dosis de eritema: la disminución del fibroma tiene lugar muy lentamente, y de ordinario solo en el transcurso del año siguiente, se obtiene la desaparición más ó menos completa del tumor. Por las observaciones practicadas, los autores de este trabajo confirman la aserción anterior y creen que el empleo de las dosis masivas está indicado en los casos de fibromiomas con metrorragias abundantes, en enfermas muy anemiadas, en las que convenga principalmente suprimir las pérdidas sanguíneas en una sola sesión. Pero en los casos de fibromiomas voluminosos, se obtiene la disminución del tumor con mayor rapidez, utilizando el método de las pequeñas dosis repetidas de Beclère, con el cual comienza la regresión desde la segunda ó tercera semana, en lugar de hacerlo al cabo de cuatro ó cinco meses, como ocurre con la dosis masiva. Seitz y Wintz pretenden, por otra parte, que los tumores que disminuyen rápidamente al cabo de dos ó tres meses, no son fibromas ó miomas, sino sarcomas y hacen de esta rapidez de regresión un criterio de diagnóstico diferencial entre el fibroma y el sarcoma. En cambio, los autores opinan con Beclère que la radiosensibilidad de los fibromas varía según la proporción del tejido conjuntivo y del tejido muscular que entra en su estructura. En cambio, unos y otros están conformes en que el temor de una degeneración sarcomatosa de un fibroma no debe ser un obstáculo para la radioterapia, puesto que las dosis masivas de rayos muy duros destruyen fácilmente las neoplasias sarcomatosas, cuya radiosensibilidad es un tercio mayor que la de los epitelomas.

Epitelioma del útero.—La situación topográfica del útero permite la aplicación de cantidades considerables de rayos, sin gran peligro para la piel; pero no sucede lo mismo con los órganos vecinos (recto y vejiga), cuyas lesiones acarrearían graves desórdenes. Por tanto, se impone una exacta dosificación. Según Seitz y Wintz, la dosis necesaria para la destrucción del cáncer del cuello, es de una décima mayor que la dosis de eritema, ó sea 110 para 100 de ésta, apoyando su aserción en el hecho de que en 24 casos tratados habían obtenido 23 curaciones.

Los autores del trabajo que resumimos, dicen respecto á este punto, que la aplicación de dosis masivas nos da la posibilidad de obtener la desaparición completa de los síntomas clínicos del cáncer del cuello, es decir, la curación clínica provisional, primera condición de una curación definitiva. Empleando dosis bastante fuertes, esta curación puede obtenerse por un solo tratamiento, á condición de que las lesiones no sean demasiado extensas. La radiosensibilidad no es la misma para las diferentes formas del epiteloma del cuello; la forma vegetante y la forma nodular, parecen ser más sensibles que la forma cavitaria. El estado de evolución del neoplasma y el medio en el cual se desarrolla, influyen igualmente la sensibilidad, los focos antiguos son más resistentes que los focos recientes. La dosis de 110 para 100 de los autores alemanes, puede ser considerada como un *mínimum* suficiente para los casos más sensibles; en general, son necesarias dosis más elevadas, 130 para 100 próximamente, para obtener resultados completos y durables y variarán según las circunstancias. Los alemanes han insistido sobre la necesidad de aplicar la dosis cancericida en una sesión; según ellos, el repartir esta dosis en varios días, disminuiría sensiblemente su efecto. Esta opinión es, tal



vez, un poco demasiado esquemática. Existe, ciertamente, una relación entre el efecto de la dosis destructiva total y el tiempo en el que es administrada, pero el espaciamiento puede compensarse en cierta medida por el aumento de cada fracción administrada, á condición, sin embargo, de que la duración total del tratamiento, no exceda de un cierto límite. La asociación de la roentgenterapia á la curieterapia, está llamada á dar resultados particularmente felices. El radio es probablemente superior para el tratamiento de las lesiones centrales iniciales, pero los rayos X están indicados para el tratamiento de las lesiones periféricas secundarias.

Epitelioma del ovario.—La radioterapia del epitelioma del ovario presenta dificultades cuando se trata de epitelomas papilomatosos, ó de quistes papilares, porque las vegetaciones papilomatosas que se desarrollan libremente en la cavidad abdominal, son muy friables, formándose con facilidad metástasis múltiples por todo el peritoneo. Así, aunque haga largo tiempo que existan metástasis, si son poco numerosas y están localizadas, la aplicación de dosis masivas puede dar excelentes resultados, pero la radioterapia es impotente cuando son demasiado numerosas, porque el organismo no podría resistir la repetición de las dosis masivas necesarias para tratar estas metástasis numerosas. Otro factor que aumenta la dificultad del tratamiento es la ascitis que acompaña con frecuencia al cáncer del ovario. Cuando se trata de tumores compactos, las probabilidades de obtener un buen resultado son mayores. En cuanto á los peligros é inconvenientes del tratamiento del útero por las dosis masivas, son los mismos que para cualquier otro órgano. El peligro de la radioterapia no existe con una buena técnica. La reabsorción de la toxinas liberadas como consecuencia de la disgregación del neoplasma, puede causar trastornos que se traducen por una elevación de la temperatura, náuseas, debilidad, anorexia, diarrea, que pueden durar todo el tiempo que dure la destrucción del tumor. Su importancia no es considerable en el cáncer del cuello, donde no se trata de tumores de gran volumen. Como peligro particular del tratamiento radioterápico del útero, hay que citar la perforación del recto y de la vejiga. Si estos órganos no están aún invadidos por el neoplasma, su lesión no podrá producirse más que por un error de dosificación ó de localización. (*Presse Medicale*, núm. 47, 14 de Junio de 1922.)—LUENGO.

2. Un procedimiento nuevo de radiodiagnóstico: el pneumoperitoneo (P.-P.), por M. Dubois Roquebert.—Desde los primeros exámenes radioscópicos empezó á llamar la atención la diferencia de los resultados obtenidos en lo que concierne á la exploración del tórax y del abdomen, pues en tanto que la sombra cardioaórtica se destaca con la mayor claridad sobre el fondo claro de los campos pulmonares, le es imposible al ojo reconocer en la masa abdominal ninguno de los órganos que la constituyen. Ello es debido, á que para crear los contrastes necesarios á la producción de la imagen radiológica, es indispensable cierta variación en la densidad del medio que se explora, cuyo requisito se cumple naturalmente en el tórax, pero no puede obtenerse en el abdomen (cuyos órganos tienen una densidad sensiblemente uniforme), sin recurrir á ciertos artificios.

Ya es conocido, y universalmente empleado, el procedimiento de introducir en las vías digestivas una sal de bismuto ó de bario, y también lo es el de insuflar el estómago ó el colon, si bien á este último recurso se le han achacado accidentes serios y aun mortales.

El nuevo método ó pneumoperitoneo, consiste en insuflar

directamente el peritoneo, gracias á lo cual las diferentes vísceras abdominales, rodeadas de una envoltura gaseosa que las aísla, se disocian y llegan á hacerse perfectamente visibles, así como sus mesos.

El gas primeramente empleado para estos ensayos fué el aire y después, sucesivamente, el oxígeno, el nitrógeno, el protóxido de ázoe, el éter y el gas de los pantanos, pero el más apropiado de todos parece ser el ácido carbónico que tiene la doble ventaja de que es rápidamente absorbido por el peritoneo y de no ocasionar el menor perjuicio á la economía.

El peritoneo tarda en absorber dos litros de gas carbónico veinticinco minutos, y esta rapidez puede ser á veces un inconveniente, puesto que obliga al radiólogo á proceder con presteza. Ahora bien, cuando se necesite un tiempo más largo ó se quiera hacer un examen completo de la cavidad abdominal radioscópica y radiográfica, se podrá recurrir sin inconveniente á la mezcla en distintas proporciones del ácido carbónico con el oxígeno, que se absorbe con mucha más lentitud. Muchos autores han adoptado la mezcla de: $4/5 \text{ CO}_2 + 1/5 \text{ O}_2$ que tarda el reabsorberse aproximadamente una hora.

Según la técnica, muy simplificada, de Stein y Stewart, todo el material necesario para practicar el pneumoperitoneo se reduce á una aguja de punción lumbar unida al recipiente que contenga el gas inyectable.

La punción la practican á dos traveses de dedo por debajo del ombligo, notándose que la aguja ha alcanzado la cavidad peritoneal por cierta impresión táctil particular que se percibe en ese momento.

La cantidad inyectable varía entre dos y cuatro litros de gas, y el sujeto operado habrá de hallarse en ayunas y con el estómago, intestinos y vejiga vacíos.

Mallet y Baud emplean otra técnica más delicada y más prudente, y se valen para la insuflación, del aparato ideado por Kuss para el pneumotórax artificial.

El P.-P. parece haber conseguido excelentes resultados en el diagnóstico de las más diversas afecciones del tubo digestivo, riñones, hígado, bazo, aorta abdominal y enfermedades ginecológicas, cuyas técnicas e peciales describe el autor.

Las contraindicaciones se hallan representadas por la peritonitis aguda, los trastornos graves de la respiración y de la circulación, el meteorismo excesivo y la hipotonidad exagerada de las paredes abdominales en ciertos casos de gran desnutrición y vejez. Además es indispensable percutir cuidadosamente la región del abdomen en que ha de recaer la punción, para asegurarse de la ausencia de toda matidez.

Los incidentes y accidentes que sus detractores achacan al P.-P., como posibles, son: la perforación del intestino, la infección del peritoneo por la punción, la hemorragia consecutiva á la misma, la sobrepresión abdominal, la provocación de accidentes reflejos más ó menos graves (abdominocardaco de Brodin, por ejemplo), y algún otro incidente de menor importancia; pero lo que más particularmente se le reprocha es el dolor que provoca el cual, según el autor, puede reducirse al minimum por el cloruro de etilo ó la inyección de cocaína, y muy especialmente evitando la posición vertical del enfermo.

En los miles de pneumoperitoneos practicados no se ha registrado todavía ningún caso desgraciado imputable al método, el cual ha permitido obtener imágenes radiológicas absolutamente inéditas, proporcionando enseñanzas precisas sobre órganos cuya exploración es particularmente difícil. No obstante, sus mismos autores consideran al P.-P.

como un procedimiento de excepción, destinado á utilizarse cuando todos los recursos habituales de exploración se muestren insuficientes. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 4. 14 de Enero de 1922).—T. R. Y.

SIFILIOGRAFIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Sobre la proteinoterapia en las adenitis venéreas.—El Dr. D. Manuel Garriga, después de un detallado estudio, establece las siguientes conclusiones:

1.^a La terapéutica inespecífica por inyección de cuerpos orgánicos heterólogos, tiene ancho campo de acción en el chanero y bubón venéreos, pero ha de adaptarse á indicaciones precisas dependientes del estado en que se encuentren las lesiones y del producto que se trate de inyectar. Por lo que á aquéllas se refiere, el período inicial y el de supuración son los realmente adecuados á estos tratamientos. Cuando se ha formado la colección purulenta, si la adenitis no está muy reblandecida ni ulcerada, el método de elección debe ser el vaciamiento, rellenando la bolsa con cualquiera de las soluciones para ello propuestas, según la técnica general aconsejada por Fontan. Es posible hacer proteinoterapia en los días del embalsamamiento del adenoflemón y aún favorece ella los resultados de éste.

2.^a El producto de uso más general, es la *leche esterilizada* y sus derivados, *aolan* y *caseosan*. Aunque estos últimos son de composición más uniforme, la leche preparada en la forma antes dicha, es de fácil aplicación y de excelentes resultados. Se inyectará en enfermos con bubones incipientes y, sobre todo, en los que se chancrifican y supuran por no haber practicado á tiempo, en debidas condiciones, el embalsamamiento. La lactoterapia está exenta de accidentes graves y su uso debe generalizarse á todas las afecciones locales supurantes.

3.^a La *esencia de trementina* es de resultados inferiores á la lactoterapia. Sin embargo, el hecho de que hayamos podido apreciar en algún caso, que no ejerciendo ésta ninguna acción sobre la curva leucocitaria, lo ejerciera aquélla, obliga á recomendar su empleo, cuando fracase ó sea de acción indiferente la leche.

4.^a La *vacuna de P. Delbet* (*Propidon* de Poulenc) proporciona resultados satisfactorios en bubones incipientes, con gran linfagitis y edema del pene. Pero como por otros recursos suelen conseguirse estos resultados, dadas las violentísimas reacciones que subsiguen á las inyecciones de *Propidon*, su uso, si no proscrito debe, ser limitado considerablemente.

5.^a Prácticamente es ineficaz la proteinoterapia con auto sueros inactivados y con sueros heterólogos puros y mezclados con vacunas piritógenas, como la antitífica.

6.^a La proteinoterapia debe sistemáticamente practicarse en toda lesión venérea íguedénica. (*Revista Médica de Sevilla*, Junio de 1922.)

BIOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Los antioxígenos.—Es sobradamente conocida la gran importancia que tienen, en química y biología, en los fenómenos de oxidación, por lo que resultan altamente interesantes los trabajos dados á conocer en la *Académie des Sciences*, de París, por el profesor Moureu y su activo colaborador M. Dufraisse. Resulta de tales investigaciones que la autooxidación espontánea al aire libre de un gran número de sustancias, puede ser impedida por cantidades infinitesimales de ciertos cuerpos á los que han bautizado con el nombre de *antioxígenos*.

Tan curiosa propiedad la refieren los autores, de un modo general, á los fenoles y muy particularmente á la pirocatequina, la hidroquinona y el pirogalol; el fenol ordinario y la resorcina se han manifestado poco activos y sin acción ninguna la floroglucina, lo cual no debe sorprendernos por cuanto esta sustancia se comporta frecuentemente, más bien que como un trifenol, como una tricetona.

Como ejemplo de la considerable actividad antioxígena de algunos fenoles, consignaremos que para impedir toda oxidación de la acroleína, basta una dosis de hidroquinona de $\frac{1}{20.000}$, manifestándose ya su acción retardante á la dosis de $\frac{1}{1.000.000}$ (una millonésima).

En cuanto á la duración de los efectos antioxígenantes parece ser bastante prolongada, pues se han podido hacer patentes, en cuerpos alterables, al cabo de varios años.

Ya se sabe que las sustancias autooxidables, al mismo tiempo que fijan el oxígeno libre, manifiestan de ordinario ciertas reacciones secundarias que se traducen exteriormente por modificaciones en la apariencia del producto, como coloración, precipitados, condensación, endurecimiento, enranciamiento, etc. Pues bien; la influencia de los fenoles se extiende asimismo sobre tales fenómenos secundarios, habiendo podido mantenerse en estado flúido el aceite de linaza, aun en delgadas capas, durante varios años é impidiéndose el enranciamiento de sustancias grasas, etc., etc.

El mecanismo de la acción antioxígena le atribuyen los autores á una poderosa acción catalítica.

En cuanto á la repercusión de estos descubrimientos sobre las concepciones biológicas, basta recordar que los vegetales contienen fenoles varlados en cantidad importante, mientras que en los animales ocurre todo lo contrario. Siendo los primeros, seres de vida lenta, y por consecuencia de oxidaciones poco intensas, y los segundos (en particular los de sangre caliente), de vida activa y oxidaciones intensísimas, ¿desempeñarán los fenoles en el organismo vegetal el papel de agentes protectores contra la acción demasiado activa del oxígeno?

No ha podido comprobarse en estos ensayos ninguna acción retardante sobre la autooxidación de la hemoglobina, quizá debido á la extremada rapidez con que dicho cuerpo fija el oxígeno sin dar tiempo á los fenoles para ejercitar su acción en forma apreciable por los procedimientos experimentales habituales. Sin embargo, se tiene por verosímil que los fenoles deben obrar enérgicamente sobre algún estadio de los procesos de oxidación en los animales superiores, de cuya acción pretenden ver una prueba los autores en la toxicidad, pues los fenoles más activos como antioxígenos, son precisamente los más tóxicos, y no hay que olvidar que los síntomas de la intoxicación recuerdan, en general, á los de la asfixia.

La noción del poder antioxígeno puede también proporcionar enseñanzas útiles sobre diversos fenómenos biológicos como, por ejemplo, la acción antiséptica de los fenoles, ó la acción fisiológica de ciertos venenos y toxinas, que obrarían dificultando los procesos de oxidación.

En lo que concierne á la farmacología y á la terapéutica, tales estudios contribuirán también al esclarecimiento de la acción antitérmica de algunos medicamentos. En efecto, los fenoles son antitérmicos y es probable que lo sean porque atenúan la intensidad de las oxidaciones en la economía; por otra parte, los antitérmicos usados en terapéutica son sustancias aromáticas que muchas veces se transforman en el organismo en compuestos fenólicos, lo que induce á suponer que en último análisis obran también como antioxígenos. El autor de este artículo termina llamando la atención acerca de los buenos efectos obtenidos con empleo

de la creosota y el guayacol (productos fenólicos) en la tuberculosis, que es una enfermedad que guarda una relación muy estrecha con los procesos de oxidación del organismo, (*Le Courrier Medical*, núm. 16, 30 de Abril de 1922).—T. R. Y.

APARATO DIGESTIVO EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Doscientos cincuenta análisis cuantitativos de líquidos gástricos (clasificación comparada por el procedimiento de Winter y por la dosificación de la acidez total combinada con la caracterización cualitativa del ácido clorhídrico y de los ácidos orgánicos), por H. Surmont y E. Merlin.**—Muchos médicos se figuran que los resultados proporcionados por el análisis de los líquidos gástricos, según el procedimiento de Winter, son análogos a los que se obtienen por los procedimientos más sencillos, de tal modo que, en clínica, se está autorizado á recurrir sin vacilación á los métodos más rápidos y á contentarse, por ejemplo, después de haber dosificado la acidez total del líquido por la solución decinormal de sosa, con buscar la existencia de ácido clorhídrico libre y del ácido láctico, ó de los demás ácidos orgánicos. Esta manera de razonar supone *a priori*, que en el estado fisiológico como en los procesos patológicos, la acidez del jugo gástrico es paralela á su contenido en ácido clorhídrico; de aquí la costumbre tan extendida de denominar normo, hiper ó hipoclorhídrico á los líquidos gástricos, que deberían denominarse tan solo, normo, hiper ó hipoácidos. A un criterio análogo é igualmente inexacto, corresponde la idea de que normo, hiper ó hipoclorhidrias corresponden á normo, hiper ó hipopepsias. Para establecer el valor de estas opiniones, han examinado los autores cómo se repartían desde el punto de vista de la clasificación en normo-clorhídricos (acidez total $A = 0,180$ á $0,200$), hiperclorhídricos ($A > 200$) é hipoclorhídricos ($A < 180$), 250 jugos gástricos analizados con la mira de establecer el grado de frecuencia de los tipos químicos de dispepsia en la región de Lille. Esta nueva clasificación de los mismos análisis, acusó el siguiente resultado: 25 normoclorhídricos (ó sea el 10 por 100), contra una cifra igual de normopépticos; 137 hiperclorhídricos (54,8 por 100) en lugar de 167 hiperpépticos (66,8 por 100); 88 hipoclorhídricos (35,2 por 100) en lugar de 58 hipopépticos (23,2 por 100). Parece, por lo tanto, considerando los resultados globales, que por comparación con el procedimiento de Winter, la clasificación basada esencialmente en la dosificación de la acidez total tenga una tendencia á incluir entre los hipoclorhídricos, un número bastante importante de hiperpépticos y de normopépticos, pero que da el mismo porcentaje de quimismos normales. Se comprende en seguida que no baste que los dos procedimientos den el uno y el otro el 10 por 100 de quimismos normales para que se pueda declarar que ambos procedimientos ofrecen la misma seguridad en este sentido; hace falta además, que el líquido encontrado normal por un procedimiento, lo sea también por el otro; pero no sucede así. Observando desde este punto de vista los análisis de los autores, resulta que solamente concuerdan los datos en 6 enfermos, de los 25; los otros 19, normales según un procedimiento, no lo son por el otro. El mismo razonamiento y las mismas investigaciones aplicadas á los otros dos grupos de quimismos, muestran que en 167 hiperpépticos, hay 131 enfermos que al mismo tiempo se clasifican como hiperclorhídricos y 36 para los que hay discordancia (16 normoclorhídricos y 20 hipoclorhídricos). Y en 58 hipopépticos, 52 son también hipoclorhídricos y 6 no se corresponden (3 normoclorhídricos y 3 hiperclorhídricos). En otras

palabras, entre los resultados que suministra el método de Winter y los que proporciona una clasificación basada en una sola dosificación precisa, la de la acidez total, existe disconformidad en el 24,4 por 100 de los casos; por consecuencia, si se piensa (como es la opinión de los autores) que el procedimiento de Winter es el que da la idea más aproximada de la composición exacta de los líquidos gástricos después de la comida de prueba, se llega á concluir que este procedimiento es el de elección y que cuando nos contentamos con el método del análisis simplificado, que acabamos de comparar con él, se tiene una probabilidad sobre cuatro de llegar á resultados diferentes. (*L' Echo Medical du Nord*, núm. 42, 22 de Octubre de 1921).—LUENGO.

TERAPEUTICA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Intoxicación por el luminal.**—El Dr. John Phillips comunica el siguiente caso:

Una mujer, de cuarenta y cinco años, había padecido varios años de asma bronquial. Se habían probado varias clases de tratamiento: cambio de clima, uso de yoduros, etcétera, pero la única medicación que proporcionó el menor alivio de los ataques, fué la administración hipodérmica de epinefrina. Durante los tres años anteriores había tomado todas las noches, de una á tres dosis de 7 mínimas (0,5 c. c.) cada noche, excepto durante los breves intervalos, cuando se hallaba comparativamente libre de la enfermedad. Vi á la paciente, por primera vez, el 24 de Enero de 1922. A fin de obtener más descanso y de eliminar el uso de la epinefrina, receté el fenobarbital, para tomarlo á la hora de acostarse, en dosis de $1 \frac{1}{2}$ granos (0,1 gramos). El resultado fué que la paciente durmió mejor y pudo pasarse con menos epinefrina. Después de tomar ocho dosis de 12 granos (0,72 gramos) de fenobarbital, durante un período de ocho días, se le presentó á la enferma, en todo el cuerpo, una erupción morbiliforme, que apareció primero en la cara, alrededor de la cara y en el cuello, pero que á las cuarenta y ocho horas se había extendido al tronco y á los miembros, afectando hasta los dedos. La cara estaba muy hinchada, las conjuntivas se hallaban enrojecidas y por fin la erupción facial se volvió confluyente. No había palidez alrededor de la boca, como se observa en la escarlatina. Las lesiones en el tronco y extremidades eran discretas y papulosas y mayores que las lesiones sarampionosas. Las pápulas eran muy firmes al tacto, y la piel entre ellas se hallaba enrojecida. Existía marcado ardor y escozor cutáneos. La mucosa de la boca y garganta tenía un color rojo brillante, las amígdalas se hallaban algo infartadas, y en los lados de la mejilla, entre la última y las encías, aparecieron pequeñas placas blancuzcas sobre la mucosa. La lengua se hallaba seca, aaburrosa y ligeramente hinchada. La paciente se quejaba de sequedad y ardor en la garganta. Los ganglios cervicales, y en particular los del ángulo de la mandíbula, revelaban algún infarto. Al mismo tiempo, la paciente desarrolló dolor epigástrico, con náuseas y vómitos persistentes, que duraron cuatro días. Existía ligera distensión del abdomen, pero sin sensibilidad ni rigidez localizadas. No existía diarrea, pero las heces contenían algún moco. La orina tenía un color muy subido, y un análisis verificado el tercer día de la erupción, reveló una reacción ácida con peso específico de 1,010, algunos indicios marcados de albúmina, ninguna glucosa y débiles indicios de bilis. El examen microscópico del sedimento urinario reveló algunos hematíes, algunos leucocitos; varias células epiteliales y muchos cilindros granulares muy finos. La fórmula leucocitaria era de 8.000. La temperatura, el primer día de la enfermedad, fué de 102° F. ($38^{\circ},9$ C.); el segundo

día de 103° 6 F. (39° 8 C.) y el cuarto día 105° 2 F. (40° 7 C.), después de lo cual disminuyó gradualmente á lo normal. No había nada raro en lo que se refiere al pulso, excepto su aumento, correspondiente al de la temperatura.

La erupción comenzó á desaparecer al cuarto día; palideciendo gradualmente su color, al presentarse una descamación fina y como de salvado, al séptimo día. Al desaparecer la erupción, desapareció también el escozor cutáneo y gradualmente la inflamación de la mucosa de la boca y laringe. La paciente quedó muy agotada, después de la defervescencia. La orina se aclaró rápidamente, y al primer día de desaparecer la erupción, había desaparecido la albúmina, excepto por un indicio muy débil, sin que pudiese encontrarse ningún cilindro. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Junio de 1922.)

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca de las enfermedades sífilíticas precoces del sistema nervioso central, por el profesor G. L. Dreyfus.**—El autor hace referencia á un trabajo aparecido recientemente sobre el mismo tema, en el que Weigeldt empieza afirmando que existían en algunos casos, aunque muy raros, de enfermos nerviosos, sífilíticos precoces, que no presentan alteraciones en el líquido cefalorraquídeo. Esto no es exacto y lo que sucede es que hay que establecer una diferencia entre los sífilíticos previamente tratados y los que no lo han sido. De todos los enfermos vistos por el autor resultó: que de los no tratados, el líquido cefalorraquídeo dió síntomas positivos en todos los que presentaban alteraciones ostensibles por parte del sistema nervioso; tanto es así que Dreyfus ha propuesto denominar el líquido cefalorraquídeo de los sífilíticos precoces primitivamente positivo ó primitivamente negativo y el de los que han sido tratados secundariamente positivo (es decir, que todavía es positivo) ó secundariamente negativo (ó sea que se ha hecho negativo) porque el juicio que merece el resultado de la reacción, según se trate de uno que fué tratado ó de uno que no lo fué, es muy diferente. Cuando en los sífilíticos no tratados se presentan síntomas por parte del sistema nervioso y el líquido cefalorraquídeo da resultados negativos es precisa mucha prudencia para atribuir los síntomas nerviosos á la sífilis. En todos los casos de neurorecidivas (designación que hace equivalente para lo sucesivo á la de sífilis precoz del sistema nervioso) tratadas insuficientemente, ha encontrado modificaciones graves del líquido, generalmente en todas las reacciones. Únicamente en los enfermos tratados enérgicamente y para eso como una excepción se observan casos de resultado negativo del análisis del líquido cefalorraquídeo á pesar de la existencia de síntomas del sistema nervioso y el síntoma observado más á menudo en estas condiciones es la neuritis aislada del acústico, sin síntomas subjetivos. Otra aseveración que tampoco se puede admitir como categórica es la de que el análisis del líquido cefalorraquídeo no proporcionaba dato alguno para prever en un sífilítico precoz si se presentarían neurorecidivas ó no. El autor opina en cambio que la existencia de síntomas por parte del líquido cefalorraquídeo es indicio de la invasión del sistema nervioso central por los espiroquetes y aun en 80 por 100 de los sífilíticos precoces sin síntomas nerviosos encontró alterado el líquido y en los casos no tratados ó tratados mal de lactancia tardía sin síntomas nerviosos, se encontraron dichas alteraciones en 19 por 100 de ellos; 7 por 100 eran alteraciones ligeras, pero las otras 12 por 100 eran alteraciones de importancia y esto merece una atención par-

ticular porque se sabe que del 12 al 14 por 100 de los sífilíticos acaban por presentar síntomas por parte del sistema nervioso central. Además me he podido convencer de que el número de enfermos que presentan modificaciones primitivas graves en el líquido cefalorraquídeo y que luego se hacen sífilíticos del sistema nervioso central aumenta según se va haciendo más atenta la observación. En cambio, de los individuos que cuando fueron sífilíticos precoces estaban sanos del sistema nervioso y que presentaban un líquido cefalorraquídeo normal, no sabe de ninguno que después haya presentado lesiones nerviosas, por lo que las modificaciones ó no modificaciones del líquido adquieren una importancia pronóstica considerable. Confirma la opinión de Fleischmann según la cual en las fases precoces de la sífilis, la existencia de hipertensión en el líquido cefalorraquídeo es un dato de importancia á favor de la sífilis nerviosa. No es acertada la idea de sustituir el término neurorecidiva por el de provocación salvarsánica de la neurosífilis. En efecto, se dan casos de lesiones sífilíticas del nervioso central en las fases iniciales de la enfermedad (que es lo que Ehrlich, llama neurorecidivas) en enfermos que no han sido tratados previamente por el salvarsán. Una vez que se presentan modificaciones en el líquido cefalorraquídeo el tratamiento tiene que ser crónico é intermitente, si no se quiere ver reaparecer la enfermedad al cabo de algún tiempo. La existencia de reacciones negativas á las cuatro semanas de la neurorecidiva como indican algunos no permite la supresión del tratamiento ó la decisión del empleo de éste con arreglo á los síntomas clínicos. En las sífilis precoces es frecuente. Lo que se debe hacer á estos enfermos es cuatro á seis curas seguidas con dosis elevadas de salvarsán, dando en total 8 á 10 gramos de neosalvarsán ó de salvarsán sódico y en los intervalos entre estas curas que no deben pasar de seis á ocho semanas, se administra yoduro potásico, poniendo las dosis de manera que en el año se administren unos 100 gramos. Al año de terminado el tratamiento y desde entonces cada año ó cada dos años se harán investigaciones nuevas del líquido. Lo importante es no aferrarse á una forma de tratamiento ó á un preparado, pues con ello se perjudica á en casos en los que se puede y se debe hacer un tratamiento eficaz sin más que atenerse á las particularidades del enfermo y sobre todo á las reacciones del líquido cefalorraquídeo. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 30 de Junio de 1922.)

2. **Diagnóstico fácil de las ictericias ocultas por medio de la tinta violeta, por el Dr. J.-L. Roumillac.**—Las ictericias pueden ser en ocasiones tan poco aparentes que aun sospechadas, no sean apreciables ni por el ojo más experto. Para tales casos, el autor ha ideado un procedimiento, sumamente práctico y sencillo, basado en la teoría del contraste de los colores de Chevreul.

Con el fin de poner en evidencia la amarillez de la piel antes de que las conjuntivas se hayan teñido aún, procede del siguiente modo: Con su pluma estilográfica cargada de tinta violeta traza una raya sobre la piel de la palma de la mano ó mejor sobre la parte anterior de la muñeca, que es una piel fina y ricamente vascularizada.

En el caso de que la ictericia exista, las bandeletas de cada uno de los dos campos cutáneos que se extienden á lo largo de la línea violeta de separación, aparecen al momento coloreados en amarillo ó amarillo verdoso, claramente apreciable por la vista. La sencillez del método no puede ser mayor. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 35, 6 de Mayo de 1922.)—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.

Lo esperado y lo inesperado.—Más al señor alcalde.

Todo en este mundo tiene sus ventajas y sus desventajas, hasta el hecho modesto de la forma periódica de nuestra publicación. Con efecto, la aparición semanal en día fijo tiene las más veces el inconveniente de hacer que lleguen con lamentable retraso algunas noticias á conocimiento de nuestros lectores; pero en cambio, otras veces, sucesos que provocarían un comentario más ó menos apasionado, transcurridos dos ó tres días aparecen en su verdadero valor y transcendencia ante la crítica serena, modificados ó aclarados por los hechos que los suceden.

Un ejemplo: al entrar en prensa nuestro último número augurábamos que el proyecto llamado de ley de Sanidad no se pondría á discusión y apuntábamos las causas que nosotros creíamos que determinaban su retraso.

Al día siguiente, y, claro está, que antes de que pudiéramos modificar lo dicho, el proyecto se ponía á discusión. Parecía, pues, que los hechos nos habían dado un solemne *mentís*, y no ha sido así.

El proyecto se puso á discusión dos sesiones antes de cerrarse las Cámaras; todo el mundo sabe que en el Reglamento del Senado existe un extraño artículo, que tiene su arranque en la Constitución, y según el cual un solo senador puede pedir el *quorum*, ó sea la concurrencia de un número determinado y considerable de senadores para que un proyecto sea votado.

A este discutido artículo se han debido situaciones verdaderamente difíciles para algunos Gobiernos; pues con esperar á que falten veinticuatro horas para la terminación de un plazo constitucional, puede un senador cualquiera imponer su voluntad á la Cámara, provocar una crisis ó matar un proyecto, siquiera éste cuente con la aquiescencia de todo el Parlamento.

Tal sucedió en la funesta noche de 31 de Diciembre de 1899 en que un señor senador que se veía perjudicado en sus provechos, detuvo y echó por tierra el plan de arreglo de la deuda exterior, al que sólo le faltaba la aprobación del Senado y que, presentado por el inolvidable Villaverde, ha visto la nación entera el número de cientos de millones que nos ha costado hasta el día.

El mantener la discusión tres ó cuatro horas

mientras que el plazo legal transcurre, determina estos fáciles triunfos del interés y del egoísmo; pues nunca hemos visto que tales resortes se hayan empleado para obtener el triunfo de alguna mejora transcendental, ni para impedir la implantación de disposiciones y leyes nocivas al pro común.

Lo ocurrido con el proyecto de Profilaxia de enfermedades evitables, es un caso más que sumar á lo antes dicho, por más que las circunstancias sean de tal índole, que no le haga merecedor más que del calificativo de triquiñuela grotesca y estéril, que á pesar de las blanduras de la presidencia de la Cámara, y de la manifiesta impotencia del Gobierno, no prevalecerá, ni habrá significado más que una detención de tres meses en lo que había de suceder.

Para nadie es un secreto que nosotros hemos profetizado repetidamente, que la ley en cuestión no se discutiría ni aprobaría; como tampoco, que siendo partidarios suyos en lo que tiene de definición y fijación de las bases indispensables á la reorganización sanitaria del país, y de evidente mejoramiento para las clases médicas, y en especial para la de los titulares, sin embargo, no la teníamos por perfecta, y esperábamos para la ampliación de nuestro juicio á que, saliendo del estado embrionario de bases con que ha sido presentado, se ofreciese á nuestro estudio en toda la ampliación de su articulado. Esta actitud condicional nuestra y reservada, bastará para que se comprenda que nuestro disgusto por el aplazamiento de la discusión no ha sido muy grande; pero si no ha sido grande por lo que legal y teóricamente nos importa, sí lo ha sido por lo que tuvo de triste el espectáculo ofrecido á los señores políticos (ya de suyo dados á desconsiderar á los médicos) al ver que un proyecto emanado de un Centro técnico, dictaminado *oficiosamente* por los elementos sanitarios de la Cámara, y *oficialmente* por la Comisión permanente del Departamento respectivo, es detenido en su tramitación normal por un solo senador que falto de argumentos y no sobrado de medios oratorios, para ganar tiempo, acude al *ingenioso* procedimiento de leer el «Quijote», sin emplear razones en contra ni en pro de lo que se discute y produciendo el desdeñoso asombro de los pocos senadores que se hallaban en el salón, y que creían, como los ausentes, que el Proyecto era cosa convenida y que saldría de aquella Cámara en aquella misma sesión.

No ha sido así, y ¿quién puede considerarse en esto derrotado? Pues, aparte del interés público y de la vida nacional, que de ésto se ve bien claramente que á todos se les da muy poco, los verdaderamente derrotados han sido la Mesa de la Cámara que ha dado pública muestra de la escasez de sus recursos y de la torpeza de sus procedimientos, y el Gobierno, que ha demostrado su impotencia absoluta para hacerse respetar y secundar por una mayoría que, en aquella Cámara, podía haber contado como segura, ó para hacer lo que los Gobiernos constitucionales hacen cuando creen ser objeto de la esquividad de una Cámara.

Pero buscar energía, virilidad, firmeza y convencimiento en los tiempos que atravesamos, es pedir cotufas en el Golfo. ¿No es mucho más cómodo encogerse de hombros, seguir viviendo, y dejar que continúen en sus medros los agentes motores de éste género de intrigas?

Perdónenos el señor alcalde que insistamos en dirigirnos á su respetable personalidad. No lo hacemos, ciertamente, por falta *canicular* de asuntos en que ocuparnos; con sólo se eche una mirada por este número, podrá ver que no nos ha faltado materia ni esperamos que nos falte; pero es lo cierto que durante los meses del calor se hacen sentir, ó á lo menos se notan más las deficiencias de los servicios que están á cargo de la Corporación que él dirige.

Dejando el tema de los automóviles en el Retiro en que vino á confirmar nuestras razones el hecho ocurrido en la tarde del miércoles último y en el cual, y por el cual, algunos intrépidos automovilistas pusieron en desconcierto y alarma al paseo entero, vamos sencillamente á invitar á nuestro buen amigo el señor conde del Valle de Suchil á que fije su atención en dos cosas por sí mismo, y si es posible, sin la intervención del *Gabinete Pardo*.

Es la primera de estas cosas el estado verdaderamente bochornoso, vergonzoso é inaudito en que se encuentran algunos cementerios. Dé su excelencia una vueltecita por el de San Lorenzo, por ejemplo, y verá la suciedad, el abandono y hasta la destrucción por todas partes y oirá, como disculpa, que la gente entra y hace lo que bien le place; se lleva los objetos que la piedad de los parientes deja sobre las tumbas y, á cambio de esto, verá que no falta atención ni dinero para ir aumentando la extensión del Camposanto y vendiendo nuevas instalaciones... que es lo que se trataba de demostrar.

La segunda cosa relativa á la inspección de venta de frutas, verduras, carnes y pescados merecerá capítulo aparte.

DECIO CARLAN

TITULARES ¡A ENTERARSE!

Con la autoridad que le da el alto cargo que desempeña, sobre la que todo el mundo le reconoce por su inteligencia, su celo y su cultura, publica el Sr. Martín Salazar, director general de Sanidad, el siguiente artículo que reproducimos de *El Imparcial*.

El objeto de este trabajo es por lo visto el informar á la opinión general; pues la opinión médica está ya hace tiempo formada y sabe lo que significan ciertos manejos y procedimientos serpijinosos, determinados por la medrosidad interior de los que, sabiendo que no obran bien, temen toda reforma que pueda ponerles en claro, anulando sus procedimientos.

Dice así el señor director general de Sanidad:

LO ACONTECIDO EN EL SENADO CON LA LEY DE SANIDAD

Aprovechando un interregno breve en la discusión urgente de los Presupuestos del Estado, el presidente de la Alta Cámara, Sr. Sánchez de Toca, tuvo la bondad de poner á discusión por no haber labor parlamentaria el proyecto de ley sobre enfermedades evitables que estaba hacía tiempo sobre la mesa. Los que vivimos en las ansias de ver aprobada pronto esta ley, por entender que responde á una necesidad urgente de la Sanidad española, tuvimos por un momento la ilusión de que, siendo una ley de carácter técnico, y habiéndole dado ya su *placet*, primero, de una manera oficiosa, todos los elementos sanitarios del Senado, y después el dictamen de la Comisión permanente de Gobernación, no sería extraño que pudiese ser aprobada en una sola sesión; ya que la limitación del tiempo y el próximo cierre de las Cortes, no permitían grandes expansiones oratorias para aprobar unas cuantas bases, muchas de ellas sin materia de discusión, por axiomáticas y consagradas. Pero no contábamos con el enemigo de siempre: con el egoísmo particular de alguien, que colocándose por sus aviesas artes en el camino de nuestro progreso sanitario, impidió que se aprobara la ley y consiguió que quedara aplazada su discusión *sine die* para cuando se volvieran á abrir las Cortes. No he de cometer la torpeza, ni mucho menos la injusticia y descortesía, de creer que el señor senador que se levantó á impedir la aprobación de la ley, consumiendo el tiempo con la lectura de trozos del «Quijote», lo hizo *motu proprio*, ni enterado de la trascendencia del acto que realizaba en contra de la Sanidad de España. Bien se halla en este punto con su conciencia. Por el contrario, creo que dicho senador, á quien estimo como un hombre bueno y justo, aunque algo vehemente, había sido llevado á esa actitud por una sugestión incomprensible, determinada por alguien á quien el interés propio ha llevado siempre á los mayores extremos, anteponiéndolo en este caso al interés del país sin empacho alguno.

Todo eso está bien; y cada cual es responsable ante su propia conciencia y ante el juicio ajeno del acierto en sus ideas y de la rectitud de sus actos. Lo que no puede pasar sin protesta y esclarecimiento es que para

ocultar un egoísmo personal se recurra al artificio de fingir defender al Cuerpo de médicos titulares, encubriendo la verdad de las intenciones con la apariencia de una generosidad no sentida ni necesitada, precisamente cuando en el proyecto de ley presentado á las Cortes se piden para los médicos titulares las mayores ventajas que se han solicitado nunca. Quede, pues, para los obstruccionistas la responsabilidad que resulta de que no se haya aprobado en el Senado por su causa una ley que tantos beneficios otorga á nuestros queridos compañeros los médicos rurales, á quienes me dirijo principalmente en este artículo, para demostrarles cuántas y cuán grandes son las ventajas propuestas para ellos en la referida ley.

En primer término, todo el mundo sabe que los médicos titulares no cobran hoy, cuando la cobran, más que la consignación mezquina que los presupuestos municipales señalan para la asistencia benéfica de las familias pobres; y que aunque la Instrucción general de Sanidad les dió, además, la función de inspectores municipales de Sanidad, fué sólo con carácter un poco romántico y sin pagarles; por lo cual los servicios sanitarios municipales en toda España andan totalmente abandonados. Pues bien; el proyecto de ley que comenzó á discutirse en el Senado asigna por primera vez una cantidad nueva á los médicos titulares, á más de sus sueldos, en concepto de gratificación por sus funciones de inspectores municipales de Sanidad, con la esperanza de que esa retribución que es ahora de 500 pesetas cuando menos, sea cada vez mayor, y venga á constituir con el tiempo la base de una justa compensación á los trabajos y responsabilidad que envuelven las tareas de la inspección sanitaria.

No creo que nadie dude que se trata en efecto de una positiva ventaja para los médicos titulares que ejercen á la vez la inspección de Sanidad. Pero hay más; en la propia base undécima del proyecto, que trata de los inspectores locales, se dice textualmente que éstos asumirán también en los pueblos las funciones de inspectores sanitarios del trabajo, de inspectores de escuelas, de médicos del registro civil, de la medicina forense, y en general, de cualquier otro servicio de carácter sanitario organizado por los diversos Ministerios, en tantos que éstos, por la importancia de la localidad y la amplitud de los propios servicios, no consideren necesario la especialización y diversificación de los cargos. Las asignaciones que por cada una de estas otras funciones se señalen por los respectivos Centros á los médicos titulares serán compatibles con sus haberes, sin carácter de sueldo, para que puedan percibir las juntamente con éste. Tampoco dudará nadie que se otorga con esto un nuevo beneficio.

Por último, no creo que los impugnadores sistemáticos de esta Ley crean inocentemente que van á detener el movimiento ideológico del mundo en materia social, y que tarde ó temprano, acaso muy pronto, se implante en España el seguro social de enfermedad, establecido ya, ó en vías de establecerse, en la mayor parte de los países de Europa y América, con un éxito colosal, estupendo, para la Sanidad pública de esos

países. Pues si esto es cierto, había que salir al paso de la implantación de la ley del Seguro social de enfermedad, salvando para el porvenir los intereses de los médicos titulares y de los inspectores municipales de Sanidad; para lo cual se dice, copiado al pie de la letra, en la base tercera del proyecto, lo siguiente: «Establecida la ley del Seguro de enfermedad, las cantidades que los Municipios consignen hoy en sus presupuestos para atender á la asistencia de las familias pobres, ingresarán en las cajas del Seguro para subvenir á esta nueva forma de asistencia social de los Municipios; y los médicos titulares actuales encargados de este servicio pasarán á ser médicos del Seguro, conservando el carácter y atribuciones de inspectores locales de Sanidad.» Es decir, que llegado el momento de establecerse la ley del Seguro, los médicos titulares, en lugar de sufrir el desamparo en que quedarían si nada se hubiera legislado sobre ellos, alcanzan por este medio los dos grandes ideales por que han batallado siempre, á saber: la seguridad del pago de sus sueldos y emolumentos, que las cajas del Seguro, ricas y espléndidas de suyo, les podrán pagar religiosamente, y la independencia moral y material de los Ayuntamientos, de los caciques, y en general de la política electorera y de campanario; llegando por este camino imprevisto á obtener iguales ó mayores beneficios que los que hubieran logrado si los pagara el Estado, que ha sido, como diría el pobre Dr. Moliner, el supremo ensueño de los titulares. Esta es la verdad, sincera y esencialmente expuesta, del contenido de la ley en favor de los médicos titulares. Si todavía insistiesen los que se dicen defensores de éstos en obstruccionar la aprobación de dicha ley, yo los entregaría al juicio colectivo desapasionado, pero severo, del Cuerpo de Médicos titulares, en la seguridad de que la sanción moral que recibieran habría de ser sonada. Esperemos al tiempo.

DR. MARTÍN SALAZAR

Remitido.

EL PROLETARIADO MÉDICO-RURAL

NACIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA ESPAÑOLA

A todos los Colegios médicos y de practicantes

El ejercicio de la Medicina en España adolece de un defecto capital: la obligada penuria de los profesionales. El médico debe sacrificar todas las horas de su vida al enfermo. Recibe entre sus brazos al individuo cuando nace y recoge su último aliento cuando muere; toda su existencia la invierte en ocuparse de la vida de la humanidad doliente, atendiendo á los dolores físicos y morales, estudiando no sólo á la naturaleza humana, sino los variados elementos que le rodean, aire, suelo, luz, alimentación, etc., para lograr un estado próspero de la Raza y, por consiguiente, de la vitalidad y el progreso de la Nación. El Poder público, resumen de las energías nacionales, tiene también el inexorable deber

de proteger la alta función social de la Medicina. El médico, para ejercer dignamente su profesión, necesita una completa garantía oficial de su vida económica (como están los servicios públicos de Correos y Telégrafos, Magisterio, Ingeniería, Judicatura, etc.). El médico en España es la víctima propiciatoria inmolada por las venalidades de la política y por las desconsideraciones de la corriente incultura de nuestros pueblos. Atendiendo á estas razones, este modesto programa de emancipación va dirigido á las clases médicas españolas, con sus múltiples defectos, pero con una sana y nobilísima intención: que las clases sanitarias levantándose por encima del desconcierto presente tengan un gesto decisivo y enérgico en defensa de la vitalidad y del bienestar de la sociedad española.

Con el presente proyecto, el Estado no recibe quebranto alguno en sus presupuestos generales, porque sería un intermediario entre el ciudadano y el médico, cobraría directamente al ciudadano lo que éste abona anualmente á su médico y con ello terminaría la amenaza que siempre pesa sobre el facultativo de ser condenado al hambre por el cliente desconsiderado y despótico, causa primordial del servilismo de toda la sufrida clase médica española.

Las ventajas que obtendríamos, entre otras de inferior importancia, serían la supresión del Cuerpo de Médicos titulares, hoy indebidamente dotado y casi nunca pagado por nuestros Ayuntamientos, además de ser objeto directo de la política rural. Estabilidad definitiva para el Colegio de Huérfanos. Elevación del prestigio y autoridad del médico que de siervo del cliente pasa á ser funcionario del Estado, expuesto á recibir castigos oficiales y á exigirles estrechamente el cumplimiento de su deber. Supresión definitiva de la amargura del médico que tiene que visitar al moroso, atendiendo á sus deberes de conciencia, y disfrutando de la necesaria independencia puede dedicarse más intensamente al estudio de su carrera con la satisfacción interior de ver recompensados oficialmente sus desvelos.

* * *

Antes de presentar nuestro proyecto, creemos necesario como sólida base de argumentación sobre el abandono presente, insertar aquí la sesión celebrada de la benemérita Junta de damas de Protección Médica, el día 23 de Marzo de 1922. En la referida sesión se acordó lo siguiente: «A la señora viuda del Dr. Rodríguez, anciana que desea ser atendida, se acuerda ayudarle con un donativo mensual de 20 pesetas. A la señora viuda del Dr. Quintana, se le compra unas gafas para que pueda coser. El Dr. López Molina expone su angustiosa situación económica y allá fueron las ilustres damas para contemplar un cuadro de dolor y de angustia infinita. Se recuerda al médico que está muriendo y que carece de lo más necesario, que tiene una hija tuberculosa avanzada en plena juventud, otra hija enferma y sin poder trabajar, y su esposa, de tanto sufrir, cardíaca y agotada. Y al médico ciego, pobre y solo en el mundo, otro con la arterioesclerosis que aún quiere

luchar y no puede, y al anciano rendido que en el triste final de su vida, ve unos hijos, niños aún, á quienes va á dejar desamparados. Al Dr. López Molina, que tiene setenta y dos años y está casi ciego, se acuerda concederle una pensión mensual de 50 pesetas. No habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión». La vergüenza y la indignación estallaron enérgicamente, obligándonos á coger la pluma para hacer el presente trabajo.

¡Doctora Aleixandre, señoras de Calvache, Terceño, Verdes Montenegro, Romero de Otal, señora y señoritas de Cortezo y Pando y Valle: un efusivo saludo con todas las impetuosidades de mi juventud!

¡Ilustres compañeros de toda España: pidamos para estas caritativas damas la Gran Cruz de la Orden de Beneficencia!

* * *

BASES PARA LA REORGANIZACIÓN SANITARIA

Primera. La Medicina debe ser función nacional preeminente y protegida por los Poderes públicos.

Segunda. Será limitado el ingreso en la carrera de Medicina y previa oposición única en la Universidad Central, quedando el alumno una vez aprobado, en libertad de matricularse en cualquier Facultad de Medicina española.

Tercera. Cada Facultad de Medicina, al concluir sus alumnos el último período de estudios, expedirá el correspondiente certificado de aptitud, verificando los alumnos exámenes generales de toda la carrera en la Universidad Central, obteniendo el título de doctor, y en donde, con arreglo á la puntuación obtenida, constituirán el Escalafón del Cuerpo de Sanidad interior.

Cuarta. Todo individuo, una vez terminado el examen general y definitivo, podrá solicitar vacantes ante los presidentes de los Colegios provinciales, siendo preferidos para ellas con arreglo al número de prelación que figuren en el Escalafón oficial.

Quinta. Los partidos médicos tendrán un mínimo de 600 vecinos y un máximo de 1.000, circunscriptos en un mismo término municipal. Cuando existan pueblos de reducido vecindario, el máximo para agregarlos unos á otros no excederá de 500 vecinos. Para hacer estas agregaciones, revisables cada seis años, intervendrán los Colegios médicos provinciales, puestos de acuerdo con los alcaldes respectivos, aceptando el fallo del inspector sanitario provincial en caso de desavenencia.

Sexta. Una vez destinados los señores médicos á su respectiva localidad recibirán de la Inspección Sanitaria Provincial la lista de los vecinos de su zona, á quienes prestará gratuitamente sus servicios profesionales. Constituirán honorarios especiales las consultas, enfermedades venéreas, casos de alcoholismo, lesiones de mano airada é imprudencia temeraria y certificaciones.

Séptima. En cada capital de provincia se creará un hospital provincial, donde serán atendidos todos los enfermos que se sometan á Cirugía mayor, gratuitamente los pobres de solemnidad, y abonando su ali-

mentación los pudientes. Este establecimiento lo sufragarán los Ayuntamientos de la provincia, y el personal facultativo estará afecto al Escalafón del Cuerpo de Sanidad interior.

Octava. Las jubilaciones, traslados, suspensiones y castigos con arreglo á la ley de Funcionarios públicos. Descuentos sobre los sueldos el 6 por 100. Estarán libres de las cargas municipales y provinciales. El sueldo del Estado se percibirá mensualmente por conducto de la Inspección Sanitaria Provincial. El presupuesto especial de Sanidad se constituirá con arreglo á un impuesto gradual que percibirá la Hacienda sobre todo ciudadano, exceptuándose los pobres de solemnidad.

La carrera de practicante estará sujeta á igual mecanismo.

Novena. Se excluyen de este Escalafón llamado de Sanidad interior todos los que ingresen en otro Escalafón del Estado.

Décima. A los seis meses de creado el Cuerpo de Sanidad interior no habrá derecho á reclamación alguna sobre el número correspondiente.

Duodécima. Para el régimen interior económico del Cuerpo de Sanidad interior se descontará del presupuesto efectivo de la carrera el 4 por 100, cuyos fondos se destinarán á los siguientes fines: El 2 por 100 para repartirlo á partes iguales entre los médicos y practicantes que hubiesen obtenido el título oficial anterior al año 1892, sus viudas é hijos hasta la mayoría de edad. El restante 2 por 100 se destinará al sostenimiento de los Colegios de huérfanos de médicos y practicantes. Estas deducciones se harán de los presupuestos respectivos de médicos y practicantes. Amortizándose por mortalidad el número de médicos y practicantes con título oficial anterior al año 1892, el máximo que puede recibir cada uno, como sus viudas é hijos del 2 por 100 destinado á este fin, será de 2.000 pesetas anuales en los médicos y 1.000 en los practicantes, destinándose el exceso ó sobrante de este apartado á la creación de hospitales regionales para médicos, practicantes y familias de los mismos, regidos por las Juntas directivas de los Colegios que estén incluidos en la región respectiva. Referidos hospitales para los sanitarios y familias constarán de tantas plazas como médicos y practicantes existan en la circunscripción más un 25 por 100 añadido al total de aquellas.

*
* *

PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR EL ESCALAFÓN CON LOS MÉDICOS Y PRACTICANTES ACTUALES

Los Colegios Médicos y de Practicantes actuales verificarán sus correspondientes listas de profesores en ejercicio actual, anotándolos separadamente por años completos, según las fechas de sus respectivas licenciaturas. Empezará á anotarse desde el año 1892. Dichos Colegios nombrarán tres representantes de su seno que llevarán á Madrid la lista de los licenciados é inscriptos como colegiados desde referido año, cuando sean requeridos oficialmente. En dichas listas se anotarán con claridad nombre y apellidos, testimonio del título,

fecha, Universidad donde fué expedido y fecha de la inscripción como colegiado. Firmarán estas listas las Juntas directivas de los Colegios provinciales. Reunidos los representantes de los Colegios se procederá á hacer grupos de licenciados por anualidades completas entre todas las provincias, á partir del año 1892 é inmediatamente serán sorteados por orden riguroso de antigüedad, anotándose el número que les corresponda, nombres y apellidos de los interesados hasta el año que empiece á regir este proyecto. El escalafón entre los sorteados empezará en el número 67, ó sea en la clasificación de inspector sanitario de 1.^a clase, máximo á que pueden ascender los que no opositen á inspector sanitario provincial, puerta de entrada para continuar la escala de ascensos. Los 66 puestos primeros del escalafón se reservan para los pertenecientes á la carrera de inspector provincial de Sanidad interior. Para ascender á inspector sanitario provincial será preciso verificar oposición con arreglo á los programas vigentes.

CLASIFICACIÓN DE CATEGORÍAS Y SUELDOS

MÉDICOS	Número.	Pesetas.
Inspector sanitario general	1	14.000
Subinspector ídem ídem	1	13.000
Secretario ídem ídem	1	12.000
Inspector ídem regional	14	10.000
Ídem ídem provincial	49	9.000
Ídem ídem de 1. ^a clase	860	8.000
Ídem ídem de 2. ^a ídem	2.100	7.000
Ídem ídem de 3. ^a ídem	4.600	6.000
TOTAL GENERAL	7.626	49.800.000

PRACTICANTES	Número.	Pesetas.
Practicante sanitario mayor de 1. ^a clase	1	5.000
Ídem ídem ídem de 2. ^a ídem	20	4.500
Ídem ídem ídem de 3. ^a ídem	60	4.000
Ídem ídem de 1. ^a ídem	180	3.500
Ídem ídem de 2. ^a ídem	2.600	3.000
Ídem ídem de 3. ^a ídem	5.100	2.000
TOTAL GENERAL	8.061	19.165.000

De 49.800.000 el 6 por 100 á beneficio del Estado = 2.988.000

De 19.165.000 el 6 por 100 á beneficio del Estado = 1.149.900

Restando de 49.800.000 la cantidad de 2.988.000 = 46.812.000

Restando de 19.165.000 la cantidad de 1.149.900 = 18.015.100

Del presupuesto médico el 2 por 100 para médicos anteriores al 1892, viudas é hijos hasta mayoría de edad, corresponde 936.240.

El restante 2 por 100 para Colegio de Huérfanos de Médicos, corresponde 936.240.

Del presupuesto de practicantes el 2 por 100 para practicantes anteriores al año 1892, viudas é hijos hasta mayoría de edad, corresponde 360.302.

El restante 2 por 100 para el Colegio de Huérfanos de Practicantes, corresponde 360.302.

Creemos cumplir un sagrado deber de conciencia con el trabajo precedente. Esperamos que las clases sanitarias, tan dadas á la discusión ineficaz y á perder el

tiempo en funestos bizantismos, acogerán este modesto esfuerzo de reorganización con el afecto del hijo propio, mirando al porvenir de un resurgir glorioso en una carrera de constantes humillaciones y tristezas.

Nuestro deseo será que los Colegios Médicos estudiasen la idea, la discutiesen, para allanar nuestro trabajo cuando recorramos las provincias recogiendo las adhesiones individuales de todas las clases sanitarias españolas.

A. ELVIRO BERDEGUER

Salorino (Cáceres).

DOCTOR GÓMEZ OCAÑA

ALGUNOS DATOS DE SU BIOGRAFÍA Y PARA EL JUICIO CRÍTICO DE SUS OBRAS (1)

POR

MANUEL Y FERNANDO CONDE LÓPEZ

Alumnos internos por oposición, de la Facultad de Medicina de Madrid.

III

Gómez Ocaña como maestro tenía tres características: talento privilegiado para la observación, voluntad perseverante y ambiciones literarias y científicas para hacer algo de lo mucho que queda por hacer en los campos de las ciencias y de las letras.

En sus notas autobiográficas (2) haciendo mención de sus maestros Hernando, García Carrera y García Duarte, confiesa que prepararon su ánimo para catedrático, *ya que el maestro talla al discípulo a su semejanza*, porque los tres coincidían en el culto a la cátedra y los tres eran catedráticos sobre todo. Y más adelante dice: «Cuando por achaques justificados algún día muy raro no puedo salir de casa para ir a cátedra, no voy a parte alguna ni adonde puedo obtener beneficio, ni el recreo de mis aficiones.»

Fué Gómez Ocaña un hombre ordenadísimo en su vida; se levantaba a las ocho de la mañana, leía en primer lugar la prensa, y después de desayunarse se ponía a trabajar (leer ó escribir); su clase la tenía a las once. Cumplida esta obligación, volvía a su casa, y después de comer y reposar un poco la comida, volvía a sus tareas ordinarias de lectura ó escritura, al menos que por tener sesión en el Senado ó en las Academias, fuera a ellas, porque hay que no olvidar que con la misma asiduidad que cumplió sus tareas de catedrático, cumplió igualmente las de académico y senador. A principios de noche volvía a su casa, dedicando al estudio hasta las once, que se acostaba. Los domingos los dedicaba al Arte, pasándolos en las capitales limítrofes a esta Corte, admirando las obras magistrales de pinturas, arquitecturas y esculturas de las que fué aficionadísimo y muy competente. La colección de vistas fotográficas que ha dejado son dignas de estar en un museo, y lástima que algún día puedan desaparecer.

Como buen maestro se interesaba mucho por sus discípulos poniendo en práctica sus recursos y cariño.

(1) Véase el número anterior.

(2) Gómez Ocaña, pág. 11.

Un dato: cuando aún no tenía publicada su obra de Fisiología, con el fin de que a sus alumnos les fuese más fácil tomar apuntes de sus explicaciones, explicaba muy lentamente, y más adelante procuraba dar a sus explicaciones y a la enseñanza de la Fisiología un sabor práctico, para su más fácil comprensión.

Las horas de cátedra siempre las aprovechó íntegramente a favor de la enseñanza, bien explicando en clase ó en el laboratorio, haciendo experimentaciones, consiguiendo con esto, no ya sólo facilitar el estudio de su Fisiología, sino también relacionarse con sus alumnos para conocerlos, para justipreciar sus facultades, asiduidad é interés de cada cual: quería borrar con este sistema pedagógico, aquel límite tan marcado que no ha muchos años aún existía entre el profesor y el alumno.

Siempre procuró que su asignatura se diera completa en el curso, porque decía que ciencia tan importante como la Fisiología no admitía omisiones, y que recordaba el trabajo fatigoso que le costó, siendo estudiante, el estudio de aquellas materias que no figuraban en el programa por no haberse pasado en cátedra.

Con lo expuesto, mas con los trabajos que como investigador verificó Gómez Ocaña que le acreditaron de sabio a más de la abnegación y virtud que se imponía para ser maestro y el sacrificio de la ambición y a veces de la tranquilidad, caracterizaron a no dudar las dotes de profesor de nuestro biografiado.

Gracias a él alcanzó la Fisiología en España el lugar merecido y por él podemos contar hoy por hoy con fisiólogos de verdadero mérito pudiéndosele calificar de propagandista y maestro de fisiólogos. No desmentirán nuestro aserto sus discípulos los Sres. Medina, del Campo, Pi y Suñer, Torremocha y otros muchos discípulos de nuestro biografiado, los cuales conservan y propagan las enseñanzas del maestro y la cariñosa veneración por su memoria.

Todos sus afanes los personificó en el culto a la cátedra, su amor a la Fisiología y su cariño a sus discípulos. Soñaba é hizo cuanto pudo por ver realizados sus anhelos de una nueva Facultad de Medicina, no desaprovechando ocasión alguna para la realización de su ideal lo mismo en el Senado que en Congresos y Certámenes y llegando hasta recabar de nuestro Soberano su Real protección y aprobación para ver realizado su soñado proyecto (1). Justo es que si algún día llega a realidad el proyecto de la nueva Facultad, la estatua en bronce del eminente fisiólogo debe de ocupar sitio preeminente en la misma.

Gómez Ocaña, como no contó hijos (2), consideró como tales a sus más cariñosos discípulos y de aquí que quiso prolongar su vida en sus consejos, en sus obras, en sus experimentaciones, en su cátedra y en la ciencia (3). No pensó jamás en el medro personal, y por

(1) Discurso de S. M. el Rey en el acto inaugural del primer Congreso Nacional de Medicina.

(2) Estaba casado con doña Rosario Lombera y Fernández.

(3) Gómez Ocaña: "El sexto, el hominismo y la natalidad", Madrid 1919.

esto fué tan cariñoso y tan altruista, y si fué enemigo de que le adulasen, bastábale oír el calificativo de maestro ó que le contasen alguna lástima de familia para reducir su justicia á la benignidad. ¡Cuántas veces y durante los días de exámenes le oímos lamentarse amargamente de los padres de aquellos individuos á los que tenía que reprobar!

IV

Dice Cajal que el futuro sabio suele ser patriota ardiente, ansioso de honrarse y honrar á su país, enamorado de la originalidad, esquivo al lucro y á los placeres burgueses, inclinado á la acción más que á la palabra, lector incansable y capaz de toda suerte de abnegaciones y renunciaciones para realizar el noble ensueño de bautizar con el propio nombre á alguna nueva estrella en el firmamento del saber (1).

Gómez Ocaña dijo que para ser sabio se necesita «amar la verdad sobre todas las cosas, interesarse en los problemas que unos dan por resueltos y otros estiman irresolubles, vivir para las ideas, trabajar mucho y desentenderse de los asuntos propios á riesgo de comprometer el pan» (2). También nos dice (3), que «el sabio no nace: se hace con más ó menos trabajo y en poco ó mucho tiempo, según sus facultades y el medio intelectual que le rodea». Y así tenemos á nuestro doctor, que siendo estudiante, fué admirado por su aplicación, inteligencia y perseverancia, no sólo por sus compañeros, sino igualmente por sus maestros, llegando á obtener en el transcurso de su carrera las matrículas de honor que más arriba dijimos, el premio extraordinario de la licenciatura y hasta una condecoración honorífica, solicitada y con aplauso unánime de la Facultad Médica de Granada. A los veintiséis años obtuvo mediante ruda oposición la cátedra de Fisiología de Cádiz y sintiéndose cartujo y con ayuda de sus alumnos, aunque con los escasos elementos que contaba en su laboratorio (4), comenzó á trabajar y á desenvolverse de un modo admirable todo lo que se relacionaba con su asignatura. De allí salieron sus dos admirables libros, «Fisiología de la Circulación» y «Fisiología del Cerebro», en los que no se sabe qué admirar más, si el trabajo mental desarrollado por su autor ó el haberse mostrado al mundo científico como un fisiólogo consumado (5), basta saber que gracias á ellos mereció ocupar por concurso la cátedra de Fisiología de esta Facultad.

(Continuará.)

(1) Santiago Ramón y Cajal: «Reglas y consejos para la investigación biológica», 3.^a edición, pág. 210.

(2) Gómez Ocaña: «Elogio de D. Federico Olóriz», pág. 73.

(3) Gómez Ocaña: Obra citada, pág. 88.

(4) «Por toda hacienda cuenta el que éstas líneas escribe con un laboratorio, el de la Facultad que encierra poco más de dos docenas de instrumentos; con 150 pesetas al año para todo el gasto de experimentación con medio ayudante porque el de la Cátedra de Fisiología lo es también de la de Terapéutica y con un octavo de mozo, porque sólo hay dos para el servicio de diez y seis Cátedras». Gómez Ocaña: «Fisiología de la Circulación», Madrid, 1894.

(5) Su libro la «Fisiología de la Circulación», dió motivo para que el competente é ilustrado médico de Córdoba D. Manuel López Comas, publicase un folleto dándole á conocer. López Comas: Juicio crítico de la obra «Circulación de la sangre», publicada por el Dr. D. José Gómez Ocaña, Córdoba, 1894.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,8; ídem mínima, 704,4; temperatura máxima, 32°,8; ídem mínima, 14°,3; vientos dominantes, NE. NNE.

Los catarrros intestinales, las enteritis, enterocolitis y los cólicos por indigestión y enfriamiento han sido las afecciones agudas que se han presentado con mayor frecuencia durante la semana. Las congestiones de los centros nerviosos, del hígado y de los plexos hemorroidales también han sido relativamente frecuentes.

En los niños se observan anginas benignas y trastornos intestinales, sobre todo en el destete.

Crónicas.

Estadística interesante.—España tiene en Marruecos dos enemigos: El moro, y el abandono sanitario. De la *Correspondencia Militar*:

Las bajas de la campaña actual fueron las siguientes:

Ingresaron en los hospitales:

Por herida, 3.978; fallecidos, 310.

Por enfermedades, 54.430; fallecidos, 574.

Total: 884.

A esta cifra hay que añadir:

Muertos en el campo de batalla traídos á Melilla, 320; enterrados en las posiciones, 200.

Total: 1.404.

Que se descomponen en la forma siguiente:

Jefes, 9; oficiales, 126; clases, 111, y soldados, 1.168.

En resumen, hemos tenido en esta campaña: enfermos, 54.430; heridos, 3.978; muertos por herida y enfermedad, 1.404 hombres.

Los muertos durante el año 1921 fueron:

Jefes, por herida, 5; por enfermedad, 3; oficiales, por herida, 109; por enfermedad, 14; clases, por herida, 96; por enfermedad, 38; soldados, por herida, 513; por enfermedad, 309.

Retirada de Annual, entre generales, jefes, oficiales, clases y soldados, 9.000.

Año 1922, hasta Abril.—Jefes, por herida, 2; por enfermedad, 1; oficiales, por herida, 13; por enfermedad, 9; clases, por herida, 32; por enfermedad, 11; soldados, por herida, 60; por enfermedad, 179.

El resumen de bajas desde 1892 hasta Mayo de 1922 es como sigue:

Muertos en los años: 1892, 16; 1893, 53; 1894, 78; 1895, 13; 1896, 00; 1897, 3; 1898, 6; 1899, 26; 1900, 10; 1901, 10; 1902, 4; 1903, 8; 1904, 16; 1905, 2; 1906, 2; 1907, 4; 1908, 7; 1909, 561; 1910, 206; 1911, 185; 1912, 312; 1913, 49; 1914, 237; 1915, 292; 1916, 124; 1917, 80; 1918, 187; 1919, 124; 1920, 148; 1921, 10.087; 1922, 307.

Enterrados en las posiciones de las campañas anteriores, 3.000.

Enterrados en las posiciones de esta campaña, 200.

Total: 16.377 hombres.

Las jarkas enemigas tienen su mejor cómplice en los Gobiernos y Parlamentos españoles... y si no, que se estudie la estadística.

Colegio de Médicos de la provincia de Burgos—El día 11 de Junio, fué elegida en el Colegio de Médicos de Burgos la siguiente Junta de gobierno con arreglo á los Estatutos:

Presidente, D. Julián Díez, titular de Arcos.—*Vicepresidente*, D. Eduardo Martínez.—*Tesorero*, D. José Marino.—*Contador*, D. Luis Valero.—*Archivero*, D. José Santamaría.—*Secretario*, D. Jesús Rodríguez.—*Vocales*: por Aranda, don Manuel Alta; por Castrogeriz, D. Hermógenes González; por Belorado, D. Isidoro Delgado; por Burgos (capital), don Eduardo Martínez; por Burgos (partido), D. Faustino Rodríguez; por Briviesca, D. Antonio Villanueva; por Salas de los Infantes, D. Eduardo Vicario; por Sedano, D. José Quintanal; por Roa, D. Eloy Herreros; por Villarcayo, D. Avelino A. Porres; por Villadiego, D. Emiliano González; por Miranda de Ebro, D. Jesús de Valdivieso; por Lerma, D. Cesáreo del Río.

Higiene infantil.—El Centro Ibero-Americano de Cultura Popular Femenina ha establecido una nueva sección llamada de Higiene Infantil, en la que todos los domingos, de

diez á doce de la mañana, se pesará gratuitamente á todos aquellos niños cuyas madres deseen conocer ese dato para el normal desarrollo y crecimiento de sus hijos.

A todas las que acudan se proveerá de una cartilla impresa con consejos de higiene.

La entrada para esta sección es por la calle de San Bernardo, 116, esquina á la de Rodríguez San Pedro.

Del presupuesto de Sanidad.—La Comisión mixta de presupuestos del Estado ha dictaminado, respecto a las cuestiones sanitarias, lo siguiente:

Ministerio de la Gobernación: El personal de la Dirección de Sanidad quedó con la organización votada por el Congreso: Bajó 100.000 pesetas la continuación para el personal del Hospital del Rey, por presumirse que no comenzará a funcionar en este ejercicio; se incluyeron 63.000 pesetas para atenciones sanitarias de Las Hurdes, y se aumentaron pesetas 13.000, sobre lo que votó el Senado para los Sanatorios de Oza y Pedrosa.

Congreso médico en París.—Con motivo del tratamiento del cáncer, á que estuvo dedicada la sesión del día 20 del Congreso internacional de Medicina que se celebra en la capital de la vecina República, dieron cuenta al Congreso de interesantes estudios y comunicaciones científicas referentes al cáncer los doctores españoles Tapia, de Madrid; Botey, de Barcelona; Fairán, de Zaragoza; Hormaechea, de Bilbao; González Díaz, de Gijón; Candela, de Valencia, y Casadesús, de Madrid.

El cólera.—La Agencia Fabra comunica á la Prensa la existencia de cinco casos de cólera asiático que se han declarado y comprobado en los suburbios de Bucarest (Rumania).

Las autoridades sanitarias, dice el mismo despacho, han tomado con este motivo medidas rigurosísimas de precaución é higiene en evitación de la propagación del mal.

Asociación Matritense de Caridad.—*Mes de Junio.*—Ingresos.—Suscripción: De S. M. el Rey y real familia, 1.475 pesetas; de Centros y Corporaciones, 525; de particulares, 6.796,35. Donativos: de varios bienhechores, 887,80. Cepillos: recolectado en los instalados, 93,20. Donativos especiales para el sostenimiento de los mendigos recogidos y continuación de obras en Santa Cristina, 211 800. Total de ingresos, 221.577 pesetas 35 céntimos.

Pagos.—Asilos: Pagado por estancias causadas en Mayo por los mendigos asilados definitivamente, 43.546 pesetas; socorros domiciliarios distribuidos en el mes, 6.634,50; gastos generales: personal, material, etc., 1 366,26; á la Diputación provincial para beneficencia, 20.000; á otras instituciones benéficas, 13.875; obras, ropas y menaje en el Asilo de Santa Cristina, 43.169,50; gastos ocasionados por los mendigos recogidos, 17.833,10; gastos ocasionados por la Colonia Benéfica del Trabajo, 8 747,25; gastos ocasionados por el Patronato de Ciegos, 7.041,90; comidas repartidas en el mes, 2.418,55. Total de pagos, 164.632,06 pesetas.

El número de asilados definitivamente que sostiene la Asociación se eleva á 1.487.

Durante el mes han sido retirados de la vía pública 539 mendigos, y fueron destinados á los Asilos, 90.

Divulgación sanitaria.—Con el presente número repartimos un folio de la Dirección general de Sanidad, en el cual se señalan muy acertadas reglas contra el tifus exantemático.

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

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. Esto no obstante, buscamos un medio de servirles, del cual daremos cuenta en número sucesivo.

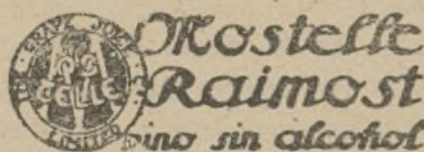
Oposiciones á médicos.—Para Sanidad Militar, de la Armada. Inspectores provinciales, Sanidad Exterior, Médicos de Prisiones, Forenses, Higiene, Marina Civil y Beneficencia municipal, todas muy próximas. Textos, programas y requisitos, Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

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

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

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



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, catarrros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P para EL SIGLO MEDICO.

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