

# 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:**

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

## PROGRAMA CIENTIFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: La roentgenterapia en el cáncer de la mama, por el Dr. B. Navarro Cánovas.—Vacunoterapia venosa, por el Dr. Barrio de Medina.—Las adquisiciones quirúrgicas de la guerra, por el profesor Forgue.—Farmacología de las preparaciones galénicas activas de origen vegetal, por el Dr. D. Manuel Alvarez Ule.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carán.—Carta abierta al Excmo. Sr. Ministro de Gracia y Justicia, por F. J. Cortezo.—Homenaje á Cajal.—Menudencias de Medicina.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## La roentgenterapia en el cáncer de la mama

POR EL

**DR. B. NAVARRO CÁNOVAS**

Ex profesor de Radiología y Electroterapia en el Hospital Militar de Madrid. Miembro corresponsal de la Real Academia Nacional de Medicina.

La experiencia ha sancionado desde hace algunos años que el tratamiento de elección en el cáncer de la mama es el método combinado ó radioquirúrgico. La intervención operatoria sola va seguida de la reproducción del tumor en plazo no lejano, rara vez de años, en la mayoría de los casos. Por otra parte, el método radiológico solo, resulta insuficiente muchas veces, no obstante ser una región tan accesible á las radiaciones Roentgen como es la de la mama, aunque lo es mucho menos la región de la axila, que casi siempre hay que irradiar. Y es que el cáncer de la mama, ó mejor dicho, el carcinoma, es un tumor poco radiosensible, por lo cual los fenómenos regresivos de sus elementos verifican con bastante lentitud que obliga al empleo de dosis muy intensas y repetidas para poder lograr su destrucción definitiva algunas veces y la mejoría siempre. Hay que tener presente, además, la rara posibilidad de la metástasis durante el tratamiento radiológico, la cual puede atribuirse á que durante el tratamiento algún nódulo de la neoplasia, por su situación alejada

del foco principal, reciba dosis insuficientes de rayos que actuando como tal, resulta estimulante. Por todo lo cual es preferible, siempre que sea posible, la intervención quirúrgica dejando al radiólogo que se encargue de destruir todos los elementos de los tejidos que al cirujano no le es posible extirpar.

Sin embargo de lo expuesto, hay ocasiones en que la Roentgenterapia será el único recurso, y son aquellas en que la intervención quirúrgica esté contraindicada, como en muchos casos de recidiva en la diabetes, ó surja otra contraindicación por la anestesia que haya de emplearse. En esta situación se encuentra una enferma de carcinoma y diabetes que irradié hace más de dos años. Ante tales casos el agente físico que nos ocupa puede resolver la situación de la enferma mejorando el estado local y general, por desaparición ó reducción considerable del tumor que, si está adherido á la pared costal, se observa que comienza á desprenderse y deslizarse sobre aquella, ablandándose sus nódulos hasta que desaparece ó reduce á su más mínima apreciación. La enferma deja de sentir los dolores de pinchazo que suele sufrir, la sensación molesta de tirantez, en el brazo del lado afecto que adquiere mayor libertad de movimientos, mejora el estado de nutrición general, se restablece el apetito y se levanta su deprimido estado de ánimo.

El método radioquirúrgico va dirigido á separar por la mano del cirujano las grandes y pequeñas ma-



sas del tumor apreciables clínicamente, y á la destrucción de todos aquellos elementos celulares que el cirujano no puede percibir ni extirpar, por hallarse situados junto á órganos peligrosamente abordables. Aquí la Roentgenterapia debe preceder y seguir á la operación. Preceder, para ejercer una acción inhibitoria de las células cancerosas en el acto operatorio, y seguir, para completar la destrucción de todos los tejidos enfermos.

Como no hay medio de poder asegurar, ante un caso de carcinoma de mama, si existen ó no infartos en la axila cuando son de tamaño muy reducido, singularmente en las personas obesas, claro es que lo precedente será irradiar siempre la axila, pero en gran amplitud y, en ocasiones, la región supraclavicular y la parte alta de la pectoral, para atacar todas las vías linfáticas, que se extienden desde la mama hasta la región lateral del cuello, por detrás del borde del pectoral mayor y por la región subclavicular, que son el camino natural de propagación que sigue la infección cancerosa.

Siguiendo este criterio de método combinado se llega á un tanto por ciento de curaciones muy superior al quirúrgico ó al roentgenológico solos. Y cuando por condiciones especialmente adversas del caso no se logra la curación, la supervivencia de la enferma es muy de tener en cuenta por las favorables condiciones ó circunstancias en que su vida se desenvuelve sin dolores, sin demacración ni los demás trastornos que acompañan á la marcha progresiva del tumor.

En nuestra experiencia hemos podido observar que el carcinoma de mama operado en sus comienzos en enfermas delgadas, é irradiadas repetida y convenientemente, no se reproduce, aunque presentasen infartos en la axila. Las pacientes que operadas no se irradian con suficiente insistencia prolongan su vida, pero la reproducción será un hecho seguro aunque más ó menos retardado. Entre las primeras, operadas por el doctor Sloker é irradiadas por nosotros, las hay de más de nueve años sin noticias de su reproducción. Esta no la he observado nunca en la zona de la mama, sino siempre en la axila. Aun aparecido el infarto axilar, no cabe perder la esperanza de poder dominar la lesión apelando á un regimen de tratamiento enérgico, rápido y repetido, mediante el cual se logra la reducción de la masa ganglionar, desaparición de los dolores, mayor libertad de movimientos del brazo. Cuando se inicia el edema en la cara posterointerna del tercio inferior del brazo sin que la exploración de la axila nos permita descubrir infarto alguno, hay que suponer que éste se halla en la parte más profunda de la axila, inaccesible á los dedos que exploran, es decir, en los ganglios adosados á la vena axilar en su parte mas alta, casi en zona supraclavicular. Al mismo tiempo ó poco después suele descubrirse algún ligero infarto de ganglios supraclaviculares, próximos á la región lateral del cuello.

Realmente, el infarto ganglionar supraclavicular es motivo de inquietud, porque indica que se acaban ya las defensas naturales del organismo contra la invasión

del tumor. Pero aun en estas condiciones, puede defenderse la vida de la enferma mucho tiempo (más de dos años tenemos una enferma en estas condiciones), con el infarto contenido, sin avanzar y con buen estado general. Bien es verdad, que la caquexia del canceroso se presenta en un momento muy avanzado de la enfermedad, cuando puede contarse por semanas ó meses lo que le resta de vida.

De mucha mayor gravedad puede considerarse el epiteloma del pecho, si éste alcanza gran extensión, porque obliga al radiólogo á intervenir con tal rapidez y extensión como exige esta condición del tumor. (*Un tumor maligno es más grave por su extensión que por su volumen.*) Pero en tales casos se dificulta la técnica en forma tal, que el pronóstico es gravísimo. Dividida en zonas la gran extensión del tumor, porque toda ésta no es posible atacarla como una sola, necesita multiplicarse la dosis de rayos por el número de zonas, y como esto hay que hacerlo con mucha rapidez en breves días, las enfermas no toleran la dosis total por los trastornos generales, tan acentuados, que acompañan á este tratamiento intensivo. Si se actúa con lentitud compatible con el estado que tolera la paciente, se corre el riesgo de que mientras se sofoca la lesión en una zona, proliferan los nódulos epiteliomatosos de la inmediata.

Respecto á técnica juzgamos necesario irradiar siempre sistemáticamente, la axila, ante la presencia de un tumor maligno de la mama, aunque la exploración no descubre infarto alguno en la axila. Y comenzar por esta región, para atacar primeramente las avanzadas del tumor, y después á éste. Este proceder, que seguimos hace años, nos parece el más lógico. Se pueden utilizar varias puertas de entrada al irradiar la axila. Es una la pared anterior de la misma, ó sea por delante de la mitad externa de los pectorales, el fondo de la axila, en cuyo caso hay que hacer uso de limitador, la región escapular y, apurando más, el borde superior del hombro, para formar el fuego cruzado.

Las radiaciones las más duras. Aunque no sepamos todavía si los rayos obran por ser absorbidos ó no serlo por los tejidos, lo que no ofrece dudas, es que los éxitos terapéuticos de las radiaciones Roentgen crecen con su dureza, y que lesiones superficiales, de piel, ceden á esta clase de rayos muchas veces mejor que á los semi-blandos.

Respecto á la rapidez en la administración de los rayos, aconsejase recientemente que deben aplicarse de manera inusitada hasta la fecha. No cabe duda que el ideal sería actuar con la rapidez del procedimiento quirúrgico, en unos minutos. Pero así como esto no es posible, por varias razones que ahora no enumero, tampoco nos parece convincente el administrar toda la dosis en uno ó en dos días, como se tiende á hacer. El fundamento del proceder rápido ó ultrarrápido hay que buscarlo en evitar que mientras se irradia una zona proliferen elementos del tumor en otra inmediata.

(La mama no operada, si es voluminosa, permite el fuego cruzado, no así, claro está, si ha sido extirpada.)

Sería oportuno determinar el tiempo máximo que necesita un tumor maligno, dado su volumen ó exten-



sión, para recibir una dosis completa de rayos X, con el fin de cumplir la indicación en dicho tiempo, pero esto no es posible. Haría falta para esto conocer el tiempo que tarda en emigrar por las vías linfáticas una célula neoplásica desde su foco de origen ó tumoral á un ganglio de la región inmediata. En tanto se ignore este punto, claro está que lo aconsejable es la aplicación muy intensa y rápida si las enfermas tolerasen este tratamiento á gran velocidad. Pero ocurre que los fenómenos de citolisis desarrollados por los rayos son á veces tan violentos, que las enfermas sufren de cólicos intestinales violentos, fiebre, gran postración muscular, insomnio, vómitos, inapetencia, malestar general é inquietud nerviosa. Y es que el organismo es presa de una verdadera autointoxicación por el tumor, realizando un gran esfuerzo para poder eliminar los productos de la destrucción del tumor, mas los de los tejidos sanos peritumorales, que si son ciertamente menos radiosensibles que el tumor, no por eso dejan de sufrir los efectos, atenuados, propios de las radiaciones. Por lo expuesto debe procederse con la mayor intensidad y rapidez compatibles con la tolerancia del enfermo.

## VACUNOTERAPIA VENOSA <sup>(1)</sup>

POR EL

DR. BARRIO DE MEDINA

Especialista en Dermatología y Sifiliografía.

El haber continuado las experiencias sobre vacunación venosa desde que el Dr. Casal trajo su primera comunicación á esta Sociedad, por haber reunido, aunque en corto número, unos cuantos casos tratados por este procedimiento y, sobre todo, para contribuir á que este medio terapéutico no caiga en el olvido, ya que así parece al menos va a suceder, puesto que no ha sido continuado por otros miembros de esta Academia que tienen más facilidades que yo para seguir estudiándole, sobre todo del mismo Dr. Casal, que parece haberle abandonado ya, habiendo sido el primero que nos habló de ello, voy a referir lo que yo he obtenido con las vacunas empleadas por vía venosa.

Aquí tengo las historias de los enfermos por si alguien desea ampliar ó conocerlas con más detalles, y yo para ser breve relataré tan sólo el diagnóstico, dosis empleadas y resultados obtenidos en los enfermos tratados.

*Primer caso.*—Es una adenitis inguinal derecha consecutiva á un chancro venéreo adquirido en el curso de un tratamiento de ictiosis congénita y familiar. Se trató con vacuna Thirf venosa, empezando por 50 millones y subiendo á 100, 200, 400 y 750 millones en días alternos las dos primeras, cada tres días la tercera y cuarta y con un intervalo de cuatro días de la quinta á la sexta.

(1) Comunicación anunciada en las dos últimas sesiones de la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía y que no pudo ser explanada por terminar su curso científico dicha Academia.

El enfermo toleró bien dichas dosis, mejoró muy lentamente con las primeras de 50, 100 y 200 millones, más rápidamente una vez puesta la de 400 y curó totalmente con la quinta inyección de 500 millones.

La nota resumen que en este enfermo tengo anotado en su historia dice así:

Sacamos la impresión de este enfermo: primero, que de haber sido más decididos poniendo dosis mayores desde el principio hubiéramos obtenido el éxito más rápidamente; segundo, que éste se obtuvo cuando se empezaron las dosis de 400 millones en adelante, y tercero, que el éxito de la vacuna ha sido claro y terminante, en este caso al menos.

*Segundo caso.*—Forúnculo de la piel del labio mayor izquierdo en una blenorragia profesional genital aguda con invasión de uretra.

Tratado con 250 millones y 400 millones con un intervalo una de otra de cuarenta y ocho horas, toleradas a la perfección y curada su lesión a la segunda inyección de 400 millones en un período de tres días.

*Tercer caso.*—Es una adenitis inguinal izquierda consecutiva á una fimosis inflamatoria por chancro mixto endoprepucial al que hubo necesidad de hacer circuncisión y tratamiento específico al mismo tiempo. Se le puso además, para su adenitis, tres inyecciones de vacuna de 200, 400 y 500 millones, toleradas á la perfección, alternas y que reabsorbieron por completo su adenitis.

*Cuarto caso.*—Forúnculo de base infiltrada del dorso de la muñeca izquierda con ligera linfangitis y cuatro días de existencia. Tratado tan sólo con dos inyecciones de 200 y 500 millones en días alternos y una de Terpichin, que fueron suficientes para la curación total. Hay que advertir que en este enfermo se abrió espontáneamente su forúnculo, dando lugar á la salida de gran cantidad de pus, por lo que el éxito no fué total de la vacuna.

*Quinto caso.*—Desde hace unos dos meses dolores plantares é interfalángicos de los pies, de tipo reumatoide y posiblemente de origen gonocócico por ser blenorragico antiguo con múltiples estados de latencia y reagudizaciones, la última en la fecha que le persiste en estado subagudo. Se ha tratado aparte de las curas locales con 12 inyecciones de vacuna gonocócica Thirf empezando por 10 millones y subiendo á 20, 50, 50, 100, 100, 150, 150, 200, 200, 300, 400 millones. El fracaso en lo que se refiere á efecto terapéutico ha sido total puesto que muy ligeramente se alivió de sus molestias. Respecto á la tolerancia considero de interés decir en detalle lo que con este enfermo sucedió.

Sus dos primeras inyecciones de vacuna han sido relativamente bien soportadas, habiéndole producido únicamente ligera cefalea.

Sus anteriores inyecciones que habían llegado á producir alguna reacción no le han aliviado lo mas mínimo sus molestias de tipo reumatoide.

En cuanto se pasa de la dosis de 100 millones le producen reacción febril no inferior á 38° y gran cefalalgia que le persiste unas veinticuatro horas. No obstante y con observación rigurosa se le seguirá subiendo la



dosis ya que se inicia una ligera mejoría en sus molestias.

Sigue el tratamiento de la uretritis.

La dosis última de 300 millones ha sido mal tolerada en sentido reacción, ha producido fiebre de 39° y gran cefalalgia y desquebrajamiento general.

Su última dosis de 400 millones ha sido claramente muy mal tolerada. Aquejó el enfermo á las dos horas de puesta intenso escalofrío seguido de fiebre de 39°, gran cefalalgia, mareo y pequeñas náuseas por lo que se suspende dicha medicación ya que además el alivio de sus lesiones dolorosas sigue siendo muy escaso.

*Sexto caso.*—Es una señorita con una blenorragia agudísima al mes de contraer matrimonio, acompañada de una artritis interfalángica del dedo medio de la mano derecha y otra con gran tumefacción de la articulación esternocostoclavicular izquierda. Esta es la enferma que yo en otras ocasiones dije en esta Sociedad, en la que me fracasó el salicilato sódico venoso á altas dosis, y en cambio, tuve excelentes resultados con inyecciones de leche, pero no dominó totalmente la situación la proteinoterapia, por lo que habiendo aparecido un punto fluctuante y rojo en la articulación todavía algo tumefacta esternocostoclavicular, la puse una serie de vacuna venosa empezando por 50 millones y subiendo de 50 en 50 llegué á 200 que toleró bien relativamente, pero con reacciones febriles de 38 á 39°, consiguiendo en cambio la curación total de la enferma.

Como se ve, pues, los resultados obtenidos visto en general ya que por sí solos no son suficientes para sacar conclusiones concretas, han sido excelentes; algo nos enseñan también respecto á dosis á emplear y tolerancia, por todo lo cual cumplo lo que me había propuesto al presentar esta pequeña comunicación, que era más bien para que no echemos á olvido asunto de tanta importancia como este y del cual tantos beneficios podemos esperar.

Junio de 1922.

## LAS ADQUISICIONES QUIRÚRGICAS DE LA GUERRA (1)

CONFERENCIA PRONUNCIADA

EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MADRID

POR EL

PROFESOR FORGUE

Profesor de Clínica Quirúrgica de la Universidad de Montpellier; miembro correspondiente de la Academia de Medicina de París.

(TRADUCCIÓN DE E. LUENGO)

Mejorías semejantes, después de la amputación en pleno shock, en contra de lo que supone la doctrina oficial, las hemos visto todos y hemos hecho la crítica inmediata á su comprobación. Estas observaciones son la prueba de la verdad de esta concepción del shock tóxico. Pero no hay que negar por eso, en modo alguno, sistemáticamente, exclusi-

(1) Véase el número anterior.

vamente, las demás variedades de shock. Frente á un enfermo que presente este *síndrome depresivo*, que caracteriza clínicamente al shock, queda siempre por resolver el problema de si se trata del verdadero *shock nervioso*, de tipo clásico, fenómeno de inhibición, para el cual la antigua prohibición operatoria, en tanto que persista la hipotensión algida, continúa siendo de valor, ó bien de un *colapso hemorrágico*, ó bien de un *shock toxihémico*, ó hasta de un *shock complejo*, por adición de estos diversos factores. Aplicar al shock una patogenia uniforme, es limitarse á una terapéutica constante, de medios médicos limitados, sin acción ninguna para ciertas variedades; disociarla, clínica y etiológicamente, es adaptar el tratamiento á la causa.

La *gangrena gaseosa* verdadera, como la *podredumbre de hospital*, nos parecían antes de la guerra, pertenecer á ese grupo de enfermedades desaparecidas, ó por lo menos muy raras, como desaparecen ciertas especies animales, el toro salvaje y el bisonte. Los combates de trincheras, con sus graves riesgos de contaminación telúrica, han venido, desgraciadamente, á revivirla y darla un triste —aunque temporal— remozamiento de actualidad. Igualmente, el *tétanos*, esa otra afección de origen telúrico, ha llegado á ser, en los primeros meses de la guerra, un flagelo que ha pesado más de lo que se cree sobre la mortalidad de nuestros heridos, y que, en ninguna guerra anterior, ni aun en la de Crimea, había alcanzado esta proporción de frecuencia y de gravedad. ¡Qué meses más sombríos de elevada letalidad, por la gangrena gaseosa y por el *tétanos*, hemos vivido en los comienzos de la guerra! Para el *tétanos*, la lucha ha sido rápida; ha bastado regularizar la inyección profiláctica de suero y organizar su producción intensiva, para ver descender rápidamente aquella mortalidad tetánica; pensad, en efecto, que en Septiembre de 1914 el *tétanos* atacaba al 16 por 1.000 de los heridos británicos, y que desde Noviembre, por disposición enérgica de lord Kitchener, la introducción de las inyecciones preventivas hacía bajar esta cifra hasta el 2 por 1.000. ¿Existen, en verdad, muchos ejemplos de profilaxia tan eficaz? Para la gangrena gaseosa, la lucha ha sido más lenta en su organización, de una acción menos brillante; la hemos reducido progresivamente por etapas, gracias á la operación precoz, á la escisión amplia de los músculos contusos, á los desbridamientos y finalmente á la seroterapia polivalente, auxiliar de la acción quirúrgica, la cual, desgraciadamente, casi no ha llegado a su completa perfección hasta el final de la guerra; pero permanece siendo una preciosa adquisición para la profilaxia, ya que en tiempo de paz pueden aparecer accidentes gangrenosos á consecuencia de heridas complicadas con infección por la tierra.

Una impulsión técnica incomparable, como no se registra en ninguna fase de la historia quirúrgica, en esa materia, y un progreso, conseguido también en los aparatos, es el que se ha producido en el *tratamiento de las fracturas*. ¡Qué transformación tan grande se ha verificado en este punto, sobre todo para las fracturas de la cadera, y por medio de qué creaciones tan ingeniosas, por qué trabajo de todos, por qué colaboraciones mecánicas! Nada era tan instructivo como visitar, hacia el fin de la guerra, un centro de fracturas, verdadero taller terapéutico, ó bien un sector de fracturados, en una ambulancia automóvil, y comparar aquellos heridos, perfectamente inmovilizados, confortablemente suspendidos, sin ningún sufrimiento, de bella apariencia, con los desgraciados que recibíamos, en las negras jornadas del final de 1914, fatigados por una larga evacuación, agravados por los rozamientos musculares consecuencia de las sacudidas del transporte, mal sostenido el miembro inferior por una gotera, ó en un vendaje escayolado, infectados y



supurantes, demacrados y con facies terrosas! Justo es reconocer que en esta materia los angloamericanos han sido nuestros iniciadores, sobre todo en lo que se refiere al método de la extensión continua combinada á la suspensión; pero ¡cuán ingeniosamente ha sido perfeccionado aquel conjunto de aparatos por nuestros jóvenes cirujanos de los servicios de fracturas y de qué tipos, mecánicamente irreprochables, disponíamos hacia el fin de la guerra!

La *cirugía maxilofacial* nos ha puesto frente á problemas nuevos, ó por lo menos frente á nuevas condiciones de su solución; ha sido preciso hacer nuestro aprendizaje y adaptar nuestra terapéutica á lesiones y á complicaciones que la Cirugía del tiempo de paz nunca nos había enseñado.

Dos cuestiones, sobre todo, se nos han presentado con una frecuencia ó bajo un aspecto clínico insólitos: *el trismus* y *las fracturas con pérdida de substancia del maxilar inferior*. Las hemos resuelto de una manera perfecta, gracias á la fecunda colaboración que se ha establecido entre cirujanos y estomatólogos. De acuerdo con los especialistas de prótesis dental, hemos hecho una labor nueva y útil, ya sea en la reducción de las desviaciones fragmentarias, ya sea en la inmovilización en posición rectificadora, ya sea en la reconstitución del maxilar por los injertos óseos, según el método de Delageniere. Y esto constituye un progreso definitivo, del que se beneficiará en el porvenir el tratamiento de las fracturas del maxilar, en otro tiempo limitado á un aparato sencillo.

Para las *heridas del abdomen*, la guerra nos ha traído los documentos necesarios para la afirmación de una doctrina intervencionista, sobre la cual estábamos ya teóricamente de acuerdo varios años antes de 1914: *la operación, tan precoz como sea posible, en condiciones apropiadas*; he aquí la conclusión firme, á la que hemos sido conducidos todos por la grave lección de los hechos. El mito de las curaciones por la abstención ha quedado arruinado para siempre; *el principio de la laparotomía, desde las primeras horas, sale de esta terrible prueba, dominante é incontestable*.

La *cirugía del pulmón* ha presentado, durante la guerra, una verdadera revolución; ciertamente, desde antes de 1914, el método, bien francés, de penetración amplia en el tórax, por la producción de un neumotórax total, había hecho ya sus pruebas; pero las intervenciones de guerra nos han familiarizado con el neumotórax; ellas han acabado de arruinar los aparatos alemanes, complicados y costosos, de hipopresión ó de hiperpresión pulmonar; ellas nos han enseñado á abordar el pulmón por toracotomía amplia, á coger profundamente el órgano en colapso, á exteriorizarle para tratar sus lesiones, á resear los bordes lobares contusos, á extraer primitivamente los cuerpos extraños, á detener la hemorragia por la ligadura y la sutura pulmonares; en una palabra, á aplicar á la herida del pulmón las reglas generales de la cirugía de las heridas de guerra.

La misma maduración de las cuestiones se ha cumplido para la *cirugía craneocerebral*, para el tratamiento de las *pseudoartrosis*, de los *aneurismas traumáticos*, de las *secciones nerviosas*; aquí la cirugía de guerra no ha sido tan totalmente iniciadora; nuestra instrucción estaba ya preparada sobre todos estos puntos, y nuestra técnica ha permanecido casi sin sufrir ningún cambio. Pero ¡qué diferencia entre la práctica restringida del tiempo de paz, ofreciendo sólo casos aislados esporádicos á los maestros de las más importantes clínicas, y esta epidemia de traumatismos, que ha sido una multiplicación inaudita de las indicaciones operatorias, y que nos ha hecho trabajar en series! En la hora presente cada uno de nosotros se da bien cuenta de la ganancia personal de esta formidable experiencia; ahora nosotros abor-

damos con una decisión radical, libre de los debates teóricos, motivada por los resultados, directa y militante, todos estos grandes problemas de cirugía de urgencia; y nuestro valor técnico se ha acrecentado tanto en ello, como nuestro radicalismo operatorio.

Lo que se ha transformado tanto como nuestra técnica es nuestro método de trabajo. Lo mismo que en la dura prueba del combate moderno los militares han aprendido la asociación de las diferentes armas, lo mismo hemos adquirido nosotros la costumbre de trabajar en común con el bacteriólogo, el radiógrafo, el químico, el anatomopatólogo. Hemos adquirido lo que nos faltaba, lo que los ingleses llaman «el espíritu de equipo», esta forma deportiva del esfuerzo asociado, esta concordancia de los trabajos, esta disciplina de grupo que multiplica el rendimiento de la acción individual. ¡Qué escuela de instrucción mutua y de concurso laborioso más provechosa constituyan aquellos automóviles, aquellas ambulancias modelos en donde la sinergia científica se fortificaba con la noble camaradería militar! Para todos aquellos jóvenes el objetivo era común: el bien del servicio y el máximo de asistencia al herido. En este aislamiento, casi monacal de la ambulancia, la intimidad era perfecta, el contacto laborioso en todos los instantes: el bacteriólogo dirigía la indicación operatoria; el radiógrafo era el ojo del operador; en las horas de reposo la conversación continuaba y completaba esta mutualidad cordial de enseñanza. ¡Quiera Dios, ó quieran simplemente los Poderes públicos, que encontremos de nuevo en la paz la equivalencia de nuestras instalaciones de guerra y que nuestros hospitales civiles se vean al fin equipados tan generosamente como lo han sido nuestras formaciones del frente! El espléndido aislamiento del operador ya no es posible: un servicio de cirugía sin un laboratorio, sin una instalación de radiología, no responde ya á las condiciones modernas y, para emplear una frase vigorosa del *argot parisien*, no está ya á la page.

En efecto, el público se compone actualmente de *peilus* que han pasado por las trincheras y muchos de ellos por las ambulancias; sabe con qué abundancia de medios ha sido tratado, y de qué maravillosas organizaciones ha sido testigo; compara la miseria de los pequeños hospitales con el lujo de las instalaciones quirúrgicas de guerra; compara y comienza á protestar. Además, que la guerra ha ejercido todavía, sobre el público, otra influencia favorable; le ha habituado al pensamiento y á la eficacia de la operación; mejor que todas nuestras propagandas, y por la lección directa de los resultados, ella ha suprimido el nefasto prejuicio contra la intervención necesaria; el combatiente ha venido, con tanta resignación confiado á la mesa de operaciones, «al billar», como él decía, que el acto quirúrgico no tiene ya para el vulgo aquel aspecto temible que contribuía á retardar la intervención. Y es cierto que hay en esto una transformación moral capaz de secundarnos en nuestra campaña en favor de la operación precoz para el cáncer, para la apendicitis, para las úlceras gástricas; verdaderamente, la guerra ha popularizado la Cirugía.

Así se cumple el axioma del viejo cirujano inglés, Samuel Cooper: «la guerra, decía, que es desfavorable á la mayor parte de las ciencias, contribuye al avance de la cirugía». Pero ¡ay!, ¡de qué holocaustos, de qué miserias es este avance el precio! Esta es, pues, la ley y la condición del progreso humano, que nace de esta cruel escuela de dolor y de sacrificio y hay que repetir con el poeta:

«Penseurs, reformateurs, porte-flambeaux, esprits  
Luteurs, vous atteindrez l'Idéal A quel prix?  
Au prix du sang, des fers, du deuil, des hecatombes,



La route du progrès, c'est le chemin des tombes». (1)

Ahora, sin que la paz del mundo esté todavía bien consolidada, hemos aquí alejados del tumulto de las armas. Muy pronto hará tres años que hemos entrado de nuevo en la práctica civil, si bien la guerra continúa llamando continuamente en nuestros espíritus, para la reparación de sus secuelas y los cuidados de nuestro millón de mutilados. Nuestras escuelas, nuestras sociedades científicas, han emprendido de nuevo su vida de antes de la guerra. *¿Cuáles son los problemas que, en la hora presente, solicitan nuestro interés y nuestro esfuerzo de investigación? ¿Cuál es la orientación de la cirugía del porvenir?*

Es incontestable que la cirugía visceral es la que ocupa el primer plano en este programa de actualidades. Y, entre todas las vísceras, se puede decir que es el estómago, desde el punto de vista quirúrgico, el órgano más á la moda. Nosotros casi hemos puesto al día la cirugía de la úlcera gástrica, gracias á la colaboración estrecha de los médicos, de los cirujanos, de los químicos y de los radiólogos; el diagnóstico y el tratamiento de la úlcera han hecho progresos decisivos. Un análisis más preciso de los síntomas y una interpretación crítica de las imágenes radioscópicas, han permitido individualizar tipos distintos (úlcera pilórica, úlcera duodenal, úlcera de la curvatura menor); la elección de la operación se determina, no según una fórmula, sino por el examen discutido de los elementos clínicos (localización de la úlcera, su estado evolutivo, el predominio de los síntomas ulcerativos ó mecánicos, las complicaciones por adherencias); y, una vez hecha esta elección, una técnica muy perfeccionada realiza su indicación. La gastroenterostomía, después de un reinado exclusivo, ha parecido sufrir un eclipse, con beneficio de las intervenciones directas por la escisión, la cauterización, la pilorectomía. Nosotros somos de los que pensamos que, bien ejecutada, debe conservar el primer lugar; con un minimum de riesgos y de mortalidad, ofrece casi una equivalencia de resultado terapéutico; y si se examinan de cerca las estadísticas, se ve que la práctica no se conforma siempre con el rigor de ciertas fórmulas y que algunos de aquellos de nuestros colegas extranjeros, que se colocan entre los pilorectomistas decididos, continúan, sin embargo, haciendo gastroenterostomías en la mayoría de los casos. En cuanto á la úlcera perforada, está adquirido que es operativamente curable, pero que esta curabilidad sólo tiene probabilidades por la operación precoz, antes de las doce horas. La cirugía del cáncer gástrico nos satisface menos; aquí estamos lejos todavía del resultado deseable, y no es por falta de la técnica, muy suficiente, sino por la frecuente inoperabilidad, ó por la gravedad habitual de los casos, en el momento en que se entregan al cirujano. Así como vemos en ciertas estadísticas elevarse al 70 por 100 el número de los cánceres del seno operados, del total de los casos observados, tenemos en cambio que pasar por la tristeza de hacer constar que para el cáncer gástrico, esta proporción no pasa del 5 por 100. ¿Qué perspectiva operatoria se nos ofrecería si, en el porvenir, la cifra de la operabilidad de los cánceres del estómago llegara á aproximarse al de los cánceres mamarios! Ahora bien, este resultado es función del diagnóstico más precoz y de operaciones más precozmente aceptadas por los médicos y por los enfermos; se trata de una reforma intelectual; no se trata, ni mucho menos, de una cuestión de técnica.

(1) «¡Pensadores, reformadores, porta-estandartes, espíritus Luchadores, vosotros alcanzaréis el Ideal! ¿A qué precio? Al precio de la sangre, de las cadenas, del luto, de las hecatombes, La ruta del progreso, es el camino de las tumbas...»

Por otro lado, en todas partes, en materia de cáncer nos hemos detenido en la misma brecha. Así lo he mostrado el año último, en el Congreso de Estrasburgo, en lo que toca al cáncer de la mama; he insistido sobre ello en Bruselas, en mi comunicación sobre el tratamiento operatorio del cáncer del útero; la misma demostración puede ser hecha para todos los cánceres; *la cuestión, desde el punto de vista quirúrgico, ha llegado actualmente á su punto muerto; operatoria-mente, ni podemos hacer más, ni hacerlo mejor.*

Para mejorar en el porvenir nuestros resultados lejanos, sólo tenemos dos medios: por una parte, asociar á la cirugía el arma nueva de las radiaciones, arma cuyo manejo definitivo desconocemos todavía, así como las condiciones, de su mejor rendimiento; por otra parte, acelerar la precocidad del diagnóstico y de la intervención. Debemos decir, debemos repetir á nuestros jóvenes médicos que tienen en sus manos el porvenir de la cirugía del cáncer; con ellos es con quienes contamos sobre todo para la reforma del diagnóstico acelerado. Además hay que emprender una educación popular, para esta lucha contra el cáncer; sin duda, es necesario evitar el crear en la opinión pública una alarma excesiva; pero no dudemos en turbar la falsa seguridad de la ignorancia, en combatir á los prejuicios, las medicaciones interesadas, las vacilaciones mortales que se levantan, como un muro de rutinas, entre el canceroso y su operador! Basta, en España lo mismo que en Francia, para que la opinión y la acción pública nos sigan, decir, con mesura, la verdad: «Es preciso, ha dicho Anatole France, hablar de las grandes cosas del hombre y de la vida con una entera sinceridad; con esta condición solamente, se tiene el derecho de hablar en público».

Visitemos á los clínicos que yo llamaría «de vanguardia»; como en un puesto de escuchas, en la primera línea, entendamos, en nuestras sociedades científicas, nuestros cirujanos de ataque, los que marchan á la cabeza: *¿cuáles son las cuestiones de la obra presente, y en qué estado se encuentran?*

He aquí algunas. Las *secuelas de guerra* han contribuído á multiplicar algunas de estas cuestiones, como ocasiones operatorias, como por ejemplo, la *hernia diafragmática*, que en cirugía de paz era una rareza y que ha llegado á ser objeto de una interesante cirugía; ¿pasaremos por el tórax, ó por la vía combinada tóracoabdominal? Con algunos de mis colegas, yo me he limitado á tomar la ruta transpleural y la he encontrado suficiente. Los *aneurismas arterio-venosos*, que ha multiplicado la bala blindada de pequeño calibre; al paso que los viejos maestros de la cirugía del ejército no los habían observado, yo he tratado una treintena de ellos por la extirpación con cuádruple ligadura. Las *pseudo-artrosis*, de las que he operado 140 casos, que nos han familiarizado con la prótesis ósea y nos han presentado la ocasión de estudiar el destino del injerto óseo y de volver á tomar la cuestión de la osteogénesis. Todo esto, es la liquidación de la guerra, la cirugía retardada, que prolonga, en el tiempo de paz, el santo deber de asistencia á nuestros grandes heridos.

Después entramos en la labor ordinaria de la cirugía civil. La *pancreatitis hemorrágica* continúa presentándose, á pesar de su rareza, como un problema apasionante por la obscuridad habitual de su diagnóstico, por las condiciones de su tratamiento de urgencia, en donde la gravedad opresora del estado general nos fuerza á menudo á contentarnos con vaciar y drenar la bolsa hemorrágica, y por la necesidad, puesta de relieve en debates recientes, de explorar las vías biliares y de obrar secundariamente sobre ellas.

La *hipofisectomía* nos ha dado la ocasión de estudiar el valor compuesto de las vías de acceso á la glándula pituitaria y de concluir, con buen número de razones, en favor de la rinotomía lateral, con vaciamiento de la fosa nasal corres-



pondiente. La cirugía de los tumores de la médula y de sus cubiertas, la de los tumores del cráneo, ha hecho algunos progresos que se refieren, por una parte, al mejoramiento de la técnica y del instrumental, pero que dependen sobre todo de la estrecha colaboración entre el neurólogo y el cirujano, colaboración cuya regla bienhechora ha sido consagrada por la guerra. Contrariamente á los americanos, la *trepanación subtemporal en las fracturas cerradas de la base del cráneo*, no nos ha entusiasmado en general: persistimos en creer, en la mayoría de los casos, en la superioridad más sencilla de la punción lumbar.

La extirpación ab dominoperineal de los cánceres del recto, de localización alta, goza cada vez de más favor: su técnica, bien francesa, se ha perfeccionado mucho, su pronóstico operatorio ha mejorado, sus resultados estables han progresado; esto no impide que para las localizaciones ampulares, en los obesos, en los cancerosos con mal estado general, la vieja amputación perineal, que una serie de progresos técnicos debidos á los franceses han llevado á un grado sin igual de precisión y de seguridad, conserva todavía todo su valor. La supresión total del drenaje, en el tratamiento de las apendicitis en caliente, ha encontrado en la actualidad partidarios extremistas; menos radicales, nosotros la subordinamos á la gravedad de las lesiones. Es una reserva de buen sentido; desconfiemos de las fórmulas absolutas. La complejidad de las cuestiones clínicas excluye la simplicidad uniforme de las reglas. En cirugía, como en política, existen fórmulas que son exactas en principio; pero puestas en circulación y sometidas á designales condiciones de competencia y de medio, se hacen peligrosas para su aplicación general; el mejor ejemplo de ello lo proporciona la regla, sencilla y excesiva, de la intervención sistemática, para toda forma y en cualquier hora de la apendicitis en crisis; según las condiciones clínicas y técnicas, puede ser una salvación ó un desastre.

En verdad, el rasgo dominante que caracteriza la era moderna de nuestro arte es una colaboración, cada día más estrecha, entre el médico y el cirujano. Es sobre todo en los casos de urgencia en los que la intervención sólo tiene valor por su ejecución inmediata, donde esta acción combinada toma su mayor carácter de necesidad y de responsabilidad común. Desde el comienzo de una apendicitis, de una oclusión intestinal, de una perforación gástrica, debe llamarse al cirujano: mejor que el médico, él es el dueño de la hora y el responsable de la decisión. Tanto más, cuanto que su doble consejo se necesita con frecuencia por la obscuridad de este diagnóstico; se ha pensado en una peritonitis apendicular, en una perforación gástrica, en una oclusión intestinal, y en el curso de la intervención se ha reconocido la pancreatitis hemorrágica por las manchas de esteatonecrosis; ó bien se ha creído que se trataba de una apendicitis y el cirujano descubre un quiste del ovario con torsión del pedículo; ó bien, á la inversa, el médico revisa un diagnóstico quirúrgico erróneo y descubre una insuficiencia suprarrenal aguda. Repitámoslo: de este diagnóstico precoz depende la vida del paciente; y no son demasiado dos para hacerlo. Bouchard lo ha dicho con precisión: «Cuando todas las enfermedades tienden á hacerse quirúrgicas, será bueno que el médico se haga un poco cirujano.» Nosotros hemos tenido en Francia hombres excepcionales, médicos con temperamento quirúrgico; es un médico, hombre de acción y de iniciativa, Recamier, el primero que practica en Francia, en 1829, la histerectomía vaginal; es un médico, el gran Trousseau, el iniciador de la toracentesis y de la traqueotomía en el crup. A falta de esta doble competencia, es preciso que el médico conozca todos los recursos de la cirugía visceral, que

aprecie exactamente sus servicios, que no juzgue á la Cirugía por los fracasos, de los cuales son responsables sus propias temporizaciones, y que sepa recurrir á ella en el momento oportuno, en la hora quirúrgica, la hora que huye rápidamente y no vuelve más. ¡Cuántos enfermos, que la Cirugía hubiera salvado, han muerto por dilaciones, por recurrir á medicaciones homicidas, como los purgantes, ó hasta el ofensivo lavatorio eléctrico en las apendicitis con síntomas de oclusión, como las sanguijuelas detrás de la oreja en los casos de mastoiditis, como la morfina, que enmascara el dolor y apaga el grito de alarma de los órganos! El médico que grita á tiempo avisando el peligro y llama en socorro á la Cirugía, tiene tanto mérito en la curación como el mismo operador: *el acto intelectual del diagnóstico es tan difícil, tan digno de gratitud, como el acto manual de la intervención.*

No es, ni mucho menos, solamente en estos casos de peligro agobiante, donde se muestra la colaboración médico-quirúrgica. Nuestras dos prácticas se penetran por múltiples puntos. Antes de toda intervención visceral, el cirujano tiene cuidado ante todo, de conocer todos los datos médicos apropiados para fijarle la realidad de la indicación operatoria, la operabilidad del caso, el pronóstico del porvenir. En nuestros heridos, en nuestros operados, debemos descubrir los trastornos generales, la diabetes, la albuminuria y modificar el terreno por la terapéutica médica apropiada. Después de ciertas intervenciones sobre el abdomen, la curación no se obtiene más que al precio de una asistencia médica continua; poco importa que la operación haya sido realizada con la maestría más perfecta; fracasará si faltan estos cuidados médicos.

Y es que, en efecto, la cirugía no se resume en la parte técnica de nuestro arte y en su parte de ejecución. Los jóvenes operadores se inclinan con gusto hacia este error; el ojo queda seducido por el aspecto artista del trabajo quirúrgico, por sus gestos de precisión, sobre todo por su prontitud, que no es con frecuencia más que un «bluff», una fanfarronada y, á veces, es un peligro; el espíritu queda sugestionado por nuestros libros técnicos, con sus dibujos claros, demasiado claros, diría yo, que vulgarizan la operación y la simplifican más de lo que sucede en la realidad y determinan las dificultades de los casos patológicos.

Reynier traza de este estado de espíritu de ciertos internos de París, un dibujo muy curioso: «El interno que se destina á la cirugía se creería deshonrado si auscultara, si leyera lo que fuera cuestión médica y continuase en estar al corriente de lo que pasa fuera de su especialidad».

Sedillot tenía la costumbre de repetir á sus discípulos de Estrasburgo, que en cirugía el éxito es de los más cuidadosos, no de los más brillantes; por el escrúpulo en el diagnóstico; por la conciencia de las indicaciones operatorias, por el cuidado atento de los enfermos, tanto como por el valor técnico de su arte, es como el cirujano afirma su superioridad, como conquista y sabe conservar una clientela. Ahora bien; en esta parte de su profesión, obra más como médico que como cirujano. Bouchard ha hecho sobre ello la interesante declaración: «El verdadero médico, en el día de mañana, lo será el cirujano».

Existe una zona fronteriza, cada día mayor, donde se encuentran médicos y cirujanos. ¡Cuántos enfermos que vienen del cirujano, tienen un aspecto médico!

Tal enfermo es asistido de trastornos gástricos rebeldes hasta el día en que consulta con un cirujano que le incide una estrechez uretral, causa de esta falsa dispepsia urinaria; tal otro, es enviado á Vichy como afecto de atonía gástrica, cuando tiene en realidad una apendicitis crónica, ó la vesí-



cula llena de cálculos, ó hasta un absceso latente del hígado; éste tiene un cáncer del intestino grueso, con heces poco sangrantes y estratado como disenterico; aquellos son febricitantes que sólo curan cuando se desembaraza su vesícula biliar de sus cálculos ó cuando se establece el libre curso de sus orinas; otro se trata por vagos dolores reumáticos, cuando un cirujano inmovilice en un corsé por una tuberculosis de la columna vertebral; tal niño que presenta fiebre y un grave estado general es considerado como en el comienzo de una tifoidea y se le administra una medicación infructuosa, hasta el día en que un dolor fijo al nivel de un punto óseo hace pensar en un foco de osteomielitis y en el que el cirujano detiene todos aquellos síntomas trepanando el hueso. Por el contrario, existen enfermedades médicas de aspecto quirúrgico; tales son, por ejemplo, esos forúnculos y ántrax que deben hacernos descubrir una diabetes; tales son esas lesiones articulares, ó esos falsos síntomas urinarios que se observan en los atáxicos; tales son las «falsas apendicitis», cuyo punto doloroso, en el lugar clásico, es sintomático de una pleuresía.

Por lo tanto, la distribución de las enfermedades entre la medicina y la cirugía, tal como se la concebía en otro tiempo, ha sufrido una profunda modificación. Actualmente es la cirugía la que ha ensanchado su dominio terapéutico, invadiendo el terreno médico.

Pero, *¿quién puede prever lo que se producirá mañana?* Sobre algunos puntos, ya los cirujanos han retrocedido y batido en retirada; nosotros ya no continuamos trepanando á los idiotas y á los microcéfalos, ni á los epilépticos esenciales, á los cuales basta el bromuro; dejamos tranquilo al gran simpático en el bocio exoftálmico; tenemos menos confianza en la operación de Talma para la ascitis y en la laparotomía para la peritonitis tuberculosa; no castramos ya los ovarios de las mujeres á las cuales conviene la hidroterapia y la medicación nerviosa; ya no cortamos los canales deferentes á los prostáticos.

Es una cosa innegable; atravesamos actualmente una fase de regresión en cirugía operatoria. Se distingue por una parte, por el valor profiláctico de ciertas intervenciones sencillas, hechas en el momento oportuno y que suprimen la indicación de operaciones más graves; ejemplo, la quelotomía precoz, que hace inútil todo el capítulo operatorio de la resección intestinal y de la enterorrafia circular para la gangrena herniaria; la pleurotomía, hecha en el momento propicio y según las buenas reglas, que quita á la operación de Estlander sus indicaciones; la mejor instrucción obstétrica de nuestros jóvenes doctores que pone fin á las fístulas vesicovaginales de los partos mal asistidos. En ciertos casos, este retroceso está determinado por la comprobación de la inanidad práctica de ciertas exageraciones operatorias; por ejemplo, la inutilidad de la extirpación de los ganglios para-aórticos en el cáncer del testículo, de las escisiones corticales del cerebro en la epilepsia, de la ablación de los ganglios ilíacos en la operación de Wertheim.

Por otra parte, poseemos fuerzas medicatrices nuevas que vienen á limitar nuestro dominio operatorio: *las radiaciones, las vacunas*. En materia de cáncer uterino, de fibromas, nos encontramos con que tenemos que preguntarnos si no vamos a abandonar el bisturí para dejar el sitio á los radiólogos y á la Curioterapia, ¡y esto, en el momento mismo en que habíamos conseguido llevar la técnica de la histerec-tomía á un punto de perfección que podíamos considerarle casi definitivo! Del mismo modo, la vacunoterapia aplicada al tratamiento de las infecciones quirúrgicas, ¿va á reducir la acción quirúrgica? ¿En qué indicaciones? ¿Con qué resultados? Para los de mi generación, que hemos participado en

esta obra de construcción técnica, que tenemos el orgullo de su precisión lentamente establecida, ¡es una hora grave la de asistir á esta etapa crítica de reducción de nuestro campo de operación! ¡Ah! ¡Ciertamente, si el radio, si la radioterapia profunda, nos hacen con seguridad dueños del cáncer, abandonaremos las armas con una profunda y sincera alegría, del mismo modo que hemos visto, sintiéndonos dichosos, que el suero de Behring y de Roux ponía casi fin á la traqueotomía por crup! Pero no nos encontramos todavía en este grado de seguridad: vivimos precisamente un momento penoso en el que los resultados de la radioterapia están bastante difundidos en el público para separarla ya de la decisión operatoria y donde, sin embargo, no están lo bastante sólidamente establecidos para garantizar por ellos solos el porvenir de nuestros cancerosos. Igualmente, para la vacunoterapia, existe todavía buen número de puntos oscuros que elucidar; en las formas hipersépticas, donde predominan los fenómenos generales, la operación conserva su preeminencia; el método de vacunación encuentra, sobre todo, su aplicación en las formas en que predominan los fenómenos locales.

Por otra parte, si en ciertas cuestiones iniciamos un «movimiento de retirada», una fase retrógrada, en otras, avanzamos nuestra acción operatoria; tal sucede, por ejemplo, con la cirugía del estómago, que da en la actualidad un salto hacia adelante; tal sucede, quizá, con la cirugía del pulmón, que yo creo capaz de un gran progreso; tal, con el tratamiento quirúrgico de ciertos éstasis intestinales. Aquí y allí tienen lugar algunos ensayos, que no son igualmente afortunados; como la operación de Steinach, para el rejuvenecimiento por el despertar de la glándula intersticial, bajo la acción de la sección de los canales deferentes. En verdad, ¡es una empresa tan vana la de querer rejuvenecer á los bellos viejos, como la de borrar operatoriamente las arrugas de las viejas coquetas! A pesar de todo, nuestro dominio quirúrgico no sufre un estrechamiento concéntrico, á imagen de la famosa piel del pesar de Balzac; es, más exactamente, un campo continuamente recompuesto, en el que los límites retroceden aquí y avanzan en otra parte, de tal modo, que nunca se encuentra una forma inmutable; porque nunca se detiene el espíritu científico; la transformación de nuestro arte continúa, y, so pena de una rápida caducidad, debemos seguir esta evolución incesante.

La tarea no nos falta. Si, en el porvenir, la obra técnica operatoria llega á estar casi terminada, queda á nuestros futuros cirujanos, en la anatomía patológica, en la bacteriología, un campo de trabajo ilimitado, en el que puede afirmarse su personalidad. El problema del cáncer, antes que ningún otro, se levanta delante de sus investigaciones con este objetivo; alcanzar especialmente, electivamente, á la célula cancerosa; sea por la inmunización, sea por los sueros citotóxicos, sea por la quimioterapia. ¡Dichosos los jóvenes, porque ellos verán grandes cosas! Dirijamos nuestra juventud hacia el laboratorio, hacia el análisis experimental de los casos; digámosla, repitémosla, que la experiencia es la única fuente de verdad. ¡Invitémosla á meditar esas reglas de la investigación científica, por las cuales vuestro gran Ramón y Cajal se iguala á nuestro Claudio Bernard! Actualmente, el momento es duro é incierto. Razón demás para trabajar en la esperanza de un mañana más favorable: «La fe en el progreso, ha dicho Renan, es el gran consuelo de los que trabajan.» Elevemos nuestras miras por cima de los intereses estrechos, hacia el «cielo sin frontera» de la Ciencia, del cual nos hablaba ayer vuestro ilustre presidente el profesor Cortezo; en esta hora, en la que, por la prensa, los congresos y los libros, se multiplican los lazos que unen á los hombres, hagamos, por enci-



ma de las fronteras, una llamada á los trabajadores de buena fe y de buena voluntad, que se esfuerzan en mitigar la humana miseria; actualmente, para llegar hasta e fin, para evitar las pérdidas de tiempo y de resultados, debemos crear la organización internacional de la investigación científica, de manera que nuestros laboratorios hagan intercambio recíproco de las experiencias hechas, fijen los puntos adquiridos y propongan los nuevos programas.

Francia no conoce otra ambición que la de consagrarse á las obras fecundas de la paz. Nosotros estamos seguros de que vuestro noble y glorioso país, que afirma tan fuertemente su personalidad espiritual, como lo ha dicho Cajal, cuya fuerte cultura apreciamos, así como el florecimiento de las letras y de las artes, el desarrollo admirable sobre todos los campos del trabajo humano, comparte estas miras elevadas y serenas. Permitidme deciros que la Universidad de Montpellier, más que ninguna otra, sigue con fervor este laudable esfuerzo de fraternidad intelectual. ¿No existen lazos seculares entre España y nuestra ciudad sabia? ¿Podemos olvidar nosotros que la influencia de España, tan poderosa ya bajo la dinastía de los Guilhem, se ha instalado entre nosotros con los reyes de Aragón, y que Montpellier fué, durante más de dos siglos, una ciudad común á España? El parentesco de nuestras historias, la comunidad de los intérpretes, la afinidad de las razas, las cualidades del espíritu latino que son, el orden, la claridad, la mesura, han establecido entre Francia y España lazos espirituales, que por el trabajo en común, la inteligencia cordial y el frecuente trato recíproco, están llamadas á completarse y á solidarizarse.

### Farmacología de las preparaciones galénicas activas de origen vegetal. (1)

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.

Determinar de modo taxativo y fijar en preceptos obligatorios estas condiciones, en cada caso, es el fin primordial de las farmacopeas ó Códigos de medicamentos, razón por la cual se considera que estos libros son la expresión fiel y concreta del grado de cultura y perfeccionamiento de la ciencia de curar, del país respectivo, en el momento de su aparición, lo que implica que las prescripciones y reglas consignadas en el vigente, en cada época histórica, son mudables por naturaleza, admitiéndose universalmente por eso el principio de que los Códigos farmacéuticos son reformables y progresivos, y así, aunque su objeto y fin no pueden cambiar, los detalles, su contenido y el espíritu que los informa se modifican sin cesar en un libro cuyos elementos constitutivos proceden de las ciencias experimentales. (Codex de 1866.)

Preparar esta reforma y prevenirla es, según afirmaba mi inolvidable maestro y querido amigo el Dr. Sádaba, de la competencia exclusiva de la ciencia práctica, cuya principal misión es aplicar al arte farmacéutico los principios estatuidos por la ciencia teórica, aquilatando el valor positivo de los descubrimientos, mediante experiencias repetidas, subordinadas al fin de deducir reglas y preceptos de ineludible observancia en la obtención, preparación y dispensación de los medicamentos, contrastando dificultades y observando fenómenos para establecer nuevos métodos ó modificar los vigentes, de modo que, sin contradecir los principios fundamentales de la ciencia, se logren la armonía

(1) Véase el número anterior.

y el equilibrio entre el ideal y los hechos reales, siempre múltiples y variables.

Por eso estimo de verdadera importancia las modestas investigaciones y estudios de carácter práctico, que, si es verdad que no resuelven, ni lo intentan, problemas de alta especulación científica, suministran, sin embargo, valiosos elementos de juicio sobre puntos no bien determinados, aportan detalles y pormenores operatorios de escasa ó nula influencia, al parecer, para el resultado final, pero que, en conjunto, contribuyen á dar caracteres de perfectibilidad al producto del trabajo, encarnado, en forma sensible y corpórea, en medicamentos de actividad suficiente para determinar los efectos terapéuticos y fisiológicos que se desea producir.

Y hechas estas consideraciones, que, perdón por la vanidad, supongo no os parecerán inoportunas, voy á ocuparme, aunque sea de un modo general y brevemente, del aprovechamiento de las plantas medicinales, por estimar que quedaría incompleto el plan que me he trazado si, antes de exponer lo concerniente á la obtención y valoración de las preparaciones modernas de origen vegetal, no dijese algo de las primeras materias base de dichos medicamentos.

#### IV

Condición primordial inexcusable en la elaboración de preparados activos de origen vegetal, es el empleo de especies naturales de irreprochable calidad.

Los antiguos farmacéuticos, tan aficionados como fueron, en general, á la botánica y tan cuidadosos de todos los detalles del ejercicio profesional, solían recolectar por sí mismos, con el mayor esmero, los vegetales que estaban á su alcance, y estas plantas, recogidas en el momento oportuno, desecadas en buenas condiciones y conservadas con todas las reglas del arte, resultaban unos productos excelentes, de los que se podía disponer en todo momento, para la obtención de los medicamentos complejos.

Después, la mercantilización exagerada de la profesión y la competencia, más aguda é intensa cada día entre los que ejercen en su sentido genuino y tradicional, obligaron al farmacéutico á permanecer más tiempo en la oficina, haciéndole perder, poco á poco, sus hábitos de herborizador; y finalmente la invasión de los productos químico orgánicos, naturales los menos y de síntesis los más, que amenazaban anular la farmacia clásica, hicieron que se cuidara menos cada vez la recolección de plantas medicinales, y, por ende, la desecación y conservación de las mismas.

Resultó así que la manipulación de las materias vegetales, en su primera fase, tan importante y de influencia tan decisiva en la calidad de los futuros preparados, pasó á manos de gentes inexpertas, más atentas, como es natural, al lucro de lo que para ellas era sólo un negocio, que á satisfacer los intereses de la ciencia; y de aquí el poco ó ningún cuidado puesto en la recolección de las plantas, no sólo en cuanto al modo, época y sitio de hacerla, sino también en lo concerniente á la elección de las verdaderas especies oficiales, lo que da lugar á frecuentes adulteraciones y sofisticaciones, ya que el comercio, en general, no suele distinguirse por su escrupulosidad, derivándose de ello serias dificultades para obtener las especies vegetales necesarias para los preparados galénicos en las condiciones exigidas por la buena práctica ó requeridas por los Códigos.

Durante mucho tiempo se creyó que al desecar las plantas para conservarlas, no se producían más cambios que el físico de evaporarse el agua de vegetación; pero múltiples investigaciones emprendidas desde hace varios años por diferentes farmacólogos, entre los que descuellan por sus tra-



bajos especiales Perrot, Goris y, sobre todo, el eminente profesor de Farmacia galénica de París, M. Bourquelot, recientemente fallecido, demuestran que la composición química de los vegetales frescos experimenta variaciones más ó menos importantes durante la desecación; pues en cuanto las plantas mueren, sus jugos no tardan en mezclarse, y algunos de los principios inmediatos que contienen disueltos son, según su naturaleza, oxidados ó hidrolizados por los fermentos solubles, oxidasas, hidrolasas, etc., propios de la planta. Así, los polisacáridos, como el azúcar de caña, y los glucósidos, como la amigdalina, son hidrolizados: diferentes alcaloides, y de una manera especial los compuestos de función fenólica, son oxidados, produciéndose muchas veces compuestos coloreados é insolubles, acentuándose tanto más dichos fenómenos en las plantas en vías de desecación cuando ésta es más lenta, porque una vez terminada la eliminación del agua, queda suspendida toda reacción fermentativa.

El ya citado Bourquelot ha hecho diversos estudios experimentales con el fin de determinar los cambios de composición química que pueden experimentar las plantas durante su desecación, practicando los ensayos, en cada caso, sobre dos muestras de la misma planta, una de la fresca, muerta por proyección en alcohol hirviendo, y otra de la desecada al aire ó en la estufa á 30°-50°, y tratada después de la misma manera; dosificando luego en las tinturas resultantes la cantidad del alcaloide ó principio activo por los procedimientos generales, cuando esto era posible, y cuando no por el método bioquímico, basado en el empleo de los fermentos solubles, utilizado por el autor para la de los glucósidos especiales existentes en algunas plantas, á los que deben éstas su acción terapéutica. Los resultados obtenidos demuestran que, en gran número de casos, la proporción de los principios activos ha disminuido durante la desecación en cantidades variables entre 35 y 10 por 100, habiendo, sin embargo, algunos en que apenas se notó diferencia.

Todos estos hechos son de gran transcendencia en farmacología: actualmente las preparaciones farmacéuticas de origen vegetal, aparte las escorbúticas y los alcoholaturos, estos últimos apenas usados ya, se elaboran todas con plantas ó partes de plantas secas, y produciéndose en la desecación las profundas modificaciones que hemos visto, claro es que los medicamentos obtenidos con ellas no representan exactamente las plantas frescas, ni en su composición integral, ni, por consiguiente, en su acción terapéutica, según demuestran las observaciones clínicas hechas con la digital, las solanáceas midriáticas y la nuez de kola.

Así, modernamente, y como consecuencia de conocimiento de las causas determinantes de la variabilidad y alteraciones de las plantas durante su vida *post mortem*, se ha recomendado la esterilización de las mismas en estado fresco.

Mr. Bourquelot fué el primero que propuso, para privar á los vegetales de sus oxidasas, proyectarlos en alcohol hirviendo; pero este procedimiento exige el empleo de una gran cantidad de alcohol para evitar que el agua de vegetación rebaje demasiado el grado alcohólico del vehículo, y, por otra parte, no permite obtener más que un alcoholaturo, pero no la planta misma esterilizada para conservarla y utilizarla ulteriormente en la obtención de sus preparados.

El procedimiento Goris-Arnould, consistente en esterilizar las plantas ó sus partes por el vapor de agua sobrecalentado, representa un progreso sobre el anterior, pero no es aplicable á todos los casos, porque la elevada temperatura que exige es suficiente, desde luego, para producir trastornos perjudiciales en la constitución íntima de las materias que

se trata de esterilizar, pues la mayor parte de los complejos existentes en ellas se desdoblarían por la hidrólisis provocada conjuntamente por el agua y la temperatura, que, como se sabe, bastan á descomponer los ésteres y otros compuestos orgánicos.

A los anteriores es preferible el nuevo método de esterilización y estabilización de Perrot y Goris, que reemplaza el vapor de agua por los de alcohol, acetona ó cloroformo, es decir, un cuerpo cuyo punto de ebullición es inferior á 100°, con lo cual se evita la acción nociva de una temperatura elevada, teniendo además la ventaja de que bastan pequeñas cantidades de líquido para conseguir esterilizar las plantas; y como éstas no sufren alteración alguna, al decir de los autores del método, basta desecarlas después con precaución para poder conservarlas tan activas como en estado fresco, disponiendo así en todo momento de una primera materia irreprochable para obtener, ya sean sus principios activos, ya sus preparaciones medicinales.

Este procedimiento ha sido estudiado experimentalmente por diversos autores, entre ellos Van der Wielm, Loster, Herissey, etc., que han propuesto diferentes modificaciones, tanto en lo relativo al manual operatorio como á los aparatos empleados en las manipulaciones, no entrando á describir unas y otros por no considerar oportuno el momento para hacerlo, ni alargar demasiado este trabajo.

Pero sí he de manifestar que, reconociendo las ventajas del método, preconizadas por los que de estas materias se ocupan, creo que su utilidad reside principalmente en su aplicación al beneficio industrial de las plantas medicinales en los grandes laboratorios, donde se manipulan cantidades enormes que no resistirían sin descomponerse el tiempo necesario para empezar á trabajar con ellas, ó en donde se han de conservar para utilizarlas, según las necesidades de la industria químico-farmacéutica; en cambio, en la genuina y clásica práctica profesional acaso sean discutibles sus ventajas sobre la desecación de los vegetales bien conducida y cuidadosa: ésta permite siempre conseguir productos que, aun habiendo quizás perdido parte de los principios que contienen en estado fresco, son todavía bastante ricos en materias activas útiles, sobre todo en el volumen reducido del vegetal seco, para obtener preparados que respondan cumplidamente á los efectos terapéuticos que se atribuyen á las plantas empleadas. Además, hay que tener en cuenta que el tratamiento en caliente por el vapor del alcohol, no sólo destruye los fermentos, sino que coagula las materias albuminoideas y altera las colorantes y coloidales; y ¿quién es capaz de afirmar que estas sustancias carecen de actividad terapéutica ó, al menos, que no contribuyen de algún modo á la acción farmacodinámica del complejo obtenido por su probable papel de sinérgicas de los principios activos?

Es regla que apenas tiene excepciones la de que los glucósidos van acompañados en las plantas que los contienen de enzimas capaces de hidrolizarlos, y quién sabe si, á veces, estos glucósidos no deben ser hidrolizados para que ejerzan su acción fisioterapéutica; acaso resida en esto la explicación del hecho, comprobado clínicamente, de que las maceraciones acuosas de ciertas hojas son más activas que sus infusiones ó tienen propiedades distintas, como ocurre, por ejemplo, con los folículos de sen, cuyo macerato preparado en frío, durante doce ó catorce horas, es más regular y suave en su acción, que el infuso á la misma dosis.

Y Chodat, tratando de las preparaciones galénicas hechas con plantas esterilizadas, expresa su opinión, que me parece muy acertada, en los siguientes términos:

«Se conoce el valor de la leche sin hervir (en la que se conserva la peroxidasa), el de la levadura, en que, por una



desección apropiada, se ha mantenido la gama de los fermentos solubles (maltasa, invertina, zimasa, emulsina, endo-triptasa, etc.), y, por otra parte, la acción nociva, con el tiempo, del empleo de conservas alimenticias esterilizadas y privadas de sustancias-fermentos, catalizadores necesarios para la vida.

¿No ocurrirá lo mismo con las preparaciones farmacéuticas?»

De todos modos, industrializada como lo está hoy la recolección de plantas medicinales por personas ó entidades dedicadas á ella especialmente, bien sea aprovechando las espontáneas ó bien las procedentes del cultivo, para subvenir á las necesidades de la práctica diaria, no cabe duda que reportará grandes ventajas la estabilización de aquéllas inmediatamente de recogidas, pues de esa manera el farmacéutico podrá disponer siempre de materiales idóneos, preferibles, desde luego, por su actividad, para la elaboración de los preparados oficinales, á los constituidos por plantas desecadas sin la vigilancia y el esmero necesarios, los cuales, indudablemente, habrán sufrido en su composición inmediata cambios más profundos que los que puede determinar la estabilización, aun contando con los inconvenientes de ésta, antes consignados.

### V

He pronunciado la palabra cultivo y no resisto la tentación de decir algunas sobre la conveniencia y posibilidad de emprender el de plantas medicinales en España.

Los que ejercemos la profesión sabemos por propia experiencia cuántas dificultades hay que vencer, en ocasiones, para proveernos de las plantas necesarias en las operaciones de laboratorio, la escasez de ellas en el mercado y la falta absoluta, á menudo, de ciertas especies. Esta carencia de primeras materias vegetales se ha agudizado en los últimos años, lo mismo en nuestro país que en el extranjero, por haber aumentado extraordinariamente el consumo de las destinadas á la extracción de sus principios activos, en tanto que ha disminuído la cantidad de las recolectadas, no sólo por falta de brazos, sino también porque á consecuencia de la ocupación y roturación de terrenos, impuesta por la catástrofe mundial pasada y sus salpicaduras, han desaparecido muchas especies espontáneas, y las que quedan se encuentran diseminadas y poco abundantes, siendo á todas luces insuficientes para satisfacer las necesidades de la práctica corriente y de la industria química.

Dicha falta de plantas medicinales ha preocupado y preocupa mucho actualmente á los farmacólogos extranjeros de Europa y Norteamérica, y los ha inducido á proclamar la necesidad de aumentar el rendimiento por la recolección más intensiva de las silvestres y sobre todo por el cultivo de algunas especies, habiéndose emprendido estudios sobre este punto y trazado planes de trabajos de experimentación, según se ve en las revistas técnicas de diversos países.

Y es tal el interés y la atención con que en algunos Estados se miran estas cuestiones, de escasa importancia aparente pero de positiva influencia en el progreso y prosperidad del país, que sus Gobiernos se han creído obligados á tomar cartas en el asunto; y así vemos que, en Italia, el Ministerio de Agricultura y Comercio ha instituído un *Comité científico para la recolección y cultivo de plantas medicinales en Italia y sus colonias*, el cual ha publicado ya algunas instrucciones prácticas para varias especies susceptibles de ser cultivadas; que en Inglaterra, la Administración de Agricultura ha editado también un folleto indicando cómo se deben cultivar, recoger y secar las plantas medicinales; en los Estados Unidos de Norteamérica funciona la oficina de plantas

industriales (*Bureau of Plant Industry*); y en Austria, existe una estación central, organizada por Mittlacher, que provee de plantas y semillas seleccionadas á los cultivadores reunidos para seguir las conferencias prácticas dadas periódicamente.

En Rusia se hacen ensayos de cultivo del *Hidrastris Canadensis* y de otras plantas; en los Estados Unidos acontece lo propio; y, en Francia, Paumayrol, Traiz, Boulanger, etc., fabricantes, bajo los auspicios del Sindicato de la Droguería francesa, intentan interesar á los campesinos y labriegos en la recolección y cultivo de plantas medicinales, de las que ya antes de la guerra se cultivaban multitud de especies destinadas á la obtención de esencias y otros productos.

Durante mucho tiempo se admitió como principio incontrovertible que el cultivo disminuye el valor de las plantas medicinales; hoy está plenamente demostrado que este principio es erróneo; lo que hace desmerecer dicho valor —ha dicho Tschirch— es el cultivo irracional en terrenos impropios y condiciones desfavorables. Por el contrario, mediante un cultivo racional y apropiado (elección del terreno, injertos, empleo de abonos especiales, etc.) puede llegarse hasta conseguir que en la planta sólo se desarrollen los principios activos y disminuyan los menos importantes, pues no hay razón para que las plantas medicinales reaccionen de distinto modo que las otras, pudiendo, desde luego, afirmarse que las Labiadas, las Solanáceas, las Umbelíferas y algunas otras familias ganan, generalmente, por el cultivo.

Demostración innegable y clarísima de ello tenemos en las quinas de Java, donde los holandeses han logrado producir cortezas hasta con un 16 por 100 de quinina, y en la hoja de coca que, originaria del Perú y Bolivia, se cultiva en América desde Chile al Ecuador y también en la República Argentina y el Brasil y, desde hace algunos años, en Ceylán, Java, Bengala y Madrás, siendo digno de anotar que la hoja obtenida en alguno de estos puntos supera á la del Perú en el contenido de cocaína; y, en la actualidad, muchas plantas medicinales ó productos suyos proceden únicamente de las plantas cultivadas que, al cambiar de país, han mejorado sus producciones; tal sucede con el café, el té, el mate, la esencia de menta, el mentol, etc.

En nuestra patria podría intentarse el cultivo de multitud de especies medicinales con grandes probabilidades de éxito, merced á la variedad de suelos de la península, en la que, como es sabido, se encuentran regiones con climas de todas las alturas, desde las propias de las nieves perpetuas hasta las del nivel del mar, en las que concurren, además, circunstancias muy favorables para el desarrollo de todas las floras, tanto de las originarias de países secos y fríos como de las naturales de climas templados ó de los tropicales y cálidos.

Confirma cuanto digo el satisfactorio resultado obtenido en algunos ensayos de cultivo de diversas plantas, debiendo consignar especialmente á este propósito las tentativas hechas por varios distinguidos farmacéuticos, compatriotas nuestros, entre los que merecen singular mención los señores Baanante, de Chantada; Fernández Izquierdo, de Navalcan; Menchero, de Cartagena; Pérez Rodríguez, de Mojados; Toledo Yeste, de Puebla de la Calzada, y Yela, de Puente del Arzobispo; los cuales lograron obtener opio con caracteres algo distintos del de Esmirna, pero que, á pesar de su mal aspecto, era rico en alcaloides, sobre todo en morfina, de la que tenía, al decir de sus recolectores, de 9 á 14 por 100, habiendo alguno que excedía de esta cifra.

«Sin embargo de esto—dice el Dr. Gómez Pamo—nunca se ha apreciado el opio indígena en su justo valor, lo que ha sido debido, sin duda, á la costumbre de elegir esta suba-



tancia con los caracteres asignados al opio de Esmirna»; sin tener en cuenta, añado yo, que en el mercado de drogas, tanto extranjero como nacional, es frecuente encontrar opio de inferior calidad manipulado para darle el aspecto general del de Esmirna, resultando muestras irreprochables por sus caracteres exteriores, pero muy pobres en morfina y demás alcaloides.

(Continuará.)

## Bibliografía.

CAJAL, SU PERSONALIDAD, SU OBRA, SU ESCUELA, por el Dr. Don Carlos María Cortezo. Un volumen de 252 páginas, precio 10 pesetas.

Nuestro director ha recibido una carta del ilustre sabio Excmo. Sr. D. Santiago Ramón y Cajal, que consideramos la bibliografía más oportuna para este libro que por tanto reproducimos á continuación:

Cercedilla, martes, 8 de Agosto de 1922.

Dr. Carlos M.<sup>a</sup> Cortezo.

Mi querido amigo: He recibido y leído con encanto y creciente interés el libro escrito por usted con el título de *Cajal*.

El asunto me impide encomiar como se merece su obra, de la cual sólo conocía algunos artículos sueltos. Constituye el libro—bien lo presumía usted—el resumen más completo de cuantos se han publicado, sin excluir mis *Recuerdos*, en los cuales por distracción unas veces, por sujeción excesiva al orden cronológico otras, y en ocasiones por temor de fatigar al lector, dejé de tratar temas que usted desempeña con tanto acierto crítico como brillantez y galanura. (Algunas de mis omisiones serán subsanadas en la nueva edición de mis *Recuerdos* que preparo para los meses de Noviembre y Octubre). Avaloran el libro de usted consideraciones fisiológicas y cuadros históricos tan instructivos como oportunos.

No es usted el único compatriota que ha tenido la benevolencia de juzgar mis trabajos y hacer justicia á mis sentimientos de patriótica imparcialidad; pero es usted, indudablemente, el primero que, antes de escribir sus cuartillas, ha procurado comprenderme y documentarse pesando y justificando apreciaciones gratisimas para mí. Que la alabanza fundada en meras generalidades ó juicios de segunda mano, si halaga á veces la vanidad, no llega al corazón ni satisface al sentimiento de la propia estima.

Oportuno y justo está usted al hablar de Simarro, que no ha sido apreciado en toda su valía por haberse dejado prender en las redes de la institución libre, uno de cuyos cánones sacrosantos consiste en estudiar y no escribir. Yo procuraré siempre hacer justicia al que, discípulo de Ranvier, trajo de París la buena nueva de la Histología, esparciéndola á los cuatro vientos y beneficiándonos á todos. De su generoso magisterio guardo los mejores recuerdos; y así en mi *Autobiografía* procedí con él como con todos aquellos sabios á quienes debí el inestimable favor de una enseñanza práctica. Desgraciadamente, Simarro, que fué uno de mis

íntimos amigos antes de las oposiciones, se apartó después un tanto de mí—aunque sin romper jamás del todo vínculos de compañerismo y confraternidad—y murió sin haber leído mis *Recuerdos* y sin saber lo mucho que yo le veneraba y quería. Ello es fruto amargo de nuestro brutal y enconado sistema de oposiciones á cátedras; pero también de la adulación de la *coterie*, cuyas filas cerradas en torno del mérito superior no dejan pasar ni aun la voz sincera de la advertencia amistosa y del fervoroso aplauso.

Si yo hubiera podido forzar la consigna de sus celeros le hubiera dicho que en España había algo más urgente y digno de su gran talento que presidir logias masónicas, defender anarquistas y afiliarse a un muriente y desacreditado partido republicano, volver por los fueros y el honor de la Raza á quien todos los países civilizados califican de bárbara é ignorante.

Mostrar con hechos que podemos colaborar en la obra de la universal cultura; tal es la magna, la apremiante tarea que incumbe á los españoles ilustrados contemporáneos y futuros.

Las demás cosas (libertad de conciencia, socialismo y anarquismo, etc.), queden para los abogados políticos, ó los tribunos populares.

Pero divago y caigo en la difusión. Concluyo, pues, reiterándole las más efusivas gracias por el trabajo improbable de redactar todo un libro en honra mía, y enviándole, con un apretado abrazo, la expresión de mi entrañable afecto.

S. RAMÓN CAJAL.

## Periódicos médicos.

### MEDICINA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Pleuresía amebiana enquistada del fondo de saco pleural izquierdo.**—Los Dres. T. Castellano y M. Schteingart presentan el siguiente caso clínico:

Fabro del Vino, italiano, veintiocho años de edad, soltero, albañil, talla 1,68 metros, peso 54 kilogramos, cama 4, sala III, hospital San Roque.

**Antecedentes hereditarios.**—De sus abuelos sólo sabe que el abuelo murió á edad muy avanzada, no dando antecedentes morbosos. Padre muerto á los cincuenta y seis años, de pulmonía; madre vive y es sana. Una tía paterna murió á los setenta y cinco años presentando anasarca. Demás colaterales sin importancia. Tiene tres hermanos todos sanos.

**Antecedentes personales.**—Nacido en Piamonte (Italia); vivió allí hasta su adolescencia, trasladándose á Francia, donde residió durante nueve años. En su niñez tuvo escarlatina. No da antecedentes venéreos. Hace cuatro años padeció una fuerte bronquitis que duró un mes. Bebedor de vino, fumador. Venus moderado; alimentación mixta. Vida de trabajos pesados. En 1917, estando en las trincheras, tuvo colitis disenteriforme, con catorce á quince deposiciones diarias, de aspecto mucoso, sanguinolentas, que le duró quince días, y fué tratada con inyecciones. Había observado que muchos de sus compañeros padecían de la misma enfermedad, y se los trataba también con inyecciones. Desde esa época, el enfermo observa que su intestino no funciona normalmente, notando de tiempo en tiempo, con intervalos de cinco á seis me-



ses, ataques bruscos de cólicos intestinales, localizados en la parte baja del abdomen, con deposiciones diarreicas y mucosas. En 1919, estando en Roma, sufrió de un proceso gástro-intestinal, no febril, con dolores en el bajo vientre siendo dado de alta.

*Antecedentes de la enfermedad actual.*—Hace próximamente un año empieza á notar cansancio al efectuar trabajos pesados, o durante la carrera; que se acompañaba algunas veces de punzada en el costado izquierdo, ó de calofríos ligeros; no tuvo tos. Ha disminuído de peso 6 kilos, tiene poco apetito. Hace más ó menos dos meses, aparece gran cansancio, acompañado de malestar general, fiebre alta, dolor en la región epigástrica que se irradia al hipocondrio izquierdo y región lumbar del mismo lado; notó dolores en el bajo vientre, tuvo escalofríos, cefaleas, viéndose obligado á suspender el trabajo y guardar cama. En este estado ingresa á este servicio. Cuando ingresó en nuestra clínica, traía un examen de sangre que denotaba una leucocitosis de 27.400 glóbulos blancos y un examen de orina con hematuria, albuminuria y cilindros granulosos.

*Estado actual.*—18 de Marzo de 1922. Enfermo de estatura mediana, tejido adiposo poco desarrollado, tejidos muscular y óseo normales. Decúbito indiferente, prefiere la posición sentada. La facies expresa sufrimiento. Sistema piloso bien desarrollado y normalmente implantado. Color pálido. Psiquismo normal.

El enfermo se queja de dolor en la parte anterior de la base pulmonar izquierda, apreciándose en esa zona submatidez desde la sexta á la novena costilla, entre las líneas axilar anterior y posterior; disminución de las vibraciones vocales, soplo espiratorio suave, egofonía. Espacio de Traube ligeramente sonoro. Se escuchan frotos en el límite de la zona patológica. En la parte anterior, la submatidez se confunde con la submatidez cardíaca. No existe skodismo infraclavicular izquierdo. En la parte posterior, se observa submatidez desde el octavo espacio intercostal hasta la extrema base; á ese nivel se nota disminución de las vibraciones y egofonía. Triángulo de Grocco negativo. La radiografía presenta lo siguiente: bóveda diafragmática derecha y ángulo hepatocárdico normal. Sombra del borde izquierdo del corazón y punta, confundida con la zona de obscuridad que toma el fondo de saco pleural izquierdo, borrando completamente la bóveda diafragmática del mismo lado. No se observa cámara de aire. En vista de la sintomatología arriba mencionada, la radiografía, y de la gran leucocitosis, pues un nuevo conteo hecho el día 22 de Marzo dió 32.000 glóbulos blancos, se piensa en una colección supurada en la pleura y se practica el mismo día una punción pleural, en la parte posterior, línea escapular, á la altura del octavo espacio, con resultado negativo; otra entre las líneas mamilar y axilar anterior, con resultado también negativo; la tercera punción entre la axilar anterior y axilar media, en el octavo espacio intercostal, extrayéndose una jeringa de pus de color achocolatado y olor fétido. El examen del pus, practicado por el jefe de Laboratorio de la Clínica Dr. Mario Schteingart, dió el siguiente resultado: Examen citológico: mononucleares, hematíes, glóbulos de grasa, detritus epiteliales y en menos cantidad polinucleares neutrófilos. Examen bacteriológico: no se observa germen alguno.

El día 23 de Marzo practica el Dr. Bertola la pleurotomía con resección costal, seccionando la octava costilla en cuatro centímetros de longitud, en la línea axilar posterior. Al principio sale pus achocolatado, con algunos coágulos organizados; después pus amarillento, bien ligado, en cantidad de 300 gramos.

Explorando la cavidad, se la encuentra bien limitada

por todos lados, sin pseudomembranas, de paredes lisas. Ha desaparecido aparentemente el fondo de saco pleural. Se hace drenaje de la cavidad.

En presencia de los caracteres macroscópicos y microscópicos del pus, y del resultado del examen bacteriológico que revelaba la ausencia de causa evidente de dicho proceso supurado, se llegó á sospechar que pudiera tratarse de un absceso amebiano; como la investigación de amebas en el pus diera resultado negativo y para descartar en absoluto ó afirmar la sospecha, se practicó la experiencia biológica en el gato con el siguiente resultado: *Amebiasis experimental*: A un gatito de algunas semanas se le hace ingerir el día 28 de Marzo, pequeña cantidad de pus, retirado de la pleura y conservado asépticamente, mezclado con carne cocida y triturada. El día 29 se repite la misma prueba. Durante los días siguientes la alimentación del gato es leche. El día 3 de Abril empiezan á notarse deposiciones mucosas y no muy abundantes; el estado general del gatito no es tan bueno como en los primeros días. El día 4 de Abril, la colitis aumenta, apareciendo deposiciones mucosanguinolentas; el estado general del gato es peor, se torna triste. El día 5, la colitis es más intensa, las deposiciones son abundantes; todo el piso de la jaula se halla ensuciado con materias mucosanguinolentas; se hace en ellas investigación de amebas con resultado positivo. El día 6 persiste la colitis, el gato se halla en estado agonizante, con el pelo erizado, despidiendo un olor repugnante. A la tarde del mismo día se produce la muerte del gato.

Algunas horas después se hace la autopsia, encontrándose la región anal ensuciada con sangre, el vientre muy deprimido. El intestino grueso, desde el ano hasta el apéndice inclusive, se halla inflamado, grueso, y la mucosa muy hiperemiada, presenta algunas ulceraciones. Se buscan amebas, raspando la pared, y en las materias fecales; encontrándose amebas del tipo entameba histolítica de Schaudinn.

Después de la operación se hace tratamiento emetínico, 0,06 gramos diarios, vía subcutánea, haciendo curaciones todos los días; no obstante este tratamiento la temperatura no desciende totalmente, y oscila entre 37° y 38°; la leucocitosis se mantiene dando una cifra de 20.800 glóbulos blancos.

Los días 6 y 7 de Abril la temperatura alcanza 39°6 y 38°8, respectivamente; la leucocitosis en ese momento era de 12.600, con polinucleares neutrófilos, no observándose eosinófilos.

Desde esa fecha se hace el tratamiento con emetina Dessy, en vez de la emetina preparada en el hospital, y también lavado de la cavidad pleural, con suero emetinado; á partir de este momento la temperatura cae bruscamente por debajo de la normal, para no levantarse más, el estado general del enfermo mejora rápidamente, recobra su buen apetito y color rosado, y en diez días aumenta más de 2 kilos de peso. El día 22 de Abril se hace nuevo conteo de glóbulos blancos, encontrándose 6.600.

En los demás órganos y aparatos no encontramos nada de anormal. El hígado fué examinado con gran prolijidad, encontrándose el borde superior á la altura de la quinta costilla. El borde inferior no rebasa el reborde costal; sólo se observa una ligera sensibilidad al nivel del lóbulo izquierdo, sin matidez ni abultamiento apreciable. Palpando el abdomen, se nota ligera sensibilidad en el colon descendente.

*Estado actual.*—Día 30 de Abril. Enfermo con buen estado general, respiración y número de pulsaciones, normales. Herida operatoria casi completamente cerrada, dando una



escasa secreción purulenta. Las vibraciones por debajo de la cicatriz están disminuídas y á ese nivel se nota una marcada submatidez. Auscultando la región, se encuentra una respiración soplate ó ruda, y frotos en las partes vecinas. El bazo, no se palpa. Se continúa el tratamiento con emetina y se inicia el tratamiento con 914. (*La Prensa Médica Argentina*, 30 de Mayo de 1922.)

## CIRUGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. A propósito de dos casos de cáncer de la matriz.

—Los Dres. Arraiza y Juaristi publican las siguientes historias clínicas:

L. J., de cuarenta y nueve años de edad, viuda, múltipara, consultó por grandes y frecuentes menorragias, que databan del mes de Octubre próximo pasado, y que ocasionaron un estado de anemia acentuada con todo su cortejo sintomático; además se quejaba de grandes molestias debidas á la presencia de un flujo sanioso y fétido, y según manifestó la enferma venía decidida á someterse á una operación por grave que fuese.

*Antecedentes uterinos.*—Cuatro partos á término, el último hace veintidós años, los partos y puerperios fueron normales, no ha tenido abortos; hace tres años comenzó á tener sus reglas cada quince días, haciéndose cada vez más abundantes, hasta que el 4 de Octubre tuvo una gran pérdida de sangre; á partir de esta fecha, la sangre mezclada con flujo blanco fétido se hace continua.

Nada especial en aparatos digestivo, circulatorio, respiratorio, urinario, ni sistema nervioso.

Nada anormal se percibe á la inspección y palpación abdominales.

El tacto combinado permitía observar el aumento considerable del cuerpo uterino sensible y doloroso á la presión.

Nada en anejos. El cuello ampliamente abierto, permitía la introducción del índice y la percepción de rugosidades de consistencia especial, que sangraban al menor contacto. El examen instrumental confirmaba los datos apuntados, marcando el histerómetro 13 centímetros de profundidad. Parametrio al parecer libre y matriz movilizable.

*Diagnóstico.*—Cáncer del cuerpo uterino.

*Operación.*—Histerectomía abdominal total, con extirpación de anejos de ambos lados.

A los veinte días dejó la clínica, con la herida abdominal perfectamente cicatrizada y soldada la bóveda vaginal. Al mes la hemos vuelto á ver muy contenta y sin que nada por el momento haga pensar en la reproducción.

*Análisis del tumor.* Carcinoma de epitelio plano.

A. J., de veintiséis años de edad, casada, múltipara, vino á vernos, recomendada por su médico, aquejando una pérdida continua de sangre mezclada con un flujo sanioso y fétido que databa de siete meses.

*Antecedentes uterinos.*—Dos partos á término; éstos así como sus correspondientes puerperios fueron normales.

Hace once meses quedó embarazada y desde entonces no tuvo día bueno; á los tres meses de embarazo comenzó á perder sangre y cuatro meses después parió prematuramente una niña que vivió horas; desde esa fecha la pérdida de sangre y el flujo fétido, han sido continuos.

Actualmente esta mujer tiene buen color y está bien nutrida, aunque la familia asegura que ha perdido muchísimo.

Por inspección, percusión y palpación abdominales, nada anormal. El tacto vaginal indica la existencia de una tumoración voluminosa dependiente del cuello, á expensas del cual y en toda su circunferencia se había desarrollado en

forma de coliflor, del tamaño del puño, de consistencia dura, con orificio central que conducía á la cavidad uterina, sangrando al menor contacto en toda su superficie exulcerada y saniosa, y origen de una abundante secreción fetidísima.

*Diagnóstico.*—Carcinoma del cuello uterino, á pesar de la edad de la enferma.

*Operación.*—Histerectomía vaginal laboriosa, dejando las pinzas cuarenta y ocho horas, al cabo de las cuales se quitaron.

*Curso postoperatorio.*—Ha sido muy bueno, la enferma dejó la clínica á los diez y seis días, con un estado general bueno; localmente parece que se ha extirpado todo lo malo.

Como desgraciadamente son muy numerosos los casos de cáncer en la matriz, observados por nosotros, conviene hacer resaltar que toda mujer debe saber que el cáncer del cuello, y aun el del cuerpo muchas veces, son indolores y evolucionan insidiosamente.

Toda mujer debe saber que la menor pérdida vaginal roja ó rosa fuera de la época de sus reglas ó después de éstas, impone una consulta médica, mediante el tacto y el espéculum.

Todo médico debe saber que si una lesión del cuello parece sospechosa, no debe de esperar, debe de practicar una biopsia para tener un diagnóstico inmediato; si el cáncer se dirige hacia la vejiga, la cistoscopia y el cateterismo de los uréteres se imponen.

Por desgracia, un gran número de mujeres que consultan por primera vez, son ya inoperables ó se hallan en el límite de la operabilidad.

Esta condición precaria se explica porque las enfermas no sufren y no les extraña tener pérdidas de sangre después de sus reglas ó después de la edad crítica.

El día en que el público sepa que toda enferma que presente una pérdida cualesquiera, fuera de sus reglas, debe consultar inmediatamente á su médico; el día en que los compañeros sepan tomar la decisión en los casos dudosos, de hacer una biopsia, y en los casos seguros dar el diagnóstico inmediatamente á la familia, con un enérgico consejo á la enferma, ese día los casos de cáncer uterino vendrán al cirujano casi todos en condiciones favorables.

En los cánceres de cuerpo limitados en los cuales se cree poder hacer una extirpación completa, la intervención quirúrgica se halla indicada siempre que el estado general permita augurar un buen resultado.

Por esto nos decidimos á operar el primer caso.

En los cánceres del cuello el radium y la cirugía son los dos agentes terapéuticos que se utilizan en la actualidad.

En el segundo caso no empleamos el radium antes de la operación porque la enferma no se prestaba á esperar seis semanas como tratamiento preoperatorio, que es lo que se aconseja en los casos que han llegado al límite de la operabilidad.

La acción del radio es, como dice mi compañero el doctor Juaristi en su hermosa obra de Cirugía, primero contentiva y luego destructiva, es decir, empieza suprimiendo la multiplicación y el crecimiento de las células y luego las destruye necrosándolas sin modificación previa, sobreviene una enorme hipertrofia de todos los elementos de la célula, pero pronto viene su muerte por queratinización en los epitelios planos y por citolisis en los glandulares, el tejido conjuntivo rellena los huecos que deja el epitelio destruido y á su vez sufre la degeneración hialina.

¿Es necesario emplear el radio al mismo tiempo que la cirugía, ó dicho de otra manera, se debe hacer radiumterapia antes y después de la operación?



Casi todos piensan que en los cánceres de cuello se debe emplear antes, después no.

Antes de la operación se debe hacer una aplicación de radium; esta aplicación limpia la ulceración, disminuye las secreciones, hace caer las fungosidades neoplásicas y levanta el estado general.

A las seis semanas se opera.

Después de la intervención, las estadísticas no son favorables á esta aplicación.

Los rayos X ultrapenetrantes con los enormes voltajes empleados actualmente, parecen estar más indicados después de la operación. Es cuestión que se halla en estudio y que parece será de un gran porvenir. (*Revista Navarra de Medicina, Cirugía y Farmacia*, Marzo de 1922.)

## 2. Sobre un caso de oclusión vascular mesentérica.

—El Dr. Julio Carrera comunica el siguiente interesante caso clínico:

X. X. llegó al hospital con las manifestaciones clínicas de una oclusión intestinal aguda; se trata de un individuo blanco, de cincuenta años de edad, avejentado, el que con dificultad nos dice que había padecido últimamente de trastornos intestinales, cólicos y diarreas, y que de un modo súbito, diez ó doce horas antes de su ingreso, se vió acometido de un dolor violento, brutal, continuo, en su abdomen, que es seguido momentos después de vómitos que se repiten frecuentemente; al examinarlo encontramos su abdomen distendido, timpánico, rígido y adolorido; no expulsamos, desde que se inició el dolor, heces ni gases; apreciamos un soplo mitral, la temperatura es subnormal, el pulso rápido, pequeño y frecuente, cara y extremidades cianosadas, gran inquietud y disnea tan intensa que llega á convertirse en una verdadera ortopnea; de acuerdo con el diagnóstico de oclusión intestinal aguda, hecho por el interno de guardia, Dr. Mario Portela, decidimos intervenir inmediatamente, pero visto lo precario del estado del enfermo, intentamos levantar su corazón que decaía por momentos, por medio de inyecciones estimulantes, etc., mas todo fué en vano, fallece antes de que podamos dar comienzo á nuestra intervención.

Circunstancias especiales no nos permiten practicar más que una autopsia parcial, sólo practicamos la abertura y examen de la cavidad abdominal encontrando en ésta como 500 c. c. de un líquido serosanguinolento, muy semejante al que suele encontrarse en el interior de los sacos de algunas hernias estranguladas, el epiplón congestionado, el mesenterio infiltrado, edematoso, equimótico, correspondiente á una porción de un metro de intestino delgado que se presentaba de más de un color rojo oscuro, casi negro dilatado; no pudimos apreciar signo alguno de obstrucción mecánica, mas sí que la arteria mesentérica superior contenía un émbolo cerca de su salida de la aorta; nos encontrábamos, pues, en presencia de un caso de oclusión vascular mesentérica.

—Simpatizamos con la denominación de oclusión vascular mesentérica, usada por primera vez por Trotter, por cuanto nos parece abarcar más que los otros nombres con que se ha denominado esta afección (trombo flebitis mesentérica, embolismo mesentérico, trombosis mesentérica, etc.).

¿Cuáles son las causas productoras de la afección que nos ocupa?

Cualquiera de las causas que pueden dar origen al embolismo pueden producirlas y puede presentarse lo mismo en los vasos arteriales que en los vasos venosos. En el 60 por 100 de los casos es una arteria mesentérica la ocluida y en la inmensa mayoría de ellos, es el superior el vaso tromboso, dependiendo la mayor ó menor cantidad de intestino afectado de la distancia de la aorta á que se haya dete-

nido el émbolo. La mesentérica superior es trombosa más á menudo que la inferior por su disposición anatómica, pues abandonando la aorta en un plano más superior que su homónima, es más lógico que se detenga allí el émbolo y con mayor motivo cuanto que su calibre es en general de 9 milímetros de diámetro, mientras que el de la inferior es sólo de 4 ó 5. En el otro 40 por 100 de los casos la oclusión tiene lugar en las venas, y en la inmensa mayoría de los casos, ambas venas, superiores é inferiores, se encuentran afectadas. Entre las causas más comunes de embolia figuran indiscutiblemente las endocarditis que afectan las válvulas de los orificios aórticos y mitral; á esta última debemos declarar culpable en el caso objeto de estas ligeras notas.

Respecto á la sintomatología de la afección debemos decir, que si bien para algunos autores presenta signos propios, cuales son la hemorragia intestinal, más ó menos copiosa, y la presencia simultánea ó previa, de manifestaciones de embolismo en otras regiones, estos signos no se presentan en la inmensa mayoría de los casos y estos enfermos son llevados á la mesa operatoria, con el diagnóstico de oclusión intestinal aguda, de origen mecánico ó dinámico. Ninguno de estos signos se presentó en el caso objeto de esta nota.

Desde el punto de vista del tratamiento, esta confusión no tiene importancia alguna, en todos estos casos la laparotomía es urgente; no olvidamos la frase del Dr. Roswell Park: «en presencia de signos súbitos y agudos, entre los cuales se encuentra un dolor abdominal intenso, rigidez de la pared y colapso, debe perderse muy poco tiempo tratando de precisar cual es la causa de la lesión».

¿Cuál hubiera sido nuestra línea de conducta? Laparotomizado el enfermo se imponía la resección de la zona intestinal afectada, operación que en las condiciones en que generalmente se practica, tiene que ser de un éxito muy dudoso, de aquí que sea tan grave el pronóstico de la oclusión vascular mesentérica; la mortalidad en los casos reportados alcanza á la enorme cifra del 94 por 100. (*Archivos del Hospital Municipal de la Habana*, núm. 2.)

3. Herida del riñón por arma blanca.—El Dr. Lorenzo Ponce de León comunica el siguiente caso clínico: Secundino Vase, natural de Cuba, mestizo, de treinta y dos años, ingresa en este hospital el día 4 de Febrero del corriente año, como caso de urgencia por encontrarse con una abundante hemorragia, debida á una puñalada que momentos antes había recibido. Al examinar al lesionado, lo primero que notamos fué su estado de ansiedad; la sed que tenía, pues casi únicamente lo que decía era para pedir que le dieran agua; que su pulso se encontraba pequeño y frecuente (150 pulsaciones por minuto).

Reconocido su hábito externo se pudo apreciar una herida incisa como de 3 centímetros de extensión, situada en la región costoilíaca izquierda, dirigida hacia atrás y adentro y por la cual existía una hemorragia abundante; así como también se apreciaba por dicha herida un saco peritoneal herniado con procidencia de un asa intestinal. Se cubrió la herida con un apósito provisional mientras se terminaba de examinar al herido. Practicado un cateterismo vesical, dió sangre en cantidad en la orina.

A la palpación existía dolor en la región izquierda.

Hecho este examen lo más rápido posible, no se dudó un momento que era el riñón izquierdo el órgano herido y causante de esa hemorragia, é indiqué la operación.

Anestesiado con éter y colocado en la posición clásica de las intervenciones renales, hice una incisión (de Guyon, modificada por los Mayo) curva y amplia que me dejara un buen campo operatorio (esta incisión correspondía muy por



detrás de la herida del puñal). Llegué á la atmósfera grasa-perirrenal, que se encontraba, por decirlo así, convertida en un gran coágulo, el cual quité, desbridé el riñón de su lecho, y al fin logré exteriorizar la glándula. Todo esto tuve que hacerlo lo más rápidamente posible porque la hemorragia continuaba y no me dejaba ver en absoluto, á pesar de compresas con que limpiaba y taponaba el lecho renal.

Ya exteriorizado, pude ver entonces que el riñón se encontraba seccionado casi por completo por su tercio superior, quedando unido al resto de la glándula por un pequeño pedículo. Dudé por un momento si terminaría de seccionar aquella parte de la glándula; pero no conociendo el funcionamiento renal de aquel individuo, para quitarle así de pronto casi la mitad de un riñón, y dadas las consecuencias ulteriores que esto pudiera traerle, y viendo lo bien que coaptaban las superficies heridas, preferí correr el riesgo de que si aquel pedículo no era bastante para irrigar el colgajo, que éste más tarde se esfacelara y se eliminara por la herida. Así lo hice y suturé a puntos separados con catgut la herida renal, que quedó bien coaptada y que dió lugar en seguida al cese de la hemorragia renal. Hecho esto, dejé un amplio drenaje y suturé la herida operatoria.

Fuí entonces á explorar, de un modo más detenido, la herida hecha por el puñal y para ver si había alguna otra víscera herida, y encontré felizmente que la especie de saco peritoneal, que se herniaba por la herida, conteniendo dentro una parte del colon descendente, no estaba lesionado. El cuchillo, en su trayecto, había pasado rozando sin herirle. En cambio, al seguir después su camino, había cortado, en parte á ese nivel, la décima costilla, terminando ésta por fracturarse por contragolpe al chocar el mango del arma contra ella, debido al impulso dado por la mano homicida. (La mitad superior de la costilla estaba cortada por el cuchillo, la mitad inferior estaba fracturada.) Dejé aquí otro drenaje y di por terminada la operación.

Durante este tiempo se le inyectó al paciente 1 500 gramos de suero con adrenalina, intravenosamente; se le pusieron diversos estimulantes. A pesar de esto, el pulso se hizo más pequeño y frecuente, teniendo necesidad de suprimirse la anestesia antes de terminar. El curso postoperatorio de este caso fué bueno. Su estado general fué mejorando en los días sucesivos con los grandes cuidados que con él se tuvieron. Un número de análisis de orina continuado nos fué dando su estado renal. Desapareció la sangre de la orina completamente. Los drenajes fueron retirados paulatinamente, y, por fin, á los veinte días salió curado sin haber tenido ninguna clase de complicaciones por su lesión renal.—(*Archivos del Hospital municipal de la Habana*, Abril de 1922.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

4. **Las buenas suturas intestinales, por V. Pauchet.**—El autor declara que muchas veces el fracaso de las operaciones sobre el estómago y el intestino se debe á que la sutura empleada es mala. La única sutura buena es la sutura continua, la de Connel y Cushing. Los puntos de esta sutura son hemostáticos, no producen ninguna cavidad cerrada entre los dos planos de sutura y no dan lugar á ningún fenómeno infeccioso sobre la herida intestinal, en la cual no se observa hemorragia secundaria ni infección; se consigue una adherencia perfecta, una ausencia de exudación completa, hemostasia absoluta y todo son beneficios. Esta sutura resulta facilitada si se emplea la pinza de horquilla. Las estadísticas del autor han mejorado mucho desde que emplea esta técnica. (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 16 de Junio de 1922.)—LUENGO.

5. **El mejor método de gastroenterostomía después de la gastrectomía por úlcera, por V. Pauchet.**—La úlcera gástrica puede ser tratada por la termocauterización (método infiel), por la escisión simple, cuneiforme (grave), la resección anular seguida de la gastrotomía (buena para los casos sin hiperclorhidria) y la gastropilorectomía; es decir, la resección de la mitad del estómago (caso habitual). La gastroenterostomía consecutiva puede hacerse por los siguientes procedimientos: a), el Pean, gastroduodenostomía, anastomosis término-terminal; b), el Billroth, cierre completo del estómago y del duodeno, anastomosis laterolateral; c), el Polya, implantación término lateral; Pauchet aconseja añadir la yeyuno-yeyunostomía (procedimiento corriente); d), el Y de Roux, que es el procedimiento de elección. La resección por úlcera no es más grave que la gastroenterostomía, siempre que se recurra á la buena sutura y se tenga en ella un cierto hábito. (*Soc. de Chirurgiens de Paris*, 16 de Junio de 1922.)—LUENGO.

#### SIFILIOGRAFIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El vanadio en la sífilis experimental del conejo y en la sífilis humana, por Fournier, Levaditi y Schwartz.**—Ya que tres cuerpos pertenecientes á una misma serie de la clasificación de Mendeleef—el arsénico, el antimonio y el bismuto—han resultado tan enérgicos contra las espirolosis, espiroquetosis y tripanosomiasis, era natural que se tratara de investigar si los tres cuerpos que forman el subgrupo de esta misma familia—el vanadio, el niobio y el tántalo—poseían en algún grado las mismas propiedades que aquellos.

Tales investigaciones han sido llevadas á cabo por los autores quienes han experimentado diversos compuestos de estos tres metales, en particular en la sífilis. El niobio y el tántalo no les ha dado ningún resultado apreciable. En cambio el vanadio se ha mostrado de un poder treponemocida elevado que se aproxima al del arsénico y el bismuto.

La mayor parte de estos ensayos han sido hechos con el tartrovanadato de potasio, en inyección subcutánea en el conejo y subcutánea é intramuscular en el hombre. En el conejo, esta sal, á la dosis de 0,015 á 0,020 gramos por kilogramo, provoca la desaparición de los treponemas en veinticuatro á cuarenta y ocho horas, y la cicatrización de las lesiones sífilíticas en tres ó cuatro días. En la sífilis humana, el tartrovanadato en solución al 2 ó 3 por 100, administrado á la dosis de 0,10 á 0,15 gramos cada dos ó tres días, ha dado los resultados siguientes: desaparición de los treponemas después de la primera ó de la segunda inyección; cicatrización á veces muy rápida de los chancros y de las sífilis crónicas de la piel y de las mucosas; desaparición más lenta de la roséola y de los elementos papulosos; atenuación muy marcada de las adenopatías. En la sífilis terciaria, los mismos efectos.

Una observación más prolongada de los enfermos así tratados, demostrará si el vanadio ejerce solamente una acción de superficie, ó bien si es capaz de influenciar profundamente la sífilis. Sea de ello lo que quiera, los resultados satisfactorios obtenidos hasta aquí en el tratamiento de la sífilis humana, justifican la inquisición de nuevos derivados vanádicos de  $\frac{C}{T}$  menos elevado. (*Gazette des Hôpitaux*, número 51, 1.º de Julio 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.

Chácharas caniculares. — Habladurías... y armas al hombro.

Si nuestra larga experiencia no hubiese ya encallecido el órgano de nuestros asombros ante las debilidades de la vulgaridad, tendríamos que maravillarnos de lo que por la prensa profesional ocurre en estos días. Por lo visto, en ciertas redacciones, visitadas tan solo por los temporeros que substituyen á los directores y redactores veraneantes, ni son muy numerosos los temas dignos para ellos de ser tratados, ni convida mucho la galvana estival á enterarse de las cosas antes de escribir sobre ellas.

A decir verdad, debieran estas cosas no darnos cuidado, pues no tenemos parentesco de descendencia con el Corregidor de Almagro, aquel de quien dice la tradición, «que murió de pena porque á un su vecino le venía estrecho el chaleco», pero es el caso que deben abundar los descendientes del tal Corregidor, ya que no en nuestra casa, en las de los colegas á quienes aludimos, pues todo se les vuelve buscar motivos para indagar lo que aquí ocurre, censurar lo que se les antoja y fabricar castillos fantásticos sobre las cuestiones, que suponen interesar á EL SIGLO MÉDICO y en las que ellos no se toman el trabajo de documentar.

Por lo visto, en la penuria de asuntos y en la debilidad de imaginación para idearlos, no encuentran esos señores cosa mejor que meterse con su viejo compañero y siempre indulgente amigo EL SIGLO MÉDICO, y se dicen: «no tenemos de qué hablar, no se nos ocurre tratar problemas que requirieran estudio, ni asuntos que exigen información previa; pues... vamos á meternos con EL SIGLO MÉDICO».

¡Gracias mil por la preferencia, que en lo que vale estimamos y que no nos enoja, antes nos engríe y complace dulcemente!

Pero, ¡por Dios, no confundamos las cosas! Suponer en nosotros la inexperiencia candorosa de hacer el juego á los demás, aumentando á *notre insu* (1) la publicidad y la propaganda de periódicos de anuncios, de revistas desfallecidas y de supuestos órganos (acordeones... y gracias) de la clase médica rural, eso, no sabemos si lo practicaremos

(1) Sin darse cuenta de ello, para que lo entiendan los que no le entienden.

cuando vayamos al limbo, lugar de destino futuro que nos tenemos bien ganado ante la Justicia Eterna por nuestro incorregible proceder en este bajo mundo de pequeñas miserias; pero mientras en éste vivamos, hemos de procurar demostrar no haber perdido el tiempo, por lo menos en lo de no hacer el juego á los *picarones* y á los traviesos improvisados.

No nos molestaremos, pues, en contestar á ciertos ataques ni insinuaciones más ó menos transparentes y mordaces. Prosperen en sus propósitos de publicidad y propaganda los productores de remedios más ó menos secretos, pero no quieran que nuestros débiles brazos les aupen ayudándoles á sostenerse; y hagan las cábalas que gusten los providenciales protectores y los conocidos, aunque misteriosos zahoríes de nuestras intenciones y pensamientos, cuidando de que no se transparenten demasiado los suyos, precaución inútil para con las gentes discretas á quienes les son muy conocidos, y sigan cultivando en su sosegada paz el mermado aliento que les prestan unos cuantos inocentes que nunca quieren acabar de apearse de su cabalgadura. Nosotros no pensamos por ahora ocuparnos en tales cosas, pues ofenderíamos á nuestros suscriptores, que saben de sobra de dónde venimos, en dónde estamos y adónde vamos, y no convenceríamos á los que nos tiene sin cuidado el no convencer.

Alguna relación tiene con lo antedicho (en cuanto á la penuria de asuntos y á la escasez é inexactitud de información) un tema que por no tocarnos personalmente y sí al prestigio de una alta personalidad y con ella al de la ciencia española, no queremos dejar pasar en silencio.

Nos referimos al homenaje de nuestro glorioso corredactor y sabio amigo D. Santiago de Ramón y Cajal. Desde hace algún tiempo han dado algunos periódicos (suponemos piadosamente que con absoluta inconsciencia de lo que hacían) en decir que el homenaje al ilustre aragonés, si no había fracasado, caminaba hacia un fracaso inminente.

Esta afirmación es tan gratuita y opuesta á la verdad, que nuestra lealtad no nos consiente el dejar de rectificarla, tanto más cuanto que tales falsedades son á la postre ofensivas al decoro nacional y redundan en desprestigio de la estimación que siempre España ha demostrado al sabio aragonés.



Por tratarse de él y no de cuestión que nos afecte más que en el deseo del éxito que á todos debiera interesarnos, no podemos dejar de rectificar algunos puntos.

Periódico ha habido que porque un empleado infiel ha sustraído entre otros fondos que se le tenían confiados en un Centro universitario algunas cantidades, destinadas, pero aún no ingresadas en la suscripción del homenaje, no ha encontrado nada mejor ni más discreto que decir que el tal depositario había sustraído las *cantidades recaudadas para el homenaje de Cajal*. El efecto que se buscaba con tal afirmación, suponemos que no era otro que el de *hinchar* una noticia para producir un malsano asombro, sin mirar el daño que podría redundar para la alta empresa que con hipócritas y fingidas frases se aparenta fomentar.

Otro periódico habla de los fines estrechos y rutinarios que la Comisión organizadora se ha propuesto, y se lamenta de que no se haya acudido á otros elementos (que se cuida de no mencionar), ni se hayan ideado otros homenajes (que tampoco enumera). ¡Qué barato y qué fácil le habrá salido al tal su caritativo ataque! Pero creemos que no le hubiera costado mucho mayor trabajo el decir: «debieron contar conmigo y debieran hacer éstas cosas y éstas otras que á mi cacumen se le han ocurrido». Aún está á tiempo el *entusiasta amigo* de Cajal, y en vez de trompetear los fracasos que no existen más que en su imaginación, por no decir en su deseo, envíe á la Junta sus proyectos, que serán estudiados como lo son los que á diario se reciben de bien diferentes orígenes.

Y... vamos á puntualizar en esta misma materia, lo que puede contestarse á un periódico, que hemos leído con verdadera extrañeza. Es éste *La Medicina Ibero*, quien en un artículo intitulado «El caso de Cajal», hace la absurda afirmación siguiente: «Poco á poco se fué extinguiendo el entusiasmo, y de la faramalla solo quedó el rescoldo. Unos meses más, y la buena intención del homenaje habrása desvanecido totalmente».

No sabemos qué querría el anónimo articulista de nuestro estimado colega, pues podemos afirmarle que ni el entusiasmo ha decaído un solo punto, ni el *rescoldo* es tal rescoldo sino hoguera que arde en España y fuera de España, como lo prueban los hechos siguientes:

La suscripción aumenta, sin que pase día en que no se anuncie la recaudación y próximo envío de sumas estimables. Lo que sucede es que no se dan al público más que las recibidas é ingresadas en la Casa Urquijo, deducidos los gastos á que obligan los fines del homenaje.

La impresión del libro de homenaje en que se

contienen los trabajos originales de sabios extranjeros, impresos en sus respectivos idiomas, obra que no puede llevarse al paso de una confección de buñuelos, está tan adelantada que, á pesar de las dificultades y el lujo de la publicación, estará terminada en el mes de Noviembre.

Las obras agotadas de Cajal se reimprimen activamente á costa, como la anterior, de los fondos recaudados.

Los escultores Sres. Ortell, Macho y Cristóbal han terminado sus respectivos proyectos para que la Junta elija el del monumento que podrá inaugurarse en la primavera próxima.

La ley de fundación y construcción del Instituto Cajal con su crédito correspondiente, ha sido votada por las Cámaras, sancionada por el Rey, y el Instituto está ya en construcción.

Del extranjero han llegado, en solo la última semana, 22.700 pesetas procedentes de Méjico y el anuncio de haberse suscrito al inaugurarse la lista 100.000 pesos en la República Argentina, donde se espera que se duplique y aún triplique la cantidad que ha de ser destinada á premios para el «Instituto Cajal».

Se ha recibido el donativo de la edición del libro del Dr. Cortezo, que se halla ya á la venta en las librerías, y, por último, puede decirse que no pasa día sin que se reciban adhesiones de los Ayuntamientos de España, dedicando calles, plazas y paseos al nombre del gran histólogo, constituyendo esto un plebiscito tan inesperado como estimable de la aportación nacional y popular á la empresa del homenaje.

Estas cosas nadie hasta ahora las ha obtenido en España, ni siquiera el general Espartero cuando enloquecía á sus partidarios con sus victorias y sus proclamas políticas. Hoy es un sabio, *es un médico* el que consigue para su glorioso nombre el merecido aplauso de todas las clases sociales.

Y... á propósito de clases sociales: ante la afirmación rotunda del anónimo articulista, según el cual se ha dado un carácter *de oficio de demasiado médico y técnico á los elementos competentes de la Junta organizadora*, nos hemos tomado el trabajo de revisar y contar las firmas de los señores que la componen, y nos encontramos con que no llegan en ella á 50 los médicos y pasan de 100 los elementos no médicos, ó sean los grandes de España, académicos, ingenieros, arquitectos, políticos, literatos, periodistas, industriales, etc., etc.

¿Es esto fracasar? ¿Es esto entibiarse el entusiasmo? ¿Qué quería que hiciese la Junta ese mal informado señor? ¿Qué diese bailes populares, fuegos artificiales y corridas de becerros?

Pues, en último resultado, representante ha te-



nido su periódico en los primeros tiempos de la actuación de la Junta, y pudo proponer lo que juzgara oportuno, en vez de ausentarse de un modo inexplicable, negándola las ilustraciones de colaboración.

Aprendan esos jóvenes en cómo á EL SIGLO MÉDICO, aunque apriete el calor, no le faltan asuntos de que hablar, pues se deja mucho, pero mucho, en el tintero de su habitual prudencia.

DECIO CARLÁN

## CARTA ABIERTA AL EXCMO. SR. MINISTRO DE GRACIA Y JUSTICIA

Excmo. señor:

La Prensa diaria se ha ocupado en sus últimos números de un caso de muerte aparente en un recién nacido; de un importante diario de Madrid copiamos la relación de los hechos que nos parece debe ser el ajustado comienzo de esta carta.

Decía así el aludido periódico:

### «DE LA MUERTE A LA VIDA

UN RECIÉNACIDO QUE NACE DOS VECES

Anastasio Gómez Estuña, zapatero, con domicilio en la calle de San Vicente, núm. 15, se presentó anteayer mañana en las oficinas del Registro civil del distrito del Hospicio.

Anastasio manifestó que á las cinco de la madrugada se habla puesto repentinamente enferma su mujer, con síntomas de parto, y al poco rato dió á luz una niña muerta.

Solicitaba licencia para el enterramiento. Como se le indicara que era necesario la certificación del médico que asistiera á la parturiente, el zapatero manifestó que dada la hora y lo repentino del parto, en él sólo tuvieron intervención una vecina y él.

En vista de ello se personó en la casa el médico del Registro civil de servicio, que era D. F. Javier Cortezo; después del debido interrogatorio, procedió al reconocimiento del feto. Encontrábase éste sobre una mesa, completamente desnudo, según parecía, desde la hora del parto á aquel momento, que eran las doce de la mañana.

Habiendo dado negativa la reacción Lecha-Marzo, y guiado por signos casi imperceptibles de vida, procedió el Dr. Cortezo á las operaciones indicadas en casos semejantes, obteniendo el satisfactorio resultado de ver aquel ser vuelto por completo á la existencia.

Acto seguido se administró á la nacida el agua de socorro, y vestida convenientemente se entregó á la madre aquella criatura, que pudo ser enterrada viva.

Juzgamos muy necesaria la divulgación de este caso entre la masa del público, llevando á ella el convencimiento de que la muerte aparente es un hecho, aparte de científicamente comprobado, bastante posible, aunque no frecuente, y que la comprobación de la muerte por el médico del Registro civil, antes de las inhuma-

ciones, ha prestado y prestará, como en el caso relatado, el inestimable servicio de evitar á un ser humano el horrendo tormento de ser enterrado con vida.»

Mejor que á nadie nos consta á nosotros el buen deseo de V. E., expresado al presidir la inauguración de la primera Asamblea de médicos del Registro civil de España.

Mejor que á nadie nos consta á nosotros, que hemos compartido amistades y vida política muchos años, la inteligente voluntad y sano amor que en el cumplimiento de sus deberes de cargo, tan legítimamente alcanzado y desempeñado, puso y pone siempre V. E., pero permítame el señor ministro de Gracia y Justicia que, desde estas columnas de índole técnica, le llame la atención sobre algo que yo sé que quisiera encauzar en sus resoluciones, pero que quizás no vea V. E. con toda la clara luminosidad que á mí me lo permite mi condición de médico.

El reconocimiento de los recién nacidos, hecho por un médico, es algo que se impone como se impuso antes el de las defunciones, como acabará de imponerse el de los cónyuges futuros.

Mucho se ha escrito sobre este punto. Los médicos del Registro civil han presentado á V. E., entre otras, esta conclusión razonada en su Asamblea.

Yo hago gracia á V. E. de repetidos argumentos y me limitaré á presentar la cuestión desde los puntos de vista siguientes:

Señor ministro de Gracia y Justicia: V. E. sabe que en Madrid mueren mensualmente de cuarenta á cincuenta personas sin asistencia facultativa. El médico del Registro civil ha de diagnosticar *postmortem* todos estos casos para autorizar su inhumación; lo que tal vez no sepa el señor ministro de Gracia y Justicia es que en Madrid nacen mensualmente más de ochenta seres sin la asistencia de un médico ó una comadrona. Estos seres se inscriben en el Registro civil por la sola declaración del padre y unos testigos (?). Y el sexo y condiciones de estos seres al entrar en la vida oficial de la Nación se toman á ciegas por el Estado.

Tampoco sabrá el señor Ministro que, andando el tiempo, los médicos tenemos la triste, tristísima prerrogativa de enterarnos de muchos *miles*, así *miles*, de inscripciones que no debieron hacerse como se hicieron.

La vida, señor Ministro, está llena de tragedias patológicas, que tienen su origen en el nacimiento no amparado por inteligente mediador técnico.

Además, es necesario plantar firme jalón para un saneamiento de nuestra pobre raza. La *ficha sanitaria* debe implantarse desde el primer reconocimiento al nacer.

La personalidad debe quedar fijada al hacerse la inscripción del nuevo ciudadano con esa prueba invariable que se llama *huella tegumental* ó digital más impropia.

Las estadísticas de nacimientos están pidiendo á gritos formarse en igual detalle que los fallecimientos.



Y, por último, aparte el evitar las conocidísimas su-plantaciones y simulaciones, el Estado tiene un momen- to propicio en el de la inscripción y reconocimiento del recién nacido en el Registro civil, para ejercer su huma- nitaria y *egolsta* tutela, dando un guión para el cuidado, alimentación é higiene del nuevo ser por medio de su funcionario el médico del Registro civil, *notario técnico* ante los libros formados con los desaparecidos, que debe serlo con los llegados y que como buen *notario* unirá á su fe dada, el buen consejo si se ha de menester.

Excelentísimo señor, venga pronto esa resolución que acaso esté entorpecida en alguna liana administra- tiva.

Para este servicio no hacen falta presupuestos, ni créditos extraordinarios.

Establézcase en *igual forma* que el *reconocimiento* de los muertos fué establecido.

Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, todas las gran- des urbes españolas pueden ser campo de una prueba *decretada* primero, después, de una ley definitiva.

Crea V. E. á este español viejo, estas resoluciones son en nuestro país las que menos ruido hacen y las que dejan un eco más duradero para el que las im- planta.

Respetuosamente

F. J. CORTEZO.

## HOMENAJE Á GAJAL

Excmo. Sr. D. Carlos M.<sup>a</sup> Cortezo.

Mi querido amigo: Acabo de recibir el libro, que con una cariñosa dedicatoria, se ha servido enviarme, y que lleva por título *Cajal, su personalidad, su obra, su escuela*.

Expresarle mi gratitud, el gran aprecio que hago de su libro, sería bastante para usted que conoce de anti- guo mi amistad y mi cariño; pero no sería suficiente para mí, que estoy obligado para con usted á algo más que á un trivial acto de cortesía.

Yo bien quisiera tener autoridad y competencia para avalorar mi juicio; pero conociendo que sería osa- día imperdonable emitir opiniones en materias que me son extrañas, siquiera no me sean en absoluto ignora- das, me he de limitar á decirle, no lo que me ha pare- cido su obra, sino el sentimiento que en mí ha desper- tado.

Adjunto á usted unas cuartillas, en que, al correr de la pluma, le expongo estas impresiones mías.

Entre los muchos y merecidos homenajes tributa- dos al sabio maestro Ramón y Cajal, hay uno por nadie mencionado, de pocos todavía conocido, y quizás el más valioso y trascendente; homenaje en el que, de consuno, han colaborado el corazón y el cerebro, y que representa la lucha de una voluntad que se impone y de una flaqueza que se rebela. El homenaje es un libro; el autor un anciano que lee y escribe sin ojos, y que

distrae sus penas y sus dolores, olvidándose de sí mis- mo para pensar en los demás.

No quiero hablar de Cajal, ni he de ofenderle con mis elogios; hay nombres que no toleran adjetivos; quererlos agrandar es empequeñecerlos: Cajal es Cajal. Pero con sus obras no sucede lo mismo, y me atrevo á asegurar, sin temor de equivocarme, que la mayoría de los que las celebran no las conocen, y muchos no las han leído. Y esta aparente censura no lo es en realidad. Tiene la Ciencia una parte espiritual, filosófica, como la Música tiene la armonía, como la Religión tiene la mística, que sólo está al alcance de los iniciados, que exige para entrar en las intimidades del entendimiento una preparación, el estudio previo de un alfabeto, cu- yas letras están demasiado desperdigadas para formar fácilmente con ellas palabras y conceptos. Todos esos procesos científicos que sólo la labor de un sabio, labor en que á veces se consume una vida sin llegar á una conclusión, puede realizar; todo ese trabajo de investi- gación, árduo, penoso, mil y mil veces repetido, está fuera del mundo vulgar, que no traspasa el nivel de las medianías.

Además, la Ciencia por la Ciencia está reñida con la realidad prosaica de la vida, que tiene muchas nece- sidades, que ha de cubrir muchas atenciones y que descender á muchas pequeñeces y miserias. Cajal, cuyo trabajo intelectual, traducido en kilogramos de fuerza, hubiera levantado montañas, no ha podido realizar una fortuna, y él, que ha legado al mundo tesoros de Ciencia, apenas dejará á sus hijos un modesto pasar.

Pero la obra de Cajal no podía quedar reducida á sus discípulos y á sus continuadores, no podía ser sólo para los sabios y los maestros; necesitaba exten- derse, divulgarse, ponerse al alcance de las personas que quieren saber, pero que no tienen tiempo de estu- diar ó no tienen facilidad de comprender, y necesitan esas cinasas del entendimiento, que, al modo que las de la vida fisiológica favorecen la digestión de los alimentos, contribuyen en la vida psíquica á la asimi- lación de las ideas.

¿Habrá sido este el propósito de Cortezo al escribir su libro *Cajal y su obra*?

No lo sé; pero si ese fué su objeto, lo ha consegui- do, y ciertamente de modo admirable, porque ha reali- zado una cosa por demás difícil. No es el libro de Cor- tezo ni un resumen, ni un extracto, ni un compendio; no es siquiera un juicio crítico. Es la obra del *Cicerone* inteligente, que, al enseñar un cuadro, va marcando sus bellezas, sus líneas, sus colores y sus sombras; va indicando, en la gradación de sus tonos, la labor del maestro, desde la génesis de la idea en que se inspiró hasta el punto en que tropezó con una nebulosa ó con- siguió cristalizar un pensamiento, recogiendo el detalle que pareció olvidado y que más tarde se convirtió en punto de partida de nuevas investigaciones.

La obra de Cajal es una obra grande, la obra de un genio; formará época en la historia de la Ciencia, y abrirá los cauces de nuevos y profundos descubrimien- tos. La obra de Cortezo, sencilla, modesta, sin preten- siones, es una obra útil. Aquella hará sabios; ésta hará



hombres instruidos. La *Biblia*, con ser el libro por excelencia, necesitó anotaciones; la obra de Cajal las necesitaba también, y Cortezo se las ha puesto.

Para Cajal mi admiración; para Cortezo mi aplauso.

ANGEL FERNÁNDEZ CARO.

\*\*\*

El vocal de la Junta directiva del Círculo de Bellas Artes, saluda á D. Gustavo Pittaluga, su distinguido amigo, y tiene el gusto de manifestarle que la Junta directiva de este Círculo, en sesión que celebró el día 5 de los corrientes, acordó contribuir con 500 pesetas al proyectado Instituto Científico (homenaje á Cajal), sin perjuicio de contribuir en la parte artística llegado el momento oportuno.

Asimismo se acordó llevar á la primer Junta general ordinaria que se celebre la propuesta de Socio de Honor á favor de tan ilustre sabio.

Aprovecha gustoso esta ocasión para reiterarle el testimonio de su consideración más distinguida,

ANGEL CALVACHE GÓMEZ DE MERCADO.

Madrid, 29 de Julio de 1922.

\*\*\*

Sr. D. Gustavo Pittaluga. Junta organizadora del homenaje á Cajal. Madrid.

Mi respetable compañero y queridísimo amigo: Tengo el placer de remitir á usted en 17 cheques y un billete del Banco de España, la suma de 22.794,06 pesetas (veintidós mil setecientas noventa y cuatro pesetas con seis céntimos), como producto de la suscripción abierta entre los españoles de México para el homenaje á nuestro glorioso D. Santiago. En la lista, que es adjunta, constan los nombres de los contribuyentes. Quince años de revolución han empobrecido el país y no es de extrañar, por tanto, nuestra exigua contribución.

Además, fué dado el nombre de Cajal á un bello jardín (del cual remito fotografías) y á la Cátedra de Histología de la Facultad de Medicina, y recibió nuestro venerado maestro los nombramientos siguientes:

Doctor *Honoris Causa* de la Universidad Nacional.

Miembro honorario de la Academia Nacional de Medicina.

Miembro honorario de la Sociedad Mexicana de Biología.

Miembro honorario de la Sociedad Oftalmológica Mexicana.

Corresponsal honorario de la Dirección General de Estudios Biológicos.

Miembro honorario de la Federación Dental Nacional Mexicana.

Públicamente, en la inauguración del Jardín Cajal y en acto celebrado en el Casino Español, así como en las páginas de la *Revista Mexicana de Biología*, dí las gracias á todos, en nombre de esa dignísima Junta organizadora.

Me resta solamente rogar á usted reiterar á esa prestigiada Junta mi agradecimiento por el honor que me confirió con su representación en Méjico.

Abrace estrechamente á Tello y reciba usted la cor-

dial expresión del profundo cariño y grande admiración que le profesa

TOMÁS G. PERRÍN.

P. S. Si ve usted á D. Santiago, dígame que no me atrevo á escribirle por temor á robarle un momento de reposo espiritual, pero que constantemente le tengo en mis labios y en mi corazón.

\*\*\*

En honor de Ramón y Cajal, una Comisión de la Facultad de Medicina ha visitado al alcalde para rogarle que dé al paseo de San Bernardino el nombre de Ramón y Cajal.

El Sr. Garay manifestó á los comisionados que en una de las últimas sesiones del Concejo acordó éste que se diese el nombre de Don Isaac Peral al paseo referido.

## MENUDENCIAS DE MEDICINA <sup>(1)</sup>

### La hora M, ó del medicamento.

He aquí otro caso, en el que, esta vez, la dosis es el todo. Para combatir el paludismo, se da quinina en abundancia, 1,50 gramos en ayunas por la mañana y 1,50 gramos por la noche, y á veces más. La quinina, específico de la malaria, es el único antiséptico de la sangre conocido por nuestros padres. Su acción está lejos de quedar limitada á la antisepsia. A dosis débiles, no se obtiene el mismo resultado. El malogrado profesor Landouzy, que sus amigos no han olvidado, me asombraba con frecuencia por su actividad y por la viveza de su espíritu, sorprendentes á despecho de la edad.

—¿Qué secreto posee usted, le decía yo alguna vez, para estar así siempre alerta y pronto, tanto al gesto como á la palabra? Naturalmente, invocaba la buena conducta, porque le gustaba reír. Al fin, un día acabé por obtener su receta. En los momentos en que tenía que realizar un esfuerzo serio, tomaba sencillamente una píldora de excelente sal de quinina, de 10 centigramos. Pretendía que el medicamento, á esta dosis mínima, obrando como tónico del sistema gran simpático, estimulaba al mismo tiempo todos los centros nerviosos. Y en efecto, la quinina así utilizada, según el consejo del maestro, puede proporcionar, hablo por experiencia personal, verdaderos servicios. En resumen, modo de administración y dosis, son factores que el terapeuta deba tener desde luego en cuenta. Pero todavía no habrá hecho nada por su enfermo, si no ha precisado la hora en la que el medicamento debe ser absorbido: la hora M.

Aquí llego al pleno de mi objeto, hecho asunto nuevo ayer, por el descubrimiento de los rayos X. Gracias á ellos, no solamente podemos encontrar en el seno del organismo las pequeñas cantidades de un agente medicamentoso, sino que es posible, además, apreciar

(1) Véase el número anterior.



el grado de repleción ó de vacuidad de las grandes cavidades orgánicas: estómago, intestino, etc.

Se comenzó ante todo por ver cuánto tiempo el agua permanecía en el estómago; permanece muy poco; al cabo de veinte minutos como máximo, no queda una gota. Pero se hace ingerir 30 ó 40 gramos de pan, y al instante las dos puertas cocheras del estómago, cardias arriba y píloro abajo, se cierran herméticamente, para no abrirse más que en el momento en que terminado el trabajo de la marmita encantada, los alimentos bien aderezados, sólo tienen que transitar hacia el intestino. Con MM. Leven y Barré, cuyo excelente librito ha quedado como clásico, supongamos una modesta comida compuesta de 30 á 50 gramos de pan, de un huevo, de una chuleta de carnero y de 200 gramos de puré. Llevemos al sujeto *normal*, que la ha ingerido, á los rayos X; observaremos que los alimentos están todavía en su estómago al cabo de cuatro horas largas.

Si dais á vuestro enfermo un medicamento cualquiera al mismo tiempo que los alimentos, comprenderéis que vuestra hora M ha sido mal elegida, puesto que dicho medicamento está condenado á quedar bloqueado durante horas en la marmita gástrica, donde no tiene nada que hacer.

Si se hubiera tragado un mínimo bocado de pan, el resultado no hubiera sido diferente. Los líquidos transitan fácilmente, pero los sólidos, por el contrario, permanecen horas en el estómago. Deberán dividirse, por tanto, los remedios en dos categorías: los que deben obrar sobre la mucosa gástrica misma, sea para calmar espasmos, sea para calmar dolores; y los que deben ir más allá del estómago, al hígado, intestino, sistema nervioso, etc.

Para los primeros, la hora M se impone por sí misma; se los hará tomar en la comida, entre el primero y segundo plato; los segundos deberán ser absorbidos una media hora antes de sentarse á la mesa. La hora M se adelanta en este caso porque estando vacío el órgano, dejará pasar instantáneamente el remedio que debe producir su efecto en territorios lejanos.

No creáis, por lo demás, que la indicación sea vana. Tomemos como ejemplo el bromuro de sodio. Calmante maravilloso, combate el elemento dolor del mismo modo que los espasmos. Pero, sin embargo, tiene su manera de ser prescrito. Administrándole después de la comida, en el momento de acostarse, se habrá hecho un trabajo inútil; ó bien el órgano, estando ya vacío, no retiene al bromuro para que ejerza en él su reacción calmante, ó bien llegará demasiado tarde á un estómago no vacío, irritado y que ha sufrido varias horas por la presencia de los alimentos. Conclusión: demasiado tarde el remedio.

Todavía otro ejemplo: Todos sabéis que hoy día la química, hada moderna, llega á fabricar por síntesis, cuerpos que no existen en la naturaleza. Tampoco ignoráis que estos cuerpos pueden constituir verdaderas familias. Existen algunas en las que todos los compuestos son somníferos, mientras que otros, antitérmicos, sirven para combatir la fiebre. Otros, finalmente, son calmantes. Pues bien, demos uno de estos cuerpos soporíficos

después de la cena ¿Qué sucederá? Permanecerá varias horas en el estómago, que absorbe poco, y no obrará más que tardíamente, durante la noche, cuando aquella viscera quede libre de alimentos. Si la evacuación gástrica tiene lugar hacia media noche, ó á la una de la mañana, nuestro somnífero apenas será eficaz, porque en lugar de obrar sobre células cansadas, ávidas de calma, las encontrará ya reposadas y menos aptas á dejarse mecer. La hora M del hipnótico, se colocará una media hora antes de la comida. Poco después de ésta, los ojos cerrarán sus ventanas y el sosiego se extenderá por todo el ser: ¡en marcha! buenas noches, buena noche y buen despertar sobre todo. Sobre este punto estad tranquilos; habiendo escogido bien la hora M, la mañana os encontrará dispuesto, fresco y alegre como una flor.

(Se concluirá.)

### Sección oficial.

## MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 14 del Reglamento de 8 de Abril de 1910, esta Subsecretaría hace público lo siguiente:

1.º Que el Tribunal de oposiciones á la Cátedra de Medicina Legal y Toxicología, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago, ha sido nombrado por Real orden de 19 de Abril de 1921, publicada en la *Gaceta de Madrid* correspondiente al día 20 del mismo mes y año.

2.º Que dentro del plazo señalado en la convocatoria han presentado sus solicitudes y reúnen las condiciones legales los aspirantes que á continuación se expresan, los cuales quedan admitidos á la oposición:

D. Salvador Pascual Ríos, D. Francisco J. Aguilar Castelló, D. Justo Juliá Necochea, D. Mariano Alvira Lasiera y D. Francisco Bacarisa Varela.

3.º Que durante los diez días siguientes al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* se podrán formular las reclamaciones á que se refieren los artículos 14 y 15 del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Madrid, 17 de Abril de 1922. — El subsecretario, Castel.

### Gaceta de la salud pública.

#### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707.5; ídem mínima, 698.3; temperatura máxima, 37°; 2; ídem mínima, 10°; 3; vientos dominantes, N. NNO.

Escasas variaciones se han registrado en el estado de la salud pública de Madrid durante la semana anterior: los afectos intestinales agudos febriles, por indigestión ó por enfriamiento, han sido relativamente frecuentes, marcándose más en los niños, sobre todo en la época del destete.

Se observan congestiones de los centros nerviosos, del pulmón y del hígado.

Los casos de mordedura por perros hidrófobos ó sospechosos de tales advierten del recrudecimiento la epizootia en la raza canina, aconsejando las precauciones individuales, más que la confianza en las medidas improvisadas de las autoridades.



**Mortalidad de Madrid en Julio de 1922  
comparada con el promedio de dicho mes en el  
quinquenio anterior.**

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Julio de 1922.
Menores de 1 año.....	381	435
De 1 á 4 años.....	206	182
De 5 á 19.....	98	104
De 20 á 39.....	177	181
De 40 á 59.....	228	233
De 60 en adelante.....	279	279
Sin clasificación.....	2	2
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.371</b>	<b>1.414</b>

Comparación por diagnósticos de mayor importancia mé-  
dico-social:

	Promedio anterior.	Julio de 1922.
Fiebre tifoidea.....	23	23
Tifus exantemático.....	1	6
Viruela.....	4	2
Sarampión.....	16	7
Escarlatina.....	3	3
Coqueluche.....	10	1
Difteria.....	5	8
Gripe.....	8	4
Otras epidémicas.....	4	3
Tuberculosis pulmonar.....	133	152
Idem meningea.....	16	16
Otras tuberculosis.....	32	24
Cancerosas.....	62	67
Meningitis.....	87	96
Congestión, hemorragia y reblandeci- miento cerebrales.....	57	48
Orgánicas del corazón.....	71	71
Bronquitis aguda.....	25	30
Idem crónica.....	19	17
Pulmonía.....	18	19
Broncopneumonía y otras.....	66	87
Enteritis (menores de dos años).....	288	320
Apendicitis y tifitis.....	5	8
Hernias y obstrucciones.....	14	15
Cirrosis hepática.....	15	15
Nefritis.....	35	29
Septicemia puerperal.....	7	6
Debilidad congénita y vicios de con- formación.....	42	59
Senectud.....	23	25
Otras enfermedades.....	282	255
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.371</b>	<b>1.414</b>

Varones..... 707  
Hembras..... 707

Promedio de mortalidad diaria del mes  
en el quinquenio anterior..... 44,23  
Idem íd. en Julio de 1922..... 45,61  
Idem íd. en Junio de 1922..... 39,00

**FALLECIDOS EN MADRID DIAGNOSTICADOS DE TIFUS EXAN-  
TEMÁTICO EN JULIO DE 1922**

Relación por grupos de cinco días.

Del 1 al 5.....	3
6 al 10.....	1
11 al 15.....	2
16 al 20.....	2
21 al 31.....	2
<b>TOTAL.....</b>	<b>6</b>

Relación por sexos y edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
De 1 á 19 años.....	1	2	1
20 á 39.....	2	1	1
40 á 59.....	1	1	2
60 en adelante.....	1	1	2
<b>TOTAL.....</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>

**Observaciones.**

Como todos los años, las enteritis de menores de dos años han aumentado considerablemente rebasando el número de fallecidos por esta causa la cifra media de este mes en el quinquenio anterior.

El tifus exantemático desciende con tendencia á desaparecer. En los once últimos días del mes no causó víctimas. Las seis registradas ocurrieron; en el distrito de la Latina cinco, y una en el de la Inclusa, próxima al distrito de las otras cinco (calle de la Ruda). Tres fallecieron en el Hospital provincial, donde fueron trasladadas, y tres en sus domicilios.

La fiebre tifoidea ha aumentado alcanzando el promedio del mes en el quinquenio anterior. De las veintitrés defunciones, cuatro ocurrieron en el Hospital provincial, y las diez y nueve restantes en sus casas. La distribución por distritos fué la siguiente: Centro, 1; Hospicio, 5; Chamberí, 2; Buenavista, 5; Congreso, 0; Hospital, 1; Inclusa, 0; Latina, 4; Palacio, 3; Universidad, 2.

La mortalidad en conjunto ha tenido un pequeño aumento de 43 unidades sobre el promedio anterior. Los datos demográficos comprueban que este acrecimiento se ha debido á infecciones de origen intestinal.

Nacieron vivos: 1.574.

LUIS LASBENNES

**Crónicas.**

**Víctimas del deber.**—Requerido para practicar una operación quirúrgica en el pueblo de Molinos, en las cercanías de Alcoriza, el Dr. D. José Vidaurreta, de Zaragoza, fué víctima de un accidente de automóvil. Sin duda por la obscuridad de la noche y el mal estado de la carretera, el coche que conducía al Dr. Vidaurreta y á sus ayudantes, se despeñó por un terraplén, produciéndose los ocupantes del automóvil heridas de gravedad.

Deseamos el alivio de los accidentados, á los que con grandes dificultades se les pudo trasladar para prestarles los primeros auxilios á Bergé.

—Otro compañero, no español, sino ruso, el Dr. Kryloff, antiguo miembro de la Duma y director en la actualidad del Instituto Pasteur de Samara, ha sido víctima de una tragedia espantosa. Llamado una noche con urgencia para que acudiera á prestar sus auxilios á un enfermo, fiel á sus costumbres altruistas, montó en el coche que le aguardaba á la puerta de su casa sin la menor desconfianza. Desde ese momento no volvió á parecer por su domicilio. Al cabo de minuciosas investigaciones se ha conseguido saber que el doctor Kryloff había sido asesinado y comido, Restos de su cadáver han sido encontrados en un tonel.

**Curso de enfermedades del aparato digestivo del niño.**—Del 16 al 31 de Octubre de 1922 se desarrollará en la Sociedad de Pediatría de Madrid el siguiente curso sobre enfermedades del niño:

Día 16, enfermedades del esófago, Dr. Hinojar.

Día 17, vómitos, diarrea y estreñimiento, Dr. García del Real.

Día 18, dietética de las enfermedades gastrointestinales en la infancia, Dr. Bravo Frías.

Día 19, etiología de los trastornos gastrointestinales en los niños, Dr. García Martínez.



Día 20, estenosis congénita del píloro, Dr. Suñer.  
 Día 21, dispepsia gastrointestinal, Dr. Romeo.  
 Día 23, gastroenteritis, Dr. Cavenet.  
 Día 24, tuberculosis del aparato digestivo de los niños, Dr. Martín González-Alvarez.  
 Día 25, heces fecales y flora intestinal en los niños, doctor Zappino.  
 Día 26, dermatosis de origen gastrointestinal, Dr. Velasco Pajares.  
 Día 27, tratamiento hidromineral de las enfermedades del aparato digestivo del niño, Dr. Vázquez-Lefort.  
 Día 28, invaginación intestinal en la infancia, Dr. Olivares.  
 Día 30, apendicitis en los niños, Dr. Garrido-Lestache.  
 Día 31, deformidades congénitas del intestino, Dr. Arquellada

Las inscripciones gratuitas se harán en la Secretaría de la Sociedad, Gran Vía, 8 y 10 (Colegio de Médicos).

Las lecciones se darán en el domicilio de la Sociedad, a las siete de la tarde.

Mientras dure el curso, todos los profesores que dan las lecciones teóricas darán cursos prácticos gratuitos en sus respectivas clínicas.

**Último retrato de Cajal.**—Se encuentra de venta en la Administración de EL SIGLO MÉDICO el último retrato del profesor Cajal, con un autógrafo altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan, cedidos graciosamente por el fotógrafo Sr. Padró, con la venta de los ejemplares, ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

El precio de cada ejemplar es el de 5 pesetas adquiriéndolo en las oficinas de esta Revista, Serrano, 58, aumentando 50 céntimos por gastos de envío para provincias.

Las dimensiones del retrato son de 46 de ancho por 65 de alto.

**Muerte del profesor Jokichi Takamine.**—A la edad de sesenta y nueve años ha fallecido en Nueva York el sabio japonés Dr. Jokichi Takamine, que en el año 1900 descubrió la adrenalina, sustancia que extraía de las glándulas suprarrenales de los carneros, con lo cual facilitó elementos valiosos a la cirugía.

El Dr. Takamine se graduó en la Universidad de Tokio, y luego estudió en Glasgow, trasladándose después a los Estados Unidos, donde contrajo matrimonio con una americana.

Era miembro de la Real Sociedad de Química de Inglaterra.

**Por los hurdanos.**—El día 13 en la conversación que a diario celebra el ministro de la Gobernación con los periodistas manifestó a éstos con referencia al Patronato de Las Hurdes, que ha recibido ya los planos de las tres factorías que se han de construir en Pinofranqueado, Vegas de Coria y Las Batuecas.

Añadió que las 17.000 pesetas, importe de donativos de entidades y corporaciones, habían sido ingresadas en el Banco de Vizcaya.

En las factorías se instalarán todos los servicios necesarios, y anejos a ellas, los grupos de casas para los hurdanos que primeramente bajen de la montaña. Se abrirá un concurso inmediatamente para cubrir tres plazas de médicos bacteriólogos, que serán muy bien remuneradas.

Dijo, por último, que los frailes de Las Batuecas han cedido la hospedería para asilo de hombres, y el obispo de Coria ha donado igualmente el edificio denominado Casa del Obispo para asilo de mujeres.

**Sobre desinfección.**—La Gaceta del día 10 publica una Real orden del Ministerio de la Gobernación en que dispone que se adopte la cianhidrización como procedimiento preferente de desratización y desinsectación en los servicios sanitarios dependientes de aquel ministerio.

Las cianhidrizaciones en la práctica sanitaria serán siempre dirigidas personalmente por un funcionario médico, quien asumirá las responsabilidades de las operaciones.

Esos servicios se efectuarán en los buques, locales en tierra y coches de ferrocarril.

**¿Huelga de sanitarios?**—No tenemos noticias directas del conflicto sanitario que amenaza a Chelva (Valencia).

La prensa diaria publica un telegrama concebido en estos términos:

«Una numerosa Comisión de vecinos de Chelva se ha di-

rigido al gobernador civil para hablarle de las consecuencias que puede tener una huelga de brazos caídos, que proyectan los médicos, farmacéuticos, veterinarios, matronas y practicantes establecidos en los 18 pueblos de aquel distrito. Reclamó su intervención para evitar el conflicto.

Entre aquel vecindario ha producido gran alarma la noticia».

Merece la gravedad del caso que se aclaren los motivos del proyecto de huelga porque no es de suponer que sin causas de una gravedad comparable a la de las consecuencias del conflicto, se haya podido proyectar este por elementos acostumbrados a todo género de sufrimientos.

**Congreso Internacional de Odontología.**—El día 4 de Septiembre en el Palacio de Exposiciones del Retiro será la inauguración del Congreso Internacional de Odontología, para asistir al cual vienen representaciones de todos los países.

Al mismo tiempo se celebrará una Exposición de Odontología, dividida en dos secciones, científica e industrial, a la que concurren varios centros docentes extranjeros y productores de artículos e instrumentos quirúrgicos.

Entre los extranjeros eminentes que vienen a tomar parte en los trabajos del Congreso figuran los profesores Brophy y Logan, de los Estados Unidos; Campión y Gilmour, de Londres; Godon, Villain y Amoedo, de París; Goatlleb, de Viena; Diek, de Berlín; Shamamine, de Tokio; Chiavaro y Pipperno, de Roma; Forberg, de Estocolmo; Carrera, de Buenos Aires.

En el programa figuran también numerosos trabajos de odontólogos españoles.

Aparte de las sesiones científicas, se celebrarán otras operatorias en la Escuela de Odontología, Facultad de Medicina, Instituto Rubio y Hospital del Niño Jesús.

Los odontólogos extranjeros serán obsequiados con una excursión a Toledo, una fiesta en el Ayuntamiento y algunos otros agasajos que prepara la Asociación Odontológica Española.

El Rey ha otorgado su patronato al Congreso, y el ministro de Instrucción Pública se preocupa, como es justo, de prestar el apoyo oficial a esta asamblea, en la que por primera vez después de la guerra mundial, van a reunirse los profesionales de la Odontología de todos los países.

**Oposiciones a 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 un folleto del Istituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), productos Sero y Ergon; agente para España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

**Quinarfer.**—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid (Carrera de San Gerónimo, 1), cuya lectura recomendamos.

# BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicerol-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1