

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ G. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
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 CASTELVI 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:

Glennola española.—*Archivo e 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 a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Clínica quirúrgica, por el Dr. José Blanc Fortacin.—La parálisis recidivante dolorosa de los músculos oculares ó jaqueca oftalmoplégica, por el Dr. Manuel Marin Amat.—Farmacología de las preparaciones galénicas activas de origen vegetal, por el Dr. D. Manuel Alvarez Ude.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Homenaje a Cajal.—A propósito del homenaje a Cajal, por G. Pittaluga.—El baño de Chora, por el Dr. César Juarros.—Menudencias de Medicina, por el Dr. Francois Helme.—Academias y Sociedades: Instituto de Medicina práctica.—Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

CLINICA QUIRURGICA

POR EL

DR. JOSÉ BLANC FORTACIN

Cirujano de número del Hospital de la Princesa.

EL FACTOR MECÁNICO EN LA ASTRICCIÓN CRÓNICA

Los enfermos que padecen astricción crónica de vientre han sido considerados como enfermos de terapéutica farmacológica y hasta ahora no entran en el terreno quirúrgico más que con ocasión de episodios agudos oclusivos ó cuando la dificultad de evacuación es tan considerable que su vida se hace penosa é imposible. Un estudio de conjunto de estos enfermos con carácter de observación personal es difícil en nuestro país donde todavía la anatomía patológica de la astricción crónica no puede llevarse á cabo por falta de material operatorio, debido á las razones antes expuestas. El laxante, el régimen y el masaje son los recursos para ir conllevando la afección con relativa tolerancia física y moral. Y digo moral, porque no es sólo la molestia local y la perturbación de una función necesaria lo que estos enfermos sufren; sino que además su carácter se hace no pocas veces melancólico é irritable y sus preocupaciones alcanzan el grado de obsesión que les hace temer las torturas de una oclusión ó las horripilantes consecuencias de un cáncer. Y dejando aparte estas consideraciones que parecen extractadas de uno de esos prospectos que acompañan á los fármacos laxantes, vamos á nuestro objeto en esta nota clínica, diri-

gida á aportar nuevos argumentos en pro de la etiología mecánica de muchos casos de astricción y de las derivaciones que pueden tener esas lesiones intestinales productoras de esa astricción.

Operando muchas apendicitis é interviniendo en muchas oclusiones intestinales, es como se llega al convencimiento de que al tratar el estreñimiento crónico de muchos individuos con drogas laxantes, curas minerales, regímenes y masajes, se pierde el tiempo inútilmente. Soy poco partidario de acudir al testimonio ajeno cuando no lo necesito y por esta razón no expondré ni las discusiones brillantísimas, por cierto habidas en la Sociedad de Cirugía de París allá por los años 1911 y 12, ni los trabajos de los autores americanos que iniciaron el conocimiento de las lesiones que hemos comprobado luego las generaciones actuales de cirujanos en todos los países. Voy á referir, pues, lo que he visto en mi práctica.

La operación de la extirpación del apéndice es un libro abierto para hacerse cargo de la variada modalidad de agentes mecánicos que entorpecen la función intestinal evacuatora.

En un tanto por 100 muy crecido de casos las adherencias de ese apéndice á epiploon, embridan la porción de ciego que constituye su fondo, creando al expresado sector algo así como un cíngulo ó corbata que origina un éxtasis cecal importante. Otras veces el apéndice adhiere á fondo pélvico, ya contrayendo firmes relaciones patológicas con el peritoneo de fosa ilíaca, ya estableciéndose una sólida fusión con las porciones de serosa que cubren los vasos ilíacos, adhiriéndose otras veces á vejiga, á anejos y á sectores distintos de intestino delgado; otras veces aglutinando varias asas de

ese intestino con ciego, con útero, con anejos, etc., etc. No son raros los casos en que el apéndice se incrusta en la pared del ciego, de donde hay que extraerlo por decorticación á punta de bisturí; y en un caso últimamente operado, un apéndice largo y lleno de cálculos, después de adherirse firmemente á pared cecal, insinuó su extremo en el meso del ileon encapuchonándose con él y motivando una laboriosísima intervención.

Todos estos casos suelen ser los de aquellos enfermos que han sufrido una serie de ataques. Aquí el apéndice actúa como agente promotor de un proceso patológico mecánico pericecal. Aquél apéndice que tira del ciego hacia abajo al adherirse su extremo á fondo pélvico, no es tal apéndice en el sentido patológico, es más bien una brida, en muchos casos que operamos. Su actuación en el orden inflamatorio ha sido silenciosa después de uno, de dos ó más ataques ocurridos años antes; el enfermo se queja de tirantezas, de contracturas, de astringencia pertinaz; pero ni el dolor provocado por la presión abdominal es fuerte, ni en las fórmulas hematológicas aparecen signos inflamatorios, y si los hay, son sumamente atenuados. Al hacer, pues, la extirpación suprimimos un órgano inútil esclerosado en el cual son ya poco de temer las recidivas infecciosas; pero en cambio actuamos indirectamente y de modo beneficioso sobre la anatomía patológica ileocecal, liberando al ciego, al ileon yuxtacecal y aun á veces al propio intestino delgado, de bridas, acodaduras, dislocaciones y adherencias perturbadoras para la migración normal del contenido intestinal.

Otras veces, al ir á buscar el apéndice para extirparlo, hallamos disposiciones congénitas independientes del apéndice que si bien ninguna relación directa ni indirecta tienen con el desenvolvimiento de los procesos patológicos que tuvieron lugar en el apéndice, constituyen elementos perturbadores de la circulación excrementicia intestinal. Nos referimos á las bridas pericólicas y ligamentos ileocólicos que unas veces ya desde la niñez actuaron como agentes patológicos, y otras no dieron fe de su actuación perjudicial hasta que sufrieron alteraciones en su textura por influencia de los procesos inflamatorios que en el ciego ó en el apéndice se desarrollaron; y así durante tiempo pudieron ser membranas laxas y repliegues peritoneales elásticos que en nada influían sobre los sectores intestinales, en los cuales se implantaban; pero prendió en ellos el elemento inflamatorio de vecindad, súbito, agudo unas veces, atenuado pero persistente en otras, y aquellos velos membranosos y aquellos ligamentos distensibles, se tornaron bridas fuertes y retráctiles que comprimieron el ciego, que hicieron descender su fondo, que acodaron el ileon yuxtacecal, que estrecharon la luz de uno ú otro ó de ambos, y que en su compresión llegada á términos extremos pudieron hasta mortificar y seccionar el intestino, según he comprobado en un caso de oclusión operada á los ocho días de producida y en la que el enfermo llegó á un estado de peritonitis por perforación determinada por una de esas bridas que actuó sobre él á la manera del alambre sobre el jabón.

Independientemente de la influencia del apéndice ó de las bridas congénitas pericecales, la anatomopatología de los enfermos estreñidos tiene otras modalidades que justifican la producción de sus perturbaciones por factores de índole mecánica.

He hallado muy frecuentemente en estos enfermos, la ectasia cecal y la ptosis cecal. La primera viene significada por un ciego grande; tres ó cuatro veces lo normal, al cual suele acompañar un apéndice atrófico en longitud y calibre y otras veces sólo en calibre, presentando, en cambio, una longitud considerable. En un caso operado este mismo año, el

apéndice parecía un cordón del calibre de los que se usan en los zapatos: tenía una longitud de unos 25 centímetros y se tendía á manera de cuerda desde el ciego á la S ilíaca exponiendo á las asas delgadas á un acodamiento.

Esos ciegos son generalmente muy movibles por longitud extrema de su meso y sus paredes parecen de una delgadez considerable. Así, pues, el plegamiento de los mismos y la cecopexia complementaria que son las intervenciones que generalmente les hemos aplicado, requieren alguna cautela para evitar las posibles perforaciones totales de su pared con la aguja, la cual como es natural no debe penetrar en su cavidad, sino comprender únicamente la serosa y algo de la zona muscular.

Los ciegos largos de fondo muy bajo que tan frecuentemente encontramos en nuestras intervenciones por apendicitis, se tratan bien y cómodamente con puntos seroserosos en bolsa ó en sutura continua que inviertan hacia dentro el expresado fondo. Raras veces hemos practicado resecciones del mismo.

La cecotifitis crónica con ciego duro, atrófico adherido, con meso retráctil, es lesión frecuentísima en los que padecen astringencia de vientre. No creo que quepa discutir la intervención que debe ser siempre la resección ileo cecal seguida en el mismo acto operatorio del restablecimiento de la continuidad intestinal por anastomosis término lateral y otras veces término terminal. Quiero decir que ya extirpado el ciego y una porción de colon ascendente, con la correspondiente porción de ileon vecino, unas veces cerramos la porción eferente de colon y abocamos lateralmente el intestino delgado reconstituyendo la región enferma muy análoga á la disposición normal, y otras veces suturamos colon é intestino delgado extremo con extremo como si se tratara de una sutura en un sector de asa delgada ó gruesa. Parecerá eso anómalo y defectuoso teniendo en cuenta la diferencia de calibre que tiene en estado normal el intestino grueso respecto al delgado; pero nótese que si eso sucede en la anatomía normal, en lo patológico es otro el calibre, porque los obstáculos que las lesiones cecales oponen al ciclo intestinal ensanchan el calibre del intestino delgado hasta hacerlo igual y á veces superior al grueso.

En el último caso operado así sucedía. Era el de un individuo joven, estreñido durante muchos años, y que tuvo dos accidentes serios de oclusión, afortunadamente pasajeros.

Encontré un ciego en las condiciones antes expuestas, y practiqué su extirpación seguida de la anastomosis término-terminal á que antes me he referido, y que por las expresadas razones resultó fácil. La pieza patológica presentada este año á la Academia Médico-Quirúrgica es muy curiosa. Existe una estrechez en el orificio ileocecal, cuyo calibre es sólo de dos á tres milímetros. Alrededor de ese anillo duro la mucosa presenta un engrosamiento que le da consistencia coriácea; en ella se ven una serie de placas leucoplásicas que rodean al orificio. Examinada la zona en el laboratorio, no tiene carácter neoplásico.

Pero á la manera que las placas leucoplásicas de la lengua son la preparación epitelial de una degeneración neoplásica maligna, así también ese individuo llevaba en su región ileocecal el germen, ó por lo menos el terreno abonado para un cáncer. Y véase cómo el aspecto quirúrgico de la terapéutica del estreñimiento crónico no representa sólo el alivio de dolencias que tienen una etiología mecánica, sino que lleva la inmensa ventaja de una profilaxia de neoplasias cecales que tienen como etiología frecuente la irritación permanente, producida por el paso difícil de materias excrementicias á través de estrecheces producidas por procesos inflamatorios de evolución prolongada.

VARIEDADES RARAS DE QUISTES ABDOMINALES

Durante el curso anterior he podido observar y operar en la clínica á mi cargo unas cuarenta neoplasias y procesos quísticos intraabdominales—hidatídicos y ováricos—principalmente. Pero de ellos, tres son dignos de ser conocidos y comentados, por lo insólito de su patogenia el uno, por lo raro de su localización el otro y por lo anómalo de su evolución el último.

1.º Se refiere á un enfermo de unos cincuenta años de edad, que ha sentido desde hace un año dolor vago y aumento de volumen en el epigastrio. A estos términos está reducida la historia. El individuo es relativamente robusto, tiene apetito, no vomita, no ha enflaquecido. El quimismo gástrico es normal, no hay sangre en las heces y el análisis hematológico acusa una linfocitosis manifiesta.

Datos. Son éstos escasos para una orientación diagnóstica. Mas tampoco daba gran luz la exploración del abdomen del enfermo, el cual aparecía abombado en su porción epigástrica, sin una sensación clara de tumor, sensación que no se reforzaba con la insuflación del estómago ni del colon.

Tampoco nos dieron más datos las exploraciones radiológicas que acusaban una pequeñez de cavidad gástrica verdaderamente anómala.

Procedimos á la intervención con el diagnóstico de quiste retrogástrico, probablemente pancreático.

Abierto el abdomen, penetramos en la región retroepiploica á través del epiplón gastrocólico; palpamos una tumoración dura renitente firmemente implantada en región posterior del abdomen; protegido todo el ámbito peritoneal, puncionamos y evacuamos con jeringa un líquido turbio, incindimos, y aparecieron, en las gasas protectoras, grumos sebáceos y pelos; era un dermoide retroperitoneal. Marsupializamos la bolsa y el curso fué el prolongado propio de estos casos.

De las dos teorías aplicables, la de la inclusión y la metamérica, nos parece más probable esta última.

Es un tanto difícil admitir que un segmento ectodérmico haya quedado pellizcado á esas profundidades, al evolucionar el embrión. Más lógico es de suponer que al ocurrir la segmentación del óvulo, una de las metamerías quedara aislada de las restantes, no concurriendo á la formación del individuo y produciendo órganos y tejidos sin ordenación alguna morfológica para llegar á la elaboración orgánica superior. Lo que nosotros evacuamos fué el último resultado de la degeneración de esos tejidos mal formados, que quedaron aislados del resto del organismo formando un quiste, que no puede llamarse en realidad dermoide; es más bien un teratoma, y quizás mejor, término evolutivo de la degeneración de un teratoma.

Hemos visto casos raros de quistes hidatídicos, pero estimo que supera á todos en cuanto á implantación anómala el siguiente.

Es el de un joven de unos diez y siete años, que un día sufrió una crisis súbita de retención urinaria. Se conjuró por el pronto, pero continuó con trastornos disúricos tan intensos que motivaron el diagnóstico gratuito y erróneo de cálculo enclavado en la uretra formulado por un médico.

A su entrada en la clínica presentaba un globo vesical duro y que ascendía unos cuatro dedos por encima de pubis. Practiqué un cateterismo cuidadoso y la sonda penetró sin dificultad por toda la uretra anterior, y si bien se insinuó en la posterior, se detuvo en región próxima á cuello, tropezando con un obstáculo que no me dió la sensación de estrechez, sino de tumoración. Hice un tacto rectal y encontré una enorme jiba en cara anterior de recto inmediatamente por

encima de esfínter, abultamiento que ascendía á una altura superior á lo que el dedo podía alcanzar. En una mujer hubiera diagnosticado un fibroma uterino de segmento inferior ocupando el fondo de Douglas. En este caso pensé en la posibilidad de un mioma rectal, de cara anterior, por haber tenido ocasión de operar otro, hace años, que extraje del fondo de Douglas, con implantación en cara anterior del recto. Pero en este caso la pared anterior del recto se deslizaba sobre la tumoración, y como por otra parte la exploración uretral me indicaba relaciones muy íntimas de la tumoración con la uretra posterior y cuello vesical, me incliné á admitir la implantación de la tumoración en vejiga. Y entre una laparotomía exploradora y una talla, opté por esta última.

La incisión sobre pubis me llevó directamente á la cara anterior vesical, es decir, que ya desde este momento pude convencerme de que la tumoración alcanzada por palpación era la vejiga cuyo fondo se elevaba considerablemente por encima de pubis rechazando hacia arriba el peritoneo.

Incindí su pared anterior, y cuando creí haber penetrado en cavidad, una oleada de líquido y una multitud de hidátides, me expresaron elocuentemente el diagnóstico.

Una vez evacuado el quiste, me di perfecta cuenta de su localización; se había desarrollado en el espesor de la pared vesical posterior, y al crecer forma relieve cada vez mayor en la cavidad vesical hasta llenarla, y hacer casi virtual sólo dicha cavidad; por esa razón al incindir yo la pared anterior, incindí también la posterior que empujada hacia delante por el desarrollo del quiste había venido á ponerse en contacto con la mucosa de dicha pared anterior.

Aquí se planteaba otro problema, la cavidad quística comunicaba con la vesical; era preciso, pues, evitar que la orina penetrara en ella, y si penetraba impedir que se remansara.

Procedí, pues, del siguiente modo: coloqué al enfermo en posición de talla; incindí el periné, despegué el recto hacia atrás, siguiendo el camino de la próstata; y colocando una pinza en la cavidad quística y empujando su fondo hacia abajo, lo incindí desde la abertura perineal, estableciendo un desagüe. Cerré con una sutura la pared vesical posterior, y dejé abierta la anterior, haciendo una cistostomía. Sin incidentes de ningún género, y en poco tiempo, relativamente, el enfermo salió de la clínica completamente curado, sin fístulas, ni suprapubiana, ni perineal.

Los quistes llamados paraováricos ó volfianos suscitan en el aspecto terapéutico problemas y dificultades de gran importancia. Todo proceso de aboleo embrionario, es decir, formado á expensas de elementos que en lugar de llegar á un término evolutivo orgánico normal quedaron en un rincón de la economía para dar origen á productos patológicos, llevan muchas veces un carácter de malignidad, ya estructural, ya topográfica. Dejemos aparte el primer aspecto que tiene su punto de discusión en el capítulo de los tumores malignos, y comentemos brevemente esa noción de *malignidad topográfica*.

Queremos significar con ello, que ese carácter de origen embrionario, crea una localización anómala, en virtud de la cual, las neoplasias de esa naturaleza contraen con los órganos vecinos relaciones de intimidad tan grandes, que su separación exige una laboriosísima disección, no siempre compatible con la integridad de aquéllos. Tal sucede con los quistes branquiales, insinuados entre los vasos del cuello, con prolongaciones profundas hacia región prevertebral disecando é insinuándose entre los espacios celulosos de la base y porción superior del cuello.

A semejanza de ellos algunos quistes paraováricos se

desenvuelven dentro del abdomen rellenando el espacio intraligamentario levantando y desplegando hojas mesentéricas, desplazando intestino y comprimiéndolo y exigiendo para su enucleación una suma tal de despegamientos, tracciones y maniobras, que constituyen un traumatismo operatorio formidable. A eso llamábamos malignidad de orden topográfica, porque lleva aneja una extraordinaria gravedad postoperatoria.

Entre los numerosos quistes intraligamentarios que hemos operado, recordamos dos de la variedad antes expuesta. El primero tenía el tamaño de dos cabezas de adulto. Se prolongaba hacia abajo hasta la base del ligamento ancho, emitiendo una prolongación piriforme entre vejiga y recto y rechazando fuertemente la matriz hacia la izquierda; levantaba la hoja mesentérica derecha, desplegaba un mesocolon largo y adhería íntimamente a S ílfaca y colon ascendente. La enucleación comenzó incindiendo por la parte superior el ligamento ancho, y desde allí subperitonealmente enucleando aquel enorme quiste de sus envolturas mesentéricas é intestinales. El despegamiento no fué en este caso dificultoso, porque las adherencias no eran íntimas; el tejido subperitoneal se separaba fácilmente del tumor; lo más difícil, ó mejor dicho, laborioso, fué la reconstitución de los espacios despegados para rehacer los mesos y ligamentos, en forma tal que no quedaran comprimidos los vasos nutricios y no resultaran espacios cruentos intraperitoneales, que tantas facilidades dan á la infección postoperatoria.

En otro caso, el quiste era mucho menor; estaba implantado en el ligamento ancho izquierdo y al crecer había empujado la S ílfaca en forma tal que ese segmento intestinal una especie de banda que cruzaba la cimera ó cúpula del tumor; el mesocolon considerablemente estirado cubría el polo superior del quiste presentando sus vasos tendidos sobre el mismo. Incindiendo el ligamento ancho y enucleado el quiste por abajo, realicé la disección teniendo cuidado de despegar de fuera adentro, incindiendo el peritoneo por la parte externa de la S ílfaca y respetando con gran cuidado aquellos vasos á que antes me he referido y que eran los vasos nutricios del intestino. En contraposición á lo ocurrido en el quiste del caso anterior, en éste el despegamiento fué extremadamente laborioso por adherencias íntimas de esa zona á la cubierta quística. Y ocurrió que á pesar de haber reconstituido el meso intestinal con sumo cuidado después de la enucleación del quiste, se produjeron fenómenos trombóticos mesentéricos que originaron mortificaciones parciales del tramo intestinal y la muerte de la enferma.

Véase por lo dicho cómo es justificada la expresión de malignidad por razones topográficas á que me referí en el comienzo de esta nota.

Trabajo de la Clínica Oftalmológica de la Facultad de Medicina de Madrid a cargo del profesor Marquez.

La parálisis recidivante dolorosa de los músculos oculares ó jaqueca oftalmoplégica (1)

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Ayudante de la Clínica, Académico C. y laureado de la Real y Nacional de Medicina.

En este día el dolor es continuo y se acompaña de un estado nauseoso.

(1) Véase el número anterior.

Día 5 de Febrero.—Selepone una inyección de $\frac{1}{2}$ c. c. de alocaina Lumier en el trayecto del nervio frontal en la escotadura supraorbitaria. Alivio durante cinco ó seis horas.

Día 7 de Febrero.—Una inyección de alcohol de 80° con un centigramo de estovaina ($\frac{1}{3}$ de c. c.), en el nervio frontal y mismo sitio, produciendo dolor intenso, pero sin la menor mejoría. En los días sucesivos va disminuyendo progresivamente de intensidad, habiendo desaparecido totalmente el día 18 de Febrero de 1922, y quedando solamente una sensación de hormigueo en la mitad izquierda del cráneo.

A su vez las parálisis oculares han aumentado, atacando al sexto par, que había estado intacto; quedando el ojo completamente inmóvil en la órbita con ligera exoftalmía directa, por parálisis de todos los músculos extrínsecos del ojo.

La sensibilidad de la córnea ha disminuído considerablemente con relación á la de la conjuntiva y de la piel.

El párpado paralítico comienza á ser levantado por suplencia del músculo frontal.

Esta rara afección conocida con nombres distintos, según los países, *parálisis periodica ó recidivante del motor ocular común*, en Alemania; *parálisis recidivante dolorosa de los músculos oculares*, en Inglaterra; *neuralgia y parálisis ocular de retorno periódico* (Parinaud y Marie), y *jaqueca oftalmoplégica* (Charcot), en Francia; fué dada á conocer por vez primera por Gubler en 1860, ocupándose posteriormente de ella Moebius (1884), Parinaud y Marie (1885), Weiss (1885), Senator (1887), Richter (1887), Manz (1889), Karplus (1898), Charcot (1890), Isola y León (1901), Molou (1905), Alex W. Stirling (1906), Koester (1907), Finlay (1908), Pascheff (1909), Giffó, Danis y nosotros (1920), que son los que únicamente hemos podido consultar.

El número de casos publicados hasta 1905, según Alex W. Stirling, era de 41, cifra que en 1907 se elevó á 88, al decir de Finlay; no llegando á 100 en 1920, según Marcel Danis. Para honra de la Oftalmología en lengua castellana, no son pocos los autores americanos (Demichieri, Isola y León, Valdés Anciano, Grande Rossi y Finlay) que han publicado observaciones, á las que habremos de unir nuestra primera ya publicada y las tres restantes que se acompañan; es decir, un total de cuatro observaciones personales, número elevado al que es difícil haya llegado ningún observador, dada la rareza de la afección.

De las observaciones publicadas y de las nuestras se puede deducir que el cuadro clínico y la evolución de esta afección son muy variables; pero siempre existen *síntomas constantes, fundamentales*, como son el dolor y la parálisis de uno ó de varios nervios motooculares, y es por ello por lo que, á nuestro juicio, la denominación más acertada sería la de *parálisis con dolor de los músculos oculares*, que no prejuzga nada de los caracteres del dolor y del ó de los nervios motooculares interesados en el proceso.

Otras veces se presentan síntomas distintos (llamados accesorios por los autores) que faltan de ordinario,

pero que llegan en ocasiones á ser tan numerosos como en nuestra observación primera.

Los caracteres especiales de cada uno de estos síntomas merecen un estudio detallado.

El dolor es siempre unilateral y el primero que abre la escena.

Comienza de ordinario por la región supraorbitaria (observaciones 1.^a, 2.^a y 4.^a), y desde allí se va extendiendo hacia las regiones frontal, parietal y temporal unas veces, y otras hasta la órbita y globo ocular inclusive (observación 3.^a), y más raramente empieza por la región occipital (observación 3.^a), desde donde se va propagando hacia adelante.

Lo característico del dolor es el asentar en la zona de inervación de la primera rama del trigémino y tener una localización difusa parecida á la hemicránea; aunque también suele presentar puntos dolorosos á la compresión en los sitios de emergencia de los dos primeros ramos del oftálmico (nasal externo en el ángulo superointerno de la órbita y frontal en la escotadura supraorbitaria), más raramente se interesa desde el principio la segunda rama del trigémino (observación 2.^a); pero con los progresos de la afección el maxilar superior y el inferior pueden llegar á interesarse (observación 1.^a).

Al principio el dolor es de poca duración (unos minutos ó un cuarto de hora) é intensidad, pero á medida que pasan los días se van haciendo progresivamente más fuertes y largos (de varias horas), llegando á hacerse continuos ó casi continuos con exacerbaciones vespertinas ó nocturnas. Los dolores se acompañan desde el principio de un estado nauseoso ó de vómitos, y cuando esto no ocurre al comienzo, aparecen estos síntomas más tarde, cuando la intensidad de los dolores ha aumentado (como en nuestra observación 4.^a).

Pasado un tiempo que varía de unos casos á otros, los dolores desaparecen como por encantamiento, para volver á reaparecer después con la misma y aun con mayor intensidad, y después de un tiempo en extremo variable, de días, semanas, meses y aun años (de tres años en la observación 1.^a), llevando diez y seis meses sin presentarse en la observación 2.^a, soliendo repetirse varias veces estos períodos de dolor y de calma en el curso de la afección.

La duración de los accesos dolorosos es muy variable: tres meses en el primero de los que sufrió nuestra observación 1.^a

La parálisis de los músculos motooculares es el otro elemento que con el dolor constituye la característica fundamental de la jaqueca oftalmoplégica. En la inmensa mayoría de los casos, es el tercer par el nervio interesado, ya solo, lo que casi es la regla, ó bien acompañado de la parálisis de los otros dos motooculares (cuarto y sexto pares), como en la observación 1.^a, ó de uno ú otro de estos últimos nervios, como en la observación 4.^a [Por excepción se citan casos en el que el nervio paralizado no era el tercero, sino el sexto (se han publicado ocho observaciones de este género), ó el cuarto par, lo que aún es todavía más raro.

Al principio no se trata de verdaderas parálisis motooculares, sino más bien de paresias, que con alternativas de mejoría y hasta de curación aparente (observación 2.^a) permanecen mayor ó menor tiempo, hasta que de un modo definitivo y permanente se instalan las parálisis de un grupo ó de todos los músculos oculares. Lo frecuente es, que sea el elevador del párpado superior el primeramente atacado (lo que hace que estos enfermos no se quejen de diplopia), al que sigue el recto interno y los restantes extrínsecos dependientes del tercer par y los de la musculatura intrínseca del ojo (midriasis y parálisis de la acomodación); pudiendo ser invadidos en el curso del padecimiento el recto externo y el oblicuo mayor, cuando no han sido, lo que es extraordinario, aun en los primeros períodos; presentándose entonces una ligera exoftalmía por oftalmoplegia total de los músculos intrínsecos del ojo.

No hay ninguna regla fija, ni aun siquiera aproximada, con respecto á la fecha de aparición de las parálisis motooculares. Por muchos autores se ha querido establecer una relación entre la presentación de los primeros síntomas paralíticos y la cesación ó disminución de los dolores. En nuestras observaciones, por el contrario, el aparato muscular del ojo se ha interesado, cuando los fenómenos dolorosos han alcanzado una inusitada intensidad (á los tres meses en la 1.^a observación, á los veintidós días en la 2.^a y á los catorce días en la 4.^a), no desapareciendo al instalarse el elemento paralítico.

Estas parálisis oculares, una vez establecidas, no retroceden, sino que son definitivas, permanentes, incurables; y es solamente al comienzo cuando se trata de simples paresias, cuando puede obtenerse una aparente curación, porque más ó menos pronto recidivan y entonces ya con los caracteres peculiares de las verdaderas parálisis. Los músculos extrínsecos oculares paralizados presentan pequeñas y escasas contracciones nistagmiformes, existiendo á la vez el estrabismo en relación con los músculos interesados y la diplopia correspondiente, que se pone en evidencia unas veces simplemente con levantar el párpado superior y otras con el cristal rojo en la cámara obscura.

Los síntomas accesorios faltan en muchos casos y cuando se presentan son de índole y número diverso, así: hipo ó hiperestesia del trigémino (Diarkachewitsch, Kollaitz); estrechamiento del campo visual (Thomsenn y nuestra observación 1.^a); escotoma centelleante (Lapersonne), afasia pasajera (Isola y León); tendencia al sueño (Finlay y nuestra observación 1.^a); atrofia óptica, contracciones generalizadas, pérdida de la memoria, idiotéz, parálisis facial, anestesia del trigémino (en nuestra observación 1.^a); hiperestesia en la zona del oftálmico (nuestra observación 3.^a) é hiperestesia de la piel con hipoestesia de la córnea y conjuntiva (nuestra observación 4.^a).

Esta es la literatura que hemos podido consultar.

La marcha de la afección parece ser fatalmente progresiva. A la fase dolorosa, se agrega la paralítica, que con intervalos de más ó menos largas remisiones del elemento dolor, conduce á perturbaciones de natu-

raleza distinta: sensoriales (pérdida de la visión, reducción, etc.), sensitivas (hipo anestesia total contrastando con los fuertes dolores), psíquicas, etc., etc., que llegan hasta producir la muerte como en nuestras observaciones 1.^a y 3.^a.

La frase de Senator, resume muy gráficamente la evolución de esta afección: *la enfermedad cesa de ser una parálisis periódica recidivante, para transformarse en una enfermedad continua, de exacerbaciones periódicas.*

Los puntos oscuros é interesantes de esta curiosa afección, se refieren á la etiología y á la patogenia.

Se habla en las publicaciones de que es enfermedad que predomina en la infancia y en la juventud, mientras que en nuestra experiencia, de cuatro enfermos, uno tenía veintinueve años y los otros tres cincuenta y seis, si bien todos estamos perfectamente de acuerdo en la mayor frecuencia en sexo femenino (3×1 en nuestra práctica) y en ser afección que demuestra cierta preferencia por las clases pobres de la sociedad; á la inversa de la jaqueca oftálmica que parece patrimonio de los intelectuales y de la clase acomodada.

La herencia nerviosa se confirma en gran número de observaciones (nuestra 1.^a y 2.^a), y al traumatismo parece también concedérsele cierta predisposición.

Ahora bien, en lo que no existe relación alguna es entre la jaqueca oftálmica y la oftalmoplégica, afecciones completamente distintas, en la etiología, sintomatología, evolución y pronóstico, así como también que la primera predisponga á la segunda, aunque se citan algunas observaciones, que más bien deben ser meras coincidencias, que consecuencia directa de una á otra. Tampoco se encuentran en todos los casos los antecedentes de hemicránea, en estos sujetos; de los nuestros solamente la había padecido la observación 2.^a

En ninguno de nuestros casos hemos encontrado la sífilis, ni ninguna otra afección general infecciosa. En cambio, los cuatro pacientes presentaban huellas indelebiles de miseria orgánica, y en la observación 2.^a existían lesiones diseminadas tuberculosas en el vértice de los pulmones.

Es, por tanto, muy aventurado, en el estado actual de los conocimientos, hacer responsable de la afección á las intoxicaciones, autointoxicaciones é infecciones sea cualquiera su naturaleza; puesto que causas distintas pueden determinar las lesiones anatomopatológicas, que la teoría dice y que las pocas autopsias comprueban, que deben existir en los nervios interesados.

Nosotros, y sin pretender imponer nuestro criterio, nos inclinamos en primer lugar del lado de la tuberculosis endocraneal y en segundo término del de las neoplasias y de los trastornos vasculares.

La patogenia es la parte más interesante de esta afección. Estamos hoy lejos de creer que una sola alteración funcional, sea de origen vasomotor, como pensaba Charcot, sea de otra índole, pueda determinar lesiones anatómicas de tanta monta, como las que más arriba mencionamos. Sólo á título de preludio patológico pudiera admitirse, pero en modo alguno cuando la enfermedad ya está constituida en su período de estado. Evidentemente que las lesiones deben ser de

importancia, puesto que lo son las consecuencias que acarrea; surgiendo en seguida la pregunta del sitio donde radican y de su naturaleza.

Desde el punto de vista práctico tiene gran importancia el conocer las cualidades de las lesiones que motivan esta afección, para disponer una terapéutica en consonancia de las mismas; pero por hoy este ideal se nos escapa y sólo se satisface la curiosidad científica investigando su emplazamiento. El asunto no es tan fácil de resolver en los primeros tiempos del padecimiento, cuando existen paresias ó parálisis parcelarias más ó menos fugaces ó erráticas; pero cuando las parálisis se instalan de una manera definitiva la decoración parece cambiar. El estudio razonado de cada síntoma nos pondrá en camino de la localización.

Lo primero que aparece es la neuralgia del trigémino, especialmente de sus ramas oftálmicas y maxilar superior, y su intensidad es parecida á la que presenta el síndrome de Gradenigo y como ella, la Anatomía dice que la lesión debe radicar en la base del cráneo, sea antes, en el ganglio de Gasser ó después de su división en las tres ramas, pero siempre antes de su paso por la hendidura esfenoidal, agujero redondo mayor y agujero oval, respectivamente; puesto que sería violento admitir una coincidencia patológica después de la salida del cráneo de estos nervios.

Antes del ganglio de Gasser, las lesiones del trigémino pueden ser nucleares, radicales y tronculares; no pudiendo aceptar ninguna de estas localizaciones por sencillas razones anatómicas, que no se ocultarán, tales son: en el suelo del cuarto ventrículo (protuberancia y bulbo raquídeo), los núcleos escalonados del quinto par. están en relación inmediata con los de origen de los nervios bulbo-protuberanciales y las lesiones de una región tan limitada habían de trascender á ellos. Igualmente puede decirse del trayecto intraprotuberancial de dicho nervio, en cuyo caso existirían las conocidas parálisis alternas, especialmente la protuberancial inferior ó de Millard-Gubler. Tampoco puede admitirse lesión en el corto trayecto desde la protuberancia al borde superior del peñasco, porque en dicho caso se interesa cuando existe alteración del líquido cefalorraquídeo, que se denuncia por otros síntomas diferentes.

Ahora bien, si se echa una ojeada sobre una buena lámina de anatomía, en la zona correspondiente á la inserción de las circunferencias de la tienda del cerebelo (por ejemplo, la 416 del tomo II de Testut, París, 1897), se observará, que á partir del borde superior del peñasco y limitando la parte interna de la fosa cerebral media, la duramadre se engruesa en forma de ligamento que van á insertarse en la apófisis clinoides anterior y posterior (circunferencia menor y mayor, respectivamente, de la tienda del cerebelo), á la vez que se desdobra al pasar el borde superior del peñasco, constituyendo la cavidad de Meckel, donde se aloja el ganglio de Gasser, y que en esta limitada región se encuentran, además de este ganglio y sus tres ramas, los nervios tercero y cuarto pares, así como el nervio óptico y la cintilla óptica correspondiente y el sexto par, camina más

profundamente encima del vértice del peñasco, para atravesar en seguida la pared del seno cavernoso é introducirse en su interior, mientras que el motor ocular común y el patético quedan adosados á la pared del mismo.

Pues bien, en esta *región* que no debe haber dificultad en denominarla de la *jaqueca oftalmoplégica*, es donde deben radicar las lesiones, seguramente de naturaleza meníngea (hemorrágica, inflamatoria ó neoplásica), responsables de tan enigmática afección.

Por las mismas razones asignadas al quinto par, no debe admitirse para el tercero, las localizaciones nucleares, radiculares y funiculares posteriores á la fosa cerebral media; lugar donde hemos dicho encuentra explicación la sintomatología mencionada.

Es probable que las lesiones que debutaron en esta intrincada región de la base del cráneo, se propaguen más tarde á otros lugares tanto meníngeos como encefálicos, lo que explique las parálisis del cuarto, sexto, segundo y séptimo pares y las convulsiones como en el caso primero y los trastornos mentales observados en algunos otros (el de los Dres. Isola y León terminó por la locura y el primero nuestro por la idiotez), y hasta la terminación fatal de nuestras observaciones primera y tercera.

Por otra parte, las escasas autopsias, que no pasan de cinco (Gubler, Weiss, Richter, Karplus y Shionoyer), han mostrado siempre, lesiones en el oculomotor común en la base del cráneo, siendo las más lejanas las encontradas por Weiss, que radicaban en el origen aparente del tercer par. Y en cuanto á la naturaleza de estas afecciones, una vez se trataba de espesamiento plástico de la duramadre, otra de granulaciones tuberculosas y en las tres restantes de neurofibromas del nervio.

El pronóstico de esta afección es muy grave, no sólo por lo que al aparato visual se refiere, sino también por lo que respecta á la vida; gran número de casos de esta índole terminan de un modo fatal debido á los progresos de la enfermedad.

Con respecto al tratamiento nada podemos decir en concreto. Las inyecciones de leche hicieron (al menos en apariencia) desaparecer el dolor en la observación 2.^a; produjeron alguna mejoría en la observación 3.^a y no sirvieron de nada en la observación 4.^a.

El carácter de extraordinaria violencia del dolor, junto con la resistencia á todas las medicaciones, nos ha llevado á pensar en el arrancamiento de los nervios nasal externo y frontal ó en las inyecciones de alcohol, en los casos de puntos dolorosos muy manifiestos á la salida de la órbita de dichos nervios, pero á título no más de paliativo.

Bibliografía.

Dr. Molou: Jaqueca oftalmoplégica periódica.—*Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, 1905, pág. 630.

Dr. C. E. Finlay: Consideraciones sobre un caso de parálisis recidivante del motor ocular común (Jaqueca oftalmoplégica) *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, 1908, página 8.

Dr. Alex W. Stirling: Paralysis recidivante des muscles

oculaires, accompagnée de douleur.—*Archives d'Ophthalmologie*, 1906, pág. 54.

Dr. Koster: Sur la paralysie recidivante, alternée de l'oculo-moteur.—*Archives d'Ophthalmologie*, 1907, pág. 43.

Dr. Pascheff: Sur une paralysie alterne particulier. Ophthalmologie sensitivo motrice directe totale et hemiplegie motrice croisée d'origine traumatique.—*Archives d'Ophthalmologie*, 1909, pág. 185.

Dr. Ch. Sauvinau: De la migraine ophthalmoplégique.—*Encyclopedie française d'Ophthalmologie*, tomo VII, pág. 623.

Dres. A. Isola y J. León: Jaqueca oftalmoplégica, Sociedad de Medicina de Montevideo, sesión de 8 de Marzo de 1901.—*Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, mes de Diciembre de 1901, pág. 594.

Testut: Anatomie Humaine, 3.^a edición francesa, tomo II, páginas 493 y 572.

Dr. Marcel Danis: Paralysie recidivante de l'oculo-moteur, externe.—*Annales d'Oculistique*, Octubre de 1920, página 624.

Dr. Félix Giffó: Sur un caso de migraine ophthalmoplégique.—*Archives d'Ophthalmologie*, Septiembre de 1920, página 550.

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.

Comparables en cierto modo á las especies medicinales anteriores son los medicamentos dados á conocer, hace pocos años, con el nombre de *energétenos*, constituidos esencialmente por zumos vegetales frescos, obtenidos al abrigo del aire por un procedimiento especial, no bien conocido hasta ahora, en el que, al parecer, se utiliza la acción plasmolizante de un agente apropiado, el éter casi siempre, que permite conservarlos sin el auxilio del calor ni del alcohol.

Con estos productos Byla y Delonay han formado un grupo genérico bajo el expresivo título de *Opoterapia vegetal*, fundándose para establecerlo en las siguientes consideraciones, que expresan con toda claridad la razón biológica de estas nuevas especies terapéuticas.

«Los jugos de las plantas, extraídos en condiciones de la más posible identidad con el vegetal fresco, constituyen agentes farmacodinámicos del mismo orden que los extraídos de los animales: unos y otros contienen fermentos solubles, albuminoides activos, sustancias de función amoniocuaternaria, aminas, cetonas, fenoles, etc., y sus efectos farmacodinámicos manifiestan, en ciertos casos, una analogía sorprendente. Así, por ejemplo, el extracto de hipófisis puede, hasta cierto punto, compararse al jugo de digital por sus efectos tónico-cardíacos y excito-musculares. Por otra parte, la farmacología nos enseña que algunos principios, como la *colina*, se producen lo mismo en la célula animal que en la vegetal, y las investigaciones de la química tienden cada vez más á unificar el proceso biológico de los dos reinos.

Los ensayos practicados sobre la exolisis de los tejidos animales en presencia de los disolventes neutros, nos han permitido obtener jugos de órganos animales activos y estables, y después, aplicando los mismos métodos á los tejidos vegetales, hemos conseguido jugos de plantas que constitu-

(1) Véase el número anterior.

yen verdaderos complejos vegetales manifiestamente afines a los producidos por los tejidos animales, dotados de una actividad terapéutica tan efectiva como lo de los primitivos opoterápicos.

Su estudio farmacodinámico ha demostrado que, junto á cuerpos activos químicamente definidos, existen sustancias mal conocidas, sean sinérgicas, sean coadyuvantes, que acrecen ó modifican en determinado sentido las propiedades de estos cuerpos: los albuminoides, las oxidasas, las mismas sustancias minerales desempeñan un papel importante en estas preparaciones, transmitiéndoles una actividad terapéutica que es imposible asegurar en los principios aislados.

Los actuales trabajos de la farmacología tienden á realizar, como desde un principio lo anunció Perrot, el *desideratum* de Van Helmoncio: «Preparaciones que representen la totalidad de los principios activos de la planta fresca, y cuya actividad fármaco-dinámica sea siempre igual y la misma su composición».

Los energétenos, lo mismo que los dializados y los intractos, representan indudablemente un avance notorio y positivo en la tarea emprendida desde hace algunos años con el fin de restaurar el clásico galenismo, algo cuarteado en sus cimientos, por medio de preparaciones racionales, nuevas por la concepción que inspira su empleo actual, pero cuyo origen, en algunos casos, indudablemente se halla en germen en aquellos zumos acuosos, herbáceos, frescos, puros, más ó menos concentrados, que utilizaron ya las antiguas colectividades humanas para la curación ó el alivio de sus enfermedades. *Nihil novum sub sole*.

VII

Necesidad sentida en todos los tiempos, y aspiración constante de médicos y farmacéuticos de todos los países, ha sido el empleo de medicamentos de composición fija y energía terapéutica uniforme é invariable; pero los medios puestos en práctica para conseguirlo han variado en cada época á compás del progreso de las ciencias físicoquímicas y naturales, de las que, como es sabido, se deriva y nutre la farmacología, tomando esta palabra en su más amplia acepción.

Antiguamente, antes de que se instituyeran los Códigos de medicamentos o Farmacopeas oficiales, las preparaciones galénicas se elaboraban con arreglo á fórmulas cuyos componentes en muchos casos eran distintos cualitativa y cuantitativamente para las del mismo nombre, incluidas ó descritas en unas ó en otras obras de las utilizadas entonces como fuente de conocimiento ó de consulta. Y como por otra parte eran distintos también, según el autor cuya doctrina se siguiera, los complicados procesos operatorios á que habían de ser sometidas las primeras materias para obtener un mismo producto, resultaban éstos con actividad ó energía terapéutica diferente en cada caso, ocasionándose con todo ello graves perjuicios, á veces irreparables, á los enfermos que hubieran de utilizar aquéllos.

Para obviar tales inconvenientes se pensó en sistematizar, unificándola, la preparación de medicamentos con arreglo á normas y preceptos consignados en un libro único, por el cual habrían de regirse los farmacéuticos en sus operaciones, en virtud de orden superior emanada de autoridad competente.

En aquella época sólo se tenían nociones de la composición inmediata de las drogas naturales; no se conocían tampoco cuáles fueran sus principios activos, ni por consiguiendo las alteraciones que eran susceptibles de experimentar bajo el influjo de los agentes naturales utilizados en las di-

versas técnicas operatorias; y el análisis químico estaba en la infancia, ó, mejor dicho, no había nacido aún. Era, pues, lógico y natural que en las primeras Farmacopeas oficiales se tratase de resolver el problema dictando reglas para elegir con el mayor esmero los materiales farmacéuticos y establecer la absoluta identidad de los procedimientos de obtención, describiéndolos cuidadosamente sin omitir ninguno de sus minuciosos detalles, para lograr así la *uniformidad del preparado*, de la cual era también consecuencia inmediata, según el criterio de aquel entonces, la *uniformidad de actividad* medicinal del producto resultante.

Después, al constituirse científicamente la química, erigiéndose á la vez en base y sostén de la farmacología racional, pudo comprobarse que materiales idénticos por su aspecto y por sus caracteres exteriores y de estructura, suelen estar dotados de diversa energía, según la localidad de procedencia aun dentro del mismo país, ó las condiciones que hubiesen presidido á su recolección y conservación; y como además, merced al progreso del análisis, se descubrían cada día nuevas especies químicas en los productos naturales, á la par que se iban conociendo de modo más completo las transformaciones producidas por el calor, el aire, etc., en la naturaleza íntima de aquéllos y en el modo de ser ó de estar sus principios activos (transformaciones que se reflejan ulteriormente en la mayor ó menor proporción de ellos contenida en el preparado medicamentoso final), se advirtió la necesidad absoluta de valorar químicamente siempre que fuera posible, no sólo las drogas y plantas activas que constituyen las primeras materias, sino también las preparaciones ya elaboradas para diluirlas ó concentrarlas, según se necesite, á fin de lograr que su potencial terapéutico sea el previamente acordado para cada una de ellas y se conserve fijo dentro de ciertos límites; es decir, que en todos los casos ha de estar bien determinada la duración de la virtualidad del medicamento para no correr el riesgo de que por alteraciones inesperadas ó desconocidas dejen de responder á lo que de ellos se promete el médico al prescribirlos.

De lo expuesto se infiere que los preparados galénicos activos de origen vegetal, de composición y potencial terapéutico indeterminados y variables, son incompatibles con el actual grado de adelantamiento científico y deben ser proscritos del uso corriente; tal es, al menos, la tendencia de la farmacología moderna, según puede comprobarse examinando comparativamente las Farmacopeas publicadas en tiempos aun no muy remotos con las aparecidas en los últimos años, en las cuales se procura que toda preparación, cualquiera que sea su complejidad, tenga los caracteres y atributos de una especie medicinal definida, siendo en consecuencia misión primordial, propia é ineludible del farmacéutico, responder, según ciencia y ley, de la unidad del preparado respecto al tipo de composición y valoración de energía adoptado por el Código ó en otro caso sancionado por la costumbre, disponiéndole además en condiciones tales que garanticen en todo momento su manera de conducirse al ponerse en contacto con el organismo enfermo para que, produciendo efectos beneficiosos, restaure el equilibrio funcional roto ó relajado al estado armónico normal que es la salud.

Teóricamente, para valorar el potencial terapéutico de una droga vegetal ó de una preparación galénica cuya sería preciso determinar cuantitativamente con toda exactitud cada uno de los principios activos cuya existencia en ella se ha comprobado; pero como de una parte en gran número de medicamentos complejos no se sabe de modo cierto y positivo cuántos y cuáles son aquéllos, y de otra la dosificación individual de cada uno sería tarea larga y enojosa, pro-

pia sólo de trabajos de especulación científica, para armonizar en terreno común las aspiraciones del ideal con las exigencias tangibles de la realidad en la práctica profesional, se ha convenido, al instituir los métodos analíticos propios para la valoración de la energía farmacodinámica de los productos referidos, en admitir para algunos de ellos que dicha energía está representada con suficiente exactitud, cualitativa y cuantitativamente, por un solo principio activo dominante sobre los demás, conocidos ó no, con él coexistentes, los cuales aumentan ó disminuyen paralelamente á aquél; y en tal supuesto, no del todo cierto según se ha dicho en páginas anteriores, el problema se reduce á averiguar con toda la precisión posible la cantidad del citado principio contenida en un peso dado del material ó de sus preparaciones oficinales.

Y cuando los efectos terapéuticos de éstas no pueden atribuirse, ni convencionalmente siquiera, sin error manifiesto más que á la totalidad ó á varias reunidas de las especies químicas que contienen, la determinación cuantitativa de éstas se hace en bloque, admitiéndose que en el conjunto guardan siempre la misma relación armónica, respecto de las demás, cada una de las substancias activas que lo integran.

Sea como quiera, los procedimientos de cuantificación química utilizados en la farmacia práctica pueden ser ponderales ó volumétricos, no habiendo unanimidad en los tratadistas, ni en los Códigos, respecto á la adopción de unos ú otros, lo que no es de extrañar porque ninguna de las dos maneras generales de operar es tan perfecta que puedan considerarse como indiscutibles su preferencia y superioridad.

Es cierto, sin duda, que los métodos ponderales son más exactos que los volumétricos, pero no lo es menos que su técnica es también mucho más larga, complicada y minuciosa, si han de lograrse resultados precisos; en cambio, la volumetría tiene las ventajas de la sencillez y de la brevedad y los inconvenientes derivados del empleo de medidas de volumen. La mayoría de los farmacólogos y autores competentes en estas materias se han pronunciado en Conferencias y Congresos por el principio de la adopción de procedimientos ponderales cuantas veces sea posible, considerando que la rapidez y economía de tiempo de un método suelen estar contrarrestadas á menudo por la mayor precisión de otros menos rápidos, pero más seguros.

A pesar de esto hay que reconocer que en la actualidad los procedimientos volumétricos gozan de gran favor entre los profesionales prácticos y son los preferidos, en general, por las Farmacopeas modernas, á lo que contribuye de modo eficaz el perfeccionamiento técnico logrado con el empleo de nuevos indicadores y reactivos especialmente sensibles, que han permitido fundar métodos sencillos y exactos adaptables á los laboratorios farmacéuticos.

Carezo de la autoridad necesaria para sustentar criterio propio en este asunto; he de permitirme, sin embargo, consignar que, en la valoración química de las preparaciones galénicas vegetales, considero preferible el procedimiento volumétrico al ponderal cuando se trata de productos de un solo alcaloide, ó de varios, cuyo peso molecular medio está bien determinado y admitido después de múltiples investigaciones, ó cuyos pesos moleculares son idénticos ó muy próximos; pero que, en cambio, deberá procederse por pesada, aparte, claro es, los casos en que el principio activo no sea susceptible de ser dosificado volumétricamente, cuando se trate de preparaciones y productos que contienen muchos alcaloides, de pesos moleculares muy distintos, cuyo término medio no puede fijarse ó definirse, ya sea á causa de una

gran variabilidad de sus proporciones, ya por la presencia de alcaloides no bien conocidos; y, por último, en la valoración de ciertos medicamentos complejos continentales de cuerpos no alcaloídicos, pero que, siendo capaces de saturar el ácido, hacen que la cifra obtenida volumétricamente sea más elevada que la obtenida por pesada.

Lo que sí puede afirmarse, es que en la exactitud de los datos suministrados por la volumetría, aplicada á la valoración de las preparaciones galénicas complejas, influye extraordinariamente lo que Lyman Kleber denomina *factor personal de error*, consistente en la dificultad de elegir y apreciar en cada ensayo el matiz considerado como término de la reacción; sabido es que la naturaleza básica de los alcaloides, menos marcada que la de los álcalis minerales, no les permite actuar con la misma energía sobre los indicadores coloreados, de donde resultan en la mayoría de los casos coloraciones progresivas y tintas pasajeras capaces de inducir á error, á lo cual contribuye también, cuando se opera con los alcaloides impuros y sus líquidos de extracción, la presencia de materias colorantes extrañas que, frecuentemente, suelen enmascarar y hasta ocultar el matiz indicador del final de la reacción.

Al fin y al cabo, no hay que olvidar que en todo análisis cuantitativo existen causas de error inevitables, por muchas precauciones que se tomen y por grande que sea el cuidado con que se opere; pero no cabe duda de que el valor de estos errores es mayor en los métodos ponderales que en los volumétricos, cuando se trata de aplicarlos á la determinación de la riqueza activa de los materiales farmacéuticos y sus preparaciones galénicas incluidas en las Farmacopeas; la mayoría de las cuales describe el manual operatorio aplicable á cada caso, con la claridad y precisión necesarias para ser ejecutados sin tropiezo, y obtener á la vez resultados suficientemente exactos, al objeto de fijar la energía ó potencial terapéutico de los productos y medicamentos oficinales complejos.

VIII

El intercambio industrial, comercial y financiero, juntamente con la facilidad de comunicaciones, han dado pasos avanzadísimos que nadie era capaz de prever y que contribuyen á establecer una analogía, cada vez mayor, de usos, costumbres y necesidades, como secuela obligada del cosmopolitismo reinante. Esta influencia se ha reflejado también, como no podía menos de suceder, en el ejercicio profesional de la farmacia, haciendo que poco á poco pierda ésta algo de su aspecto peculiar en cada país y adquiera, en cambio, caracteres de universalidad, tanto en lo que constituye la materia médico-farmacéutica, como en lo concerniente á las formas y modos de aplicar los remedios. No es, pues, extraño que de igual manera que se concibió el ideal, ya en gran parte realizado, de unificar, por ejemplo, el sistema de pesas y medidas, sustituyendo el de cada nación por uno igual para todas, y así como se persigue hoy la adopción de un idioma universal, se haya pensado desde hace muchos años en la conveniencia de unificar el potencial terapéutico de los medicamentos complejos inscritos con nombres análogos en los diferentes Códigos oficiales.

Ya en el Congreso de Farmacia de París de 1867, se discutieron los medios de redactar un Formulario Universal obligatorio para los medicamentos oficinales, con el propósito de unificar su composición en todas las farmacias del mundo; posteriormente, en los de Viena y San Petersburgo, se reprodujo la cuestión y se deliberó sobre un proyecto redactado por la Sociedad de Farmacia de París, al que siguió otro de Von Waldheim, y sometidos los dos al examen de

las Comisiones internacionales, éstas reconocieron que, siendo el problema demasiado complejo, la prudencia aconsejaba limitarlo con el fin de aproximarse poco á poco á su completa realización.

En 1893, el Congreso de Chicago nombró una Comisión encargada de estudiar la manera de constituir otra *Permanente* que redactase una Farmacopea internacional, limitada á los medicamentos activos, y cinco años después, en 1898, la Real Academia de Medicina de Bélgica, á propuesta de M. Rommelaere, pidió al Gobierno de su país que estableciese las negociaciones necesarias con los Gobiernos extranjeros, con objeto de redactar una Farmacopea internacional.

Pero semejante aspiración no ha comenzado á tener realidad práctica hasta la Conferencia de Bruselas de 1902, integrada por los representantes de 17 naciones europeas y el de los Estados Unidos de América, en la que se fijaron de modo taxativo los nombres, los métodos de preparación y la riqueza activa de cierto número de medicamentos heroicos, común y universalmente utilizados por la clínica.

Los acuerdos tomados en dicha Asamblea no han sido objeto en general de impugnaciones teóricas, pero, en cambio, su aplicación práctica ha tropezado con algunas dificultades, entre las cuales debemos mencionar, por ser las únicas interesantes para el farmacéutico, las referentes á la determinación cuantitativa de los principios activos contenidos en cada una de las preparaciones unificadas, dificultades derivadas de la elección del método más apropiado para efectuar aquélla, puesto que la referida Convención no se ocupó de este punto, y, por consiguiente, cada Estado quedó en libertad de adoptar en su Farmacopea los procedimientos de cuantificación química que ha tenido por más convenientes.

Cuando se trata de medicamentos cuyo principio activo es inorgánico, como el arsénico, el mercurio, etc., la dosificación de estos cuerpos puede hacerse por un solo operador, empleando distintos métodos, ó por varios operadores, utilizando un solo procedimiento, sin que el resultado final varíe sensiblemente, al menos dentro de ciertos límites; más, aun para estos casos, se comprende la utilidad de incluir en las Farmacopeas métodos analíticos uniformes, sencillos, fáciles de ejecutar en todos los laboratorios de Farmacia y aplicables á los medicamentos análogos de otros Códigos.

Pero si el problema consiste en dosificar especies orgánicas, alcaloides, por ejemplo, caso el más frecuente en la apreciación del potencial terapéutico de los medicamentos galénicos y drogas vegetales, no hay un método general capaz de servir indiferentemente para valorarlos en todos los productos, resultando, en consecuencia, que los procedimientos utilizables son esencialmente particulares y apropiados á un solo principio ó grupo de principios; carecen del carácter absoluto ó casi absoluto de los de la química mineral; los resultados que producen no tienen á menudo más que un valor relativo y no son siempre muy satisfactorios en cuanto á su exactitud.

Para convencerse de ello basta considerar la diversidad de procedimientos de análisis químico cuantitativo propuestos para un mismo material ó una misma preparación por los mismos tratadistas, cada uno de los cuales preconiza el suyo; multiplicidad demostrativa por sí sola de que ninguno de aquéllos es perfecto, pero que además pueden ser causa de que se asigne á una misma sustancia proporciones diferentes de principio activo, según el método seguido para determinarlo; así una muestra de opio, por ejemplo, valorada cuantitativamente según los procedimientos inscritos en las diversas Farmacopeas, puede resultar con cantidades de morfina variables entre 10 y 15 por 100, y otro tanto puede afirmarse para los demás productos complejos.

Cuando se trata de preparaciones galénicas vegetales, especialmente de algunas, una nueva dificultad se presenta, y es que, en efecto, no es posible aplicar á un medicamento complejo una técnica elegida al azar para determinar cuantitativamente su principio ó principios activos, sino que es preciso, para no incurrir en error, que dicho medicamento haya sido obtenido exactamente del modo descrito en la Farmacopea de donde se haya tomado el método de valoración, porque éste ha sido instituído sólo para tal preparado, y únicamente podrá aplicarse á otros análogos, incluidos en otros Códigos diferentes, después de hacer numerosos ensayos y pruebas para contrastar los resultados. Sabido es que la menor modificación en el *modus faciendi* seguido para elaborar las preparaciones complejas, aunque al parecer sólo sea de detalle, como es la mayor ó menor concentración del menstuo, la temperatura á que se opera, etcétera, pueden hacer imposible, ó inadecuado al menos, el empleo de determinado método de cuantificación química que, sin embargo, ha dado excelentes resultados al aplicarle á la preparación del mismo nombre inscrita en la Farmacopea correspondiente.

En resumen, que el problema de la unificación del potencial terapéutico de los materiales y medicamentos complejos de origen vegetal exige, como condición *sine qua non*, el establecimiento de métodos analíticos internacionales ó universales para la determinación química de la energía de aquéllos, siendo además indispensable en este último caso describir minuciosamente, sin omitir ningún detalle por nimio que parezca, el método que debe seguirse para elaborarlos.

Es notorio que se ha dado un gran paso en el camino indicado con la incorporación á las Farmacopeas de distintos países de los acuerdos tomados en la referida Conferencia de Bruselas; pero esto, con ser mucho, no basta, y es necesario proseguir y terminar la obra emprendida y apenas esbozada en dicha Asamblea, con el fin de obviar las dificultades antes citadas y resolver lo concerniente á diversos medicamentos no codificados por ella.

A mi juicio debería adoptarse para cada producto y preparación de actividad notable y utilidad general reconocida, una *especie farmacéutica tipo* que sería obtenida y valorada por un *procedimiento universal único*, cuyas principales características habrían de ser: *sencillo* en las manipulaciones, *expedito* en el procedimiento, *claro y conciso* en el lenguaje, y, por último, de *fácil aplicación* en todo momento, utilizando los medios de trabajo que deben existir en todos los laboratorios profesionales de farmacia.

Para llevar á cabo lo apuntado, y como complemento suyo, acaso fuera conveniente constituir la *Unión Médico-Farmacéutica Internacional*, invitando á formar parte de ella á todas ó la mayor parte de las naciones civilizadas, obligándose las adheridas á aceptar y hacer cumplir los acuerdos que se tomaran en las reuniones que periódicamente deberían celebrar los delegados ó representantes de cada una de aquéllas.

No se ocultan a vuestra perspicacia las ventajas de realizar lo que propongo, limitándome, por lo tanto, á hacer resaltar la garantía que tendrían los enfermos que se trasladasen de uno á otro país, de no cambiar de medicamentos á la vez que de idioma; y los inmensos beneficios resultantes de hacer que desapareciese la incertidumbre de los médicos que, al leer las historias clínicas publicadas por sus colegas extranjeros, se proponen emplear el mismo tratamiento farmacológico en análogos casos; ni ocurrirían tampoco entonces los fracasos de que se lamentan en muchas ocasiones al prescribir y aplicar remedios de nombre análogo al de

los recomendados en revistas, obras y folletos científico-profesionales, remedios que frecuentemente suelen tener de común sólo la denominación, pero que la mayor parte de las veces no pueden ser más distintos en su acción y energía fisioterapéuticas.

IX

El sucesivo é incesante progreso de las ciencias físico-químicas y naturales en todas sus manifestaciones, ha elevado á la Farmacología actual hasta un grado de adelantamiento extraordinario, dotándola de medios de investigación y de trabajo más perfectos cada día, merced á la adopción de novísimos procedimientos de análisis y al empleo de técnicas operatorias que permiten utilizar con delicadeza suma las múltiples formas de la energía como auxiliares indispensables de la producción en las diversas operaciones de laboratorio.

El avance ha sido particularmente considerable en el campo de la química de los materiales farmacéuticos, como lo patentiza el sinnúmero de especies inmediatas descubiertas y aisladas de los mismos y el conocimiento más exacto que se va teniendo de su localización y del modo de estar contenidas y agrupadas en ellos, en forma de compuestos de constitución delicadísima y compleja, desconocida todavía en algunos casos, pero perfectamente demostrada en otros, gracias á perseverantes y repetidos estudios llevados á cabo por los más distinguidos investigadores de todos los países en estos últimos años, especialmente desde que la opinión médica universal ha reaccionado en favor de las preparaciones de origen vegetal.

Consecuencia de esto es la importancia, cada vez mayor, que se concede al análisis químico aplicado al estudio de los medicamentos galénicos, y también que el número de los que todavía pueden sustraerse á la comprobación de su potencial terapéutico sea cada día más restringido.

Mas á pesar de todo, forzoso es confesar que en ciertos casos se presentan grandes dificultades para identificar pequeñas cantidades de principios activos ó para determinar cuantitativamente los contenidos en alguna droga ó preparación medicinal suya; unas veces porque no se conocen reacciones específicas suficientemente sensibles para caracterizar algunos con la seguridad necesaria, y otras porque muchos vegetales y productos contienen sus materias activas en forma tal que, hasta ahora, no se ha logrado separarlos metódicamente, ni hacer una dosificación química rigurosa de ellos.

En fin, como ya dije al comienzo de este trabajo, existen ciertos productos complejos, de eficacia comprobada hasta la evidencia, cuyos principios activos se desconocen, y algunos en los cuales el efecto terapéutico de los conocidos no corresponde enteramente al del medicamento, ya sea debido á la existencia de alguno ignorado todavía, ya á que la presencia de otras sustancias, no bien determinadas, influya en la absorción de aquel por el organismo, como verosíblemente se puede suponer que ocurre con la digital y varios otros.

Se comprende, pues, que para muchos preparados son insuficientes los métodos físico-químicos conocidos hasta hoy, para determinar su potencial terapéutico; pero como no por eso hemos de renunciar á obtenerlos y dispensarlos con energía farmacodinámica conocida y uniforme, surgió en los farmacólogos la idea de utilizar, para medir dicha energía, el reactivo bioquímico, es decir, la materia viva. Tal es el origen del moderno *método fisiológico* para la valoración terapéutica de los medicamentos complejos, acogido con gran entusiasmo por algunos tratadistas, pero cuyas ventajas é

inconvenientes son todavía objeto de empeñada discusión entre los más caracterizados profesionales de las ciencias sanitarias.

La prioridad en el empleo racional de la materia viva como reactivo corresponde, sin duda, á la Toxicología, en la que se utiliza frecuentemente, por cuantos á ella nos dedicamos, unas veces, para investigar cualitativamente ciertos venenos ó para confirmar, en cuanto es posible, los resultados obtenidos por los procedimientos químicos, y otras para deducir de la acción fisiológica del cuerpo aislado la probable naturaleza química del mismo y encaminar las investigaciones en el sentido más conveniente.

Se sabe, en efecto, que algunos tóxicos manifiestan, respecto de tal ó cual órgano, una afinidad electiva tan marcada, que la acción que ejercen sobre los demás es nula ó apenas perceptible, en tanto que sobre el órgano de elección es tan señalada é importante que puede considerarse como específica, bastando, además, en muchos casos mínimas cantidades del cuerpo problema para que el efecto se produzca con toda claridad; tal sucede, por ejemplo, con la *atropina* respecto de la pupila; la *cantaridina*, que actúa como revulsivo intenso, aun en cortísima porción; la *estricnina*, capaz de provocar, á dosis extremadamente pequeñas, violentas contracciones tetánicas en la rana, etc.

Conocidas estas acciones, realizadas algunas experiencias *in vivo* y teniendo también en cuenta diversos datos aportados por el empirismo, se ha pensado en la posibilidad de aprovechar la acción fisiológica específica producida en ciertos animales por determinadas sustancias, para la valoración de las mismas en los materiales farmacéuticos y medicamentos complejos de origen vegetal, especialmente cuando se trata de productos tan activos como los preparados á base de digital, estrofantó, cáñamo indiano, cornezuelo de centeno y otros, en los cuales, además, el análisis químico no alcanza eficacia bastante para darnos á conocer con exactitud su *composición utilizable*, según acertada frase del doctor Hernando, ni por consiguiente el verdadero potencial ó energía terapéutica del medicamento.

El problema de la valoración fisiológica de las preparaciones galénicas activas es, pues, interesantísimo y de excepcional importancia, habiendo sido objeto de numerosos trabajos efectuados por prestigiosos investigadores, y tema de controversia apasionada en Congresos y Conferencias científico-profesionales.

A Bennefeld, que en 1881 estudió la actividad de diversas tinturas de digital, preparadas con plantas de diferentes regiones de Alemania, empleando conejos como animales de experimentación, se atribuye generalmente la primacía en la aplicación del método biológico á la determinación de potencial terapéutico; pero ya antes, en 1865, Fagge y Stevenson habían utilizado las ranas como reactivo para comparar la diferente toxicidad de algunas materias venenosas, como la escila, el eléboro negro, etc., si bien las experiencias las realizaron sólo con fines aplicables á la toxicología médico-legal.

Después, especialmente á partir de 1898, hacia cuya época se empezó á hablar de la valoración fisiológica, se han ocupado de este asunto diversos autores, entre los que merecen citarse Houghton, Hatcher, Focke, Santesson, Schmiedeberg, Robert, Famulener y Lyons, Hale, Joanin, Ehrmann, Lawen, Ruitinga, Hernando, Alday, etc., muchos de los cuales han propuesto sucesivamente, y á este fin, numerosos procedimientos, tantos que su misma multiplicidad podría estimarse, en cierto modo, como prueba de la imperfección é insuficiencia del método biológico.

No es posible en un trabajo de esta índole, ni tampoco

sería oportuno ahora, describir detalladamente cada uno de los procedimientos ideados por la valoración fisiológica de los productos galénicos de origen vegetal; me limitaré, por consiguiente, á exponer algunas consideraciones de carácter general sobre los mismos.

Estudiándolos en conjunto se advierte, desde luego, que constituyen dos clases, definidas según que se utilicen animales de sangre caliente, perro, gato, conejo, etc., ó de sangre fría, rana, principalmente; y que, por el modo de proceder al practicarlos, se pueden agrupar en métodos fundados en la *determinación de la dosis letal mínima; métodos del corazón*, en los que se averigua la dosis del medicamento capaz de paralizar en sístole el corazón de una rana de peso dado, en un tiempo variable de algunos minutos (Focke) á una hora (Famulener y Lyons); y *métodos de la presión de la sangre*, en los cuales, mediante aparatos apropiados, se miden las variaciones experimentadas por dicha presión bajo la influencia de una cantidad determinada de medicamento tipo y de otra del preparado que se examina. Y claro es que siendo varias más las acciones fisiológicas que pueden utilizarse, existen otros métodos fundados en ellas, como es, por ejemplo, el consistente en apreciar, con tanta exactitud como sea posible, la dosis de la preparación que se ensaya necesaria para producir en el perro determinados síntomas de incoordinación muscular y ajustar su fuerza á la de un preparado patrón.

Cada uno de los métodos genéricamente indicados y, por lógica consecuencia, los diversos procedimientos derivados de los mismos, ha sido defendido y censurado alternativamente por distintos tratadistas, que los han examinado fijándose unos en la mayor ó menor complicación de la técnica operatoria, y otros en el grado relativo de exactitud de los datos obtenidos. Desde este punto de vista, el más interesante á mi juicio para el farmacéutico, puede afirmarse que los procedimientos fisiológicos propuestos para apreciar el potencial terapéutico de los medicamentos complejos de origen vegetal adolecen de falta de precisión en sus resultados por imperfección del método considerado en general.

(Continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Lipodistrofia progresiva.**—El Dr. August Ltrauch comunica el siguiente caso clínico:

Anamnesis.—La señora C. S., de veintisiete años, nacida en este país, tuvo escarlatina, sarampión, viruela y difteria, pero por demás, fué una niña sana y vigorosa, normal de cuerpo. La madre, nacida en una región bociógena, de origen alemán, tenía un bocio grande, y era muy obesa, "pesando 220 libras (99,8 kilogramos). La hermana pesaba 125 libras (56,7 kilogramos).

Entre las edades de once y diez y siete años, el cuerpo de la enferma era bastante lleno, la cara «redonda» y las mejillas sonrosadas; era la imagen de la salud. Los miembros inferiores eran entonces algo obesos. Pesaba, á los diez y siete años, 150 libras (68 kilogramos), continuando aproximadamente lo mismo hasta la edad de diez y nueve años. En esta fecha comenzaron á emaciarse progresivamente la cara y el cuello y á desaparecer el color sonrosado, aunque el apetito era muy bueno y se sentía bien. A los veinte años había perdido mucha de su plenitud en el tórax, los brazos y la porción superior del abdomen. Por otro lado, la porción inferior del cuerpo, y en particular las extremidades infe-

riores, habían perdido muy poco peso, siendo proporcionalmente tan voluminosas, que sus amigas comentaron esto. La carne de la paciente siempre había sido algo fofa y jamás firme y sólida.

La menstruación comenzó á la edad de catorce años, durando cinco días; se presentaba cada cuatro semanas, era muy escasa y á veces dolorosa. No había tendencia al enfriamiento; por el contrario, al tacto de otros, siempre parecía estar caliente; la transpiración era quizás de menor importancia, generalmente, aunque se hacía profusa en las manos y pies, si se excitaba.

Un año antes de que yo la viera, al casarse la paciente, pesaba 133 libras (60 kilogramos), pero aumentó después á 149 libras (67,6 kilogramos). El aumento de tejido adiposo afectaba casi únicamente la parte inferior del cuerpo, en particular los miembros inferiores, muy poco los brazos y nada la cara, cuello y porción superior del tórax. Las mamas se habían vuelto mayores. La paciente, sexualmente, era frígida.

Exploración física.—La talla era 161,5 centímetros. La cara tenía un color sano, era oblonga y delgada, aunque no emaciada; la región de las fosas caninas se hallaba algo hundida. El cuero cabelludo estaba cubierto de pelo abundante, fino, de un color pardo obscuro y tenía brillo normal. Debajo del mentón existía una área pequeña, en la que el pánículo adiposo estaba bien desarrollado; por lo demás, todo el cuello era sumamente delgado. Era manifiesto el contorno de los músculos esternocleidomastoideos; las fosas yugulares supraclaviculares é infraclaviculares. En la porción inferior del lóbulo derecho del tiroides, se podía palpar un tumor duro, del tamaño de una nuez.

En el tórax, estaba poco desarrollado el pánículo adiposo, y mucho menos en los miembros superiores. Las manos eran pequeñas, las mamas eran blandas, colgantes y grandes, debido al desarrollo de tejido glandular; la piel junto con el tejido subcutáneo era delgada, flácida y muy móvil.

En notable contraste con la delgadez de las porciones superiores del cuerpo, teníamos el enorme desarrollo del tejido adiposo, desde las caderas hacia abajo, revistiendo en los glúteos y muslos proporciones casi monstruosas. A la inspección, se obtuvo la impresión de que se había bajado todo el tejido adiposo de las porciones superiores del cuerpo. Las ilustraciones demuestran esto; en particular, si se compara la delgadez de los brazos con la gordura de las piernas y se cubren alternativamente la porción superior é inferior, se forma la impresión de que las dos mitades pertenecen á dos individuos distintos. Los pies eran pequeños; el tamaño de los zapatos era de 4 $\frac{1}{2}$. La circunferencia máxima de la porción superior del brazo era de 25 centímetros; tórax, á la altura de la tercera costilla, 79 centímetros; cintura, 63 centímetros; cadera, 90 centímetros; nivel del repliegue cruro-glúteo, 100,8 centímetros; muslo, nivel de la articulación, 63 centímetros; pantorrilla, 42 centímetros; rodilla derecha, 45 centímetros; rodilla izquierda, 41,5 centímetros; tobillo, 24 centímetros. El largo de la porción inferior del cuerpo era 77,5 centímetros; de la porción superior del cuerpo, 84 centímetros; anchura con los brazos extendidos, 163 centímetros. La distancia de los hombros (acromios) era 35,5 centímetros. Las medidas pélvicas eran 25,5, 29 y 32,5 centímetros.

Las medidas del espesor de los repliegues de la piel y del tejido subcutáneo, elevado en varias áreas, correspondían á la marcada desproporción adiposa; son: en el cuello, anteriormente, 2 centímetros; más arriba de las clavículas, 2 milímetros; más abajo de las clavículas, de 3 á 4 milíme-

tros; sobre el esternón, 6 milímetros; del tejido que cubría las mamas, de 3 á 4 milímetros; en la región de la cara anterior de la porción superior de los brazos, 10 milímetros; las espigas escapulares y entre las escápulas, de 5 á 8 milímetros; la porción inferior del abdomen, de 20 á 25 milímetros; la cara anterior del muslo, en su porción media, 95 milímetros; el dorso del pie, 3 milímetros. El tejido adiposo, en la región glútea, en los trocánteres y en las pantorrillas era, ó bien demasiado abundante y firme, ó no suficientemente movable para permitir la aplicación correcta del compás.

La piel era normal y revelaba algunas áreas de las regiones inferiores del cuerpo, las finas lobulaciones del tejido adiposo subyacente. El vello de los genitales y axilas estaba bien desarrollado, lo mismo que los genitales externos. El corazón estaba algo hipertrofiado; el útero era algo pequeño y blando. Los músculos y nervios no manifestaban la menor señal del trastorno. En la orina no había ni albúmina ni azúcar. Las circunstancias nos impidieron determinar la tolerancia para el azúcar y otras funciones de las glándulas endocrinas. El examen roentgenológico de la cabeza, tórax, hombros, raquis, pelvis y fémures, no reveló ninguna anomalía en los huesos. (Edición española de *The Journal*, A. M. A., 15 de Mayo de 1922.)

2. Un caso de mioclonia múltiple, aguda, infecciosa esporádica.—El Dr. Adolfo Bergman ha presentado á la Asociación Médica Argentina el siguiente caso clínico:

B. W., treinta y dos años, israelita, polaco, casado, comerciante, ingresa en el Hospital Israelita, ocupando la cama 9 de la sala I, el día 9 de Abril de 1922.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión y tifoidea en la infancia. Luego, perfectamente sano. No es bebedor ni fumador. Niega venéreas. Dos hijos sanos. Hace once días que ha llegado al país.

Enfermedad actual.—El día 2 de Abril se hallaba de visita, cuando siente unas sacudidas como de corriente eléctrica, que le producen temblor en ambas piernas, especialmente en la derecha, que luego asciende tomando ambos miembros inferiores y abdomen, cortándole por momentos la respiración. Se acompaña de grandes sudores.

Al otro día continúa en el mismo estado, no pudiendo marchar porque sus miembros no obedecen á su voluntad.

Estado actual.—El sujeto presenta una aortitis caracterizada únicamente por un soplo suave sistólico.

En el sujeto en posición horizontal, se observan contracciones clónicas, casi sin efecto motor, alrededor de cuarenta sacudidas por minuto, especialmente de los músculos flexores y de la pared anterior del abdomen. Aumentan las contracciones destapando al enfermo, ó excitando la piel, ó relajando los músculos.

La banda de Esmarch colocada en la raíz del miembro, no detiene las contracciones.

La posición más cómoda que busca el enfermo es sentado con las piernas flexionadas.

Sorprendido el enfermo mientras duerme, no se observan las contracciones indicadas.

El examen de sistema neuromuscular, sólo indica una disminución de los movimientos activos de los miembros inferiores. Tonus muscular exagerado en el plano flexor de los miembros inferiores.

Reflejos: Exagerados el patelar y el aquiliano. No se obtienen reflejos patológicos. Reflejo abdominal no se obtiene. Reflejo escrotal normal. Hay dermatografismo.

Ligera excitación cerebral.

Examen de sangre, orina y líquido cefalorraquídeo, perfectamente normal.

El enfermo es tratado con el bromhidrato de cicuta, solución al 1 por 1.000, como aconsejan P. Marie y H. Bouter, en las mioclonias, secuelas de la encefalitis letárgica, y en el sujeto á los seis días terminan las contracciones; hasta el presente, no se ha observado ningún fenómeno digno de mención.

El autor refiere ese tipo de contracciones á las mioclonias múltiples. Elimina la posibilidad de un fenómeno histérico ó epiléptico, por no encontrar absolutamente nada en la historia clínica del caso, que le permita asignarlo á ese tipo de causas.

Dada la forma aguda y el hecho de coincidir con un estado infeccioso no definido del enfermo, es que hace el diagnóstico de mioclonia múltiple aguda, infecciosa. Esta clase de afección fué discutida por Ramsay Hunt, en 1920, en la forma epidémica y pocos casos esporádicos. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 13 de Julio de 1922.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Coloidoclasia y glándulas endocrinas. Asma y trastornos tiroovarianos, por F. Widal, P. Abrami y L. de Gennes.—La mayor parte de los fenómenos de choque anafiláctico que se observan en clínica parecen necesitar para su desarrollo de un terreno particular, de una predisposición anormal del organismo que los autores han bautizado recientemente con el nombre de diátesis coloidoclásica. En ella, el equilibrio coloidoplasmático resulta tan inestable, que basta para romperle la causa más insignificante, provocando el shock.

De aquí se deduce que en presencia de las múltiples y caprichosas manifestaciones de orden coloidoclásico no es suficiente conocer su naturaleza ni determinar su causa ocasional, sino que habrá que buscar, por detrás de los fenómenos aparentes, la razón profunda que ha permitido su explosión; es decir, los factores que han convertido al organismo en terreno propicio para su desarrollo ó, más sencillamente, las causas de la diátesis coloidoclásica. Tales causas, seguramente muy numerosas, permanecerán en la obscuridad la mayoría de las veces; pero en algunas ocasiones podremos encontrarlas de un modo indudable en el funcionamiento defectuoso de las glándulas endocrinas.

Antes de conocerse la naturaleza anafiláctica del asma, varios autores habían señalado las frecuentes relaciones de esta enfermedad con trastornos funcionales de la tiroides, y más recientemente aún los interesantes estudios de los doctores españoles Marañón y Carrasco han vuelto á llamar la atención sobre este extremo etiológico (tiroides, ovario). Por su parte, Ascoli y Faginoli han obtenido también en esta enfermedad éxitos alentadores con la radioterapia profunda sobre la hipófisis. Reconocida ya por todo el mundo la gran importancia de la anafilaxia en la etiología del asma, el problema queda circunscrito á saber qué parte le corresponde á este proceso en el desarrollo del asma endocrinario y por qué mecanismo los sujetos afectados de disfunción glandular ofrecen un terreno más favorable á la sensibilización anafiláctica. Esto no tiene sólo importancia desde el punto de vista de la Patología general, sino también de la Terapéutica, pues así como la noción anafiláctica ha revolucionado los tratamientos antiasmáticos, conviene saber también que en ciertos casos la anafilaxia es efecto de un trastorno endocrino, á fin de establecer al lado de los tratamientos anticoloidoclásicos una medicación opoterápica capaz de modificar el terreno, haciéndole inapropiado para el desarrollo de los fenómenos de shock.

La siguiente observación clínica, estudiada é historizada por los autores con gran prolijidad de detalles, adquiere á

este respecto una precisión verdaderamente experimental. Se trata de una mujer de cuarenta años, con fenómenos disneicos, que durante los veintitrés años de su vida genital guardan un sincronismo con la evolución de las reglas que no puede ser una simple coincidencia. La aparición de éstas, á los catorce años, se acompaña de un ataque de asma. Crisis análogas, cada vez más violentas y más largas, se repiten, sin causa aparente, cada dos años poco más ó menos, con absoluta normalidad respiratoria en tan largos intervalos. Pero á los diez y nueve años, á más de tales crisis, sobrevienen todas las mañanas al despertar accesos de disnea paroxística que duran una hora, y que á veces se reproducen con ocasión de cualquier esfuerzo. Así las cosas, se hace la enferma embarazada á los veinticuatro años, y desde el primer instante desaparecen como por encanto todas las molestias, evolucionando la gestación, parto y puerperio con la más completa calma, que no se interrumpe hasta dos días antes del retorno de las reglas. En los dos años que siguen la situación permanece invariable en los siguientes síntomas: una crisis disneica todas las mañanas, algunos accesos fugaces después del mediodía y grandes ataques de asma de tarde en tarde.

Hemos dicho que las crisis respiratorias sobrevienen de ordinario sin causas apreciables; pero desde los treinta años en adelante intervienen en su producción ciertas influencias bien determinadas, como el olor á cosa frita, el de ciertos perfumes y el de algunas flores, singularmente las rosas, no siéndola tampoco indiferentes los climas y las estaciones. (A propósito de anafilaxia por inhalación, conozco yo á una señora que no puede soportar el olor de la *ipe-cacua*, bastando con asomarse á una habitación en la que se haya manipulado con dicho medicamento para que hagan inmediatamente explosión fenómenos disneicos angustiosos, tan progresivamente prolongados, que la última vez la han durado más de un mes con exacerbaciones y remisiones.) Perdón por el paréntesis, y vamos otra vez con la enferma historizada, la cual á los treinta y siete años dejó de reglar bruscamente, sin que desde aquel momento hayan vuelto á presentarse los grandes ataques de asma, si bien continúan persistiendo la disnea matutina y la sensibilización para los olores. Al cesar las reglas, la enferma, además de esto, presenta síntomas cada vez más manifiestos de hipotiroidismo (cara ancha, apatía, somnolencia, estreñimiento pertinaz, piel seca, rugosa y escamosa, supresión del sudor y caída de los pelos de las cejas, axilas y pubis). En este momento y en estas condiciones se presenta á la observación de los autores, los cuales, una vez comprobado que los accidentes disneicos van acompañados de crisis hemoclásicas, empiezan por ensayar dos medicamentos de acción bien demostrada contra los fenómenos de choque anafiláctico: la atropina y la adrenalina.

La ingestión de cuatro gránulos de atropina de $\frac{1}{4}$ de miligramo cada uno, administrados de media en media hora, impiden completamente las crisis disneicas, y una inhalación de rosas verificada un cuarto de hora más tarde de la última absorción no provoca la menor fatiga: la adrenalina en este caso ha permanecido sin efecto.

Sometida por último la enferma á un tratamiento opoterápico tiroideo continuo, consiguió verse libre en poco tiempo, después de algunas alternativas, no sólo de los síntomas de mixedema, sino también de los fenómenos disneicos y de la intolerancia para los olores: la inhalación repetida del perfume de las rosas ni provoca ya manifestaciones exteriores ni crisis hemoclásicas.

He aquí un caso de asma «esencial», sin la menor alteración de las vías respiratorias, que persiste durante vein-

tiséis años y que se ve favorecido indudablemente en su evolución por un terreno endocrinario preparado por el funcionalismo anormal de dos glándulas: el ovario durante la vida genital y la tiroides después de la menopausia.

En cuanto al mecanismo de estos fenómenos, nada se sabe todavía: es probable que la alteración de las glándulas de secreción interna provoque una perturbación en el funcionamiento de los aparatos vagosimpáticos, que juegan un papel muy importante en la sintomatología de los shocks: es probable también que el defecto ó el exceso de productos endocrinos en el medio sanguíneo den lugar á determinadas condiciones de inestabilidad coloidoplasmática propicias al desencadenamiento de los accidentes en cuestión. En favor de esta última opinión parecen hablar los recientes estudios de Lansenberg y Kepinow, que tan magistralmente resume el Dr. Luengo en el núm. 3.572 de esta misma Revista.

Sea de ello lo que quiera, lo cierto es que en algunas ocasiones, como en el caso relatado, el médico podrá recurrir con eficacia á la opoterapia para combatir los accidentes coloidoclásicos, modificando el terreno y haciéndole inapropiado para la explosión de los mismos. (*La Presse Médicale*, núm. 36, 6 de Mayo de 1922.)—T. R. Y.]

4. **La azotemia en el tífus exantemático, por Benhamou, Jahier y Barhelemy.**—Estos autores han practicado de un modo sistemático la dosificación de la urea sanguínea, por el método volumétrico de Widal, en más de 200 enfermos de tífus exantemático.

En más de la mitad de los casos la tasa de urea sobrepasó, en cantidades variables, de los 0,50 gramos, alcanzando en uno de ellos la cifra jamás registrada de 8,80 gramos.

De la comprobación de esta hiperazotemia en el tífus exantemático (ya señalada en otras enfermedades infecciosas) deducen los autores interesantes enseñanzas de orden clínico, pronóstico y terapéutico.

Clinicamente, la hiperazotemia parece acompañarse de ciertos signos que permiten por sí solos sospecharla desde sus comienzos. Entre estos signos clínicos figura en primer lugar la agitación motriz: los enfermos no se están quietos, se vuelven y revuelven en la cama, se desarropan, no duermen y se quejan, sin poder decir de qué sufren. *No deliran*: el delirio no es una manifestación hiperazotémica, y cuando aparece hay que buscar su causa en otro sitio.

Al lado de esta agitación motriz, desordenada, es preciso anotar los temblores frecuentemente tenues localizados en los miembros superiores, y más particularmente en las manos; de oscilaciones más amplias en los miembros inferiores. Con ser estos temblores característicos, todavía lo son más; pero traducen un grado ya más avanzado de hiperazotemia las crisis eclamptiformes, epileptiformes y convulsivas de tipo *bravais-jacksoniano*.

Junto á estos signos motores, frecuentemente atáxicos, hay que señalar, como signos precoces de hiperazotemia, la tardanza de los enfermos para comprender lo que se les dice, la dificultad con que contestan á las preguntas que se les hacen y la extrema postración, la inmensa fatiga. La adinamia puede llegar hasta el coma, hasta el colapso. Los autores dicen estar persuadidos de que existe una relación constante entre todos los síntomas ataxoadinámicos y la hiperazotemia. La rigidez de la nuca, gatillo de fusil y kernig pueden ser manifestaciones de hiperazotemia y coincidir con un líquido cefalorraquídeo sin nada de reacción citológica, pero cuya cifra de urea sea elevada y aproximadamente igual á la cifra de urea de la sangre.

Otro signo precoz de hiperazotemia es el adelgazamiento rápido de los enfermos, los cuales no sienten hambre si sed

Las temperaturas bajas (36°2-36°5-37°) son también frecuentes, coincidiendo en muchos casos su elevación con el rebajamiento de la tasa de urea. El pulso puede conservarse bien hasta el fin; pero la *facies*, á pesar del buen pulso y de la temperatura poco elevada, aparece terrosa, pálida, parduzca. Las pupilas, pequeñas, contraídas, en «ojo de aguja», parecen ser un signo precoz y fiel de hiperazotemia, mucho antes de que el enfermo caiga en el coma.

Por parte del aparato respiratorio se observan molestias en la inspiración, trastornos del ritmo y, sobre todo, Cheyne-Stokes; pero estos síntomas traducen ya una hiperazotemia avanzada.

La orina puede también proporcionarnos, á este respecto, datos preciosos. La oliguria precede siempre á todos los demás síntomas de hiperazotemia, y, por lo tanto, toda oliguria, absoluta ó relativa, indicará la conveniencia de dosificar la urea sanguínea, aunque el estado general sea bueno, el pulso excelente, la temperatura moderada y la lengua húmeda. La anuria es la regla al término de los estados hiperazotémicos.

A veces han observado también los autores una constipación pertinaz, difícil de vencer.

En suma, los signos en que podemos apoyar el diagnóstico clínico de hiperazotemia (diagnóstico cuya confirmación habremos de pedir al laboratorio) son principalmente de tres clases: nerviosos, trastornos de la nutrición y trastornos urinarios.

En cuanto á la importancia de los primeros, los autores se inclinan á admitir que la mayor parte de las formas de tifus llamadas nerviosas deben llamarse hiperazotémicas, lo cual no quiere decir que aquéllas no existen, sino que las formas nerviosas puras son mucho menos frecuentes que las formas azotémicas.

En orden al *pronóstico*, deben merecernosle benigno aquellos exantemáticos cuya tasa de urea sanguínea sea inferior á 0,50 gramos, pues todos los enfermos de los autores con hipoazotemia se salvaron, no obstante padecer algunos formas aparatosamente graves, con delirio alto, etc.

La única excepción fué un viejo, muerto de colapso cardíaco.

A partir de 0,88 gramos de urea en la sangre ó en el líquido cefalorraquídeo en los viejos, ó de 1,73 gramos en el adulto, el pronóstico debe ser reservado.

De 2 gramos en adelante el pronóstico es generalmente fatal, pues de los enfermos observados por los autores con esta tasa sólo uno se curó que, por otra parte, orinaba de 2 á 3 litros diarios con 28 gramos de urea por litro de orina.

La tasa de urea en la orina puede, pues, modificar el pronóstico de la azotemia, aumentando la seriedad si hay hipoazoturia con oliguria, y disminuyendo si hay hiperazoturia con poliuria.

Cuando la tasa de urea sanguínea va elevándose progresivamente, el pronóstico es grave; cuando la tasa de urea sanguínea desciende progresivamente, el pronóstico mejora. No obstante, si la tasa de urea ha alcanzado la cifra de 2 gramos ó más, puede ocurrir que el enfermo sucumba, aun cuando dicha tasa haya sufrido después un descenso importante.

Desde el punto de vista de la *terapéutica* del tifus exantemático, que no tiene tratamiento específico, resulta también interesante la noción de la hiperazotemia, puesto que, siendo estas formas las que requieren una atención más vigilante, su investigación precoz nos permitirá desplegar, desde el principio, los recursos más enérgicos y eficaces.

Dieta hídrica (8 á 10 litros de agua azucarada por día),

café, alcohol; baños calientes; lavativas frías; metales coloides; suero glucosado, adrenalinado; digitalina á pequeñas dosis, tales son los medios puestos en práctica por los autores.

En las formas graves, con tasa alrededor de 2 gramos, no han dado ningún resultado las inyecciones intravenosas de suero glucosado, ni de teobromina, urotropina, ni suero de la vena renal. Lo único que al parecer produjo algunos efectos fué la inyección de sangre total de convaleciente: 100 á 200 gramos recogidos en 10 á 20 c. c. de citrato de sosa al 10 por 100. (*Paris Médical*, núm. 52, 24 de Diciembre de 1921.)—T. R. Y.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La lucha contra el cáncer, por el Dr. León Dienlafé, profesor agregado á la Facultad de Medicina de Tolosa.**—Es de capital importancia aconsejar un examen médico, cuidadoso y competente, á todo enfermo que se queje de que tiene un bulto, de molestias en determinados órganos, de pérdidas hemorrágicas y de perturbaciones menstruales ó intestinales.

Con un diagnóstico precoz habrá probabilidades de salvar al enfermo, operándole el tumor en el período en que no es todavía más que una enfermedad local, mientras que con un diagnóstico tardío ningún tratamiento ofrecerá garantías.

Por otra razón, en los casos dudosos, no deberá omitirse la biopsia para averiguar la verdadera naturaleza histológica del mal.

Sería ocioso hablar de *profilaxia* del cáncer no conociendo su patogenia; pero como en la práctica se observan casos simultáneos en la misma familia, en la misma casa, en el mismo barrio y aun en la misma población, se impone la higiene y el aislamiento del can ceroso; el autor ha tenido ocasión de ver en un mismo año, cinco casos de cáncer del estómago en una localidad de 1.200 habitantes.

Sabiendo como se sabe que muchas veces el cáncer va precedido de lesiones inflamatorias, se hará también profilaxia tratando con el mayor cuidado ciertas lesiones como la leucoplasia, úlcera gástrica y toda clase de úlceras, desgarreros del cuello uterino, y, en general, todo trastorno visceral, de diagnóstico obscuro, que pueda hacer temer el comienzo de una neoplasia.

En todos estos casos, aparte del tratamiento local, se instituirá un tratamiento remineralizante, á base de elementos fosfo-magnesianos, pues según Dubar, la desmineralización de dichos elementos juega un papel muy importante en la producción del cáncer.

La estrecha relación (bien comprobada durante la gran guerra) entre el cáncer y los estados neuro-psíquicos, puede explicarse también por la influencia del sistema nervioso sobre la mineralización y desmineralización del organismo.

En la *lucha local* contra el cáncer disponemos de tres poderosos medios: la Cirugía, los rayos X y el radium, solos ó combinados.

La *Cirugía* proporciona á veces éxitos notables y duraderos y su aplicación á esta enfermedad está sujeta á preceptos fijos, por todos admitidos: operar precozmente, largamente, con minuciosidad, extirpar el tumor, los ganglios correspondientes y los tejidos circunvecinos, cortar el camino á la extensión linfática y á la propagación por continuidad.

Los rayos X pueden emplearse sobre las regiones accesibles: huecos ganglionares, paredes torácicas, región cervi-

cal, etc. Este medio combinado con la operación, puede producir efectos maravillosamente favorables; con la radioterapia postoperatoria, las células alteradas, que se ocultaron á la acción del bisturí, se desecan, marchitan, licúan y reabsorben. En cuanto á la radioterapia, empleada sola, ya es más discutible, necesita ser más violenta, no está exenta de peligros, puede influenciar á los órganos vecinos, no se dirige más que á ciertos órganos y sus resultados son imperfectos. Se tienen puestas grandes esperanzas en las nuevas instalaciones generadoras de los rayos X con gran poder de penetración, análogos á los rayos γ del radium, pero en este orden de ideas es preciso dar la preferencia al radium.

El radium (sus rayos γ convenientemente aislados por filtración) produce sobre los tumores efectos verdaderamente notables y alentadores, pudiendo clasificarse sus indicaciones terapéuticas en tres categorías: 1.^a, tratamiento por el radium solo: tumores de la piel, tumores ganglionares, pequeños tumores de las mamas, lesiones iniciales del cáncer lingual ó del cáncer uterino, etc., y ciertas formas del cáncer del esófago; 2.^a, operación y radium: en los casos más numerosos (lengua, seno, útero), el cirujano extirpa el tumor y vacía los huecos ganglionares y después el radium mata las células que quedaron escondidas, destruye los ganglios microscópicos insospechados y corta la vía de propagación que no pudo seguir el bisturí. Por este procedimiento se han obtenido resultados altamente convincentes en los epitelomas del cuello uterino; 3.^a, el radio es inútil: bien porque el acto operatorio, solo, cura seguramente la afección (estómago en período de operabilidad), bien por la gran difusión y extensión del tumor, por su proximidad á los grandes vasos que el radium podría ulcerar, bien por su profundidad ó por el estado de emaciación y caquexia del enfermo.

No hay que perder de vista que el manejo del radium no está exento de peligros, por lo que, en razón á sus misteriosas y maravillosas cualidades, si que también á su nocividad, debe ser empleado con prudencia, á dosis suficientes y eficaces y solamente por prácticos especializados.

Ahora bien, la naturaleza misma de los tumores y su evolución incitan á buscar el verdadero remedio en una *terapia biológica*. Para desorganizar, destruir y evitar la propagación de un tumor maligno, solo un medio es verdaderamente científico, el empleo de un suero y de un suero citolítico. Solo el suero puede luchar á la vez contra la neoplasia, contra sus complicaciones y contra la alteración del estado general.

Si estuviese plenamente demostrado el origen parasitario de esta enfermedad y adquiriésemos la certeza experimental de su inoculabilidad, el remedio sería rápidamente encontrado, pero la historia de parasitismo del cáncer (blastomices, coccidias, micrococcus neoformans, ameba proteus, etcétera), se concreta á hechos de interpretación microscópica, sin comprobación experimental; y en cuanto á la inoculación y al contagio nada en rigor científico sabemos, puesto que la transplantación y el injerto de los tumores se diferencian de un modo manifiesto de la inoculación.

Muchos han sido los autores que han intentado crear un suero citotóxico, basándose en la siguiente proposición: la inyección á un animal de células de un tipo y de una naturaleza determinados, procedentes de otro animal, produce en el suero de éste transformaciones que le hacen apto para destruir las células de la misma especie que las inyectadas.

Jeusen ha inyectado dosis crecientes de tejido canceroso á un conejo y con el suero de éste ha obtenido la reabsorción de pequeños tumores en el ratón. Ch. Richet y Hericourt

han inyectado en asnos y caballos extractos acuosos de tumores cancerosos, cuyo suero utilizaron después para el tratamiento de sujetos atacados de esta enfermedad; parece ser que inyectando así anticuerpos específicos, citolisinas, se obtenía la disminución de los tumores, la cesación del dolor y la mejoría del estado general. Arloing y Courmont publicaron éxitos obtenidos en cancerosos tratados con suero de asno que habían recibido extractos de diversos tumores cancerosos ó sarcomatosos. Han seguido las experiencias de Dor, Brumer, Charcot, Borrel y Blumenthal.

Algunos otros autores han intentado crear la inmunidad contra el cáncer inyectando suero de animal canceroso, curado por sueroterapia (Leyden, Blumenthal, Levrin). Vidal ha tratado muchos enfermos con suero citolítico después de haber tratado de la misma manera animales cancerosos.

En otro orden de ideas, Doyen ha empleado un suero basado sobre la inmunización contra el *micrococcus neoformans*, y Mappin prosigue la busca de un suero citolítico, así como la preparación de virus-vacunas con micrococos aislados de tumores; con cuyas vacunas parecen haberse beneficiado varios enfermos.

El autor, basado en sus estudios de muchos años y en experiencias é investigaciones histológicas con las nefrotoxinas de Rathery y Castaigne, las neurotoxinas de Armand-Delille y las pancreaticolisinas de Delamare, ha llegado á la siguiente conclusión: Para que el suero de un animal (caballo, asno, perro), cree los anticuerpos de la célula cancerosa, inyectándole una maceración de cáncer en solución fisiológica, es preciso que este animal haya recibido previamente la enfermedad por inoculación. Si el animal proveedor del suero no es al mismo tiempo portador de un cáncer, no hay en su organismo ninguna célula que le permita, por sus reacciones, la creación de anticuerpos específicos.

De donde se deduce que la dificultad para preparar un suero canceroso estriba en el problema de la inoculabilidad del cáncer. Ahora bien, como se ven con bastante frecuencia caballos, perros y asnos atacados espontáneamente de cáncer, estos animales podrían proporcionarnos el suero que buscamos, inyectándoles en una ó varias veces sucesivas, maceraciones de cáncer humano preparadas en el mismo acto de la intervención quirúrgica, por inmersión inmediata del tumor en una solución isotónica de sal marina. Sometido el animal á un período de observación se le sangra después, como en los demás casos de extracción de sueros terapéuticos, y con el suero así obtenido y convenientemente preparado se practican inyecciones á los sujetos atacados. Este suero ofrecería las debidas garantías, puesto que el donador tiene sobre sí los elementos específicos que le permiten reaccionar y producir los anticuerpos de la célula cancerosa.

El autor, que tiene gran fe en estas ideas, no ha podido aún ponerlas en práctica, porque le sorprendió la guerra en tales investigaciones y termina este trabajo, que venimos extractando, invitando á los médicos á proseguirlas y á los veterinarios á prestar su valiosa cooperación, ya que ningún ensayo debe omitirse para llegar á la solución de un problema de tan capital importancia. (*Paris Médical*, 14 de Enero de 1923, núm. 2.) - T. R. Y.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.



Boletín de la semana.

La huelga de Correos ó el que siempre pierde.
—Los estudios y la milicia.

Somos viejos ya, y cuando estalla una huelga no obedecemos á aquellas vehemencias de los años juveniles que nos ponían siempre de parte de los rebeldes, ni del impulsivo dictadorismo que nos hacía predicar procedimientos violentos para reprimir los movimientos de protesta más ó menos justificados.

Las Juntas de defensa y los Cuerpos de Telégrafos, Hacienda y Correos, desde hace unos años han tomado ciertas actitudes momentáneas, todo lo justificadas que se quiera, pero poco patrióticas, en las que se ha olvidado algo importantísimo y que no se ha hecho valer: la responsabilidad del funcionario.

Es esta concepción de la responsabilidad del funcionario, algo que existe en las leyes y en los reglamentos que estatuyen y normalizan los servicios públicos; algo que existe en la Constitución del Estado y á lo que nunca se ha recurrido y de lo que nunca se ha hecho caso.

Los ministros y los Gobiernos obran libremente en España sin otra sanción para sus errores ó energías desmesuradas, que la crisis y separación de los cargos de individuos que vuelven á ocuparlos con la frente muy alta en cuanto se sustituye nuevamente la situación inmediata por la que fué sustituida.

Este preámbulo nos lleva á razonar el triste criterio que tenemos cuando ya somos viejos.

Los levantamientos de antaño obedecían á causas ideológicas, no á causas materiales, y el primer cuidado de sus promovedores era tener á la opinión pública de su parte. Desde que entramos en el siglo xx el móvil de la huelga, del movimiento revolucionario, del conflicto en general, es el aumento de salario, el mejoramiento de la vida del trabajador, la consecución de aspiraciones económicas.

Nada de todo esto nos parecería reproachable si los procedimientos empleados lo mismo por los que utilizan la huelga que el lock out, para la defensa de sus conveniencias, dejasen á salvo el interés más sagrado, el que no se mezcla en la lucha de obreros y patronos ni de funcionarios y Gobiernos, el interés de la Nación, que, á la postre, es la única perjudicada.

De cualesquiera opiniones que sea el lector, ha-

brá visto perjudicadas sus actividades en la huelga promovida en el ramo más ajeno á sus inmediatas necesidades, ora hayan logrado la victoria los patronos, ya la hayan logrado los obreros: todo terminará, como dijo el borracho, en que subirán el vino.

Pero cuando lo que se paraliza por espacio de un mes es un servicio público, como el de Correos, no hay Gobierno ni funcionarios irresponsables; la economía nacional, los intereses internacionales, públicos y particulares, se perjudican, sin que los garantice un Gabinete con su huída ni una disolución de un Cuerpo que lleve á la ruina á millares de familias.

El Poder debe ser fuerte desde el principio; los funcionarios deben ser disciplinados, y cuando vienen manifestándose rebeldes desde tiempos que no le son desconocidos á ningún gobernante de los actuales, se debe aplicar por ellos las correcciones á que les autorizan las leyes, sin apelar á procedimientos que retiran á la opinión de pesar sobre uno ú otro lado.

En el caso del conflicto de Correos, que se cree solucionado, y no dudamos en reconocer el triunfo del Gobierno, ha sucedido lo de siempre: ha triunfado el Gobierno, no el Poder ni sus prestigios, y ha sido derrotado el Cuerpo de Correos, no sus funcionarios, que vuelven á ocupar sus puestos.

Esta afirmación podrá ser rebatida en sus dos términos; pero á nadie se le ocultará ni nadie podrá negar que quienes *han pagado el pato* han sido los intereses públicos y privados, los sentimentales y la economía nacional.

¿Quién responderá de todos ellos? *That is the question.*

Se está dando el caso de que muchos reclutas, especialmente de Sanidad Militar, van á marchar á Africa en los primeros días de Septiembre, y teniendo pendientes algunas asignaturas se van á ver obligados á marchar sin poder ser examinados. Es esto tanto más notable cuanto que el Ministerio de Instrucción Pública autorizó á los alumnos oficiales que estuvieran sujetos al servicio militar, á que solicitaran exámenes como libres en la convocatoria de Septiembre si así les convenía. Nadie les ha negado este derecho, pero la dificultad surge porque los exámenes se suelen verificar del 15 al 20 de Septiembre en adelante, y al pretender los alumnos

que se adelanten unos días por tener que marchar antes de la fecha indicada, las autoridades académicas manifiestan que no pueden concedérselos por no haber en Madrid catedráticos y no atreverse á molestar á los que están veraneando.

Pero entendámonos: ¿de qué especie selecta, de qué casta aristocrática son esos *funcionarios públicos* que se llaman catedráticos, para que no recen con ellos las disposiciones reglamentarias, los decretos ni las reales órdenes que dictan sus autoridades jerárquicas?

Cuando el señor ministro de Instrucción Pública, inspirado, sin duda alguna, por una necesidad de Gobierno ó por un apremio nacional, ha dispuesto que ciertos reclutas puedan examinarse antes de ser incorporados con urgencia á filas, sin duda alguna habrá contado con que tenía *subordinados* para que su orden pudiese tener efecto; pero con lo que no contaba era con la *huésped*; es decir, con la autocrática presunción de esos señores que trastruecan á su placer las duraciones de las vacaciones, las fechas de los exámenes, y se adjudican sesenta horas de trabajo anual cuando se reúnen para organizar sus estatutos.

Es decir, también, que cuando el Gobierno lo considera necesario hace acudir á Madrid, interrumpiendo sus vacaciones, á los consejeros de Estado, á trece altos funcionarios que tienen la categoría efectiva de exministros de la Corona, y ellos vienen sin oponer el menor reparo desde los puntos más distantes de España ó del Extranjero, como se ha visto repetidos años y veces; y lo mismo sucede con los militares á quienes se suspenden las licencias en cuanto el ministro de la Guerra lo considera necesario, y á todos los funcionarios de todos los ramos de la Administración. Pero en cuanto á los señores catedráticos... esa ya es harina de otro costal. No hay que interrumpirles por nada ni por nadie el sosegado descanso conque rematan y prolongan el de que gozan en todo el año, y agradecerles todavía si llegado Octubre no se procuran alguna comisioncita por el extranjero so pretexto de perfeccionamiento de estudios.

Esperamos que se haga todo lo posible por facilitar á los estudiantes lo que solicitan, para que ya que se vean en la triste necesidad de ir á luchar á Marruecos, no aumente su tristeza con la gravedad del trastorno causado.

D^ECIO CARLAN

HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
Suma anterior.....	9.503,00
D. Manuel de la Vega, de Saucejo.....	5,00
D. Daniel García, de Huelva.....	5,00
Ayuntamiento de Espiel (Córdoba).....	50,00
Sociedad «La Lealtad», de Espiel.....	25,00
D. Antonio Peralvo, de Espiel.....	5,00
TOTAL.....	9.583 00

(Continuará.)

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

Por las gestiones que viene haciendo nuestro amigo y suscriptor D. Adolfo de Castro en el pueblo de Espiel, hemos tenido la satisfacción de recibir los últimos donativos con que contribuye el Ayuntamiento, la sociedad «La Lealtad» de que es digno presidente nuestro compañero D. Emilio Caballero, y del estudiante de Medicina D. Antonio Peralvo, detalle de los cuales damos en el lugar correspondiente.

También nos manifiesta el Sr. Castro que las clases sanitarias locales han logrado del Ayuntamiento que se dé á una calle de la población el nombre del sabio maestro, costeando entre los médicos la lápida conmemorativa.

Reciba el Sr. Castro y demás compañeros de dicha localidad nuestra enhorabuena por sus gestiones, y le agradecemos su afecto bien demostrado hacia Cajal.

A PROPÓSITO DEL HOMENAJE A CAJAL

Sr. D. F. Coca:

Mi querido amigo: Leo en el número del 5 de Agosto de *La Medicina Ibero* el artículo intitulado «El Caso Cajal» (Impresiones del momento). Me consentirá usted que yo me atreva á un breve comentario.

El «Leit motif», el tema fundamental del artículo, no podría ser más acertado. En lo que tiene de lamentación, de queja dolorosa, por la dormida alma nacional, todos compartimos el mismo sentimiento. Ahora bien; ¿cree acaso el autor del artículo, cree usted acaso, mi querido amigo, que los actos de adhesión que no ha sabido despertar, de por sí, el nombre de Cajal en la ocasión suprema de sus festejos jubilares, hubiéramos podido y debido despertarlos, suscitarlos, provocarlos con una organización á la americana, de bombo y platillos, con una propaganda clamorosa alrededor de su nombre?

Semejante actitud hubiera sido interpretada muy torcidamente. A buen seguro no es esto lo que el autor del artículo ha querido sugerir. Dice, sin embargo, que «torpes y remisos anduvieron los organizadores», y más adelante, que «el homenaje á Cajal debió conducirse con miras nacionales, no médicas».

¿Es justo este reproche?

Séame permitido recordar que sólo una tercera parte de las 150 personas que firmaron el manifiesto del mes de Abril pertenece á la clase médica; que entre las aportaciones de más cuantía recibidas para la suscripción figuran las de las dos Cámaras, las de Ayuntamientos y Corporaciones no profesionales, las de Facultades de Ciencias, de Filosofía y Letras, de Jurisprudencia, ó de Universidades de provincias en su conjunto, las de Centros y Asociaciones no profesionales, las de Casinos y Círculos, como la Gran Peña, el Casino de Madrid, el Círculo de Bellas Artes de Madrid y otros de provincias, y los Círculos del Ejército y de la Armada de Madrid y Barcelona; y que en estos últimos días ha recibido nuestro presidente, D. Carlos María Cortezo, el importe de lo recaudado entre los españoles de México, en virtud, hay que reconocerlo y proclamarlo, de la entusiasta actividad de un médico ilustre, D. Tomás G. Perrin, discípulo aventajado de Cajal, que honra á España en aquellas tierras; así como don Avelino Gutiérrez, á cuyo apellido no hay que añadir adjetivos, ha anunciado desde Buenos Aires el envío de una cantidad considerable, con que la colonia española de la Argentina contribuye al homenaje al Maestro.

Todo ello demuestra, á mi modo de ver, dos cosas: en primer término, que no hubo monopolio alguno del homenaje ni de su organización por parte de los médicos, sino al contrario, fervorosa cooperación, desde los comienzos, de núcleos sociales muy alejados de la profesión; en segundo término, que allá donde el esfuerzo de la organización, con todo el entusiasmo de los adeptos y de los iniciados, fué llevado á cabo por médicos hondamente convencidos del valor representativo de Cajal para el enaltecimiento del nombre de España, —como ha acontecido en Méjico y en la Argentina,— los resultados han sido inmediatos y extraordinarios.

Lo que pasa es que las colectividades dan de sí, en obras, en demostraciones prácticas, efectivas, de sus sentimientos, tan solo lo que corresponde á la realidad previa, á la intensidad de vibración de esos sentimientos. Y los sentimientos no se improvisan. Y los nombres, aun los grandes nombres, como el de Cajal, no crean, de pronto, sentimientos que no existen ó ideales que no se sienten. ¿No hemos visto académicos de Medicina, de los más adinerados, suscribirse por 10 pesetas en las listas del homenaje? ¿Cómo hemos de esperar que el gran público acuda á las ofrendas con un gesto de devoción, sin la actitud ejemplar de los sacerdotes?

Así y todo, la suscripción toca ya las 100.000 pesetas, los libros de homenaje están en prensa, el Instituto Cajal está creado. «¡Ca irá». Y la crítica seguirá siendo una santa y sagrada actividad del espíritu, mientras sirva para sacudir de su pereza la capacidad de emoción, que conduce á las nobles empresas.

Muy suyo siempre afectísimo amigo,

G. PITTALUGA.

EL BAÑO DE CHORA⁽¹⁾

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Cuando recibimos el consuelo de la calle, todos caminamos pensativos hacia la plaza de España.

Y yo siento, como un puñal clavado en el corazón, el recuerdo del horror de los manicomios de España, el país encargado de civilizar el Norte de Marruecos.

.....
¿Más pruebas? Pues visitemos la Universidad mora.

En Tetuán existe una Universidad mora. Esta Universidad consta de dos instituciones. Una, el Medarsa, que no es sino la residencia de los *Fakis*—estudiantes—, donde son alojados los forasteros y aquellos jóvenes, naturales de Tetuán, que carecen de domicilio apropiado á la meditación y el estudio. El ingreso se hace previa instancia. Algún día hablaré del Medarsa en particular. La otra institución hállase representada por las Mezquitas, donde dan clase los profesores.

Divídense éstos en dos categorías: unos, *Ulamas*, que cobran del Maghzen, y otros, voluntarios, que explican generosamente, sin sueldo de ninguna clase, por puro amor á la enseñanza, siendo nombrados en reñido concurso.

Las conferencias duran dos horas, y las materias explicadas son: Derecho musulmán, Rito malikita—renglones después aclararé el significado de esta asignatura—, principios filosóficos de Averroes, Gramática y Poesía. Recientemente se han añadido, como temas de estudio, Geografía, Astronomía, Historia y Matemáticas.

Y vamos á precisar lo de Rito malikita, término seguramente ignorado por la mayoría de los lectores.

Los libros sagrados de los mahometanos son dos: el *Koram*, palabra de Dios transmitida á los hombres por conducto de Mahoma, y el *Hadit*, que no es sino una recolección de dichas opiniones y consejos del Profeta.

Estos libros, cual ocurre con los fundamentales de todas las religiones, han tenido tan numerosos como agudos interpretadores, destacando cuatro de ellos, que crearon otras tantas modalidades de rito. He aquí sus nombres: Emam Malik, fundador del rito malikita, seguido en Marruecos; Emam Ahmad Ben Amab, originador del rito Hambalita, profesado en Arabia; Emam Eshaféei, creador del rito Eshaféita, observado en Egipto, y, finalmente, Emam el Hanafi, ideador del rito Hanafita, que es obedecido por Siria y Turquía.

Esta diferencia de ritos explica cómo mientras en El Cairo, por ejemplo, forma parte de todo programa de turismo la visita de las Mezquitas, en Tetuán hállanse cerradas total, radicalmente, á la curiosidad de hebreos y cristianos.

.....
Cuando me lo dijeron me resistía á creerlo.

¡Un médico moro!

(1) Véase el número anterior.

Habíanme hablado de su persona con cariño y respeto.

Bennuna, de quien tantas veces se hace mención en este libro; Hamido el pescador, mi cordial compañero de tertulias; Hamu, el fiel cabo mío de cuando la aventura de Casablanca; Coriat; el Bajá, el Honi, todos mis amigos habituales, hasta Haziman, el comerciante del Zoco Fuki.

Y á verle fui.

Me esperaban en el 36 de la plaza de España, en una angosta dependencia de la Mezquita de junto á la Aduana.

El local donde suele pasar su consulta los días de Zoco.

Un poyo de ladrillo cubierto con vieja colchoneta; delante una mesa cuajada de libros. Frente á la puerta, la esbeltez de una palmera, y allá al fondo, sobre las azoteas, los picos azules de las montañas de Benim-Sala.

Empezamos á dialogar, con Coriat por intérprete, y las preguntas son acerca de dónde aprendió la Medicina. Y el xerif de las barbas blancas, el viejo cordial de las mejillas rosadas y la chilaba amarilla, el cofrade moro de los ojos alegres, las palabras dulces y los ademanes zalameros, me dice:

—La Medicina en mi familia es algo proverbial. Mi maestro fué Sid Abdesalam Ben Raisun.

—¿...?

—¡Claro que estudio! Aquí tienes la obra fundamental de toda la Medicina. No hay nada mejor en el mundo. ¡El Canon de Avicena!

Y el anciano, en cuya cabeza libran batalla la nieve y el marfil, ungido por la leyenda; el descendiente de aristocráticas generaciones de médicos, hojea el libro con unción vibrante de amor, que llena de poesía noble y pura el cuartucho, á cuya puerta se asoma tímida la algazara de la plaza.

—¿...?

—¡Yo no cobro jamás! Veo los enfermos por caridad y por tradición. Teniendo para comer, debe resultar muy penoso cobrar á los que sufren. Sobre todo, cuando no se acierta á curarlos.

—¿...?

—No; ahora ya no hacemos autopsias; antes, sí, en monos.

—¿...?

—Lo de menos es el tratamiento. Eso cualquiera lo sabe. Está en todos los libros. Lo difícil es lo otro, averiguar qué tiene el enfermo. Y para eso no basta con leer mucho; hay que tener además, y sobre todo, un talento especial que no pueden dar los libros. Si no, cualquiera sería buen médico.

—¿...?

—Lo principal es conocer el temperamento, pues así resulta más fácil adivinar cómo va á reaccionar el enfermo. Determinar el temperamento es saber aquello á que es propenso cada uno. Este —señalando á Coriat— es gordo y le duelen las coyunturas cuando llueve, porque tiene la sangre fría.

—¿...?

—Creo que á nosotros nos es más fácil ser médicos que á vosotros. Nuestros medicamentos, como siempre son plantas, nunca hacen daño. Vosotros, si os descuidáis en la cantidad, podéis matar á una persona.

—¿...?

—Eso—la tifoidea—viene de muchas cosas. Te diré dos. Beber agua podrida, porque luego la podredumbre pasa á la sangre y da la calentura, ó caminar mucho tiempo al sol, porque se hinchan las venas y se pudre la sangre.

—¿...?

—Para curarse, lo primero es no comer casi. Yo mando unas gachas de harina con levadura muy agria, que neutralizan el jugo gástrico y entretienen la enfermedad, no dejándola correrse por el cuerpo.

—¿...?

—¿La locura? Es siempre consecuencia del temperamento nervioso.

—¿...?

—Las tercianas las curo teniendo tres días al sereno, en agua, una onza de hojas de barbaviejo y una de hojas de henna, y bebiendo este líquido por la mañana, en ayunas.

Esta fué la lección de Medicina al uso árabe, y según los tratados de Avicena, que en una tarde de cielo cobalto me explicó en la angostura de una dependencia de la mezquita de la plaza de España, ese noble xerif anciano de las barbas de plata, la boca sin dientes, las mejillas sonrosadas y las manos velludas, que se llama Sid Mohamed Ben Hosni el Bakali.

.....

No son, pues, los moros tan salvajes como se pretende. Además, en muchos aspectos son bastante semejantes á nosotros.

A poco que se rasque la costra en que la decadencia de su civilización envolvió á estas almas, se encuentra pronto el parentesco de sangre. Todo español, en especial levantinos y andaluces, tienen un poco de sangre mora en sus venas. Todo moro, singularmente los de Tetuán y Xauen, lleva sangre española en sus arterias. Son las primeras en clarinear la verdad las fisonomías de los nobles tetuaníes. Vestidos á la europea, nadie los creería moros. De facciones correctas, finas, es su porte fino y distinguido. Hacen los honores con una afabilidad digna, pero no zalamera ni adulona, que se apodera pronto de vuestra voluntad y de vuestro respeto.

No aventajan los nobles de España á estos nobles de Tetuán en gallardía, hospitalidad y hábitos cortes.

Nada de huraños. Ni miran con altanería ni con humildad. Se puede andar entre ellos, horas y horas, sin que cometan una incorrección. Pero por si estos datos no fuesen suficientes, poseo otro, recogido un viernes en el Zoco.

Rodeados de un corro enorme de indígenas y de soldados españoles, trabajaban unos titiriteros moros. Hacían lo que en el *argot* de los circos se llama una entrada cómica.

El argumento no podía ser ni más sencillo ni más

universal. Un tonto que quiere repetir la hazaña del equilibrista, utilizando el mismo *base* que él, y al pretender encaramarse, resbala, cae, se agarra á las narices del compañero, le pone un pie en la cara y, ya arriba, tiembla de miedo, hasta que acaba por superar al modelo, en firmeza y precisión.

El tonto era un moro alto, seco, enjuto, aquirotado en el continente, vestido en traje de casa, con un gorro azul de payaso en la cabeza y embadurnada también de azul la cara.

Las vayas, los chistes, los donaires no podían entenderlos los soldaditos españoles; pero si les era dable apreciar lo cómico de los gestos, de las actitudes, y ellos y los espectadores moros reían á coro y con idéntica gana, fundidas las carcajadas.

Ni una gracia que hiciera reír á los nuestros se quedaba sin eco en los cabileños, ni una vez rieron solos los moros.

Esta identidad en el sentido de lo cómico vale por muchos argumentos. El modo de reír es la exteriorización más clara de cada psicología. La risa sonora admite pocas adulteraciones.

No es fácil de simular y sí difícil disimular su falsedad.

Además, en nuestro caso no había lugar á fingimientos. Las carcajadas tenían una frescura y una espontaneidad contagiosa. Yo, á quien nada entristece tan hondamente como un payaso de circo, quizá por no haber tenido infancia, acabé riendo de tan buena gana como moros y soldados.

Es mucho más pequeña de lo que parece la diferencia entre la psicología del moro culto y aun la del campesino y la nuestra.

MENUDENCIAS DE MEDICINA ⁽¹⁾

La hora M, ó del medicamento.

No es esto todo. Para disipar todas las dudas que velan todavía á la farmacología, había lugar para que el fisiólogo nos iluminara sobre las vías utilizadas por el organismo en la absorción y eliminación de los medicamentos. Es fácil, por otra parte, que no lograra su propósito.

Es bien evidente que en los seres vivos, en donde todos los órganos marchan armoniosamente los unos con los otros, no hay ninguno cuya función esté estrechamente sistematizada. Tal órgano podrá ser unas veces órgano de absorción y otras órgano de eliminación. Esto está, por otra parte, conforme con el plan de la naturaleza. Reflexionad y veréis que la mayor parte de los órganos tienen casi siempre dos ó tres funciones que cumplir. El riñón únicamente es el gran emunctorio, el gran evacuador que no tiene nada que absorber. Órgano tipo de eliminación, pone al individuo en peligro desde el momento en que sus aparatos filtrantes están engrasados; por esto es por lo que el sabio que envejece, se aplica á mantener bien limpios los

múltiples canales de su filtro renal, válvula de seguridad que no puede soportar la grasa.

Entre los órganos que absorben, tenemos ante todo el ojo. No solamente puede absorber remedios, sino también las toxinas y los microbios. Nadie dudará de los contagios debidos á las gotitas salivares microscópicas que, lanzadas durante la conversación, estallan al nivel de las conjuntivas.

La boca y la nariz vienen en seguida; nada tan sensible y tan permeable como las pequeñas esponjas nasales, de las cuales abusan los cocainómanos, tristes víctimas de su triste pasión. Yo he dicho que el pulmón absorbía, y nuestros «poilus» que han sufrido los gases asfixiantes lo saben demasiado, pero este órgano elimina y quema las grasas, según los descubrimientos recientes de MM. Roger y Leon Binet.

Hasta la piel puede dejarse penetrar á veces por los medicamentos, pero, sin embargo, aquí domina la función eliminadora. Por la piel nos desembarazamos, no solamente de una gran cantidad de toxinas, de donde proviene el olor de ciertas pieles, sino también de muchos venenos minerales. ¿Quién no conoce la aventura de aquel pobre ángel que en Roma, un día del Corpus, se había pintado de oro? Se le vió muy altivo, con su extraño vestido, al pequeño figurante; pero ¡ay! apenas terminada la procesión, sucumbió porque la pintura había obturado todos los emunctorios de su piel.

También es por el revestimiento cutáneo por donde se elimina el arsénico, y en él, hecho bastante curioso, el hombre se libra de dicho veneno por su abundante sistema piloso, mientras que nuestra compañera dispone de otros medios sobre los que no insistiré. Es en parte por esta razón, por lo que cuando esos medios son suprimidos, la cara femenina se ensombrece á veces con frondosidades que serían muy desagradables, si no dispusiera el hombre del arte.

El hígado, este buen trabajador, hace una cosa mejor que eliminar; transforma. Dividiendo el medicamento en pequeños paquetes, no le envía más que con plena conciencia al organismo. ¡Oh, la máquina admirable! El intestino, los músculos, los huesos, todo habría que comentarlo en esta enumeración de los órganos que tienen su papel correspondiente en los cambios vitales, pero esto me conduciría demasiado lejos. Os envío al muy bello tratado de farmacología del doctor Richaud, nombrado profesor ayer, y que se dignará encontrar aquí mi mejor felicitación.

El papel de la piel, apenas esbozado, me ha hecho pensar, en efecto, en los baños. No hay persona que, tomando su baño cotidiano, no piense en conocer la hora M y la técnica. Error. Un muy gran médico del último siglo, Lasègue, ha escrito sobre los baños calientes, páginas que están demasiado olvidadas. Su contemporáneo, el malogrado profesor Quinquaud, tomando de nuevo su propósito, nos ha enseñado cómo y por qué obraba el baño. Escuchemos á estos maestros.

Para Lasègue, el baño caliente comienza á la tem-

(1) Véase el número 3.584.

peratura de 35°, porque por debajo es ya el baño tibio ó frío. De 35° se pasa á 37°, baño caliente, para subir hasta la temperatura de 45° y 46°. ¡Dios, qué calor!

Hace notar, además, que la hora del baño no debe colocarse al despertar; existe inconvenientes al salir del lecho para entrar al instante en el agua. Más sabio es el prepararse á la inmersión por algunos movimientos. Antes de todo, medir el calor del líquido con el termómetro y no con la mano, medio tan infiel como peligroso. Una vez en el agua, tened cuidado con el hecho de que con las bañeras metálicas el baño se enfría 2 grados cada cuarto de hora; desperdicio de calor enorme. Será preciso guardarse del sueño y calentarle del tal manera, que esté ligeramente más caliente á la salida que á la entrada. Convenientemente caliente, de una duración de veinte minutos, el baño es calmante y va seguido de un gran bienestar; por el contrario, si se ha descuidado vigilar la caída de la temperatura, dejará una sensación de malestar y de laxitud que durará algunas horas. En el fondo, el baño caliente es un medicamento cuya aplicación reclama una técnica precisa. Como lo ha mostrado Quinquaud en sus experiencias, estimula las grandes vísceras perezosas, aumenta la absorción del oxígeno y la exhalación de ácido carbónico. Y esto prueba que los cambios se activan y la nutrición elemental se mantiene en el buen camino.

Voy a terminar. Quizás hayáis encontrado que he entrado en detalles bien humildes. ¿Qué queréis? He pensado que no serían ociosos. Muy recientemente han sucumbido en París dos hombres notorios en carreras diversas y que se les hubiera podido creer advertidos en las cosas de higiene; ellos las ignoraban por completo y esto les ha costado la vida. En estas condiciones me ha parecido que no haya nada que no pueda ser útil; contrariamente al viejo adagio, no hay en Medicina práctica verdades que no sean buenas de decir.

DR. FRANCOIS HELME

Le Temps del 18 de Junio de 1922, (Traducción de E. Luengo.)

Academias y Sociedades.

INSTITUTO DE MEDICINA PRACTICA

SESIÓN DEL DÍA 7 DE ABRIL DE 1922

Comunicación del Dr. Durán Arrón al curso de Ampliación de estudios de Cardiología.

Embriología y datos de anatomía cardíaca. Propiedades fundamentales de la fibra cardíaca.

Comienza el curso de Ampliación de estudios de cardiología, exponiendo los datos de embriología que para explicar las propiedades fundamentales de la fibra, precisan.

Partiendo de la tercera semana del desarrollo embrionario, estudia las distintas formaciones del sinus venoso, bulbus cordis, tronco arterial y ventrículo primitivo, para continuar con las separaciones entre las dos aurículas, debido á la formación de los septums spurium, primum y secundum, hasta llegar á la formación del agujero de Botal. Analiza igualmente la constitución del septum interventricular, deteniéndose en la producción *para membranacea*, por la importancia que en las cardiopatías congénitas tiene. Explicó

la formación de los dos troncos arteriales y la persistencia del conducto arteriovenoso, así como la importancia que su persistencia tiene en patología cardíaca.

Hizo notar el conferenciante que todo este desarrollo se efectúa en el lapso que media de la tercera hasta la décima semana. En este estudio embriológico, analizó la forma en que ciertas fibras musculares primitivas persisten en el corazón adulto, para ser las ordenadoras del ciclo cardíaco.

Extendióse en amplias consideraciones precisas, para las futuras conferencias, del afiligranado estudio de dichos restos y previo un análisis histológico de dichas fibras embrionarias, señala la característica diferencial de éstas con las adultas, ó sea completamente constituidas por material estriado éstas y muy poco aquéllas; estudió la sistematización entre el nódulo de Keith y Flack en la embocadura superior de la cava en la aurícula, siguiendo por las fibras de Thorel y Wenckebach diseminadas en las aurículas hasta el nódulo de Aschoff-Tawara situado en la aurícula derecha cerca de la desembocadura del seno coronario encima del origen de la valva tricúspide, uniéndose dicho nódulo á las fibras de Purkinje, por intermedio de las dos ramas de haz de His, sistematizándose de este modo los restos embrionarios en forma que su estudio representa un firme y gran sostén en la interpretación de los síntomas que la moderna exploratoria entrega á la clínica cardiopática.

Estos estudios los relaciona el disertante con los anatómicos, y previo un estudio de las relaciones entre la válvula mitral con las sigmoideas aórticas para explicar la relación de ciertos morbosismos entre ambas, aclara el concepto preciso de la anatomía de las fibras musculares del ventrículo para fijarse detenidamente en las oblicuas propias de cada ventrículo que son las responsables de la última contracción que el ventrículo efectúa para rechazar la última sangre de su contenido á las grandes arterias, trabajos estos últimos cuya narración presenta un aspecto especialísimo para la aclaración de la curva T del electrocardiograma.

Termina el tema analizando las cinco propiedades fundamentales, automaticidad, excitabilidad, contractibilidad, conductibilidad, tonicidad, definiéndolas del modo siguiente:

- 1.º Que el miocardio puede crear él mismo la excitación necesaria á su contracción. (Automaticidad.)
- 2.º Que reacciona á la excitación. (Excitabilidad.)
- 3.º Que esta reacción se traduce por un cambio de forma. (Contractibilidad.)
- 4.º Que el miocardio conduce la excitación de un punto á otro. (Conductibilidad.)
- 5.º Que guarda siempre un cierto tonus durante el diástole. (Tonicidad.)

Hace un estudio histológico y clínico completo de dichas propiedades á fin de poder conocer un sinnúmero de procesos que preocupan en Cardiología, y que serán objeto de minucioso estudio en próximas conferencias.

Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Acta de la sesión celebrada en Junio en el Colegio de Médicos, bajo la presidencia del Dr. Covisa.

Presentación de enfermos. Linfosarcomatosis.

Dr. Sáinz de Aja.—Enferma con multiplicidad de tumores hipodérmicos desde hace tres años que se propagan por vía linfática y que desde entonces vienen siendo extirpados, pero también vuelven á reproducirse.

Liquen con localización tan sólo á partes descubiertas,

frente, cara, cuello y dorso mano, con lesiones pigmentarias consecutivas á las lesiones.

Linfogranulomatosis.

Dr. Sicilia.—1.º Enfermo con ganglios submaxilares voluminosos. 2.º Sifilítico desde hace veinte años irregularmente tratado con hemiparálisis y estado de torpeza intelectual. 3.º Placa anular de tricoficia en dorso mano derecha.

Los tres han sido vistos aquel mismo día por el Dr. Sicilia, por lo que son presentados tan sólo para ser vistos, prometiéndonos el Dr. Sicilia estudiarlos y volver á hablar de ellos.

Dr. Portilla.—Enfermo presentado ya hace año y medio con diagnóstico de *meningitis sifilítica d'emblée* y que aun cuando no ha perdido el contacto con el tratamiento y ha tenido una latencia clínica del tiempo apuntado, presenta desde hace dos meses un síndrome que le hace pensar en una endarteritis cerebral de origen sifilítico que recuerda el cuadro de la pseudoparálisis general.

No cree que actualmente haya nada meníngeo por la integridad absoluta que ha revelado el líquido cefalorraquídeo por reciente punción lumbar sin ninguna hipertensión y con negatividad de toda la reacción.

Sin embargo, existe una rigidez raquídea que no encaja bien en el diagnóstico anterior y que recuerda la difusión de síntomas de la vez pasada en que parecían invadidas la casi totalidad de las meninges, pero entonces con reacciones positivas en el líquido que ahora faltan.

El caso es interesante por las circunstancias apuntadas y por las que rodearon el primer suceso en ausencia de todo antecedente de persona y familia.

La prueba de Frey en las dermatosis de origen sanguíneo.

Dr. Bejarano.—Por existir un grupo de dermatosis en el que predomina una completa obscuridad en lo que se refiere á su etiología y patogenia, pero que tienen por carácter común provocar una reacción de los sistemas linfóide ó mieloide, es importante aportar en ellas datos que indiquen el estado funcional de los órganos hematopoyéticos que pueden servir para diferenciar unos de otros y aun para establecer deducciones pronósticas.

Por ello se le ha ocurrido al Dr. Bejarano emplear en estos casos la prueba propuesta por Frey que consiste en hacer enumeración y fórmula leucocitaria y repetir ambas investigaciones un cuarto de hora después de una inyección hipodérmica de un miligramo de adrenalina. Esta substancia al contraer las fibras musculares esplénicas comprimen los folículos del órgano, resultando normalmente un aumento leucocitario á expensas de los linfocitos. Si los folículos están esclerosados, no se contraerán, ó si aún pueden hacerlo se revelarán las alteraciones esplénicas por la presencia en el torrente circulatorio de formas inmaduras.

Con la cooperación del Dr. Jiménez Asúa ha empleado esta prueba en un caso de micosis fungoide y en otro de eritrodermia consecutiva á una linfosis subleucémica. En el primero á pesar del mal estado general de la enferma existía un buen funcionalismo. En el segundo se advirtió la presencia de formas leucocitarias inmaduras.

Sin poder sacar conclusiones aconseja se repita este método exploratorio en esta clase de dermatosis.

Novasurol. Accidentes.

Dr. Sáinz de Aja.—Lo ha empleado solo y asociado al neo y nos habla de sus resultados obtenidos. Considera es,

como ya se ha dicho repetidas veces, una buena medicación, pero con la cual hay que tener cuidado siendo preciso tantear la dosis que tolere cada enfermo. Él ha tenido dos enfermos con verdaderos cólicos intestinales á las pocas horas de puesta la primera inyección por vía muscular. Ha observado también fiebre de 39 y 40°.

No aconseja, sin tantear bien la dosis antes, la asociación con el neo. La tolerancia por la boca en general es perfecta aunque en algún caso se ha visto estomatitis precoces.

Intervinieron brevemente los Dres. Sicilia, Bejarano y Covisa, coincidiendo todos en que siendo una buena medicación, la conclusión práctica es que origina accidentes que pueden ser peligrosos, por lo que debe ser manejada por el especialista tan sólo.

Dr. Covisa.—Nos refiere los estudios que ha hecho en seis de sus enfermos de una medicación espirilicida ya ensayada en Francia y conocida con el nombre de 189, la cual es á su juicio inferior á los arsenicales no influenciándose el Wassermann en nada á pesar de las dosis altísimas á que han sido sometidos los enfermos y no reuniendo más ventaja que la de tolerarse á la perfección dosis enormes, por lo que puede resultar una buena medicación tónica general.

Por último, el Dr. Casal nos lee un pequeño trabajo sobre *sífilis y neosilbersalvarsán* y acto seguido son suspendidas las sesiones hasta el próximo curso.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,3; ídem mínima, 699,8; temperatura máxima, 31°,9; ídem mínima, 12°,2; vientos dominantes, NE. N.

El brusco é inusitado cambio que ha sufrido la temperatura ambiente descendiendo desde calores poco acostumbrados á grados rara vez registrados en esta estación, ha determinado la aparición de muchos afectos agudos por enfriamientos como las cinesalgias, neuralgias á frigore, anginas tonsilares, traqueobronquitis y pleuroinias. En los niños se observan casos de sarampión, y en los enfermos crónicos los empeoramientos propios de los estados catarrales que los complican.

Crónicas.

Cajal, herido.—Por todos los periódicos diarios tendrán nuestros lectores conocimiento del accidente de que ha sido víctima el ilustre Cajal.

Con el fin de dar por terminados sus trabajos el señor Benlliure en la estatua de Cajal destinada á la Universidad de Zaragoza, el ilustre escultor llevó á su estudio de Villalba al célebre histólogo que veranea en Cercedilla.

Por la tarde, y después de haber permanecido en casa de Benlliure todo el día, regresaba Cajal, acompañado de éste á Cercedilla, cuando el automóvil fué á chocar contra un poste telegráfico á causa de una avería en la dirección del coche.

Los ocupantes del vehículo, que eran los dos personajes ya citados y el Sr. Tjera, sufrieron heridas, que por fortuna no son de gravedad.

A D. Santiago Ramón y Cajal se le apreciaron dos en la cabeza de bastante extensión, pero felizmente, leves.

Las últimas noticias del estado de Cajal son muy satisfactorias, y en todo momento el herido quitó importancia al accidente.

Distinción de la clase médica de Almería al Dr. Marín Amat.—EL SIGLO MEDICO ha recibido de Almería noticias que le halagan, porque dan cuenta de que en aquella capital y por la clase médica en masa, se ha sabido honrar á uno de los jóvenes médicos más ilustres de aquella región, al Dr. Marín Amat.

Perdónennos nuestros compañeros de Almería si al hablar de Marín Amat, hablamos como de nosotros mismos. Todos nuestros lectores han podido y pueden juzgar de nuestras fraternales relaciones por la laboriosa cooperación que

recibimos del conocido oftalmólogo y por el cariño que sin excepción le profesamos los compañeros de esta casa.

Porque una numerosa clientela le retiene en Madrid, el Dr. Marin Amat se ha visto precisado á presentar la dimisión como presidente del Colegio oficial de Médicos de Almería.

En Junta general extraordinaria celebrada el día 21 de Agosto, se dió cuenta de la resolución del Sr. Marin Amat y la Corporación de referencia, respondiendo al afecto que profesa á su expresidente, acordó por unanimidad mantenerle en el cargo como presidente honorario.

Con este motivo, son numerosísimas las felicitaciones que de sus compañeros y paisanos recibe el Sr. Marin, y se ha proyectado en su honor la celebración de un banquete.

La Redacción y Administración de EL SIGLO MÉDICO tienen un gran honor en adherirse al homenaje de que es objeto en estos días su redactor infatigable D. Manuel Marin Amat.—A. C.

Contra la tuberculosis.—Inglaterra, por medio de su Cruz Roja, acaba de hacer un donativo importantísimo al eminente bacteriólogo ginebrino M. Henri Spahlinger para que pueda continuar los trabajos sobre un tratamiento contra la tuberculosis á los cuales dedica la mayor parte de sus actividades.

El Dr. Spahlinger es conocido del mundo científico por sus estudios biológicos y por sus investigaciones acerca de la contención de la vejez prematura.

Su fama hace esperar que el resultado de los estudios que realiza sobre el tratamiento de la tuberculosis, sea positivo é indiscutible.

Estadística demográfico sanitaria.—La Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico ha publicado en la *Gaceta* del 25 de Agosto, el cuadro de los nacimientos, defunciones y matrimonios ocurridos en las capitales de España en el mes de Agosto de 1921.

En este período de tiempo se registraron 8.424 nacimientos, 7.165 defunciones y 2.394 matrimonios.

La natalidad fué, pues, de 2,45 por 1.000; la mortalidad, de 2,08, y la nupcialidad, de 0,70.

Nacieron 4.345 varones y 4.079 hembras, y fallecieron 3.724 varones y 3.441 hembras.

Hubo 2.694 fallecidos menores de cinco años y 1.622 de menos de un año.

Por tifus abdominal murieron 183; de viruela, 19; de difteria, 14; de gripe, 10; de tuberculosis, 613; de enfermedades del corazón, 517; de bronquitis aguda, 141; de crónica, 74; de muerte violenta (excepto suicidio), 151, y por suicidio, 16.

Agasajo á un médico.—Para conmemorar la concesión de la cruz de Beneficencia que le ha sido concedida por la campaña realizada en la villa de Leiza durante la epidemia gripal, numerosos compañeros y amigos han agasajado con un banquete al médico de Pamplona D. Bernardino Tirado. Nuestra enhorabuena.

En Suecia se seguirá bebiendo alcohol.—Los Gobiernos de los países cuando se atreven á someter á un plebiscito la prohibición de lo que suponen vicioso, debían tener en cuenta que al peso de los votos de los entregados al vicio se ha de unir el de los interesados en las industrias que producen y en las anejas.

En Suecia se fijó por el Gobierno el día 27 como fecha para la votación que determinaría si el pueblo es favorable ó no á la prohibición total del alcohol como bebida, y realizado el escrutinio resultan en favor del alcohol 847.009 y en favor de la prohibición 773.000; habiendo perdido, por consiguiente, el Gobierno la votación de su proyecto en la totalidad del país.

Por lo que se refiere á la capital, Estocolmo, ha vencido el Gobierno por 220.000 votos en pro de la prohibición y 139.000 en contra. Sin duda, aparte de los bebedores, han pesado en el triunfo el personal y los accionistas de las 160 fábricas de cervezas, ocho de botellas y otras en gran número de industrias anejas que aparte de las de levadura, alcohol y su destilación, existen en Suecia y en las que se hallan ocupados centenares de miles de obreros.

Por las Clínicas de Europa. Nota de la Administración.—Hemos puesto á la venta el tomo I, letra A del Formulario *Por las Clínicas de Europa*.

Nuestro objeto era, además, al reimprimir este primer

tomo, hacer una tirada aparte de varios ejemplares que no se encuadernaran con el fin de facilitar á algunos de nuestros suscriptores que tienen la colección incompleta por falta de muy pocas páginas, las que necesitasen; pero al revisar el tomo completo para su reimpresión, hemos visto la necesidad de introducir algunas modificaciones, aumentando gran número de palabras y corrigiendo detenidamente las de que la primera edición se componía. Así, pues, resulta que no sólo la paginación, ni aun haciendo desaparecer párrafos completos, hubiéramos podido hacer la referida tirada aparte, para completar la colección de algunos de nuestros suscriptores.

Hemos hecho una detenida busca de páginas que correspondan al primer tomo referido, y es tal el número de las agotadas, que es imposible poder servir las que se nos piden.

Nuestro primer deseo fué dar las mayores facilidades á los señores que, con escasa falta en su tomo, nos reclamaban su completo, y sentimos mucho que por la dicha circunstancia no podamos servirles.

Advertencia.—Muchos de nuestros suscriptores nos piden les remitamos el tomo I, *contra reembolso*. Llamámosles la atención para indicarles, que el envío contra reembolso tiene los siguientes gastos:

Franqueo y certificado, 0,40 ptas; sello de reembolso, 0,25; gastos de envío de giro, 0,15 ó 0,20.

Estas cantidades irán, por tanto, cargadas en la declaración de reembolso.

Los suscriptores que quieran enviar el giro directo, pueden hacerlo, remitiendo *siete pesetas con quince céntimos*, pues el importe de los certificados que se aplica á los libros, sólo es de 0,05 ptas. (sin reembolso más el franqueo), y del otro modo se exige abonar 0,30, á más de los gastos especiales que se señalan.

Tenemos preparados todos los tomos que han sido pedidos por los señores médicos, para en el momento en que se ponga al corriente el servicio de Correos, darles salida inmediata. Como suponemos que este servicio será un poco complicado al principio por el gran número de certificados que se acumularán de otras casas, no queremos darles salida hasta tener la seguridad de que con la mayor regularidad posible lleguen á manos de los solicitantes. Por tanto, á los señores que remitan por giro postal el importe del tomo, se le enviará éste sin más gastos que el de 0,15 céntimos, y los que así no lo hagan se los remitiremos contra reembolso.

Opiosán.—Al presente número acompañamos un folleto del Instituto 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.

PAPELES YHOMAR

Simples con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS
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, caquexias, 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.^a de la Cabeza, 1