

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	S. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA , Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Observaciones sobre un caso de glomerulonefritis difusa, por el Dr. Antonio M. Vallejo de Simón.—Extracción simple de una catarata intumesciente practicada en un ozonoso, por el Dr. Celso Jiménez López.—Farmacología de las preparaciones galénicas activas de origen vegetal por el Dr. D. Manuel Alvarez Ude.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Paseos de un solitario, por Carlos María Cortezo.—El gran dolor de sor Serafina, por el Dr. César Juárez.—Academias y Sociedades: Instituto de Medicina práctica.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Observaciones sobre un caso de glomerulonefritis difusa

POR EL

DR. ANTONIO M. VALLEJO DE SIMÓN

(Profesor Clínico de la Facultad de Medicina.)

La atenta observación de un caso clínico es siempre instructiva aunque sea la repetición de otros semejantes, y su interés se acrecienta considerablemente si á la investigación clínica se puede añadir la prueba anatomopatológica. Esto nos ha llevado á dar publicidad á uno de los casos de glomerulonefritis difusa que hemos tenido ocasión de estudiar, por considerarlo altamente interesante.

P. R., mujer de cuarenta y seis años, viuda, natural de un pueblo de la provincia de Toledo, habiendo vivido en Madrid desde su infancia. Trabajaba en un taller de guarnicionería, é ingresó en el hospital el día 1.º de Diciembre de 1921, ocupando una de las camas de la sala á cargo del Dr. Simonena.

No recuerda de sus padres otra cosa que el haber sido su madre una ascética á la que hubo de practicar-se varias paracentesis, falleciendo á unos cincuenta años con anasarca. Sus hermanos han sido seis, viviendo sólo tres. Murieron dos tuberculosos. Sólo tuvo un hijo que murió muy pequeño, no sabiendo de qué.

Siempre, dice, ha estado bien, teniendo buen apetito y sentándola bien todo lo que tomaba. Acostum-

braba á beber un poco de vino en las comidas, no usando en exceso salazones ni picantes. Nunca ha sido gruesa.

Menstruación: apareció á los diez y ocho años, de ordinario bien, sin dolores, de cuando en cuando alguna falta. Menopausia á los cuarenta años sin experimentar ningún trastorno.

Únicamente recuerda haber padecido el sarampión de pequeña. Frecuentes catarros, pasando á veces, sobre todo estos últimos años, todo el invierno acatarrada, originándola alguna molestia y hasta obligándola á veces á guardar cama.

Cuatro meses antes de su ingreso en el hospital y sin causa especial á que atribuirlo, notó que se la hinchaban las piernas y que orinaba menos y turbio (dice que como barro). Comenzó á perder el apetito y las fuerzas; no tenía ganas de trabajar y hubo de dejar su trabajo. Notó que tenía más sed que antes, que bebía más agua, tanto, que según cuenta, se compró unos polvos para echarlos en el agua y así beber menos. Se puso á régimen lácteo, tomando cada día unos dos litros de leche.

Al cabo de quince días notó se le hinchaba también la cara y que aumentaban los edemas del resto del cuerpo. Se le presentó diarrea, dos ó tres deposiciones diarias, líquidas ó pastosas, algunos vómitos y pesadez de cabeza.

En este estado siguió hasta quince ó veinte días

antes de su ingreso en el hospital. Entonces se exacerbó su pesadez de cabeza pasando el día como amodorrada, con deseos de dormir á todas horas. Poco después perdió algo de vista y se le presentó una tos seca bastante molesta.

El día que la vimos acusaba muy escaso apetito, sequedad en la boca con bastante sed. Únicamente toma leche, sin que este alimento le determine molestia alguna digestiva. Depone diariamente una sola vez de aspecto normal. Nota abultado el vientre. Tiene tos y expectora algo. No nota palpitaciones ni opresión. Duerme bien, con exceso, pues pasa la mayor parte del día, si no durmiendo, cuando menos somnolienta. Alguna vez, dice, se despierta con algo de opresión. Se encuentra muy decaída, con pocas fuerzas, se cansa al menor esfuerzo. La vista algo turbia, sobre todo en el ojo izquierdo. Facultades intelectuales bien. Orina poco y claro. Hinchazón de piernas y cara.

Explorándola nos encontramos con una enferma muy pálida, no demacrada. Coloración de la piel blanca, casi marmórea. Mucosas decoloradas. Edema bastante acentuado en los párpados, también edematosa la cara. Papilas normales, reaccionan bien. Lengua seca, saburral, achocolatada, con ligero temblor de la punta.

En el cuello aumento de la grasa subcutánea, sobre todo en las fosas supraclaviculares. Latidos carotídeos muy marcados y perceptibles. Latido supraesternal. No existe ingurgitación visible de las yugulares.

Tórax globuloso y algo raquítrico. Angulo de Louis muy marcado. Angulo xifoideo obtuso.

Corazón: punta poco perceptible por inspección; choque algo difuso, palpándose su máximo de intensidad en el quinto espacio intercostal muy poco por dentro de la tetilla. No existe matidez á la derecha del esternón. El primer tono en la punta apagado, el segundo, seco y metálico. En la base y en el foco aórtico reforzado intensamente el segundo tono, percibiéndose de timbre metálico. Extrasístoles.

Aparato respiratorio: sonoridad algo mayor que lo normal en el plano anterior. Submatidez en la base derecha, plano posterior. Matidez en la base izquierda á partir de dos traveses de dedo por debajo de la punta de la escápula.

A la auscultación: estertores crepitantes y subcrepitantes finos en el plano posterior, á partir de un poco por encima de la punta de la escápula en ambos lados. En el lado izquierdo, á nivel de la zona mate, murmullo vesicular casi imperceptible. Vibraciones vocales disminuídas en la base derecha, casi abolidas en la izquierda. En el plano anterior roncus y sibilancias; algún estertor fino en las bases, sobre todo en la izquierda.

Abdomen abultado, tenso, resistente á la presión; timpanizado en la parte alta; macidez con sensación de onda líquida libre por debajo del ombligo. A la presión no se despierta dolor en ningún punto.

Edema intenso de las piernas y muslos; bastante acentuado en la pared abdominal; más ligero, pero bastante marcado, en el tórax y en la espalda; brazo derecho muy edematoso seguramente por echarse de ese lado en la cama; brazo izquierdo mucho menos

edematoso. En todas partes fovea muy marcada á la presión digital.

Pulso amplio, desplegado, poco voluminoso, tenso; 100 pulsaciones por minuto. Tensión arterial: máxima, 27; mínima, 12; diferencial, 15 (con el Pachón).

Temperatura: 36°,2 por la mañana.

Análisis de orina:

Cantidad en veinticuatro horas, 400 c. c.

Reacción, ácida.

Color, amarillo pajizo, turbio.

Densidad, 1,020.

Cloruros (en ClNa), 7,8 gramos por 1.000 — 3,12 gramos en veinticuatro horas.

Urea, 10,24 gramos por 1.000 — 4,09 gramos en veinticuatro horas.

Albúmina (por el Esbach), 15 gramos por 1.000 — 6 gramos en veinticuatro horas.

Glucosa, 00.

Sedimento: abundantes cilindros hialinos y granuloso; leucocitos y células de epitelio renal; algún raro hematíe.

Análisis de sangre:

En sangre total: viscosidad, 4,9 (viscosímetro de Hess, con la corrección de temperatura).

Cloruros (en ClNa), 4 gramos por 1.000 (método de Bang). (Dr. Corral.)

En el suero sanguíneo:

Viscosidad, 1,7 (viscosímetro de Hess, con la corrección de temperatura).

Cloruros (en ClNa), 6,58 gramos por 1.000 (técnica de Efohr).

Urea, 0,38 gramos por 1.000 (técnica de Uoog.)

Análisis del líquido del edema:

Viscosidad, 1,05 (viscosímetro de Hess con corrección de temperatura).

Cloruros (en ClNa), 3,3 gramos por 1.000 (método de Bang). (Dr. Corral.)

Constante ureosecretoria de Ambard, 0,085.

Se le prescribe reposo absoluto en cama, y como alimentación 1.000 c. c. de leche, mientras no disminuyan sus edemas ó aumente la cantidad de orina.

Día 5.—Temperatura por la mañana, 36°. Pulsaciones, 88 por minuto. No disminuyen los edemas. Orina, 250 c. c. en veinticuatro horas. Se le prescriben papeletas de sulfato de sosa y sulfato de magnesia, aa, 12 gramos, obteniéndose con ello tres deposiciones líquidas en veinticuatro horas. Toma una papeleta cada día por la mañana en ayunas.

Día 7.—Sigue elevación térmica por la mañana 37°,1. Pulsaciones, 80 por minuto. Diarrea; 6 deposiciones al día.

Día 10.—Disminuyen considerablemente los edemas. Temperatura, 36°,1 por la mañana. Pulsaciones, 80 por minuto. Persisten los síntomas anteriormente observados. Se suprimen las papeletas purgantes. Orina, 700 c. c.

Día 13.—Temperatura, 35°,8 por la mañana. Pulsaciones, 100 por minuto. Tensión arterial máxima, 28, mínima, 12; diferencial, 16; orina, 1.150 c. c. en veinticuatro horas; 3 deposiciones diarias.

Día 17.—Aumenta la tos y la expectoración. Se encuentra más decaída. Temperatura, 37°,3 por la mañana. Pulsaciones, 97 por minuto. Diarrea, varias deposiciones líquidas. No es posible recoger orina para nuevos análisis por la mezcla con las heces, sin poder recogerla por separado.

Día 20.—Ha seguido estos días con fiebre. Hay 37° por la mañana, 36° por la tarde. Pulsaciones, 88 por minuto. Vómitos y náuseas continuas. Angustia y decaimiento grandes. Mucha tos, expectoración abundante, purulenta. A la exploración: estertores abundantes crepitantes y subcrepitantes, de pequeñas y medianas burbujas en todo el pecho, sobre todo en las bases del plano posterior. En los vértices plano posterior murmullo reforzado. En el plano anterior respiración áspera y respiración prolongada. Se le prescribe: revulsión intensa y extensa en el pecho y en la espalda (ventosas y cataplasmas sinapizadas), inyecciones de aceite alcanforado y una poción expectorante.

Día 21.—Mejoran los vómitos y el estado angustioso. Temperatura, 38°,2 por la mañana. Pulsaciones, 70 por minuto. Persisten los síntomas pulmonares. En la base derecha, plano posterior, submacidez bastante acentuada; en la izquierda, persiste la macidez observada al principio.

Día 26.—Muy decaída, pulso pequeño, poco amplio, 114 pulsaciones por minuto. Respiraciones, 40 por minuto. Temperatura, 35°,8. Estertor traqueal. Conserva por completo el sensorio y todas sus facultades intelectuales.

Día 27.—Fallece sin ninguna manifestación comatosa.

La autopsia se practica veinte horas después de su muerte, observándose lo siguiente:

Pleuras.—Adherencias flojas en ambos pulmones, más en el izquierdo, cuya base por atrás estaba completamente adherida. Líquido seroso en ambas cavidades pleurales, unos 150 c. c. en cada una.

Pulmón derecho.—Adherencias flojas, sobre todo en el plano posterior. Voluminoso, blanquecino y antracósico. Edema pulmonar intenso. Congestión, sobre todo en la base. Bronquitis intensa, dilataciones bronquiales y exudado mucopurulento en los bronquios.

Pulmón izquierdo.—Adherencias en mayor número y más intensas que en el derecho, flojas casi todas, menos en la base que son fuertes, estando completamente pegadas ambas hojas. Edema intenso del lóbulo superior. Foco de neumonía crónica fibrosa en la base plano posterior, del tamaño de una naranja, con engrosamiento pleural y antracosis, sobre todo en la periferia. Bronquitis intensa y dilataciones bronquiales.

Pericardio.—Exudado, unos 300 c. c.

Corazón.—En gota. Peso 300 gramos. Ventrículo izquierdo: con considerable hipertrofia de sus paredes; sin dilatación de su cavidad. Ventrículo derecho: hipertrofia sin dilatación, pero mucho menos que el izquierdo. Ligeras placas esclerosas en válvula mitral lejos del borde libre. Otras válvulas bien. Placas escleróticas en ambas coronarias en el primer tercio de su trayecto.

Aorta.—Placa esclerótica en el arranque de las coronarias.

Peritoneo.—Exudado abundante en su cavidad, de 3.000 c. c. Aspecto lactescente, turbio; color blanco sucio. Con reposo no se sedimenta, persistiendo el enturbiamiento. Reacción de Rivalta débilmente positiva. Albúmina, 18 gramos por 1.000 (con el Esbach). Cloruros (en ClNa), 3,45 gramos por 1.000 (método de Mohr).

Estómago.—Pequeño, como retraído. Macroscópicamente sin lesiones.

Intestino.—Paredes edematosas. No distendido.

Hígado.—Algo mayor de tamaño y ligeramente escleroso.

Bazo.—Congestionado.

Riñones.—Grandes y blancos. Ambos juntos pesan 400 gramos. Se decapsulan bien. Su superficie aparece llena de granulaciones. Al corte aparece la substancia cortical blanca; la substancia medular presenta las pirámides de color rosado con estrías muy marcadas, resaltando del resto blanco.

Suprarrenales.—Normales al parecer.

Líquido edema.—De color blanco, transparente. Reacción de Rivalta negativa. Albúmina (con el Esbach), 5 gramos por 1.000. Cloruros (en ClNa), 3,5 gramos por 1.000 (técnica de Mohr).

El estudio anatomopatológico microscópico de los distintos órganos nos demuestra las siguientes lesiones:

Riñones.—Glomérulos voluminosos, pelotón vascular dilatado con gran cantidad de núcleos de epitelio proliferado y leucocitos extravasados; algunos están transformados en una masa fibrosa en la que es difícil percibir su estructura. La cápsula de Bowman presenta engrosamiento de su pared externa, en algunos puntos epitelio proliferado. La luz capsular en muchos está rellena de una substancia amorfa (albuminuria).

Tubos contorneados con intensa degeneración adiposa y turbia; epitelio descamado y su luz rellena de cilindros.

Tubos colectores: relativamente bien conservados.

Tejido intersticial: presenta distinto aspecto según las zonas en que se observe. En la mayor parte de la substancia cortical se encuentran los tubos separados unos de otros por una substancia teñida de rojo más o menos intenso en las preparaciones coloreadas por el método de Van Gieson, que es tejido conjuntivo de más cantidad que lo normal; al mismo tiempo se nota edema intersticial é infiltración inflamatoria con diapedesis más o menos intensa según las zonas. En algunos puntos se ve el tejido conjuntivo más denso, con mallas más apretadas ahogando en parte los tubos, siendo en estas zonas menor el edema y la inflamación intersticial.

En la substancia medular hay también aumento del tejido conjuntivo; los capilares están dilatados y repletos de hemáties, apareciendo en algunos puntos pequeñas extravasaciones hemáticas.

En los vasos renales lesiones de arteritis y de periarteritis. Proliferación de la técnica elástica y sobre todo de la adventicia por lo que aparecen rodeados de gran cantidad de tejido conjuntivo.

Pulmones. - Lesiones de bronquitis intensa con peribronquitis. Edema pulmonar intersticial. Antracosis. En la porción correspondiente á la base del pulmón izquierdo que macroscópicamente aparece intensamente lesionada, se encuentra la pleura engrosada con aumento del tejido conjuntivo é infiltración leucocítica; los bronquios desprovistos de epitelio, repletos de secreciones, su pared engrosada, con gran aumento del conjuntivo y en algunos puntos osificado, crujiendo la cuchilla del microtomo al cortarlos; peribronquitis mucho más extensa é intensa que en el resto de los pulmones, con intensa infiltración leucocítica que invade en gran extensión los alvéolos vecinos, los cuales se presentan repletos de células de proliferación y descamación alveolar, así como de leucocitos; el parénquima pulmonar aparece condensado también en algunos puntos lejos de los bronquios, en focos pequeños con gran cantidad de leucocitos; el tejido conjuntivo se encuentra aumentado; no se ven células gigantes ni focos de reblandecimiento; los vasos pulmonares aparecen también en esta zona algo esclerosados, rodeados de una mayor cantidad de tejido conjuntivo.

Hígado. - Degeneración adiposa periportal poco intensa. Ligero aumento del tejido conjuntivo en los espacios portas.

Corazón. - Infiltración ligera intersticial. En algunos puntos fibras cardíacas con degeneración turbia.

Arteria iliaca externa. - Lesiones de comienzo de arteritis crónica. Túnica interna ligeramente engrosada con endotelio conservado y degeneración adiposa subendotelial. Túnica media con alguna fibra también con degeneración adiposa. Túnica externa corneal.

Clinica y anatomopatológicamente se comprueban alteraciones en tres órganos: pulmonares, corazón y riñones, debiendo relacionarse las lesiones de estos órganos para comprender ó interpretar bien todos los pormenores que la clínica y anatomopatológicamente ofrece el caso.

El proceso pulmonar debe desdoblarse y considerar por un lado lesiones crónicas y por otro las agudas. Son lesiones crónicas las dilataciones y esclerosis bronquiales, la peribronquitis, las esclerosis vasculares, el aumento del tejido conjuntivo, el foco de la bronconeumonía crónica de la base izquierda y el engrosamiento pleural con adherencias en esta misma base. Clínicamente se revelan estas lesiones: en la historia, por los frecuentes catarros, sobre todo en los últimos años, por la tos y la expectoración purulenta; y en la exploración, por la serie de síntomas bronquiales que aparecían difusos por ambos pulmones, así como por los signos observados y descritos, en la base izquierda. Estas lesiones pertenecen á un proceso de bronquitis crónica con bronquiectasia y un foco de esclerosis broncopulmonares en la base izquierda. Estas lesiones son antiguas y con mucho anteriores al proceso renal subagudo causa de la muerte. Son lesiones agudas, ó por mejor decir recientes, comparadas con las anteriormente descritas: 1.ª, una agudización de la bronquitis crónica difícilmente demostrable anatomopatológicamente por las ya intensas lesiones existentes, pero que clínicamente aparece clara

por el aumento brusco de la tos y de la expectoración, por la aparición de pequeños accesos febriles y por la exacerbación de los síntomas físicos pulmonares; 2.ª, una congestión y edema intersticial que aparece en la autopsia claramente y que clínicamente se manifestó por polipnea, estertores crepitantes y subcrepitantes finos é indudablemente influiría también con el aumento de la expectoración. La agudización de la bronquitis la vimos aparecer estando en la clínica, quizás debido á un enfriamiento. Tal vez en el comienzo de su afección renal subaguda hubiera alguna otra exacerbación, pero la enferma no hace referencia alguna de ello. El edema pulmonar es una consecuencia del anasarca, y, por tanto, posterior al proceso renal hidropígeno.

El corazón se presenta hipertrofiado, pero con hipertrofia concéntrica, sin dilatación. Se presentan hipertrofiados ambos ventrículos, más el izquierdo. Esta hipertrofia se debe á obstáculos periféricos que para ser vencidos obligan á su mayor trabajo al corazón. No ha habido déficit cardíaco, pues cuando le hay suele existir hipertrofia con dilatación, y clínicamente tensión máxima baja, diferencial pequeña y mínima alta, éxtasis yugular y dilatación auricular, cosas que no se presentaban en este caso; al contrario, la tensión elevada revelaba un buen funcionamiento cardíaco. La hipertrofia del ventrículo derecho es consecuencia de las lesiones pulmonares crónicas, y para que se produzca precisa que el proceso sea de larga duración y extenso, que dificulte la circulación pulmonar. Clínicamente puede atribuirse á esta dilatación la ligera desviación de la punta hacia afuera, pues se palpaba muy próxima á la línea mamilar. La hipertrofia del ventrículo izquierdo se debe á las lesiones renales, subagudas y crónicas, que luego describiremos, y clínicamente se manifiesta por el choque difuso de la punta y la hipertensión.

En el riñón, como en el pulmón, es preciso considerar separadamente varios procesos distintos para comprender bien el caso y explicarse perfectamente toda la sintomatología. Anatomopatológicamente se presentan claramente diferenciados: 1.º, el proceso crónico caracterizado por la existencia de glomérulos completamente fibrosados, de zonas, en algunos puntos, en las que el tejido conjuntivo se presenta más denso y como ahogando los elementos parenquimatosos, y por las lesiones de arteritis y periarteritis crónicas; lesiones debidas á un comienzo de esclerosis á favor de lo cual aboga, á más de la edad de la enferma, la existencia de lesiones en diversas arterias (iliaca interna, coronarias, aorta), que revela una tendencia á la arterioesclerosis, y sabido es con cuánta frecuencia es en el riñón donde estas lesiones se presentan antes y con más intensidad. Estas lesiones del riñón, y también quizás las vasculares, determinarían una hipertrofia mayor ó menor del ventrículo izquierdo y clínicamente se presentaría una hipertensión que aunque no la podamos asegurar por no haber observado antes á la enferma, es de presumir que existiese, aunque fuese ligera, antes de iniciarse el proceso subagudo, el cual haría que se elevase mucho más adquiriendo el alto valor que observamos. Este proceso crónico sería una

esclerosis renal; 2.º, un proceso subagudo caracterizado anatomopatológicamente por glomérulos voluminosos con el pelotón vascular hinchado con edema y extravasación leucocitaria, esclerosis y edema intersticial con infiltración inflamatoria, dilataciones capilares y pequeñas hemorragias, vasos con lesiones de endo y pariarteritis. Clínicamente se manifestarían por oliguria, albuminuria, cilindruria, hipertensión que se sumaría a la ya existente y edemas. Este proceso subagudo corresponde a una glomerulonefritis difusa. Pero además se agrega un tercer proceso caracterizado por la degeneración intensa adiposa y turbia de los epitelios tubulares, tal vez consecutiva a las alteraciones vasculares e intersticiales determinadas por el proceso subagudo y que clínicamente se manifestaría por una mayor intensidad de los edemas y quizás también determinaría el aspecto lactescente del exudado peritoneal por reabsorción de los lipoides renales que se verterían en los distintos exudados (Volhard), así como también por una mayor intensidad en el síndrome urinario. Este proceso sería una nefrosis. En este caso la cantidad de urea en el suero sanguíneo, así como la constante ureo-secretora, eran normales, lo cual indica que a pesar de las enormes lesiones existentes los elementos glandulares conservaban relativamente su función no determinando insuficiencia renal.

Considerando el caso en conjunto se trata por tanto de una glomerulonefritis difusa subaguda con participación nefrótica (forma mixta) en una enferma con esclerosis renal incipiente, con una bronquitis crónica y con un foco de esclerosis broncopulmonar en la base derecha.

(Continuará.)

Extracción simple de una catarata Intumesciente practicada en un ozenoso

POR EL

DR. CELSO JIMÉNEZ LÓPEZ

Profesor de la Clínica de Organos de los Sentidos en el Hospital de San Juan de Dios,

Y EL

DR. VÍCTOR RIBÓN

Jefe de Clínica de este servicio.

Es obligatorio examinar la conjuntiva y el saco lagrimal antes de decidir una operación, especialmente si ésta es de alguna importancia, sobre el globo ocular, como la iridectomía o la extracción de la catarata. La presencia de una secreción purulenta o mucopurulenta de la conjuntiva o del saco lagrimal convierte cualquiera operación sobre el ojo en extremadamente peligrosa, a causa de la posibilidad de la infección (May, Finlay).

Todo ojo para ser operado de catarata debe tener, por lo arriba expuesto, sus anexos absolutamente normales; cualquiera modificación que en ellos se observe (color, secreción, irritación, etc.) impide la operación, pero de manera completa, pues indica que existe un estado patológico que puede dar lugar a funestas consecuencias.

Se deberá hacer un examen completo de ambas caras de los párpados, así como de las pestañas, de las conjuntivas palpebral y bulbar, del aparato lagrimal, etcétera, a fin de descubrir si existe algo anormal y evitar por el momento la operación, aplazándola hasta cuando la parte enferma esté completamente sana (Guiral y Viondi).

Las fosas nasales cuando están infectadas constituyen una vecindad temible para la asepsia ocular; una de sus infecciones, desgraciadamente muy común, el ozena, va a la cabeza de todas ellas, ya que las vías lagrimales están directamente amenazadas por él. El microbio de Loewenberg (el del ozena) asciende por el canal nasal e infecta el ojo; en efecto, Cuénod, Terson y Gabriélides han encontrado este agente patógeno en las dacriocistitis flegmonosas, en las úlceras de la córnea y en las conjuntivitis, que pueden afectar a las personas que sufren de ozena. En seis casos, escogidos entre 11 ozenosos, Terson y Gabriélides han comprobado la presencia del rinobacilo en las conjuntivas sanas; por esta razón los oculistas son parcos en sus intervenciones quirúrgicas en dichos enfermos, pues temen fundadamente las posibles complicaciones supurativas (Castex). No obstante todas estas muy poderosas razones, y por tratarse de un ozenoso a quien cegaban las cataratas de que padecía y a quien urgía regresar dentro de breve plazo al lugar de donde era oriundo, resolvió el profesor correr el albur de operarlo, para lo que dispuso que durante los ocho días anteriores al de la intervención el enfermero de la clínica le practicara varias veces al día abundantes lavados nasales con agua formolada al 5 por 1.000 y le instilara después de cada uno de ellos unas cuantas gotas de aceite gomenolado al 10 por 100. Dicho enfermo contaba cincuenta años de edad, había nacido en Sutatenza (Departamento de Boyacá, de la República de Colombia), era casado y jornalero de profesión.

Intervención.—El 28 de Marzo del presente año, previa anestesia del segmento anterior del ojo izquierdo (catarata intumesciente) con la solución de cocaína-adrenalina que se emplea en la clínica con este fin, el profesor practica la extracción simple del cristalino opaco; hecha la discisión de la cápsula sale un líquido lechoso y después todo el cristalino; en este momento parpadea el enfermo (que ya había dado múltiples pruebas de indocilidad) y expulsa gran parte del cuerpo vítreo; en vista de este accidente, quita el profesor el blefarostato, baja con cuidado el párpado superior, aguarda un momento, entresbre luego el ojo, se da cuenta de que el colgajo está en su sitio y pone curación húmeda. A los tres días el profesor hace la primera curación y encuentra todo en admirable estado (visión de los objetos y cicatrización de la herida), no obstante la salida del vítreo.

El éxito completo de este caso demuestra que si al intervenir quirúrgicamente en los ojos de un ozenoso se corre el riesgo de que dichos órganos supuren y se pierdan, este riesgo disminuye y hasta desaparece si anticipadamente se practica el cuidadoso aseo de las fosas nasales, ya que la antisepsia completa es imposi-

ble en estas cavidades que figuran entre las más sépticas del organismo.

Bogotá, República de Colombia, 1922.

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 Álvarez Ude, en su recepción de Académico de número, que tuvo lugar el día 9 de Abril de 1922.

Si el principio de la proporcionalidad entre la energía de una sustancia y los demás factores que pueden intervenir é intervienen en la experimentación fuera exacto, bastaría para averiguar el potencial de dicha materia, plantear y resolver una ecuación poniendo de un lado la especie y el peso del animal y de otro el tiempo necesario para que una cantidad conocida del producto problema produzca sobre este animal su acción fisiológica específica.

Pero en la realidad lo que acontece es que, en los efectos producidos en los animales de experimentación, influyen una porción de causas independientes de la voluntad del operador, no susceptibles, por lo tanto, de ser modificadas por éste; el reactivo animal no es siempre idéntico á sí mismo en dos ó más experiencias consecutivas, sino que cada uno tiene un coeficiente individual de sensibilidad y una capacidad de absorción propia, sin que se pueda asegurar, en consecuencia, que todos los empleados en un ensayo ó serie de ellos, en los que los factores físico-químicos sean constantes, habrán de reaccionar dentro de ciertos límites, claro es, con igual intensidad, aunque hayan sido elegidos en las mejores condiciones y colocados también en las más favorables para lograr el resultado apetecido. Así, por ejemplo, cuando se opera según la técnica de Focke, ocurre á veces que ranas aparentemente idénticas entre sí reaccionan de modo muy diferente, no produciéndose la paralización ventricular de algunas sino al cabo de un tiempo doble ó triple que en las demás, á pesar de haber inyectado á todas la misma dosis y estar todas ellas sometidas á las mismas circunstancias de temperatura, captividad, etc.

Algo parecido sucede también con las demás especies animales utilizadas como reactivo: perros, gatos, etc.; los primeros, empleados para el ensayo del cáñamo indiano por la Farmacopea de los Estados Unidos, no sólo se han de elegir de raza, variedad y edad determinadas y cuidados en las mejores condiciones higiénicas, sino que, por causa de su variable susceptibilidad para la droga, han de practicarse pruebas preliminares con varios de ellos para escoger los que reaccionen más fácilmente con el preparado; siendo conveniente, además, según recomienda el citado Código, que cada serie de ensayos se efectúe por la misma persona, que estará completamente familiarizada con las particularidades del animal, con objeto de poder reconocer con seguridad las desviaciones anormales, y que durante las experiencias los animales permanezcan en sitio tranquilo y separados unos de otros de modo que no puedan verse.

Esta desigual resistencia y susceptibilidad de los animales utilizados en la valoración fisiológica de los medicamentos no es, después de todo, más que una consecuencia natural del carácter de los fenómenos de la vida, demasiado variables y complicados, en su aparente sencillez, para poder reducirlos á fórmulas matemáticas. Por eso tenemos que limitarnos, por ahora, cuando se trata de instituir métodos

de valoración biológica, á determinar, con cuanta precisión pueda hacerse, cada uno de los factores que intervienen en la experiencia, haciendo que no varíen más allá de límites conocidos, fijos y constantes, con el fin de lograr que los resultados obtenidos reflejen con la mayor exactitud posible la relación mutua de los fenómenos producidos y que á la vez sean comparables entre sí.

Respecto á este último punto, es de notar que acontece con los métodos biológicos de valoración del potencial terapéutico ó fuerza de los medicamentos lo mismo que con los procedimientos químicos propiamente dichos utilizados con el mismo objeto, pero de modo más acentuado todavía, y es que al estudiar la actividad de una preparación medicinal compleja por varios métodos suelen obtenerse resultados variables entre límites bastante distanciados; y esto, que acaso pudiera explicarse por la distinta sensibilidad de los diversos animales para el producto sometido á ensayo, demuestra, de un lado, la necesidad de unificarlos también, y de otro, la de averiguar cuál de las acciones fisiológicas ejercidas por el medicamento en cuestión sobre los animales empleados en los diferentes métodos, es comparable con más paridad á la determinada por la misma sustancia en el hombre, cuya sensibilidad sin duda no es igual á la de cada una de las especies zoológicas utilizadas. Para resolver este problema es indispensable el concurso de la experiencia médica, única que puede demostrar si están ó no de acuerdo los resultados del laboratorio con los de la clínica.

De todas maneras no me parece aventurado afirmar que los métodos biológicos, considerados en general, no tienen el carácter de precisión y constancia que debe ser atributo propio y peculiar de todo procedimiento de valoración; ninguno de la índole de aquellos de que me ocupó permite asignar á un determinado producto un valor terapéutico numérico exacto con relación á otro de igual naturaleza más ó menos activo. Por eso creo con Richaud que es un verdadero abuso de lenguaje hablar de medicamentos ó drogas *valoradas fisiológicamente*, contribuyendo, además, con dicha locución á inculcar en la mente de los clínicos una idea equívoca de lo que se quiere exponer. Debe, pues, ser sustituida la citada frase por la de *ensayo fisiológico* ó, mejor aún, *biológico*, empleada por la Farmacopea norteamericana, porque, sin duda, traduce más fielmente el concepto de que se trata. Tal es, también, la manera de pensar de varios farmacólogos especializados en esta materia, entre quienes merece particular mención Busquet, que en las conclusiones de un estudio publicado como consecuencia del debate habido en el Congreso de La Haya sobre este tema, se pregunta: «¿Existe un método de valoración fisiológica bastante exacto para asignar á las preparaciones galénicas, valoraciones de 1-2-3-4-5-6, etc.?» La experiencia personal del autor sobre las diversas técnicas le obliga á tener igual opinión que la expresada por M. Richaud en el último Congreso y á dar una contestación negativa. Sin embargo, lo mismo que Gunzberg, Joanin y bastantes otros, cree M. Richaud formalmente que la valoración fisiológica, no obstante sus imperfecciones actuales, da aproximaciones útiles; permite incontestablemente á las casas de droguería rechazar las preparaciones inactivas y entregar, gracias á acertadas mezclas, productos de valor terapéutico medio; pero el método debe, en este caso, limitar sus pretensiones y, como dice el mismo Joanin, le está mejor aplicado el nombre de ensayo fisiológico que el de valoración.

Además, el ensayo fisiológico, por sí solo, no es bastante para juzgar respecto de la bondad de un preparado si antes no se ha hecho un examen químico detenido del medicamento en los casos en que éste no haya sido elaborado por

(1) Véase el número anterior.

el propio farmacéutico, ya que, según se ha visto, se pueden hacer mezclas tan hábilmente dispuestas que respondan cumplidamente á las condiciones de ensayo fisiológico de determinada preparación sin que contengan nada del material que las da nombre.

En apoyo de lo expuesto véase lo que afirma Richaud en un trabajo recientemente publicado sobre esta materia: «...cada una de las técnicas fisiológicas propuestas hasta ahora no permiten ni la valoración propiamente dicha de los principios activos de las preparaciones galénicas, ni siquiera una comparación rigurosa y bien fundada de dos preparaciones galénicas de igual especie; pero el ensayo fisiológico de algunos productos naturales aparece como un elemento siempre útil y á veces indispensable para la apreciación del valor terapéutico de estos productos. En efecto, basta un ensayo fisiológico negativo para apreciar la inactividad de algunas drogas, pero un ensayo fisiológico positivo no constituye, por sí solo, un elemento de apreciación suficiente; no dispensa de recurrir á los métodos de investigación que los farmacólogos tienen á su disposición, por poderse constituir fraudulentamente toda clase de productos artificiales capaces de provocar sobre el animal reacciones fisiológicas análogas ó idénticas á las que se obtengan con los mejores productos naturales».

A mi modo de ver, el ensayo fisiológico en el animal, reactivo maravillosamente sensible, es todavía un procedimiento de investigación empleado en los laboratorios, en los que se experimenta sobre las nuevas formas y preparaciones medicamentosas; carece, al presente, del carácter de certeza que tienen los métodos químicos cuando son aplicables, y, por otra parte, su manipulación especial hace que no pueda ser practicado en todos los laboratorios de farmacia. Se encuentran, pues, los métodos biológicos en la fase constituyente, por la que han pasado tantos y tantos otros antes de llegar á ser incorporados á la técnica profesional ordinaria. En este sentido, son merecedores de elogio y dignos de ser tomados en consideración cuantos trabajos se efectúan por diversos especialistas, con el fin de perfeccionar el método; pero, repito, hoy por hoy constituyen únicamente, según el parecer de eminentes prácticos, un elemento más de juicio para estimar la eficacia de ciertos medicamentos complejos y comprobar la supuesta actividad de nuevos preparados y formas farmacéuticas, introducidos modernamente en la Terapéutica merced á una persistente é intensa propaganda.

En cambio, el ensayo biológico tiene extraordinaria importancia, y es de utilidad suma en cuanto nos proporciona el medio de apreciar la energía de algunas especies medicinales de eficacia reconocida, cuyo potencial terapéutico, sin embargo, no se ha conseguido todavía valorar por los procedimientos físico-químicos. Es indudable que no conocemos absolutamente todas las especies inmediatas coexistentes en una droga vegetal, y que su naturaleza química, en muchos casos, no es el agente exclusivo de la acción farmacodinámica; gran parte de ésta corresponde á la relación armónica de los principios activos entre sí, y, por lo tanto, lo que necesita graduarse en tales productos es la acción total del complejo; el análisis suministra datos muy útiles de cuantificación química, pero en ella no es seguro que esté contenido y resuelto todo el problema, y para aproximarse más á la verdad hay que acudir al ensayo fisiológico á la par que al analítico para contrastar, uno con otro, los resultados obtenidos por ambos procedimientos.

Por todas estas consideraciones ú otras análogas es, sin duda, por lo que los métodos de ensayo biológico de las preparaciones galénicas no han sido adoptados todavía por nin-

gún Código de medicamentos, excepción hecha de la Farmacopea de los Estados Unidos, cuya edición novena los incluye en su apéndice, pero cuidando de advertir que dicha inscripción no significa que tengan carácter obligatorio, salvo, sin embargo, en lo referente al *Cannabis*.

De momento, según el referido Código, el fin propuesto consiste en ofrecer á aquellos á quienes interesa, y más particularmente á los fabricantes de productos galénicos, procedimientos consagrados ya, en cierto modo, por la experiencia, invitándoles á aplicarlos por sí como comprobación y crítica, con objeto de llegar, á ser posible, á mejores resultados prácticos.

A este propósito, no estará de más consignar que algunos preparadores y Sociedades profesionales hace ya tiempo que practican el ensayo fisiológico de ciertos materiales como complemento de sus trabajos químicos; así la *Philadelphia Branch of the American Pharmaceutical Association* efectuaba el de la digital, empleando los conejos de Indias; los farmacéuticos de Amsterdam, de común acuerdo, se proveían —ignoro si siguen haciéndolo— de hojas de digital procedentes de la cultivada en Noorwijk, que, recogidas en las debidas condiciones y valoradas químicamente en digitoxina se sometían al ensayo fisiológico, con el fin de dispensar siempre un producto de energía uniforme; y, en la actualidad, son ya bastantes los productores en gran escala que, junto á sus laboratorios químicos, han instalado otros destinados á la comprobación fisiológica de los preparados que elaboran y expenden.

De todos modos, los métodos biológicos para la valoración de medicamentos complejos, considerados de un modo genérico, son todavía, en mi sentir, más especulativos que prácticos, de técnica delicada y minuciosa que requiere cultura y hábito científico especiales, tanto en lo concerniente al manejo del instrumental y aparatos, como en lo relativo á la observación é interpretación de los fenómenos; condiciones que sólo pueden concurrir en individuos avezados á estos trabajos, merced á una labor preparatoria, intensa y perseverante, pero que no son susceptibles de ser improvisadas ni es lícito exigir á todos los profesionales, cuyos laboratorios, además, no pueden estar dotados del material á propósito indispensable para estas investigaciones.

Por eso creo que cuando se juzgue llegada la oportunidad de incluir en la Farmacopea el método biológico, aplicado á la valoración química de determinadas sustancias medicinales complejas, acaso sea conveniente hacerlo, advirtiéndolo á la vez que, para poder ser utilizados como medicamentos oficinales los productos cuyo ensayo fisiológico fuera obligatorio, debería practicarse dicho examen en centros oficiales ó particulares debidamente dispuestos y autorizados para ello, de modo parecido á como está ordenado para la preparación de los sueros bacterianos.

Pero bien entendido que, en uno y otro caso, tales valoraciones habrían de llevarse á cabo precisamente por profesores farmacéuticos que, además de ser los únicos capacitados por la ley para obtener, preparar y dispensar medicamentos, han demostrado en todos los tiempos no permanecer ajenos al progreso de la Ciencia, según lo patentiza el sinnúmero de ellos que de una manera obscura, callada, sin exhibicionismos de ningún género, con verdadera modestia en una palabra, desenvuelven su actividad y prestan su concurso personal, realizando labor meritisima en laboratorios de fama y crédito justamente reconocidos, aunque la exteriorizarse esta fama y este crédito se ignore, casi siempre, la condición facultativa específica de los que en dichos centros trabajan al amparo de la muceta violada, símbolo de esta profesión farmacéutica tan vilipendiada por quienes

sólo aprecian en ella su aspecto mercantil y vulgar, pero respetada y enaltecida por todos cuantos saben que para ejercerla dignamente hace falta un caudal científico no escaso, que de ella han salido y salen grandes investigadores, y que en la oculta y clásica rebotica tuvieron su origen no pocos descubrimientos de influencia decisiva en la vida humana.

He llegado al término de este mi modesto discurso, al cual, según habréis podido observar, le falta de bondad lo que le sobra de extensión.

De lo expuesto en sus páginas se desprende que si nunca se puede afirmar que se sabe lo suficiente para marchar sobre seguro en la preparación de medicamentos, todavía puede asegurarse esto menos cuando se trata de los que son tan complejos como las preparaciones farmacéuticas vegetales, en las que nada hay de lo estatuido que pueda considerarse como definitivo: la ciencia y, por consiguiente, el arte farmacéutico se renuevan constantemente, y lo que hoy se admite como verdad inconcusa, mañana se desecha por erróneo, merced á las nuevas conquistas del progreso.

Es, pues, de absoluta necesidad continuar trabajando hasta conseguir que sea completa la transformación de aquella antigua farmacología, llena de preparados irracionales y de drogas empleadas por capricho ó al acaso, sustituyéndola totalmente por la moderna, más racional y lógica cada vez, por estar fundamentada en el conocimiento más exacto de las primeras materias naturales, en todos sus aspectos, y en la mayor perfección de los métodos generales y técnicas operatorias utilizados en la obtención de los medicamentos complejos de origen vegetal.

Si al médico corresponde establecer con toda exactitud la naturaleza del mal y determinar la forma de combatirlo y evitarlo, incumbe al farmacéutico mejorar, cuanto le sea posible, los productos que ponga en manos de aquél, para que resulte más eficaz cada día la medicación curativa ó preventiva.

Y para lograrlo se impone intensificar el esfuerzo de todos, dirigiéndole á la resolución de infinidad de problemas prácticos, desafiados generalmente, aunque en todo momento presentan vasto horizonte al investigador, por medio del estudio perseverante y de la experimentación metódica que aporta pruebas, suministra datos, aclara dudas, y, en suma, ayuda á ensanchar el campo de la Farmacología y de la Terapéutica.

Semejante labor, además, contribuirá positivamente á devolvernos el calificativo de hombres de ciencia que tan á menudo se nos niega, pero que se nos otorgará sin regateos cuando se advierta que no nos limitamos á copiar servilmente lo hecho en otros países, admitiéndolo como bueno sólo por ser extranjero, sino que al emprender y llevar á cabo tales trabajos, originales unas veces y de comprobación otras, procedemos con criterio propio, para cooperar así con férvido entusiasmo, en la medida de nuestras fuerzas, al engrandecimiento científico y profesional de la Farmacia española.

Discurso del Excmo. é Ilmo. Sr. Dr. Martín Bayod y Martínez, académico numerario, en contestación al del Dr. Alvarez Ude.

Señores académicos:

Difícil es, en extremo, la situación del académico electo, obligado á redactar un discurso en plazo reglamentario, desarrollando un tema que de algún modo se relacione con las materias de la Sección á que va á pertenecer.

Apenas contraído el compromiso comienza á preocuparse acerca de la elección del asunto, después traza su progra-

ma, plantea su desarrollo, consulta las oportunas obras y publicaciones, organiza sus apuntes, y cuando ya tiene en orden todos los elementos, comienza su trabajo, en el que, sirviéndole de base sus personales conocimientos, especializados en el tema elegido, de guía sus propias investigaciones, de apoyo su entendimiento, de orientación sus doctrinas aplicadas y de finalidad la del discurso, pone á contribución su energía intelectual, y como ésta no es escasa y la voluntad es un acicate, termina su labor con lucimiento.

Frente á esta situación del electo álzase la no menos inquietante del académico encargado de contestarle, porque ha de hacerlo en condiciones más difíciles y menos independientes.

Recibe el encargo de la Corporación para que en su nombre conteste al recipiendario; el asunto que fué libremente elegido se le entrega magistralmente desarrollado, y el plazo que se le concede es prácticamente más breve.

Representación ajena y muy respetable, asunto forzado y tiempo corto; con estos tres elementos comienza el académico su trabajo.

Hay que reconocer, no obstante, que éste lo facilita el concepto que el académico tenga de lo que debe ser su actuación en relación con la Academia y en relación con el electo.

La primera es difícil, porque ha de interpretar lo que la Academia diría si colectivamente procediese, y cómo lo diría si el discurso hubiera de ser el resumen de todas las aptitudes literarias que integran la Corporación.

En este plano el fracaso está fuera de toda duda; no es el académico de hoy el que mejor ha de interpretar aquellos extremos, ni el que mejor lo diría aun cuando los interpretase.

Y en cuanto á la segunda actuación, es decir, con respecto al electo, es por punto general fácil y sencilla, aceptando la idea de que el objeto del discurso es, más que científica contestación á modo de controversia, presentación y saludo del que llega y al que llega, y para llenar este fin hay abundancia de materia en el primer aspecto y abundancia de sentimiento efusivo en el segundo; con estos dos elementos la labor es fácil, porque es fundada y sentida.

La referencia al tema ha de ser de cortés asentimiento y franca admiración cuando, como en este caso, la produce, y afirmación reiterada cuando la conformidad de doctrina la justifica.

Después de lo expuesto no ha de extrañar que en mi ánimo luchen en estos instantes los diversos sentimientos que en él se agitan y comience mi discurso dominado por el temor, la tristeza, la alegría y la esperanza. Temor, por el convencimiento de mi insuficiencia para llevar en este acto la voz de la Corporación: tristeza, porque no puedo olvidar que la pérdida de un sabio compañero es origen de esta fiesta, que la alegría preside, y que al asociarme á ella no puedo sustraerme á la influencia de su dominio, y esperanza, porque podemos tenerla muy fundada, ya que tuvimos acierto en la elección de sucesor.

Dulcia non meruit qui non gustavit amara, lema que pudiera ser el de la Corporación, refiriéndose á la necesidad de gustar lo amargo para merecer lo dulce, que nunca llegamos á saborear las excelencias de un nuevo compañero si antes no hemos pasado por la amargura de perder á su antecesor.

Cuando en mi mente renace el recuerdo de aquel ilustre farmacéutico, honra de la Facultad y preclaro maestro de maestros; cuando medito que aquel sabio que en vida se llamó el Dr. Lázaro era admirado más allá de la frontera y no apreciado en todo su valor por sus compatrio-

tas, se entristece mi ánimo al recordar que le hemos perdido para siempre. Ciertamente dejó indeleble estela á su paso por la vida, que la Ciencia estimó el alcance de su labor, que la Farmacia española se dió cuenta del sabio que así la honraba; pero no es menos cierto que su mérito pasó inadvertido para muchos de los que con él convivieron y no supieron apreciar al portentoso botánico, que sin ostentación ruidosa laboraba en silencio, aunque su excesiva modestia no pudo ocultar sus triunfos ni restarle celebridad, que de buen grado le concedieron sus mundiales admiradores.

Ya habéis oído de labios del Dr. Alvarez Ude, con mayor elocuencia que yo pudiera decirlo, quién era el Dr. Lázaro; pues bien, hemos gustado lo amargo de su pérdida, ya merecemos lo dulce de su sustitución.

En efecto, era difícil encontrar quien dignamente le sucediese, pero la Academia tuvo el acierto de elegir al doctor Alvarez Ude, y la sustitución se realizó en las condiciones más favorables que pudiéramos apetecer.

Voy á presentaros al digno sucesor del doctor Lázaro.

Es el nuevo académico uno de esos hombres, que consagrados al estudio y al trabajo, se preocupan tan poco de todo lo que no se relaciona con la labor que se imponen, que mirando con indiferencia lo que otros miran con avidez, no advierte que sus trabajos, sus investigaciones, su experiencia científica, podrían ofrecerle una serie no interrumpida de triunfos y laureles que no codicia, y hasta pudieran servirle de lucrativo recurso si en ese sentido los orientara.

Pero el Dr. Alvarez Ude estudia, porque siente atracción por el estudio; trabaja, porque el trabajo le subyuga, y cuando el fruto de uno y otro está al alcance de su mano, no se apercibe que pudiera saborearlo y se limita a disfrutar la interior satisfacción que le produce la conquista subjetiva del conocimiento adquirido.

Por eso le vemos cuando alumno triunfando siempre, y triunfaba porque no podía sustraerse á los lauros oficiales, y cuando llegaba el momento forzado de la prueba de sus conocimientos, había de demostrarlos, porque entonces el estudio tenía un fin objetivo, y lo alcanzaba sin dificultad y sin más esfuerzo que la aplicación, cosa que en él no podía extrañar porque obedecía á una inclinación espontánea de su espíritu.

Obtuvo los grados de licenciado y doctor en la Facultad de Farmacia, con la calificación de sobresaliente en ambos y premio extraordinario en el primero, después de haber obtenido calificación también de sobresaliente y premio por oposición en casi todas las asignaturas de la Facultad, y por oposición fué alumno pensionado por la Dirección general de Instrucción pública.

De quien así se comportó como alumno, bien podía esperarse el éxito como profesor, ya que lo era con un caudal de conocimientos bien cimentados, un amor muy sentido á la profesión y una afición al estudio, que había de prometer perseverancia y acierto en las investigaciones.

Con estos elementos comenzó el ejercicio profesional, y á los siete meses de haber recibido su título tomó parte en reñidas y difíciles oposiciones, para cubrir vacante en la Corporación farmacéutica de la Real Casa, obteniendo en ellas el número uno, con la unanimidad á que obligaban sus brillantísimos ejercicios. Poco más de veinte años de edad contaba cuando obtuvo tan señalado triunfo, primero de los que habían de constituir su historia profesional.

Veintiocho años de servicios en la Real Casa, distinguiéndose siempre por su celo y especial inteligencia, han sido suficientes para que los que con él hemos convivido hayamos podido apreciar la significación intelectual de nuestro

compañero, aparte sus condiciones morales y sociales, que complementan su carácter integral.

Todo trabajo delicado, toda labor de investigación científica en sus diversos aspectos, tenían en el Dr. Alvarez Ude su indiscutible delegado, y jamás eludía su intervención en cuantos asuntos se le propusieron.

Eficacísimo y entusiasta colaborador en todo trabajo colectivo dentro de la Real Oficina; documentado y concienzudo intérprete de los encargos personales que recibía, era siempre acertado ponente y aprobadas sin reserva sus conclusiones por sus compañeros, por su jefe inmediato, y después por sus jefes superiores; teórico ó práctico el problema, lo entregaba resuelto sin dificultad; porque si él encontró alguna al hacer el estudio, la vencía con tal fortuna, que sus trabajos íntimos para lograrlo, como no les daba importancia, pasaban desapercibidos para los extraños, que recibían la conclusión como natural derivado de su acreditada competencia.

Fruto de este merecido concepto fué el ser condecorado por su actuación profesional y su celo por el servicio, nombrado después farmacéutico honorario de la Real Cámara y distinguido con frecuentes y honrosas comunicaciones, en las que Su Majestad se dignó significar su real agrado por la labor que realizaba su farmacéutico de familia.

Profesor de este mérito, necesariamente había de sentir inclinación por determinados estudios, y singularizándose en el de Farmacopeas y Legislación farmacéutica, se consagró al estudio de los Códigos nacionales y extranjeros, llegando á dominar el asunto de tal forma, que en el XIV Congreso Internacional de Medicina se le confió la ponencia de un tema relacionado con sus trabajos, y que por cierto desarrolló tan brillantemente, que llamó la atención de los extranjeros que escuchaban tan inspirada disertación.

Y á nadie ha de extrañar que con estas disposiciones colaborara silenciosa pero eficazmente á la redacción de nuestra última Farmacopea. Y esto ha sido preciso decirlo para que la opinión se percatara de intervención tan valiosa: el Dr. Alvarez Ude no se preocupó de que se conociera; es un rasgo no extraño en las condiciones de su carácter.

El servicio de la Real Oficina de Farmacia exige una sucesión poco distanciada en los turnos de relevo, y durante las horas que para dicho servicio presta el suyo, el profesor respectivo, el trabajo es incesante y delicado; su atención no puede distraerse un instante, los asuntos más variados se suceden con insistente repetición y está justificada la fatiga que hace esperar con avidez el relevo apetecido.

Pues bien, en estas condiciones Alvarez Ude, restando tiempo á su descanso, aspiró á la vacante de Químico analista en el «Instituto de Análisis químico toxicológico», y á propuesta unánime del Claustro de Profesores de la Facultad de Farmacia, fué nombrado de Real orden para dicho cargo en virtud de sus sobresalientes méritos, que en refido concurso se sobrepusieron á los que adornaban también á los demás aspirantes.

Así emplea el tiempo que su servicio en Palacio le deja libre, y en aquel Instituto continúa dedicado á los difíciles análisis forenses, acreditado en ellos como profesor inteligente, celoso y recto, en sus dictámenes de los que ha de derivarse la dura aplicación de la Ley que espera el fallo del analista para dictar la sentencia.

Y en fin, trabajos especiales y delicados, comisiones técnicas, honrosos nombramientos profesionales y multitud de actuaciones de toda índole que el tiempo limitado de que dispongo no me permite detallar, forman la ejecutoria profesional del recipiendario; con este bagaje viene á tomar parte en las tareas de la Corporación.

Decidme si la esperanza de que antes os hablé, puede estar bien cimentada con estos antecedentes.

Pero su silueta necesita un complemento, que no sólo el saber es garantía de agradable convivencia; el carácter personal y las condiciones morales, son también necesarios para formar concepto del nuevo compañero.

Pero este punto es para mí en estos momentos de difícil desarrollo porque el interesado está presente y no puedo hablar como lo haría en su ausencia, á menos que se aplicara en este caso el artículo acostumbrado en todo reglamento corporativo: «Cuando se trate de algún asunto personal, el interesado abandonará el salón».

Lo que hasta ahora he dicho es del dominio público, son actos públicos y como tales, son conocidos y no precisan comentarios; pero lo íntimo, lo personal, lo subjetivo, tiene sus trabas para la exposición cuando está delante quien por natural impulso siente sus alabanzas como dardos disparados á su modestia.

Permitidme, pues, una síntesis brevísima, que por lo inevitable ruego á mi querido compañero me la perdone.

Suponed un hombre atento, afable, carifioso, siempre de recta intención, tan inflexible á la lisonja como sensible á la amistad, cortés en la discusión, en la que así defiende sus convicciones como acepta las ajenas, si en su concepto lo merecen, y en todo instante amigo leal, correcto compañero y presto siempre á escuchar con interés cuanto á otros interesa, si su intervención puede ser eficaz para el asunto.

Y aquí termino, bien á mi pesar, callándome rasgos de su carácter que os lo revelarían en todos sus aspectos.

Este es el nuevo compañero: dejo al tiempo la defensa de mis afirmaciones.

Y en nombre y representación de la Academia que desde hoy ha de honrarse contándole en su seno, saludo efusivamente al nuevo compañero, le significo la gratísima satisfacción con que le recibimos, y le ofrezco en nombre de todos, nuestro afecto personal, nuestra leal amistad y nuestro concurso en todo momento, seguros de que nos ha de corresponder sobradamente con su eficaz colaboración, y con las luces de su privilegiada inteligencia.

*
* *

Asuntos muy importantes ofrece la Ciencia farmacéutica para ser desarrollado en sus distintos aspectos, pero el tratado por el Dr. Alvarez Ude en su magistral discurso, es uno de los más interesantes en los actuales momentos en que los adelantos científicos, manifestándose en todos los sectores de la Ciencia de curar, piden con avidez elementos que complementen las nuevas investigaciones, con la resolución práctica de los problemas que con ellas se relacionan.

Y como la Farmacia, pese á sus detractores, ha sido y será siempre auxiliar eficazísimo de la Medicina en orden á su adelanto, no le niega su concurso y le entrega el fruto de sus estudios, en tal forma organizados, que la Terapéutica se limita á derivar conclusiones prácticas que la interean, aceptando como irrefutables las afirmaciones de la investigación farmacéutica.

No de hoy, sino de todos los tiempos es isócrono el movimiento de ambas profesiones, y al adelanto de la ciencia farmacéutica se iba acomodando la ciencia médica cuando recibía de la primera los nuevos elementos de curación que la ofrecía.

Así vemos que el medicamento primitivo era esencialmente natural sin más manipulación que la necesaria para administrar la substancia al enfermo. Después el farmacéutico aplicando los conocimientos de su práctica, con ella

transformaba el material de tal modo que á su más fácil manejo se uniera la mayor eficacia por conservación ó por estímulo del principio activo aún no bien conocido pero sí adivinado por observación empírica, que aunque sin base científica tenía la suficiente razón para poderse llamar ya medicamento preparado.

Y una vez iniciado este movimiento, el farmacéutico siguió unido á los adelantos de la Ciencia marchando á su compás hasta llegar en nuestros días á las maravillosas conquistas con que cada día nos sorprende.

Pero este inquieto afán de progreso nos lleva muchas veces más allá de lo prudente por la sugestión que lo nuevo ejerce en nuestro ánimo, al punto de que no parece progreso si no se abandona lo antiguo para substituirlo por las nuevas orientaciones que la Ciencia toma ante sus nuevos descubrimientos.

Y en tanto de lo antiguo queden vestigios, nos parece que nuestra labor es imperfecta, que mantenemos relaciones atávicas y que nos resistimos á los imperativos del adelanto, porque no nos hemos penetrado bien de las excelencias de lo moderno, y en esta ansiedad de lo mejor no advertimos que como tal aceptamos, y que nuevo suponemos lo que tiene como base de su inspiración las anticuadas doctrinas en orden á la acción terapéutica de los medicamentos.

Prescribir hoy la sangre desecada de nuestra inimitable *Palestra Farmacéutica* fuera herejía científica imperdonable, pero no lo es disponer la fibrina ó la hemoglobina de nuestros modernos Códigos: nadie que de moderno presuma se atrevería á dar á sus enfermos el hígado ó el riñón según las antiguas prácticas, y no dudaría en prescribir la hepátina ó la nefrina.

¿Y qué diferencia hay entre el material antiguo y el moderno? Su acción terapéutica es análogamente estimada, y sus indicaciones, parecidas; pero hoy conocemos el valor de estos elementos porque sabemos su constitución, su significación en el organismo; tenemos idea de la función endocrínica, dominamos las actividades del material, determinamos su actividad proteolítica, amilolítica, lipásica, y en general sus acciones y reacciones bioquímicas, y así podemos manejarlos con acierto, ya que el farmacéutico les da forma utilizable, dosificación exacta y conservación suficiente.

Pero la *Opoterapia* moderna necesitó lo que pudiéramos llamar la *Zooterapia* antigua, para derivar de ella la perfección de aquellos conocimientos hoy científicamente inspirados.

Pues bien: si la zooterapia de la antigüedad ha dado origen á una rama tan importante de la Terapéutica como la opoterapia animal, no es ilógico suponer que lo que pudiera llamarse la *vegetoterapia* primitiva, sirva también de base para constituir la moderna *opoterapia vegetal* ó *sucoterapia*, utilizando los órganos vegetales como primera materia para la preparación de medicamentos análogos á los que hoy usamos procedentes del reino animal.

En efecto, los extractos en frío, las tinturas, los macerados, ¿qué son sino productos opoterápicos vegetales, ya que su preparación es análoga á la de los animales?

Precisamente la preparación de aquéllos se inspiró en prácticas análogas á las que se realizaban con los vegetales, perfeccionadas después por el estudio especializado de la naturaleza del material y de la acción terapéutica que se buscaba.

Pero en uno y otro caso, estos medicamentos, si han de ser rigurosamente científicos, no basta el conocimiento de su constitución, acción y función bioquímica, si no se complementa con la valoración de su actividad y dosificación

exacta de su principio activo para fijar el coeficiente farmacodinámico en cada caso.

Claro es que esta labor es más fácil en la especie química aislada que en el medicamento complejo; pero como hay que admitir la necesidad de este recurso terapéutico insustituible, es inevitable su valoración farmacodinámica para que responda con exactitud científica á la intención de su empleo.

Con insistencia se ha perseguido la idea de que desaparezca la planta para utilizar únicamente su elemento activo; pero pese á toda afirmación derivada del estudio de los materiales, el producto natural no desaparecerá nunca de nuestras farmacopeas.

Y lo prueba el hecho de que á medida que se iban descubriendo los principios activos en los vegetales, se desechaba el empleo integral de éstos para sustituirlo por el de su agente aislado, y la doctrina en que esto se fundaba parecía racional. Si la planta debe su acción á tal elemento, huelgan todos los demás, y pues le tenemos aislado podemos manejarlo y valorarlo con más acierto.

Y á esta teoría le ocurrió lo que á tantas otras nuevas con que la Ciencia á cada paso nos brinda; no bien encuentra algo en un caso concreto que explique el *porqué* de determinado hecho, generaliza el concepto y lo aplica por extensión, ganando ésta indebidamente lo que la intensión pierde, por el afán insaciable de llegar pronto á una soñada meta que, apenas vislumbrada, ya queremos alcanzar.

Esto motiva muchas veces el descrédito de una teoría sólidamente fundamentada, pero en estado constituyente, y este descrédito es tan inmerecido como lo fué el excesivo crédito que alcanzó apenas conocido su fundamento inicial.

Así ocurrió con los alcaloides y glucósidos que se aplicaron inmediatamente á todos los casos, y en muchos de ellos hubo que volver á la primitiva forma. Esta es la razón de que todavía se mantengan en farmacopeas y formularios la raíz, la corteza, la hoja, el fruto ó la semilla, á pesar de saber que éstas deben su acción al principio activo que contienen.

Y es que la especie química aislada no puede comportarse del mismo modo que la parte vegetal de que procede, porque en ella está en la plenitud de su existencia, se halla en inmejorables condiciones eugenésicas, y utilizando el agente en su natural soporte, tenemos la evidencia de que la mano del hombre no altera lo más mínimo la constitución originaria del principio activo con que la Naturaleza dotó á aquél material, cuya acción terapéutica se reveló antes de conocer el motivo de tenerla.

Se aisló aquel agente, la experimentación demostró que su actividad era la misma, y atribuyéndola á su individual función, se desestimaron los demás principios coexistentes como ganga que debía despreciarse.

Y aun cuando así fuese—que no lo es—, aun suponiendo que únicamente el elemento aislado ejerciese la acción que se busca, no hay que negar que cuando este elemento se mantiene en su soporte vivo, tiene un *«algo»*, un *quid divinum*, que todavía la Ciencia no ha llegado á conocer; y como para separar ese principio activo ha de valerse de técnicas y manipulaciones inspiradas en los procedimientos generales de extracción que en los laboratorios se aplican en casos análogos, no sabemos si algún detalle ejerce influencia en el material ó en el principio que pretendemos aislar, y aunque al fin aislemos una especie química perfectamente definida de carácter y función que corresponde exactamente al grupo en que la colocamos, ¿podremos afirmar que así está en el vegetal y que las funciones y reacciones bioquímicas se realizan en la célula como en el tubo de ensayo?

La isomeria, la polimeria, la catalisis, ¿tendrán en su función viva la misma significación dinámica que la Química ha apreciado en sus trabajos de laboratorio?

¿Por qué hemos de tomar como especie tipo la aislada del vegetal, sin preocuparnos de que puede haber sufrido alteración extractiva, y de que, si responde á los preceptos químicos para ser cualificada, puede no responder á los no bien conocidos de la función celular en su dinámica de conjunto, en la que intervienen multitud de elementos que suponemos ajenos á la especie aislada?

Tomemos como ejemplo la más sencilla operación extractiva, la destilación.

Sabemos que el aroma de las flores es debido á la esencia que contienen; para separarla no es preciso una técnica complicada ni reacción alguna que pueda modificar la constitución inicial del producto que vamos á obtener.

Extraigamos, pues la esencia de la rosa, y rectificada, privada ya de sus éteres compuestos, de terpenos, estearoptenos, etc., llegaremos á obtener la esencia purísima cuyo aroma caracteriza al vegetal de que procede.

Pues bien; la esencia obtenida recordará su origen, pero su perfume no tendrá la finura, la fragancia especial y delicada que en los pétalos conserva, ese «bouquet» inimitable al que la Ciencia se acerca pero al que no ha podido llegar.

Y si la fragancia integral de la rosa hubiese de ejercer alguna acción terapéutica, ¿podríamos asegurar que debiéndola á su esencia con ella aislada bastase? Si el aroma no es el mismo organolépticamente apreciado, ¿no podría también haber diferencia en su acción si la rosa nos la hubiera revelado por el empleo directo de sus pétalos?

La corteza del *Rhamnus frángula* debe su acción purgante únicamente á la emodina que contiene en la proporción de un 2,60 por 100; cuatro gramos de extracto fluido de dicha corteza contienen, por lo tanto, doce centigramos de emodina, y son suficientes para que ejerza su acción, en tanto que dos gramos de emodina pura aislada del vegetal apenas producen efecto purgante.

Es un caso curioso que corrobora la afirmación de que algo hay en la corteza que sin acción concreta sirve para activar la del agente terapéutico mantenido en el vegetal y al separar de él el principio activo queda sin sus adyacentes y pierde toda su eficacia.

Esto demuestra que no puede generalizarse la teoría de usar el principio activo de las plantas en todos los casos, porque si en muchos de ellos está justificado su empleo, en otros no lo está; que no obra lo mismo la digital que la digitalina ó el opio que la morfina.

Considero inútil insistir en afirmar que el material complejo no puede desaparecer de la Terapéutica, como lo prueba el hecho de que cada día la Ciencia nos entrega una nueva forma farmacéutica en la que se ofrece la parte íntegra del vegetal que contiene el agente que le caracteriza. Los intractos, los energetemos, los extractos flúidos, los preparados coloides y tantas otras formas que tienden á conservar la integridad del material, demuestran de una manera evidente que la Terapéutica no prescinde de elementos tan valiosos, si está previamente valorada su actividad y garantizada su acción en el organismo.

Este es el problema á resolver, esta es la finalidad que ha de tener todo trabajo científico que tienda á mantener la eficacia práctica del material empleado. Y cuando la esterilización, estabilidad y valoración sean de absoluta confianza, es indiscutible que el medicamento natural recobrará el prestigio que por derecho le corresponde.

Por eso el Dr. Alvarez Ude insiste con tanto acierto en fijar la atención de los técnicos para que se preocupen de

llevar á la práctica estos trabajos que hoy son ya de absoluta necesidad.

Orientándose en este sentido, la Fármaco-química será una rama muy importante de la Farmacia, porque como afirma el Dr. Tschirch, la Farmaco-química comparada permitirá estudiar los efectos análogos de principios activos diferentes, relacionando su constitución con el origen botánico de los mismos.

Tenemos, por ejemplo, los medicamentos naturales tenidas procedentes de distintos materiales, en los que se comprueba que sus agentes tienen la estructura química de la floroglucina, y conocida la constitución de ésta, nos será fácil relacionarla con los principios de multitud de materiales diversos, en los que previamente podremos adivinar su acción terapéutica.

Y entonces hablaremos en químico sobre los más vulgares materiales que hoy nos dan la sensación de que no es suficiente materia científica en orden á la Terapéutica ocuparse de la retama, de la belladona ó del tomillo, hasta que no los hemos transformado en esparteína, atropina ó timol.

No hay que mirar, pues, con indiferencia el vegetal que nos suministra tan valiosos elementos, y debemos dedicar nuestra atención á valorarlos en la planta, porque si en ella los hay complementarios que contribuyen de algún modo á la acción fundamental, no deben ser desdeñados por considerarlos inertes, que si la Naturaleza nos reveló la acción del vegetal cuando se desconocía su principio activo, la Química no puede arrancárselo sin antes explicarse de una manera indubitable la función bioquímica de conjunto, de la que muchas veces puede derivarse la acción terapéutica que atribuimos á un solo elemento, y éste modificado, tal vez, por el procedimiento de extracción.

Y en este aspecto, las investigaciones fármaco-botánicas tienen vasto horizonte para desarrollarse, porque una vez averiguadas la constitución, relación y función de los elementos que viven conjuntamente en el órgano vegetal, pueden hallarse inopinadas aplicaciones prácticas de tales conocimientos, que confirmadas por la experimentación fisiológica, podrían explicar hechos que hoy no explicamos más que por el hecho mismo, más convincente y definitivo que todas las teorías por felices y razonadas que sean.

Siga, pues, el Dr. Alvarez Ude cultivando la especialidad que en su meritosísimo discurso se revela; su perseverancia, su inteligencia, su práctica, son garantía de que sus investigaciones han de ser fructíferas; estimule en otros la afición á esta rama de nuestra ciencia; procure por todos los medios que la atención científica se fije en los puntos que tan magistralmente desarrolla, y tenga la evidencia de que habrá prestado un señalado servicio, como farmacéutico, á su profesión; como académico, á la Academia; como intelectual, á la Ciencia, y como español, á su Patria.

Bibliografía.

ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y HEMATOLOGÍA CLÍNICA, por el doctor Gustavo Pittaluga. Un volumen de 638 páginas, 82 grabados y cuatro láminas de colores, 25 pesetas.

Escrito este Manual por uno de los hematólogos de más sólido renombre en Europa, viene á llenar una necesidad bien sentida en los países todos de lengua española, en los que carecíamos de un libro dedicado á la importante cuestión de las enfermedades de la sangre.

Un patólogo tan moderno como Pittaluga tenía que dar á su libro la tonalidad científica más elevada, y en él encontrará, en efecto, el lector, perfectamente planteados todos los

problemas científicos de la Hematología y los datos más modernos aportados para su solución.

Pero acordándose seguramente de que el médico no debe separarse de la cabecera del enfermo, sino para volver á ella más rico en conocimientos de utilidad para éste, ha buscado siempre modo de aplicar todos esos conocimientos científicos al fin último del médico: el tratamiento de los enfermos. Y el médico práctico, para quien está escrita esta obra, encontrará tratado en ella con especial esmero todo lo referente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la sangre. Séanos permitido citar como ejemplo de ello la parte dedicada al estudio del tratamiento de las anemias, en la que el médico hallará lo más moderno acerca de transfusión sanguínea, de inyección de soluciones gomosas, etcétera; el tratamiento de las leucemias con sus métodos físicos (radio, rayos X, etc.), químicos, biológicos y quirúrgicos, etc.

El libro comprende dos partes. En la primera se ocupa de la Hematología clínica, en la que abarca el estudio de la Histogénesis, de la Fisiología patológica y de la Semiología general de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Estudiando, además, en la Semiología con todo detenimiento los numerosos métodos de examen de la sangre y de dichos órganos.

En la segunda parte trata de las Hemopatías en particular, siguiendo su clasificación original, extremadamente racional y uno de los méritos mayores de esta obra, ya que en sus similares lo embrollado de la clasificación constituye una de las más grandes dificultades en el estudio de la Patología de la sangre.

Estudia primero el importante grupo de las Hemodistrofias, creado por Pittaluga, y luego las Anemias, Leucosis (leucemias), Hiperplasias linfoides, fibroadénicas y esplenomegálicas, Granulomatosis, Lesiones neoplastiformes y Neoplasias de los órganos hematopoyéticos.

Y como apéndice encontrará el lector en este libro un interesantísimo capítulo de los parásitos de la sangre y órganos hematopoyéticos.

Periódicos médicos.

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La antianafilaxia, estudio general, por MM. Fernan Widal, P. Abrami y Pasteur Vallery-Radot. — La anafilaxia es, según Ch. Richet, la sensibilidad que confiere, frente á una sustancia determinada, la absorción previa de una cantidad inofensiva de esta misma sustancia. Consecutivamente á una primera inyección, la vulnerabilidad del organismo llega á hacerse tal, que la inoculación segunda de una dosis mínima basta para desencadenar accidentes formidables á los cuales se ha dado el nombre de shock anafiláctico.

El estudio de la antianafilaxia comprenderá, pues, el examen de los distintos medios que podemos poner en práctica, ya para neutralizar el estado de hipersensibilidad, ya para impedir un shock anafiláctico inminente, ya también para combatir los accidentes y trastornos á que la explosión del shock haya dado lugar. De donde se deduce que el tratamiento antianafiláctico podrá ser de tres clases: desensibilizante, preventivo del shock y sintomático.

Durante mucho tiempo, el clínico no ha podido tener en cuenta otros accidentes anafilácticos, que los provocados por las inyecciones repetidas de sueros curativos. Ahora bien, la seroanafilaxia no representa en general para el mé-

dico más que un ejemplo de la anafilaxia experimental, en la cual conocemos de antemano el momento en que el shock puede manifestarse puesto que practicamos nosotros mismos la inyección desencadenante. La anafilaxia espontánea humana, que el médico está llamado á conocer y á tratar, no se produce ni por la vía parenteral ni con la brutalidad con que lo hacen la sérica y la artificial. Es por la mucosa gástrica y por la respiratoria por donde penetran en nosotros innumerables sustancias cuya acción, largo tiempo repetida, puede llegar á sensibilizarnos en ocasiones después de muchos años. Así es como se establecen la anafilaxia alimenticia y la anafilaxia por inhalación.

El primero que habló de antianafilaxia fué Besredka, quien en 1913 demostró que para impedir la producción del shock anafiláctico en un animal sensibilizado bastaba, muy poco tiempo antes de inyectarle la sustancia desencadenante, administrarle, por la misma vía, una cantidad mínima ó dosis fraccionadas subintrantes de la misma sustancia.

Este procedimiento de esquetoflaxia («keptos, rayo; phylaxis, protección»), sigue siendo el método de elección, universalmente reconocido como eficaz, para prevenir el shock en la seroanafilaxia. La «topofilaxia coloidoclásica», propuesta recientemente por Sicard, Paraf y Forestier, obra también produciendo una esquetoflaxia muy eficaz, y se practica colocando una apretada ligadura en un miembro é inyectando por debajo de ella, en una vena, una pequeña cantidad de antígeno; á los cinco minutos se afloja lentamente el lazo y la sustancia penetra, poco á poco, en la sangre; diez minutos más tarde puede ya inyectarse, sin peligro alguno, la dosis total.

Para prevenir los accidentes de la anafilaxia digestiva, cuando conozcamos el alimento á que son debidos, haremos ingerir al sujeto sensibilizado, por vía bucal, una pequeña cantidad del alimento en cuestión, una hora antes de la comida nociva. De ordinario, el problema no es tan sencillo, por sernos imposible averiguar cuál de las albúminas ingeridas en el día es la causante de los trastornos, pero en tales casos, confiaremos la preservación del organismo á una sustancia heterogénea, como la peptona, que ha proporcionado frecuentes éxitos á Pagniez y á Pasteur, Vallery, Radot, administrada en sellos de 50 centigramos, antes de las comidas.

No solamente las albúminas heterogéneas pueden ser utilizadas para estas tentativas de antianafilaxia no específica, pues, según ha demostrado la experimentación, hasta los cristaloideos mismos son capaces, en algunas ocasiones, de ejercer una acción preservativa innegable. Brodin ha podido impedir los trastornos inminentes de una inyección intravenosa de suero terapéutico, diluyendo este suero en nueve veces su volumen de agua clorurado sódica, y más tarde se ha ensayado, con buenos resultados, en ciertos casos de shock novoarsenical, la inyección intravenosa de 1 á 3 gramos de carbonato de sosa y, aun más sencillamente la inyección de 30 c. c. de solución isotónica de cloruro de sodio.

El ideal del médico no debe concretarse á la terapéutica preventiva del shock, sino á procurar la vuelta del organismo al estado neutro, á desensibilizarle, en una palabra, librándole así del retorno eventual de los accidentes anafilácticos. Cuando se conoce el alimento proteico ó el medicamento responsable, esta desensibilización puede obtenerse á veces gracias á la administración repetida de pequeñas dosis de la sustancia nociva, con cuyo tratamiento, largo tiempo prolongado, se han visto frecuentemente desaparecer los accidentes provocados por algunos alimentos y me-

dicamentos como la leche, los huevos y la antipirina; creyéndose también posible una desensibilización análoga en determinados accidentes de la anafilaxia respiratoria producidos por agentes fáciles de descubrir, como el catarro de los henos y ciertos asma de origen equino.

Al lado de estas desensibilizaciones específicas, habremos de recurrir, en la mayoría de los casos, al empleo de sustancias no específicas de entre las cuales daremos también la preferencia, como en terapéutica preventiva, á la peptona. La inocuidad de su uso, que no expone sino excepcionalmente á fenómenos de sensibilización, su fácil administración por vía bucal y su eficacia, tan frecuentemente comprobada en los accidentes anafilácticos más variados, justifican la extensión que ha adquirido este método de tratamiento. Con frecuencia impediremos la reaparición de un acceso de urticaria, de jaqueca ó de asma, de origen anafiláctico digestivo por la simple ingestión de una pequeña cantidad de peptona una hora antes de las comidas.

Cuando nuestros intentos de desensibilización por vía digestiva fracasasen, estaremos autorizados para buscarla por vía subcutánea: sangre total, auto-suero, peptona, leche, proteínas microbianas, todas estas sustancias han sido ensayadas con resultados notables en determinados casos.

Hasta aquí, los tratamientos á que hemos pasado revista tratan de conseguir la desensibilización de un modo lento y progresivo, pudiendo también intentarla por un procedimiento completamente diferente: la creación, con propósito deliberado, de un shock anafiláctico brutal. Este método, que en algunas ocasiones ha proporcionado resultados sorprendentes, lleva consigo todos los riesgos inherentes al shock provocado por las inyecciones intravenosas, habiéndosele asignado algunos casos de muerte por diferentes observadores.

Por muy excepcionales que sean estos hechos desgraciados, no debemos apartarlos de nuestra mente, ni recurrir á este método más que en casos muy especiales, después de haber fracasado todos los demás y cuando la vida del enfermo haya llegado á hacerse insoportable; aun así, no le pondremos en práctica sin antes advertir del peligro al enfermo y á sus deudos.

El tratamiento sintomático se dirigirá á luchar contra los trastornos, á veces muy graves, que resulten de la repercusión del shock sobre los distintos aparatos y muy principalmente sobre el sistema nervioso y la presión arterial. En este sentido ha sido empleada la adrenalina, que en manos de Milián ha resultado muy eficaz contra el shock novoarsenical, proporcionando también resultados notables en otros accidentes anafilácticos provocados por los sueros y en ciertos ataques de asma. También se han empleado, en algunos casos, la atropina y los extractos hipofisarios.

A pesar de ser bastante numerosos y variados como hemos visto, los recursos de que el médico dispone para combatir las manifestaciones anafilácticas, en presencia de un caso de esta naturaleza jamás podrá saber por adelantado cuál será el resultado de sus esfuerzos, debiéndose armar de paciencia é ir ensayando sucesivamente los distintos procedimientos, con lo que, á veces, se verá sorprendido por éxitos inesperados.

La interpretación que hayamos de dar á los fenómenos que integran el problema de la antianafilaxia (desensibilización y esquetoflaxia), dependerá principalmente del concepto que nos merezcan la sensibilización y el shock anafiláctico, pues anafilaxia y antianafilaxia no pueden ser sino fenómenos de una misma naturaleza.

Ya es sabido que la anafilaxia ha sido considerada, durante mucho tiempo, como un proceso de orden químico,

como una intoxicación, cosa que ha sido negada por los estudios posteriores. En efecto; en los procesos tóxicos de orden químico, la acción de los venenos tiene el carácter esencial de ser específica, mientras que los fenómenos del shock anafiláctico no presentan ninguna especificidad, pudiendo provocarlos en condiciones del todo idénticas, no sólo con sueros y albúminas variados, sino con sustancias cristaloides, algunas desprovistas de toxicidad, y aun sin intervención de sustancia alguna, por la sola acción del enfriamiento. La misma existencia de la antianafilaxia basta para destruir la concepción química de la anafilaxia pues, ó bien el antígeno obra realmente como un veneno y entonces la esquetofilaxia es una ilusión, ó bien la esquetofilaxia existe y, por lo tanto, el shock no es un envenenamiento. Verdaderamente, no se explica por las leyes de la Química porqué un veneno inyectado á dosis no mortal, preserva inmediatamente á un animal contra una dosis seguramente mortal de este mismo veneno.

El examen de los humores del organismo, en estado de shock, ha demostrado que los síntomas clínicos van precedidos de ciertos trastornos particulares del equilibrio vascular sanguíneo: caída de la presión arterial, leucopenia súbita, inversión de la fórmula leucocitaria, rarefacción de los hematoblastos, alteración de la coagulabilidad de la sangre, variación del índice refractométrico del suero y rutilancia de la sangre venosa, trastornos que han sido agrupados bajo la denominación común de crisis hemoclásica.

Estas perturbaciones del equilibrio de la sangre tampoco pueden explicarse por un proceso químico, siendo más bien el testimonio directo de un brusco cambio sobrevenido en el estado físico del medio plasmático.

En definitiva, hoy todo induce á creer que los fenómenos del shock no son debidos á una intoxicación ó perturbación del equilibrio químico celular, sino á una coloidoclasia ó ruptura del equilibrio físico de los coloides del organismo.

Admitido esto, es muy natural que se haya tratado de descubrir en los humores de los animales, en estado de shock, alguna alteración comparable á las que se producen *in vitro* en las soluciones coloidales, cuyo equilibrio se rompe bruscamente; empresa llena de grandes dificultades por no ser en modo alguno comparables las soluciones coloidales, sumamente sencillas estudiadas en el laboratorio, con el plasma ó el suero sanguíneo, cuya estructura micelar es desconocida y cuya constitución es de una complejidad que resiste hasta ahora á todo análisis.

No obstante, varios investigadores, apoyándose en argumentos de orden indirecto, afirman que el factor patogénico exclusivo de los fenómenos del shock es la floculación; es decir, la aglomeración de las micelas esparcidas en el solvente plasmático, cuya floculación obraría, según unos, provocando una obliteración de los capilares pulmonares, y según otros, excitando el endotelio de los capilares cerebrales, y produciendo por acción refleja una vasodilatación brusca de los capilares de todo el árbol circulatorio visceral.

Esta explicación patogénica del shock no pasa de ser una mera hipótesis, pues hasta ahora nadie ha podido demostrar la floculación en el animal vivo, por lo que los argumentos y experiencias en que se apoyan sus autores carecen de la suficiente fuerza demostrativa. El único punto en que el acuerdo ha llegado, al parecer, á ser unánime, es en admitir que se trata de un desequilibrio de los coloides; es decir, de una coloidoclasia, cuyo término ofrece la ventaja de marcar la naturaleza del fenómeno, sin prejuzgar para nada su mecanismo, todavía desconocido.

Expuesta ya la concepción del shock anafiláctico, podre-

mos explicarnos más fácilmente en qué consiste la esquetofilaxia y la desensibilización, cuyos fenómenos pertenecerán también al dominio de las acciones físicas.

La experiencia ha demostrado, desde largo tiempo, que un shock, cualquiera que sea su causa, deja tras sí un estado de inmunidad, ó más exactamente de insensibilidad temporal, que se prolonga habitualmente durante muchas horas.

Un animal que ha sufrido el shock peptónico, permanecerá indiferente á la inyección intravenosa de una mera cantidad de peptona, á veces durante veinticuatro horas, y lo mismo ocurrirá á propósito de los shocks anafilácticos, lo que constituye una de sus características más notables. Esto dió derecho á pensar si la esquetofilaxia obraría también de esta misma suerte, es decir, si la inyección previa conferiría la preservación, provocando un shock coloidoclástico atenuado que iría seguido de un estado de inmunidad temporal. Las experiencias de Widál, Abrami y Brissaud han venido á corroborar plenamente tal sospecha, habiéndose demostrado que tanto la inyección previa de diferentes sueros, como la ingestión de peptona, como las inyecciones de sustancias cristaloides (cloruro ó carbonato sódico), hechas con fines esquetofilactizantes, provocan una crisis hemoclásica más ó menos intensa, que también se ha observado en el procedimiento llamado «topofilaxia» de Sicart. De los hechos así interpretados se desprende que para preservar al organismo contra una absorción desencadenante no tendremos necesidad de utilizar la misma sustancia, que hayamos de administrar ulteriormente, puesto que lo que preserva no es la sustancia por sí, sino el shock atenuado que provoca, el cual podrá ser engendrado por múltiples causas.

Todo pasa como si á continuación de la coloidoclasia previa, el equilibrio plasmático adquiriese una estabilidad más grande que le permite soportar, sin contratiempo, el contacto ulterior del agente vulnerante.

Kopaczewski cree que los agentes esquetofilácticos obran oponiéndose á la floculación, unos rebajando la tensión superficial del plasma sanguíneo como la saponina, jabones, sales biliares y lecitina, y otros aumentando su viscosidad como los azúcares, la glicerina, la goma y los carbonatos alcalinos; pero ya hemos indicado que la teoría de la floculación, hasta el presente, no está demostrada.

El mecanismo de los accidentes anafilácticos es tan complejo, los trastornos presentados por los sujetos que los sufren son tan variados, la sensibilización se opera de maneras tan diversas, que la eficacia de los diferentes procedimientos de antianafilaxia varía según los organismos á los cuales se dirige el clínico. La anafilaxia espontánea médica no se presenta con esa regularidad, esa uniformidad, que caracterizan la anafilaxia experimental, donde el biólogo, por la elección que hace de la vía de introducción del antígeno y de su dosis, es dueño de los fenómenos que quiere desencadenar. Al contrario, en la anafilaxia espontánea nada sabemos con firmeza, ni las cantidades de las sustancias que nos sensibilizan, ni las vías y los momentos de su penetración. Por otra parte, cada uno de nosotros aborda esta lucha contra el medio exterior con todo su temperamento, es decir, con sus inferioridades orgánicas, sus insuficiencias glandulares, sus taras humorales, sus susceptibilidades celulares. El solo hecho de poderse sensibilizar parece, en muchos casos, la señal de un estado patológico, de una especie de inestabilidad del equilibrio coloidal quizá transmisible hereditariamente. El parentesco evidente entre el asma, el catarro de los henos, la jaqueca y la urticaria y su comprobación tan frecuente en ciertas familias demuestra bien á las claras que, entre todos los organismos sometidos á la inhalación de las mismas partículas ó á la ingestión de los mis-

mos alimentos, solo son susceptibles de sensibilizarse los que ofrecen un terreno propicio á la anafilaxia. La reacción personal también manifiesta aquí su importancia regulando los aspectos que ha de tomar el shock en los distintos sujetos sensibilizados. Así vemos que habiendo sido anafilactizados por la misma substancia, unos presentan un ataque de asma, otros un brote de urticaria, otros un acceso de jaqueca, como si la fragilidad, hereditaria ó adquirida, de tales ó cuales grupos celulares, de tales ó cuales centros funcionales, en frente de la coloidoclasia, canalizaren de algún modo, desde su primera aparición, las manifestaciones de la anafilaxia observadas en clínica.

Se comprende, desde luego, que para oponerse á un mecanismo patogénico tan complejo, donde todos los estadios del proceso anafiláctico son en muchos casos regidos por las cualidades individuales, los métodos antianafilácticos no pueden aspirar al rigor y á la uniformidad de una terapéutica específica como la seroterapia. Se comprende igualmente que, aun en los casos de buen éxito, no se podrá jamás asegurar como definitiva la curación que por tales medios obtengamos. (Extracto de una comunicación al XV Congrès Français de Medicine, Strasbourg, 3-5 Octubre, 1921, publicada íntegra en el núm. 79 de *La Presse Medicale*).—T. R. Y.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca del tratamiento de la diarrea y del estreñimiento, por el Dr. K. v. Noorden.**—1.º *Tratamiento de los estados diarreicos.*—Después de Nothnagel, el investigador á quien se deben los trabajos más importantes en el estudio de los estados diarreicos, ha sido Schmidt. Este autor establece, ante todo, una clasificación de las alteraciones que se pueden presentar en el intestino en dos grupos: dispepsias y catarros. Por dispepsias entiende todas las modificaciones patológicas que sufre el contenido del intestino. La pared intestinal misma no toma más parte en este proceso, que una modificación cuantitativa de su secreción y de sus contracciones peristálticas. Entran en este grupo las descomposiciones cualitativa ó cuantitativamente anormales del contenido intestinal y no aplica el nombre de catarro sino cuando la pared del intestino empieza á sufrir alteraciones inflamatorias. Esta división, que teóricamente es muy racional, resulta en la práctica poco menos que imposible de llevar á cabo. Entre las dispepsias, el propio Schmidt ha sido el primero en poner frente á frente las de fermentación y las de putrefacción. Esta clasificación no tiene en cuenta la naturaleza del trastorno fundamental, pues lo mismo puede tratarse de anomalías funcionales ó neurógenas de la secreción, que de catarro por sobrealimentación que de un catarro infeccioso ó tóxico. Tampoco designa cada una de estas formas de dispepsia un cuadro morboso especial. La única diferencia que las separa es que la fermentación se verifica en los hidratos de carbono y las más importantes son las fermentaciones láctica, butírica y acética, en tanto que la putrefacción se verifica en las substancias albuminoideas y en los productos de su descomposición. La división de las bacterias en acidógenas, hidrocarbonófilas y proteínotropas putrefactantes, tampoco está justificada por la bacteriología, pues se separan bacterias de la misma especie y se reúnen otras de especies distintas. La distribución de la flora microbiana normal en el intestino, es como sigue: el estómago, el duodeno y los tramos superiores del yeyuno se encuentran casi libres de bacterias en virtud de las propiedades germinicidas del jugo gástrico, del pancreático, de la bilis, del epitelio intestinal y tal vez

gracias á los ultramicrobios de Herelle. Ya en las últimas porciones del ileon aumenta la flora intestinal, predominando en este sitio los gérmenes de la fermentación. En el ciego y colon ascendente se encuentran mezcladas ambas clases de bacterias (zona anfibia), y en las últimas partes del intestino donde normalmente apenas si llegan vestigios de los hidratos de carbono, se encuentran en gran predominio los gérmenes de la putrefacción. El factor principal de las alteraciones de esta flora y de los estados morbosos que de las mismas resultan, no es la existencia ó ausencia de determinadas especies bacterianas, pues aun en las heces normales se encuentran microbios con energía potencial capaz de ocasionar agresiones y destrucciones de los tejidos. Lo importante es, ante todo, la composición del contenido intestinal, en virtud de la cual en los sujetos normales, la energía potencial de las bacterias últimamente citadas no se convierte en actual. Entre los mecanismos que pueden alterar este equilibrio bacteriano del intestino está la penetración de gérmenes extraños que se presenta en las infecciones agudas del tubo intestinal y más á menudo la presencia de determinados principios inmediatos en partes del intestino en las que no se suelen encontrar. Cuando determinadas substancias alimenticias no sufren en los primeros tramos del intestino la digestión que deben sufrir y llegan á tramos más bajos, la flora de éstos se adapta á las nuevas condiciones que ha adquirido el medio en el que se desarrolla. Los productos de las especies bacterianas que alcanzan por este mecanismo un predominio que no les corresponde en aquel sitio, ejercen un estímulo anómalo sobre la pared, y si esta anomalía se repite con alguna frecuencia, puede ocurrir que la alteración se convierta en crónica. Los productos anómalos formados, estimulando la pared del intestino determinan un aumento de su secreción y de sus contracciones peristálticas; al absorberse determinan síntomas generales tóxicos.

Los hidratos de carbono se transforman en substancias absorbibles y se absorben en el intestino delgado. Los que se administran en forma de substancias vegetales son de digestión más difícil por las cubiertas celulares y fibras de sostén que resisten mucho á la acción de los jugos digestivos. Solamente una preparación mecánica concienzuda y la acción de los ácidos puede deshacer estas substancias y dejar los hidratos de carbono libres para que puedan sufrir la acción de los fermentos. Cuando la masticación es deficiente, cuando los alimentos atraviesan el estómago demasiado de prisa ó cuando por aquilia no sufren en él la digestión necesaria, ocurre que las substancias vegetales llegan intactas hasta el intestino grueso. Allí son pasto de las bacterias que destruyen la celulosa y de este modo queda el almidón en libertad. La presencia de los hidratos de carbono da motivo á que adquiera predominio el desarrollo de las bacterias de la fermentación, y así tenemos constituido el primer envite de la dispepsia por fermentación. En cuanto á la putrefacción, es un proceso que se verifica normalmente en el intestino grueso, á expensas de los restos de la alimentación protéica, de los productos de descomposición de la misma y de las proteínas de los jugos digestivos.

Ahora bien. En casos patológicos, este proceso sufre alteraciones de lugar, de tiempo, cuantitativas y cualitativas que pueden depender de las múltiples causas siguientes: 1.ª La invasión de bacterias extrañas capaces de ocasionar por sí mismas destrucción de las substancias albuminoideas. 2.ª Invasión de bacterias patógenas ó saprofitas que no son capaces de descomponer las albúminas por sí mismas, pero que favorecen el desarrollo de las bacterias putrefactantes ó inhiben el de las de fermentación. 3.ª El aumen-

to de la secreción de sustancias protéicas en el intestino, ocasionado por la acción de bacterias, de venenos orgánicos ó anorgánicos y á veces por una dispepsia de fermentación, de modo que en el último caso se engendra un cuadro mixto sumamente complicado. 4.^a Cuando por algún motivo se entorpece la evacuación de las heces en el material estancado predominan los procesos de putrefacción. 5.^a Cuando se encuentran en el intestino grueso las materias albuminoideas en exceso, por contenerlas también en exceso la alimentación de los enfermos.

El tratamiento de estos estados se basa naturalmente en la dietética. Hay que hacer lo posible por sustraer á las bacterias causantes del trastorno las sustancias que les sirven de nutrición, y para eso nada mejor que uno á tres días de ayuno. En los casos dudosos es conveniente hacer antes el régimen de prueba de Schmidt para asegurarse de la naturaleza del trastorno. Si se trata de enfermos graves á los que sería peligroso suprimir en absoluto los líquidos durante el tiempo del ayuno, se les administrará infusión de té sin azúcar ó se les pondrán inyecciones de suero glucosado, si es preciso con una pequeña cantidad de adrenalina ó de estrofantina. Terminados los días de ayuno el régimen tiene que variar, naturalmente, según se trate de una dispepsia por fermentación ó por putrefacción; comenzaremos por la primera. Pasados los días de ayuno los primeros alimentos que se deben administrar son: la infusión de té, el caldo de carne al que se añade la clara de un huevo pasado por agua y un poco de queso. Al cabo de tres ó cuatro días se da kefir de tres días ó leche albuminosa que apenas contienen lactosa y no se deben dar leche natural ni yogourth porque su proporción de lactosa es grande. Como se ve, el régimen se va pareciendo bastante al de un diabético y no es raro que se presente una pequeña acetonuria, pero no tiene importancia. Al poco tiempo se darán dos ó tres huevos al día, algo más cantidad de queso y medula ósea mezclada con el caldo. Este régimen exento de hidratos de carbono se mantendrá diez á catorce días. Luego viene un período de ocho días en el que se vuelve á acostumbrar el aparato digestivo á los hidratos de carbono por medio de dosis crecientes de azúcar, sopas y purés de harinas, pan de trigo fino. En la preparación de estos alimentos se puede emplear ya la leche en cantidad creciente. Sólo entonces es cuando se puede empezar á dar carne blanda, pues antes hubiera sido demasiado irritante para el intestino. Con esto y patatas, arroz y macarrones se puede establecer un régimen bastante variado. Después ya se comienza á administrar alimentos que contengan celulosa, siendo notable que lo más importante no es la calidad del alimento que se elija, sino la manera de prepararle. Una buena cocción y una trituración concienzuda en un principio son imprescindibles. Al revés de otros autores, v. Noorden aconseja que los ocho ó diez días primeros á partir del ayuno se dé opio en dosis pequeñas, para que disminuya la secreción intestinal y para que sea más lenta la marcha de los alimentos por el intestino. Además se dan dos gramos diarios de carbonato cálcico para neutralizar el exceso de ácidos que sería muy irritante. En las dispepsias por putrefacción no se pueden suprimir en absoluto las sustancias albuminoideas, porque parte de ellas procede de los jugos digestivos. Está también muy indicado el ayuno y luego la administración de azúcar de caña disuelta al 15 por 100 en agua hervida. El primer día se dan 100 gramos y el segundo 150 á 200 gramos de azúcar. Cuatro días más tarde se empieza á dar leche y sopas melosas con harina. Esta alimentación se mantiene dos á tres semanas, dando además yogourth como primer alimento albuminoideo. Durante varias semanas se dará una

alimentación que deje pocos residuos y se digiera y absorba en el intestino delgado. De medicamentos, el mejor es el subnitrato de bismuto: tres gramos diarios, la atropina, el carbonato cálcico y el opio favorecen las putrefacciones. (*Wiener Klinische Woch.*, 25 de Febrero de 1922.)

OBSTETRICIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Hemorragias del período del alumbramiento, por M. Bourret.—Pueden presentarse: 1.^o, en el curso del alumbramiento como consecuencia del desprendimiento de la placenta; 2.^o, después del alumbramiento; 3.^o, por heridas distintas de la herida placentaria.

En el curso del alumbramiento las hemorragias son debidas al desprendimiento parcial de la placenta con zona de inercia local, lo que permitirá reconocer la palpación del útero. Para combatir estas hemorragias se comenzará por comprimir la aorta con la mano sobre la columna vertebral. Si esta maniobra no es suficiente para detener de un modo definitivo el flujo sanguíneo, se intentará extraer la placenta por tracciones prudentes sobre el cordón, que en caso de éxito serán seguidas de una inyección intrauterina caliente de solución yodo-yodurada. En caso de fracaso, se practicará el alumbramiento artificial, con la mano introducida en el útero, seguida de una minuciosa revisión manual de la cavidad. Esta maniobra tendrá buen éxito en la mayoría de los casos; pero si resultase ineficaz, se trata de una inercia grave ó de una herida fuera de la zona placentaria. En la primera hipótesis una vez vaciada la cavidad uterina de todo su contenido, se recurrirá á las inyecciones de ergotina, al masaje del útero, cogido entre una mano interna que le excita por dentro y una mano externa que lo hace por fuera, y en último extremo, al taponamiento intrauterino apretado.

Cuando la hemorragia se produce después del desprendimiento de la placenta y su expulsión, puede quedar latente, sin exteriorizarse, y llenar el útero que se distenderá. Los signos de anemia aguda presentados por la parturiente, así como el crecimiento anormal del volumen del útero, son característicos de este estado. El tratamiento es el mismo expuesto precedentemente: evacuación y revisión manual del útero, masaje, inyecciones intrauterinas calientes.

En fin, si la sangre proviene de heridas no placentarias es preciso descubrirlas, con ayuda de valvas ó de un espéculo, bajando el cuello é inspeccionando toda la zona genital, y una vez descubiertas se las suturará, y si esto no es posible, se hará un taponamiento apretado intrauterino é intravaginal que se tendrá colocado no más de diez y ocho horas. Detenida la hemorragia se tratará el estado general por el reposo absoluto, la posición horizontal, cabeza baja, calentamiento, oxígeno, inyecciones abundantes de suero artificial, transfusión de sangre citrada, el rechazo de la sangre de los cuatro miembros hacia el centro por medio de un vendaje compresivo terminado con la ligadura de la raíz de aquéllos y, en fin, los tónicos cardíacos, etcétera. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 33; *Le Concours Medical*, núm. 27, 2 de Julio de 1922).—T. R. Y.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Congreso Internacional Odontológico.

En la tarde del lunes, 14, se celebró la sesión inaugural—que fué presidida por el Rey D. Alfonso—del IX Congreso Internacional de Odontología; solemnidad que, como todas las que realiza, en nobles alardes de su especialidad, este sector de la clase médica, fué brillante, concurrida y merecedora de sinceras alabanzas. Tuvo su escenario en el Palacio de las Exposiciones del Retiro. Varias salas se hallaban embellecidas con las notables instalaciones allí bien presentadas, y en el gran salón central se verificó el acto, hallándose dispuesto el local con lujo de tapices y guirnalda, sillones y grandes maceteros, elegancia toda que denunciaba el buen gusto y los muchos medios de que dispone el presidente de la Comisión organizadora, doctor D. Florestán Aguilar.

Con la puntualidad acostumbrada llegó el Rey D. Alfonso, acompañado del duque de Miranda y su ayudante Sr. Buttler. En la presidencia, con él, tomaron asiento, á la derecha, el ministro de la Gobernación, alcalde de Madrid y subsecretario de Instrucción Pública, y á la izquierda, el profesor norteamericano Mr. Durphy, el Dr. Cortezo, presidente de la Academia de Medicina, y el secretario del Congreso Dr. D. Florestán Aguilar. En sitio posterior, ocupando segunda fila, estaban los doctores Martín Salazar, Pulido, capitán general Sr. Orozco, gobernador militar duque de Tetuán, el duque de Miranda, Sr. Buttler y el Sr. Millán de Priego, director general de Seguridad.

El acto fué sencillo, grato, de poca duración y reducido á muy instructivos discursos. Leyó dos, tan interesantes como elocuentes, el Sr. Aguilar, uno en castellano, exponiendo el asombroso adelanto que ha realizado en breves años esta especialidad bajo todos sus aspectos: docente, académico, profesional y social, exponiendo con tal motivo las relaciones y las simpatías que se ha creado la rama española con la americana del Norte; refiriendo con tal motivo noticias y hechos sensacionales, que fueron escuchados con deleite y emoción. Después leyó otro más breve en inglés, para saludar á los congresistas extranjeros. Hablaron los Sres. Rosenthal, belga; Mommerly, inglés; Villain, francés; Van Hasselt, holandés; Dessen, alemán; Chiavaro, italiano;

Shiro Kure, japonés, y Palmgren, sueco, transmitieron el saludo de sus respectivos países á España y á S. M. el Rey, y el alcalde de Madrid dió la bienvenida á los congresistas, y refiriéndose al acto que se celebraba—añadió—, después de la pausa que la guerra mundial impuso á vuestra ciencia, volvéis hoy á reuniros en la capital de nuestra nación, bajo la presidencia del Rey, todo inteligencia y corazón; y yo, como presidente del Ayuntamiento, que presta una gran atención á estas cuestiones, me congratulo de ello y os ofrezco la hospitalidad que mereéis.

El ministro de la Gobernación, á fuer de orador elegante, de alta elocuencia y buen discurso, en quien abundan las delicadezas y aticismos, pronunció una oración muy discreta, recogiendo ideas vertidas y señalando buenos propósitos.

No muy acertado ni oportuno estuvo el representante italiano con alusiones y alabanzas á la autonomía universitaria, la cual se halla aquí en situación de política palpitante, y glosó hábilmente este motivo el ministro, procurando mitigar la sensación de extrañeza cometida por inconsciencia por el aludido representante; y dió con él entrada á otro discurso substancioso, breve y precioso, del Monarca, quien fué escuchado con sumo interés y o vacionado en más de un período. Todos los discursantes se mostraron merecedores de alabanza; y la selecta concurrencia de señoras, congresistas y doctores que llenaban el local, premió tan hermosa ceremonia con calurosas y sostenidas salvas de aplausos, y saliendo muy satisfecha.

Levantada la sesión, S. M. el Rey pasó á ver las instalaciones, y en ellas fué obsequiado con un delicado *lunch*.

Retirado el Monarca, se constituyeron en seguida las dos secciones: la del Congreso de la Federación Internacional, para tratar los importantes asuntos que le están encomendados, y la del Congreso, para comenzar sus tareas científicas, leyendo y discutiendo las muchas y muy importantes comunicaciones presentadas. Era ya de noche cuando ambas secciones terminaron su obra. Poco después los congresistas se reunían en la elegante casa del Dr. Aguilar, para gozar de la fiesta que el siempre generoso organizador hubo de dar en honor de los congresistas.

Cerraremos nuestra crónica tributando un entusiasta aplauso á los que acreditan con actos se-

mejantes su gran cultura y su perfecto don de organización.

DECIO CARLÁN

PASEOS DE UN SOLITARIO

POR

CARLOS MARÍA CORTEZO

(De un libro de memorias íntimas, no destinadas á la publicación.)

XVI

Blanquita Gassó.

No sé por qué acude hoy á mi memoria la imagen y el nombre de aquella pobre joven. Quizás la lectura de algún caso análogo al de la horrible tragedia de que fué víctima, quizá la vista de alguna hermosa niña que se le pareciera. No sé, pero desde mis primeros pasos me obsesiona el recuerdo, y procuro organizar en mi imaginación los hechos de que fuí testigo presencial y aún actor en cierto grado.

Me parece ver á la pobre Blanquita en dos momentos culminantes de su relación respecto á mí: la una vez, cuando en el Liceo de Piquer, prendida con sencillo traje blanco, en bucles la espléndida cabellera de oro, sonriente y tímida avanzaba en el pequeño escenario, y leía aquellas sencillas é inspiradas composiciones, que el culto público que allí acudía acompañaba con aplausos calurosos, en parte como premio á la inspiración poética, y en no pequeña parte como halago á aquella hermosura del Norte; esbelta, blanca y nacarada como una doncella de Rubens. Conocí por vez primera á Blanca Gassó yendo ella con sus padres á visitar á mi hermano político D. Francisco Javier de Bona, director de la *Gaceta de los Caminos de Hierro*, con motivo de un asunto en que su padre tenía comprometida buena parte de su fortuna, y que me parece que se refería á un ferrocarril, ó á unas minas en Tamarite y Literas. Desde luego, encantó á mi familia la belleza y la modestia de aquella niña, que apenas contaba quince años, y en quien tenían los padres puesto todo su amor, haciéndola lucir los primores de su estro-poético en cuantas ocasiones se les presentaba.

Volví luego á encontrar á la joven Gassó en algunas reuniones literarias de las modestas y sencillas que, por entonces, se celebraban en las casas de las personas de la clase media selecta de la sociedad madrileña.

Mi última relación con aquella desventurada fué de índole bien diversa.

Era yo médico, y aún creo que ya decano del Hospital de la Princesa. Al entrar una mañana noté en el portal inusitada concurrencia y movimiento de gentes, entre las cuales se hallaban algunos periodistas, casi todos amigos míos. Acosáronme á preguntas sobre un asunto del cual yo no tenía la menor noticia, pues no había leído la prensa de la mañana, eran las ocho en el invierno riguroso, y mi casa distaba muy poco del Hospital.

Tuvieron mis interrogantes que ser ellos los que me informaran con algunos antecedentes, y he aquí lo que hoy puedo recomponer y recordar.

El matrimonio Gassó había continuado en Madrid algunos años, viviendo con su hija, y sufriendo reveses continuados de fortuna, que le obligaron á establecer un pequeño comercio de juguetes en la calle del Caballero de Gracia que llevaba el nombre de «El Globo», y que estaba en el número 6 ú 8 de aquella calle. Transcurrieron los años, murió la madre, el comercio iba de mal en peor, y aquel desventurado padre que nada tenía en el mundo más que su hija, veía á ésta carecer de todos los medios de vida, sin poder responder á las exigencias de su delicada organización y de su educación esmerada.

Algunos meses antes de lo que estoy narrando, hubo de requerir de amores á Blanca un joven en quien el Sr. Gassó no creía encontrar las condiciones que él deseaba para un marido de aquella hija, que era el amor de sus amores, y que al casarse le dejaría á él ya en el más completo abandono, arruinado, viudo, viejo y perdiendo el último consuelo que en la convivencia con su hija tenía.

Las querellas y disgustos menudeaban en el pobre hogar, y Blanca llegó á manifestar con energía á su padre que, mayor de edad, como ya era, había resuelto casarse sin su permiso y dejando su casa en espera de la boda, al día siguiente de esta declaración. Llegó la noche, y el padre enloquecido por sus pensamientos, y desnaturalizado por la violencia de sus pasiones, cogió un revólver y dirigiéndose á la cama humilde en que su hija dormía, y colocándose tras de su cabecera, disparó un tiro á quemarropa, y creyendo haberla muerto, se disparó otro que le dejó instantáneamente cadáver.

La sensación que en el barrio y en Madrid produjo aquéllo, á pesar de la hora avanzada de la noche en que ocurría, fué inmensa; condújose á la desventurada joven aún con vida al Hospital de la Princesa, se la instaló en la sala de distinguidas, y su entrada é instalación allí explicaban el inusitado alboroto que advertí á mi llegada; pues todo el mundo creía tener derecho para darse la complacencia del espectáculo trágico, que es la delicia mayor de la *caritativa humanidad* que se siente espectadora de plaza de toros, lo mismo dentro que fuera del Circo y de la horas de la Lidia.

¡Un muerto, un herido grave! ¡Una mujer aplastada por carruaje, un niño caído desde un balcón! ¿No es verdad que todos estos son espectáculos deleitables para muchas gentes?

¿No tienen hoy en naciones que se llaman cultas y no tenían hasta hace poco tiempo en España, público apasionado y numeroso las ejecuciones de los reos de muerte?

Uno de los motivos de mayor y admirativo cariño que yo tengo hacia Angel Pulido es el haber sido él quien con una atinada proposición de ley quitó á los salvajes del patíbulo el espectáculo que los deleita.

Tuve necesidad de hacer que se despejaran el portal y las escaleras para poder llegar á mi sala de distinguidos: allí en un lecho blanco como la nieve, á la tibia luz cernida por entre las albas cortinas, encontré á la pobre Blanca, desfigurado el rostro por la hinchazón de sus párpados que ocluían sus ojos de turquesa,

hundida la boca, que aun conservaba el tono de carmín vivísimo de sus labios delgados, que dejaban ver los dientes de insuperable blancura. Aquella cabellera espléndida, que yo tantas veces había admirado, caía sobre los desnudos hombros de nácar, teniendo entre el oro de sus hebras manchas de sangre y coágulos mal contenidos por el vendaje improvisado que habían tenido necesidad de poner.

Descubrí la herida, estaba en la parte más alta de la cabeza y era profunda, aunque no ancha, habiendo dejado penetrar la bala sin duda alguna dentro de la masa del encéfalo.

Conmovido por aquel espectáculo, por el hecho anterior de mi conocimiento de la víctima, y por todas las circunstancias que rodeaban al suceso, cargando sobre mí una responsabilidad que yo en ningún caso me he ocultado, pero á la que he procurado hacer frente con todos los medios humanos, llamé para consulta improvisada á los cirujanos de aquel hospital, que eran entonces Ustáriz y Antonio Morales, y convinimos los tres en la utilidad de acudir á la opinión y consejo de quien tuviese grande experiencia en casos de heridas de armas de fuego, y sobre todo de heridas penetrantes de cráneo.

Recientes las guerras de Cuba y del Norte, era fácil encontrar hombres especializados en casos tales. Me propuse no moverme del hospital y envié recado al Militar, á mis amigos Camisón y Martínez Muñoz, quienes vinieron pronto, acompañados me parece que de Martínez Pacheco.

Se convino en practicar un reconocimiento concienzudo de la lesión y en localizar en lo posible la situación del proyectil. Entonces no se conocían los rayos X que hoy con tanta facilidad hubiesen resuelto el problema, y tuvimos que contentarnos con emplear un estilete ó tintera de Nélaton rematado en una bolita de biscuit ó porcelana sin pulimentar, que al tropezar con el proyectil de plomo, mancharía por movimientos rotatorios la blancura de la porcelana con la negrura del plomo.

Dió en aquel caso excelentes resultados el ingenioso aparatito, muy en boga por entonces, por haber sido ideado por el gran Nélaton para determinar la situación del proyectil que hirió á Garibaldi en su última tentativa revolucionaria, antes de su destierro á la isla de Caprera. Digo que el resultado fué excelente, porque respondió á lo que del instrumento podía exigirse; es decir, á darme la seguridad de que la bala se encontraba en el hemisferio cerebral izquierdo y á unos tres traveses de dedos de profundidad.

Discutióse acerca de la conveniencia de la extracción, se acordó ésta por unanimidad, y aquella tarde, ante un verdadero gentío de médicos y espectadores, actué de cirujano ayudado por Camisón y mis compañeros de hospital, y extraje la bala con tanta prontitud y fortuna, como pudiera hacerlo el cirujano más foguero en los campos de batalla.

Pero ni por esas, ni por otras me atraía la cirugía á la que yo llamaba entonces *la carpintería de la medicina*. No se practicaba aún la asepsia, y la antisepsia era

muy imperfecta. Quizás hoy hubiera variado de modo de pensar; pero las estadísticas desconsoladoras [que en nuestro hospital se obtenían, á pesar de la habilidad operatoria incomparable de Ustáriz y de Antonio Morales (luego catedrático de Operaciones en Barcelona), no eran para mí de un efecto atractivo; luchar, siquiera fuera hasta la muerte, pero sin producir daño por mi mano, me parecía más simpático que el llegar al mismo triste resultado, habiendo producido dolor y daño al paciente con mis intervenciones.

A pesar de todos nuestros esmeros y cuidados murió Blanca Gassó á los tres ó cuatro días. No quiero recordar mis últimas impresiones cuando presencié su autopsia, obligado por el deber de mi cargo y por el carácter judicial del suceso.

Todos vimos con dolor practicarse las disecciones obligadas en aquella verdadera estatua de mármol, y todos procuramos producir el menor desperfecto posible en aquel hermoso cuerpo que había encerrado un alma, tan sencilla como él era blanco, y tan bella como él era esbelto.

¡Pobre Blanca! Nunca la olvidaré y siempre asociaré á su recuerdo el de su desventurado padre que debió pasar por un infierno de luchas inconcebibles antes de llegar al horror de su crimen.

Son muchas las veces en que hay que decir, recordando la frase de Tamayo en el «Drama nuevo»:

«Rogad por los muertos y ¡ay! ¡Rogad también por los matadores!»

EL GRAN DOLOR DE SOR SERAFINA ⁽¹⁾

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Gran dolor del soldado es, en Marruecos, no el combate, sino el Hospital. Por múltiples causas que en este capítulo se irán analizando, y que fueron dichas en el Ateneo de Madrid el día 6 de Mayo, sin que nadie se haya preocupado de rectificarlas ni de ponerlas remedio, nuestra campaña del Norte de Africa, que es, en general, una campaña equivocada, sanitariamente supone serio motivo de descrédito para España.

En principio, la desorganización de los servicios encaminados á defender la salud del soldado, no tiene nada de imprevisto.

La Sanidad resulta mal dotada, como defectuosa es la Universidad, como lo es la Magistratura, como lo es la Política, etc.

Síntomas todos ellos de la agonía con que vino á dar en el suelo esta desgraciada tierra, envenenada por un sol de locura y expuesta por su situación geográfica á todas las emigraciones y á todas las invasiones.

Pero aun así el desastre llegó á términos tales, que bien merece, aun siendo sólo con propósito notarial, registrar estas vergüenzas, estos dolores y estos abandonos.

Ya antes de todo el ajetreo improvisado de la actual contienda, el ejército de España tenía una morta-

(1) Del libro *La Ciudad de los Ojos Bellos*.

lidad poco halagadora y poco satisfactoria, al ser comparada con la de otros países.

He aquí las cifras de la mortalidad, por 1.000 hombres de efectivo en diversas naciones y en la nuestra:

Prusia, 1,10.

Holanda, 1,88.

Portugal, 2,44.

Inglaterra, 2,75.

Francia, 3,74.

España (1919), ¡7,87!

Ahora vamos á examinar concretamente el problema, dividiéndolo en tres partes:

Material.

Mando.

Personal técnico.

El material sanitario con que contamos en Marruecos es escaso y malo. Pero conviene deshacer un error: en la compra, conservación y distribución de ese material no interviene para nada el Cuerpo de Sanidad Militar.

Los médicos militares trabajan donde se les ordena. Visitan los enfermos donde la Superioridad dispone que sean visitados y luchan constantemente por mejorar el rendimiento de los medios con que cuentan.

De la calidad de los alojamientos da idea el hecho de que, estando yo en Tetuán, ocurrió en el Pabellón del Hospital Central, visitado por el comandante médico Sr. Tejero, que el solo paso de un gato motivó el hundimiento del techo, cayendo á la sala el gato y los trozos de uralita, en cómico remedo del templo de Sansón.

Cuando llovía, en estos pabellones, al frente de uno de los cuales estuve varios meses, eran tales las goteras, que cada cama adquiría valor de Arca de Noé, siendo necesario cambiarlas de sitio para evitar que los enfermos se mojasen. Cambios regulados por la dirección del viento.

La segunda mitad de mi estancia en Tetuán, fui encargado de la clínica de la Alcazaba, establecida en un cerro que domina la ciudad, desde el cual se puede contemplar una de las vistas más bellas del mundo; pero con el tremendo inconveniente de que el agua había de traerse en carricubas desde la Aguada, distante 2 kilómetros, siendo preciso vencer una cuesta formidable, superior en dificultades al tan decantado Puerto del León de Guadarrama.

Figúrese el lector cuál puede ser, en tales condiciones, la dotación de agua del hospital.

No terminan aquí las desdichas, sino que por carencia de retrete los enfermos se veían obligados á salir al de ingenieros, atravesando un trayecto de 30 á 40 metros, en patio donde azotaba despiadadamente el viento.

Seguramente al leer esto, como al oírlo antes en el Ateneo de Madrid, no faltará quien crea que tales denuncias las hago ahora, cuando no pertenezco ya al Cuerpo de Sanidad Militar y no hace falta decisión alguna para gritar la verdad; pero los hechos son otros y archivados están los oficios en que repetidamente he elevado mis quejas á la Superioridad, por esto y por desidias tales como que la dotación de cubiertos no se

halle completa en sala alguna, de igual modo que la de cabezales—fundas de almohadas—y sábanas y colchas y mudas de hospital.

Y sépase que esto ocurre, no en una ciudad recién conquistada, sino en población donde llevamos doce años.

Para la desinfección sólo se contaba en el momento de mi salida con una estufa, en la cual tan difícil era obtener la presión necesaria, que sólo por culpa de su mal funcionamiento cabe pensar si sería evitable, esterilizando mejor las ropas, disminuir la cantidad de enfermos de sarna que en Tetuán existía.

Frecuentísimo era el caso de ver aparecer esta dolencia en soldados que llevan ya quince ó veinte días hospitalizados, lapso de tiempo muy superior al que habitualmente dura el período de incubación.

Mucho se ha hablado de unas admirables é indispensables estaciones de despiojamiento; pero es lo cierto que á finales de Marzo no funcionaba aún ninguna en Tetuán. ¡A los doce años de estar civilizando Marruecos! E insisto en las fechas para evitar rectificaciones desorientadoras.

No acaba aquí el desastre. En mi sala, juro por mi honor, y si esto no fuera bastante, preguntarse puede á los demás compañeros jefes de clínica, pues ninguno ha de desfigurar la verdad, que era muy frecuente la falta de medicamentos tan fundamentales como la emetina.

Para un caso de probable septicemia meningocócica hubo necesidad de adquirir el suero en una farmacia civil, sin fiscalización alguna posible de la fecha en que fué elaborado, y en vísperas de una operación hubo necesidad de hacer lo propio con cosa de tan sencilla preparación como el suero fisiológico.

Y toda esta cadena de descuidos, que podría alargar hasta llenar un libro del tamaño del presente, formando cadena de eslabones al rojo de ser mi propósito el escándalo, tiene un remate bien doloroso en el hecho de que los enfermos que ingresaban en la Alcazaba y en el Hospital Central, á su dolencia agregaban pronto otra: la enteritis producida por el agua para bebida utilizada.

Por esto, por este rosario de imprevisiones y abandonos, ha podido denunciar el redactor de *La Libertad*, D. Francisco Hernández Mir, sin que nadie le haya rectificado, que en todas las organizaciones de Xauen, cuando las operaciones sobre Beni-Arós, no se encontró la sonda metálica que se necesitaba.

El mando, por su parte, adolece de falta de conocimientos acerca del papel y manejo de los elementos sanitarios. Es muy corriente que los generales se olviden de las ambulancias á la hora de los repliegues, teniendo sus capitanes que proceder por su sola cuenta y riesgo, carentes de toda idea acerca de las finalidades de la operación.

A esta falta de preparación técnica unen inexplicable menosprecio hacia la oficialidad que lleva por emblema la Cruz de Malta. Aun después del desastre de Annual, donde tantos oírendaron generosamente su vida á los desaciertos ajenos, se les regatea el título de combatientes. Siguen siendo *cuerpos auxiliares*.

Y que tal injusticia enfriadora no se limita sólo al campo de lo teórico, lo prueban sucedidos como el siguiente:

D. Federico Urquidi, asimilado á general de división, núm. 1 del Cuerpo, hombre de sólido prestigio, pidió y obtuvo la concesión de un auto para trasladarse á Xauen, con motivo de unas operaciones en las cercanías de Taxarut.

Tomó el general sus disposiciones, preparó el equipaje, avisó á los ayudantes y... se quedó sin marchar *porque el auto se lo habían llevado los periodistas de cámara*, y bien claro está que tal cambio de servicio no pudo hacerse sin que alguien lo ordenase, no cabiendo pensar en iniciativas ni de los conductores ni de los periodistas.

Verdad es que tales cosas no pueden sorprender mucho en un país donde, según telegrama publicado en *A B C* y fechado el 11 de Abril del presente año, en Jerez, el general gobernador de esta ciudad, falto de médicos castrenses, ordenó que los soldados enfermos en el hospital fuesen visitados *por un veterinario militar*.

Asombrosa es la orden; pero la autoridad del diario en que apareció la noticia y el no haberse hecho rectificación alguna ni al telegrama ni á los comentarios publicados en algunas revistas profesionales, hace pensar en que no se trata ni de error ni de humorismo, sino de algo dolorosamente cierto y de un valor demostrativo superior á todos los comentarios que pudieran hacerse.

No desmerece en el fondo, aun cuando pueda parecer en la apariencia menos duro y menos depresivo, el dato de haberse dispuesto, por el Ministerio, que de las licencias por enfermo concedidas en Africa sea remitido á Madrid el expediente para aquí ser examinado, á *fin de dictaminar* si procede ó no aprobar el fallo de los compañeros del otro lado del Estrecho.

Todo ello pueril; pues en caso de desconfianza, como puede vigilarse la buena fe del profesor no es leyendo un certificado, sino reconociendo al enfermo.

Ejemplo tanto más abrumador cuanto que nada justifica ese recelo puesto en una oficialidad obligada á soportar aluvión de recomendaciones emanadas del propio Madrid.

Se debilita la satisfacción interior de los médicos, se desdeñan sus informes y se deja sin poner remedio á males como el siguiente:

Anualmente de 500 á 600 soldados son declarados inútiles por padecer tuberculosis pulmonar; 572 es la cifra exacta correspondiente al año 1919, última estadística dada á la imprenta por el Instituto Geográfico y Estadístico. Esta declaración de inutilidad representa la suspensión de toda relación entre el fímico y el Estado á cuyo servicio se tuberculizó, el inválido, vuelto á la vida civil, marcha á su casa sin que nadie le proteja, sin que nadie defienda á los suyos contra el contagio fatal.

De este modo se va sembrando la terrible dolencia por pueblos y aldeas, siendo quizá la causa tal abandono de ese alarmante aumento que en la mortalidad por tuberculosis pulmonar acusan nuestras estadísticas.

No se presenta aislado el fenómeno; de Marruecos llegan diariamente palúdicos con licencia, creando focos de propagación al ser picados por los mosquitos.

Es que se profesa la peregrina idea de que en cuanto un soldado abandona las filas no tiene por qué seguir interesando al Gobierno y allá van, constituyendo serio peligro, esos centenares de palúdicos y tuberculosos.

Y á tanto puede llegarse en esto, que en una revista ha podido denunciar el Dr. Fernández-Cuesta cómo en la Armada fué un marino declarado inútil, recientemente, por padecer lepra, sin que se haya procurado ni seguirle la pista, ni avisar á las autoridades sanitarias civiles.

Se está todavía, por lo visto, en la época en que se creía que el médico sólo tiene por misión tomar pulsos y examinar lenguas. Con este material, así de poco considerados y bajo un mando desconocedor del manejo, eficacia y transcendencia de los elementos sanitarios, difícil había de ser que los médicos militares diesen siquiera un mediano rendimiento profesional, y como tenía que ocurrir, ocurre.

A partir de las oposiciones se inicia una disminución de su zona de acción. De médicos militares pasan á ser médicos civiles vestidos de uniforme. Sus ojos, adoloridos por la desilusión, se vuelven hacia la práctica civil y sueñan con una clientela, con una fama de especialistas ó se adormecen bajo la acción nefasta del opio del escalafón.

En carrera alguna se dan tantos casos de esperanzas truncadas, de talentos obscurecidos, de vidas vulgarizadas.

¿Por qué?

En primer lugar, por falta de estímulos. La antigüedad, ese criterio férreo, automático, ciego, que está deshaciendo nuestro Ejército, es el responsable principal de que los médicos militares no sean propiamente tales, ni respondan á sus indiscutibles valores individuales.

Nada tan desmoralizador como poseer convencimiento pleno de que ocurra lo que ocurra, se estudie ó no se estudie, se tengan ilusiones ó no se tengan, se ha de ascender fatal, inexorablemente, con arreglo á un turno riguroso, debido al cual siempre ha de tener mayor categoría—¡la antigüedad es un grado!—el número último de una promoción en los linderos del desaprobado, que el número uno de la siguiente.

Una vez realizado el esfuerzo inicial de las oposiciones, ya lo demás viene por sí mismo con sólo dejar correr el tiempo.

¿Para qué, pues, preocuparse de estudiar?

Agrava considerablemente este problema el mal empleo que se hace de las aptitudes. En este sentido constituyo testigo de mayor excepción. Soy especialista en enfermedades nerviosas y mentales. Esta calidad, además de por mi clientela, me fué reconocida por el Ministerio de la Guerra al nombrarme, mediante concurso, profesor de Psiquiatría de la Academia de Sanidad Militar. En toda la zona no había más especialista que yo; eran frequentísimos los casos de perturbación mental.

¿No parecía lógico ponerme al frente de un servicio de Psiquiatria?

Pues los locos eran mandados, para su diagnóstico y medidas ulteriores, á Ceuta, donde se hace cargo de ellos un cultísimo médico dedicado con singular prestigio al estudio de las enfermedades propias de la mujer.

Mientras yo, contra todo el deseo de mi coronel don Francisco Fernández-Victorio, tenía que asistir unas veces tifoideos, otras enfermos de la piel, otras venéreos, otras enfermos de medicina general.

Fernández-Victorio, consciente de mi molestia, bien hubiera querido ponerla fin; pero no tenía medios legales para ello.

Y de justicia plena es hacer aquí un inciso para poner de relieve el calvario de este inteligente jefe y de otros tantos como en Marruecos tenemos condenados á la pena de amargura, constantemente renovada, de ver cómo sus iniciativas, sus entusiasmos, sus afanes, no llegan jamás á puerto de salvación, quedando muchas veces en el anónimo los mejores empeños de su fervor profesional.

¿Puede citarse algo parecido en esa asombrosa táctica de esterilizar afanes é inutilizar aptitudes?

Y de este modo, por estos barrancos de desidia, ha ido labrándose nuestro fracaso sanitario, que tanto y tan penosamente influye en la moral del soldado.

Mientras se está en el campo luchando nada importan las fatigas. La guerra es eso: penalidades, sacrificio, peligros; si no, ¿en qué fundamentar el legítimo orgullo del uniforme?

Allí todo está bien; la patria da lo que puede darse en una guerra. No es nuestro *paisa* un sibarita como el combatiente inglés. No reclama, no protesta contra nada. Todo lo soporta. Mas al caer enfermo ó herido, el caso ya es otro.

El hospital ha de tener el encanto cálido de una cuna. En él todas las comodidades parecerán pocas á sus organizadores. Seguir sufriendo en el hospital no tiene ya justificación; la clínica será mimo, esmero, limpieza.

Preguntad á las Hermanas de la Caridad por la causa de su tristeza y os contarán afligidas cómo es un sufrimiento, á cada minuto renovado, el de no poder cuidar á estos soldaditos como ellas cuidan á sus enfermos, allá en la patria.

Pero en el fondo de la cuestión existe algo más transcendente y este algo es un derecho. El derecho de todo ciudadano, *perteneciente á un país que se llama civilizado*, á ver utilizados para defender su salud y su vida cuantos recursos regalaron los hombres de ciencia á la Humanidad. No es tolerable que se desdeñe, que se dé de lado al fruto de la labor tenaz de los sabios. El hombre de este siglo tiene DERECHO á que se le libre de la tifoidea, á que se le faciliten aguas puras, á que se alejen cuantos motivos de contagio puedan cebarse en él.

Día llegará en que éstos sean los móviles de las revoluciones; pero interin horas tales vienen, no por falta de sanción pública deja de representar mala semilla, el que á quien generosamente ofrenda su vida por ideales

no compartidos por una gran mayoría del país, no se le faciliten cuantos medios y perfeccionamientos se poseen hoy para defender la existencia de heridos y enfermos.

¡Sor Serafina, la hermana maternal, serena, justa y abnegada, razón tienen tus ojos mansos para estar tristes!

En efecto, como tú me decías, acongojada, un día al verte falta de ropas de cama:

—¡Esto es un dolor!

Academias y Sociedades.

INSTITUTO DE MEDICINA PRACTICA

SESIÓN DEL 21 DE ABRIL DE 1922

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

Registros mecánicos y electrocardiográficos en Cardiología.

Explica el conferenciante el fundamento de ambos métodos y sienta la preliminar afirmación de que dado el estudio actual de la Cardiología, es imposible emitir una orientación profiláctica, pronóstica y terapéutica de las cardiopatías, sin haber hecho un estudio perfecto con ambos procedimientos, del órgano circulatorio. Describe el aparato de Jaquet y el electrocardiógrafo y enseña las normas que con ambos se pueden obtener en las distintas enfermedades que pueden registrarse con ambos medios y que obedecen á lesiones en las cuatro propiedades fundamentales de la fibra cardíaca, automaticidad, excitabilidad, contractibilidad y conductibilidad.

Parangona ambos medios y establece el siguiente paralelo:

El electrocardiograma nos proporciona:

1.º Conocimiento perfecto de la contracción auricular en sus múltiples estados.

a) De fibrilación y flutter, se pueden encontrar ambas en la arritmia, idénticas en principio, se distinguen solamente por su cantidad; el flutter es una forma más lenta y más enérgica que la fibrilación, representando series de contracciones de mayor ó menor intensidad en la contracción auricular, muy difícilmente explorables por el flebograma.

b) De potencial eléctrico elevado en las lesiones compensadas ó bajo potencial, según los estados morbosos que acompañen, son de un valor sumo y cuya medición no puede proporcionarla el registro mecánico.

c) Manifestación gráfica evidente del comienzo de la revolución cardíaca (alteraciones del seno) así como también de la continuación de la transmisión de aquella contracción á la aurícula y más tarde al ventrículo (bloqueo completo ó incompleto); el registro mecánico nos proporciona análogas enseñanzas.

d) Extrasístoles auriculares; el flebograma nos impone al igual que aquel, etc.

2.º Merced á la electrocardiografía podemos señalar en la contracción ventricular:

a) El tiempo que tarda la transmisión de la aurícula al ventrículo, apreciable también con el registro mecánico.

b) Sitio de la formación de las contracciones extrasistólicas, base, medio y punta con participación ó no de la total inversión en la dinámica cardíaca. El registro mecánico jamás nos indica el lugar de origen de la contracción extrasistólica ventricular, excepción hecha del extrasístole nodal; en los demás casos es imposible averiguarlo con el registro mecánico.

c) Modificaciones en el potencial eléctrico de la contracción ventricular I, elevado, normal, bajo y dosificable en milivoltios.

d) Alteraciones en la contracción ventricular al iniciarse Ia. ó al seguirle Ip. variaciones difásicas.

e) Trastornos del potencial de F.

Inútil es decir que estas alteraciones (c. d. e) es imposible buscarlas en el registro mecánico por ser distinto el fun-

damento de ambos métodos, no obstante, son tal vez las que mayor superioridad dan al moderno método de exploración.

Tomando pie de ambos registros describe algunos síndromes con toda extensión, tales las taquicardias permanentes y paroxísticas, extrasistolias, enfermedad de Stokes-Adams y algunos otros.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,3; ídem mínima, 699,2; temperatura máxima, 29°,6; ídem mínima, 9°,1; vientos dominantes, NE. N.

Habiéndose sostenido las condiciones meteorológicas que en nuestro anterior estado señalábamos, no es de extrañar que también se hallan sostenido en su frecuencia y conservado su carácter los estados inflamatorios catarrales agudos de los órganos respiratorios, las anginas tonsilares, los reumatismos musculares, las neuralgias por enfriamiento y otros padecimientos de análoga índole. La mortalidad no ha aumentado, y en los niños no se presenta ninguna enfermedad con carácter verdaderamente epidémico.

Crónicas.

A nuestros suscriptores.—La huelga de Correos y la acumulación de impresos y correspondencia en la Central, no nos han permitido enviar á provincias nuestros números del 19 y 26 de Agosto y 2 del actual, hasta el lunes, martes y miércoles, respectivamente, de esta semana.

Algunos de nuestros suscriptores nos escriben reclamando dichos números y á algunos de ellos se los hemos enviado; otros dan la queja suponiendo que por estar atrasados en el pago por uno ó dos meses no queremos remitirle la revista. A aquéllos les agradeceremos que de recibir el número duplicado, como lo recibirán, lo devuelvan á la administración; á los que creen que por no tener abonados algunos meses no se les envía el número, hemos de decirles que esa nunca ha sido nuestra conducta, pues hay algunos señores que se hallan en descubierto por algún tiempo más y ninguno podrá quejarse de que tal determinación con ellos hayamos tomado, al no ser en aquellos casos de manifiesto abuso.

Donativo importante.—El venerable Dr. Ph. Hauser, ha remitido á nuestro director 200 ejemplares de su interesante obra «La Geografía médica de la Península Ibérica», destinando el importe íntegro de su venta al Colegio de Huérfanos de médicos.

La obra del Dr. Hauser es merecedora de toda alabanza. En sus tres tomos, que forman un total de 1.608 páginas, se encierra una gran cantidad de datos utilísimos y de estadísticas cuidadosas y que representan el fruto de un trabajo concienzudo de muchos años. Sin duda alguna es un libro fundamental de Geografía médica española. A pesar de ello, el Dr. Hauser ha fijado para estos 200 ejemplares el precio especial de treinta pesetas, en atención al fin benéfico á que lo dedica.

Reciba el caritativo donante las gracias más expresivas en nombre de los huérfanos. Los pedidos pueden hacerse á esta administración.

XII Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, que se celebrará en Bilbao los días 17, 18, 19 y 20 de Septiembre de 1922.—Tema oficial: «Las secreciones internas en Oftalmología», Dr. F. Poyales (Madrid).

Comunicaciones: Dr. Albert (Valencia).—Pinza para operar el entropión del párpado superior.

Dr. Asuncion (Bilbao).—Ptosis.—Operación de estrabismo.—Quistes hidatídicos de la órbita.

Dr. Basterra (Madrid).—La extracción de vítreo en terapéutica ocular.—Restauración de párpados por injerto dermoepidérmico.—Neuritis óptica, bilateral, retrobulbar aguda, curada con punción del III ventrículo á través del cuerpo calloso.—Diagnóstico precoz con el examen microscópico del ojo.

Dres. Basterra y Poyales (Madrid).—Presentación de un aparato para la comprobación de fórmulas de cristales.

Dr. Blanco (T.) (Valencia).—Mi bilupa.—Los nuevos arsenicales y el aparato de la visión.

Dr. Castroviejo (Logroño).—Ectasia doble y gigante de la córnea. (Proyecciones.)

Dr. Chavarria (Calahorra).—Panoftalmía á los tres años de una trepanación de Elliot.

Dr. Díaz Caneja (Palencia).—La exteriorización en la visión estereoscópica.

Dr. Fernández Balbuena (Gijón).—Una fórmula para la aplicación del método de Cajal, á los cortes de retina. (Proyecciones.)

Dr. Jiménez Ruiz (Córdoba).—La tensión ocular en algunos procesos intraoculares.—Semiología del exoftalmos.—Estudio clínico y terapéutico de la úlcera de hipoplón.—Algunos casos de traumatología ocular.

Dr. Márquez (Madrid).—¿Cómo se explora un astigmático?—Esquema de la diplopía en los espasmos de los músculos oculares.

Dres. Márquez y T. Busto (Madrid).—Presentación de tablas de combinaciones bicilíndricas.

Dr. Menacho (Barcelona).—Nueva contribución á la iridectomía preventiva del glaucoma.—Contribución clínica al estudio de las pigmentaciones anormales del segmento anterior del ojo.—La afaquia y el glaucoma.

Dr. Mérida Nicolich (Málaga).—Ectopía del cristalino: Técnico utilísima para la extracción difícil ó peligrosa.—La diatermia en oculística.—Tratamiento de las afecciones oculares por los cuerpos proteínicos «Caseosan» Heyden. Resultados superiores á las inyecciones de leche.—Resultados lejanos de la extirpación de la glándula lagrimal palpebral en el tracoma.—A propósito del contagio del tracoma ¿se precisan algunas condiciones geotopográficas para su difusión?

Dr. Muñoz Urra (Talavera de la Reina).—Exposición de trabajos de laboratorio oftalmológico (100 grandes microfotografías, 3.000 secciones de embriología ocular, fotografías biplanares, estereoscópicas, proyecciones.—Presentación de un sencillo y económico oftalmoscopio trabajando á fuertes aumentos sin reflejos ni velos (con ilustraciones y demostraciones prácticas).—El organito endocelular de Golgi ante los traumatismos de la córnea y de la retina (preparaciones).—Evolución embrionaria del ganglio oftálmico y su comportamiento ante las lesiones del polo anterior (preparaciones).—Estructura y detalles fisiológicos de las placas motrices del ciliar en el hombre, mamíferos y aves de lento y rápido vuelo (preparaciones).—Algunos datos nuevos acerca de la evolución del motor ocular común, después del nacimiento y sobre el desarrollo del patético (preparaciones).

Dr. Pons (Mahón).—Lo que hay de cierto en la coloración de las imágenes de Purkinje.—Sobre el colapso del globo ocular, en la extracción de la catarata.

Dr. Rivas Valero (Sevilla).—Absceso subperióstico, orbitario y óseo, periostitis de la órbita.—Degeneración nodular de la córnea.

Dr. Soria (Cádiz).—Consideraciones sobre un caso de catarata, operado por inclinación.—Particularidades de la demografía oftálmica en Cádiz.—Tratamiento de la queratitis parenquimatosa por medio del caseinato de mercurio.—Resultados obtenidos en el tratamiento de un despegamiento retiniano miópico, por medio de repetidas esclerotomías.

Dr. Tutó (R.) (Barcelona).—Extracción en su cápsula, sin pérdida de vítreo, de la catarata, incidentalmente luxada. Descripción de dos casos.

Dr. Wiedem (E.) (Valencia).—Tratamiento de la xerosis por el benzol.

Dr. Wiedem (J.) (Valencia).—La operación de la catarata en la infancia.

Dres. Wiedem (J. y E.) (Valencia).—Método fistulizante del profesor Lagrange, procedimiento del profesor Foroni para el tratamiento del glaucoma crónico; sus ventajas sobre los procedimientos conocidos.

Dr. Zbikowski (Sevilla).—Valor clínico de la microscopia ocular.

Tema profesional (acordado oficialmente por la Asamblea): «Charlatanismo en oculística», por el profesor Márquez (Madrid).

Congreso internacional de Odontología.—En otro lugar de este número nos referimos al acto inaugural; en el próximo, daremos alguna de las principales notas científicas tratadas durante sus sesiones. A esta sección sólo corresponden la nota informativa, y por escasez de espacio la reduciremos cuanto nos lo permita la importancia grande del Congreso.

El día 4, á las cuatro de la tarde, y bajo la presidencia

de S. M. el Rey, se celebró el solemne acto de la inauguración del Congreso.

En la presidencia acompañaban al Rey, el profesor Brophi, de Chicago, presidente de la entidad internacional odontológica más importante del mundo, el ministro de la Gobernación, el presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, el secretario de la misma, Sr. Pulico, y el secretario del Congreso, Sr. Aguilar.

Abierta la sesión, éste dedicó frases de encomio á la profesión y de saludo á los congresistas extranjeros.

Hablaron después el profesor Brophi, el ministro de la Gobernación, y por último, el Rey, que en breves palabras se felicitó en nombre de España, por haber sido elegida esta nación para celebrar en ella el Congreso. Saludó á los representantes extranjeros y ponderó los beneficios que de los odontólogos recibieron los heridos durante la última conflagración europea.

Terminado el acto inaugural se celebró la primera sesión ordinaria que presidió Brophi.

El martes, día 5, los congresistas asistieron á una sesión operatoria en el Hospital del Niño Jesús, en la que varios profesores extranjeros practicaron algunas intervenciones quirúrgicas.

También fueron obsequiados con un *lunch*, al final del cual el Dr. Aurelio Arquellada pronunció un elocuente discurso, y fué contestado por Brophi que enalteció el estado de cultura de nuestras clases médicas y los progresos que colocan á la odontológica al lado de las más progresivas de las demás naciones.

A primera hora de la tarde hubo sesión científica en el Palacio de Exposiciones del Retiro, y á las seis, recepción en el Ayuntamiento, en la que fueron obsequiados los congresistas con un refrigerio y un concierto por la Banda Municipal, que fué muy aplaudido.

En honor del Dr. Recasens.—El Dr. Recasens, decano de nuestra Facultad de Medicina, se encuentra desde hace días en Berlín en donde ha conferenciado con diferentes profesores alemanes sobre problemas de medicina general y de ginecología.

El Dr. Stutocin, propietario y director de una importante revista profesional berlinesa, organizó un recibimiento solemne á nuestro compatriota en el que se hallaba representada aquella Universidad por los profesores Sason, Arndt y Benhoeffer.

También ha sido nombrado el Dr. Recasens socio honorario del Instituto Hispanoamericano.

Fiesta de la flor en Santander.—El día 16 de Agosto se celebró con mucha animación en Santander, la fiesta de la flor.

Los principales Bancos y las más acreditadas entidades y Sociedades hicieron importantes donativos.

La familia real recorrió los principales puestos de recaudación, y los particulares contribuyeron á ella espléndidamente.

Se calcula que lo recaudado ascenderá á unas 20.000 pesetas.

La situación de Rusia. Informes oficiales.—Comunican de Ginebra que el representante del Dr. Nansen en Moscu ha pedido al Gobierno de los Soviets un informe oficial acerca de la actual situación, y las autoridades rusas le han transmitido las declaraciones siguientes:

«Las declaraciones del Sr. Litvinoff acerca de la exportación de cereales este año estaban basadas sobre el hecho de que la cosecha actual es bastante buena y en todo caso mejor que el año último. Sin embargo, juzgo necesario insistir en el hecho de que las necesidades son grandes este año; en las zonas hambrientas y en algunos otros lugares de Rusia millares de niños se hallan sin hogar y deben ser alimentados, cuidados y vestidos.

Los aldeanos se hallan totalmente arruinados por la guerra, la revolución y el hambre. Para devolverles una parte de su antiguo bienestar son precisos esfuerzos gigantescos; de lo contrario, les será imposible cultivar la extensión de terreno suficiente.

En determinadas regiones de Rusia se sufre de nuevo por la sequía y la langosta, lo que hace que la situación sea peor aún que el año último.

Este es el caso de Crimea, Gobiernos de Odesa, Nikolaiev y Zaporoshe, en Ucrania y numerosos Gobiernos del Volga, la República tártara sobre todo.

Por tanto, ruego que se solicite del Dr. Nansen, quien tan

gran papel ha desempeñado en la campaña de socorros del año último y comienzos del actual, que consagre todas sus energías á obtener el envío de los socorros necesarios, en la medida de lo posible, para aquellos que han sufrido las consecuencias de la mala cosecha y necesitan ayuda para restaurar sus propiedades en ruina.»

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

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

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

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

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



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

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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