

EL SIGLO MEDICO

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

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

REDACTORES:

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Glénola 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: El valor diagnóstico y pronóstico de algunos síntomas accesorios en la neuralgia del trigémino, por el Dr. E. Fernández Sanz.—Serie de conferencias organizadas por la Escuela de Tisiología en la Facultad de Medicina.—Algunas propiedades biológicas del bacilo de Koch, por el Dr. D. Julio Blanco.—Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal, por el Dr. D. Teófilo Hernando.—Bibliografía, por G. M.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El drama de un espíritu y la comedia de una vida, por F. J. Cortezo.—Monumento de Servet.—Academias y Sociedades: Sociedad de Pediatría.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

El valor diagnóstico y pronóstico de algunos síntomas accesorios en la neuralgia del trigémino

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina, jefe facultativo del Hospital de Jesús de Nazareno, médico consultor del Manicomio Nacional de Leganés, profesor de la Facultad de Medicina de Madrid, etc.

He de comenzar por advertir que cuanto á continuación voy á exponer, se referirá exclusivamente á la forma de neuralgia del trigémino, que se llama esencial ó idiopática, dando á estas apelaciones un significado de independencia, de individualidad propia, que coloca al proceso morboso que designan en substancial contraposición, respecto á aquellas otras variedades de algias del propio nervio que se denominan sintomáticas, por ser secundarias á diversos trastornos patológicos, á los que están subordinadas en su evolución.

La neuralgia facial idiopática ó autónoma, tiene como manifestación fundamental y subjetivamente única, el dolor violento, agudísimo, de presentación preferentemente accésional, de duración breve, pero de repetición muy frecuente, que basta por sí sólo para caracterizar á la enfermedad, que es lo que de ésta percibe el paciente, y lo que solamente le impulsa á solicitar el auxilio terapéutico.

Pero el médico no debe limitarse á investigar este síntoma capital; después de justipreciar minuciosamente las cualidades del dolor, su asiento sobre todo, sus irradiaciones, la manera de agruparse en accesos ó crisis, las circunstancias que influyen en su provocación, y hasta las comparaciones que los matices del sufrimiento sugieren al paciente, habrá de explorar con sumo cuidado toda una serie de anormalidades que constituyen el cortejo sintomático casi siempre muy numeroso y á menudo asaz heterogéneo del paroxismo neurálgico.

En ocasiones, esta ampliación de la indagatoria semiológica nos conducirá al descubrimiento de alteraciones tan importantes, de tal trascendencia diagnóstica que, por revelar la existencia de un proceso patogénicamente primitivo, del que es una consecuencia la neuralgia, obligarán á considerar á ésta como secundaria ó sintomática, y, en tales casos, muy comunes en la práctica, el dolor, no obstante su ostensible primacía y su aparente predominio en el cuadro clínico, queda lógicamente reducido á la categoría de *síntoma accesorio* sometido en su evolución y en su tratamiento á los de la lesión primordial.

Mas aun prescindiendo de estos casos de neuralgias pseudoesenciales de apariencia autónoma, pero que en realidad están supeditadas á otros padecimientos como tumores, afecciones de las cavidades de la cara, de los dientes, intoxicaciones, infecciones, etc., en aquellas que efectivamente merecen el calificativo de

idiopáticas, ofrece también considerable interés la apreciación de los síntomas contingentes que completando el síndrome paroxístico, ó persistiendo en sus intervalos preceden, acompañan ó siguen al dolor; cierto que es en éste, en sus caracteres, en los que habrá de fundarse de una manera directa el diagnóstico y el pronóstico en la clase de neuralgias de que me estoy ocupando, pero no exclusivamente y aquilatando bien el juicio, ni siquiera de un modo principal. Bueno que al apreciar la legitimidad de un caso de neuralgia de trigémino y al conjeturar su gravedad, atendamos primero como fundamento inicial de nuestra opinión naciente á la intensidad de las crisis dolorosas y á su frecuencia; por eso he dicho que estos son los puntos de arranque de un diagnóstico y de un pronóstico directos, ó inmediatos de gran valía como normas de orientación, pero no deben jamás estimarse como completos y definitivos, sino como provisionales, como preparatorios de una labor más amplia, que abarcando la totalidad del complejo sindrómico, permita conseguir con la mayor claridad posible el conocimiento de las condiciones del caso, y nos facilite la más acertada predicción de su curso futuro.

En esta tarea de perfeccionamiento siempre y de rectificación muchas veces del diagnóstico y del pronóstico inmediatos ó parciales, basados en la sola apreciación del trastorno capital, del dolor, es donde se advierte claramente la considerable importancia de los síntomas accesorios.

No es mi propósito examinar y discutir uno por uno todos estos síntomas secundarios, concomitantes y accidentales de la neuralgia del trigémino; en todos los buenos tratados de Neuropatología figuran descritos, y su mera repetición aquí no sería de utilidad práctica. Ya en el epígrafe de este trabajo consta que se refiere únicamente á *algunos* de los síntomas accesorios, y ahora añado que voy á tratar nada más que de ciertos de esos signos que no se mencionan ó sólo muy lacónicamente, como de pasada, en las obras clásicas, siendo así que he tenido ocasión de observarlos más de una vez en la realidad clínica, y la reiterada experiencia personal me ha convencido de que tienen más importancia diagnóstica y pronóstica de la que generalmente se les concede, debiendo advertir en lo que al diagnóstico respecta, que, evidentemente, ninguno de esos síntomas es indispensable para diferenciar genéricamente la enfermedad, pero, en cambio, son muy valiosos para averiguar de qué variedad de neuralgia se trata, y en cuanto al pronóstico su trascendencia es aún mayor, según á continuación se verá.

Los fenómenos á que aludo son de tres categorías: motores, reflejos y sensitivos.

Comenzando por lo que á la motilidad atañe, debo ante todo recordar que en las crisis neurálgicas faciales se observa una extraordinaria agitación muscular local (y aun generalizada á veces) que contrasta vivamente con la inmovilidad, con la tendencia á la quietud absoluta, con la rigidez que constituye el fenómeno conocido con el nombre de defensa muscular, caracteres éstos que son propios de la mayoría de los dolores viscerales,

apendicitis, perforaciones gástricas é intestinales, peritonitis, inflamaciones de la pleura, etc. En los accesos de neuralgia del trigémino, los músculos de la región dolorosa, lejos de inmovilizarse defensivamente, se contraen activísima y desordenadamente y en todas las descripciones del paroxismo neurálgico figuran las violentas gesticulaciones del enfermo, los exagerados movimientos de la cara, el apretar los ojos, el torcer la boca, el encajar los dientes, el inclinar ó el girar violentamente la cabeza hacia uno ú otro lado. A menudo esta agitación motora, como antes he indicado, no es puramente local, sino que se generaliza, y en el síndrome paroxístico se destacan los ademanes frenéticos, los enérgicos frotos de la cara con las manos y aun con los puños cerrados, y hasta los golpes fuertísimos que el propio enfermo se propina, buscando por estos bruscos medios un alivio al dolor que le atormenta; esta agitación motora es por lo común tan general, que á poco que la crisis se prolongue, el sujeto no puede permanecer sentado, ni á pie quieto, y va de un lado para otro, impulsado por una irrefrenable excitación psicomotora.

En contraposición á esta hiperquinesia peculiar de los accesos, en los períodos intercalares el enfermo se muestra avaro de movimientos en la zona doliente, temeroso de que provoquen la explosión del temido paroxismo, y por eso la mímica está sumamente restringida, presentándonos un rostro imperturbable en el que se evita la expresión de las emociones, cuidando mucho de no reír ni de sonreír siquiera, y también los fenómenos motores de la articulación de la palabra, de la masticación y de la deglución están considerablemente limitados, dificultando las relaciones sociales del paciente y deteriorando su estado de nutrición.

Pero esta disminución intercalar de la motilidad es debida únicamente á la represión consciente de los impulsos voluntarios, y por lo tanto es muy diferente de la inmovilidad por contractura muscular propia de los dolores viscerales que antes he mencionado. Tanto ese déficit motor de los intervalos como la hiperquinesia de los accesos constituyen hechos comunes, obligados pudiéramos decir en todo caso de neuralgia del trigémino, sobradamente conocidos, y por consiguiente, no es necesario ni oportuno insistir más en ellos.

En cambio, es mucho menos frecuente y de noción muy poco divulgada, al menos á juzgar por lo que yo he visto y leído, el síntoma motor que he observado en un caso reciente y que por su persistencia y por sus netos caracteres, así como por la importancia que á mi juicio posee para esclarecer la forma clínica de la neuralgia y su pronóstico, me parece digno de ser dado á conocer.

Se trata de un estado contractural permanente de los músculos faciales, especialmente de los de la comisura bucal correspondiente al lado donde radica el dolor, que he tenido ocasión de apreciar en un caso de neuralgia de las ramas maxilar superior y maxilar inferior izquierdas, grave por la violencia de los fenómenos álgicos, por su extensión á toda la zona inervada por la segunda y tercera divisiones del trigémino, por

su frecuente repetición y por lo prolongado del padecimiento, que dura desde hace más de seis años, rebelde á todos los remedios farmacológicos ensayados (no se habían practicado inyecciones neurolíticas, ni intervenciones quirúrgicas).

La hipertonía muscular se advertía muy claramente en las fases interparoxísticas dando lugar á una desviación constante, fija, del ángulo de la boca hacia el lado asiento de la neuralgia, hacia la izquierda, con acentuación del surco nasogeniano correspondiente; esta contractura persistente se transformaba en las habituales sacudidas clónicas bruscas y rápidas al iniciarse el acceso.

El aumento del tono de los músculos de la región dolorosa, con el carácter de síntoma intercalar que acaba de describir, permite lógicamente su comparación con la rigidez muscular de reacción defensiva que se observa en las algias viscerales, según he indicado en uno de los párrafos anteriores, y demuestra que si bien generalmente la motilidad en los casos de neuralgia del trigémino, como también queda dicho, se conduce de manera muy distinta de las defensas musculares espláncicas, no deja de presentarse á veces algún hecho parecido á esa protección por la hipermiotonia local.

En la observación clínica á que me estoy refiriendo, la contractura persistente indica, además, la existencia de un estímulo continuado del tono muscular, y ese estímulo debe, racionalmente, atribuirse á alteraciones del trigémino que habrán de ser permanentes puesto que lo son sus efectos, de modo que la comprobación de dicho signo nos obliga á incluir este caso entre los de neuralgia con lesión textural del nervio, que para abreviar, y aunque no con rigurosa propiedad terminológica, se engloban en la denominación de neuralgias neuríticas, de pronóstico desfavorable por la continuidad de sus síntomas y su tenacidad evolutiva.

Entre los fenómenos complementarios ó accesorios de orden reflejo, mencionaré en primer lugar la exageración del reflejo supraorbitario, unilateral unas veces, bilateral otras, pero entonces más acentuada en el lado de la neuralgia; este aumento de la reacción refleja suele acompañar á la hipermiotonia descrita en el párrafo precedente, y tiene la misma significación fisiopatológica y pronóstica que ésta. Más vulgares, y por eso me limito á citarlas, son las modificaciones de los reflejos conjuntival y corneal, que pueden estar en el lado de la neuralgia exaltados ó disminuidos; en este último caso el pronóstico es más sombrío, pues trátase de una alteración por déficit, indicio de lesiones de tendencia destructiva, siendo la debilitación muy marcada y la abolición de esos reflejos, signo importante en las neuralgias del trigémino sintomáticas de tumores de la base del cráneo que afectan á dicho nervio.

Por último, como síntomas contingentes ó accesorios sensitivos obsérvanse bastante á menudo las alteraciones permanentes, por exceso ó por defecto, de la sensibilidad provocada en las zonas inervadas por las ramas del trigémino. La hiperestesia es más frecuente

que la hipoestesia, constituyendo aquélla un fenómeno casi constante que obliga á los enfermos á evitar los contactos, aun los más leves, con el mismo ó mayor cuidado todavía que suprimen en lo posible los movimientos, según se ha visto antes, y no sólo se resguardan de las impresiones táctiles, sino también de las térmicas, tapándose la cara con diversas cubiertas para protegerse del frío, del aire, etc.

Pero aunque esta hiperestesia sea muy común, en algunas ocasiones, por su intensidad, por su fijeza y por su persistencia, adquiere una especial significación pronóstica agravante, pues indica la existencia de lesiones estables, muy difíciles de modificar terapéuticamente. Así, en un caso que observé ha poco tiempo, se apreciaba en la región temporofrontal una zona de hiperestesia muy viva, en la que el más ligero roce provocaba un dolor tan agudo, tan insufrible, que no cedía en violencia al de los paroxismos neurálgicos, persistiendo este síntoma desde hacía mucho tiempo, y causando, en suma, al enfermo casi más molestias que las crisis propiamente dichas.

En cuanto á la hipoestesia, tiene el mismo valor pronóstico que la infrarreflectividad á que anteriormente he aludido, revelando la existencia de lesiones degenerativas propias de los procesos que se acostumbra á catalogar como neuritis ó gasseritis, dando á estas palabras un sentido amplio, pero siempre expresivo de un pronóstico grave.

Los ejemplos clínicos que he citado y las consideraciones de ellos inferidas demuestran la necesidad de practicar en todo caso de neuralgia del trigémino una detenida exploración de los síntomas que he calificado de accesorios, motores, reflejos, sensitivos y también secretorios, vasomotores y tróficos, pues nos proporcionan interesantes datos que contribuyen poderosamente á completar el diagnóstico y á precisar el pronóstico.

Madrid, 3 de Octubre de 1922.

Serie de conferencias organizadas por la Escuela de Fisiología en la Facultad de Medicina.

PRIMERA CONFERENCIA: DR. VERDES MONTENEGRO

(Apuntes tomados de la misma.)

Señores: El pulmón es un órgano pasivo, que se mueve en virtud de los movimientos que le imprimen los músculos inspiratorios actuando sobre las costillas y el esternón y por abajo el diafragma. En realidad no es del todo pasivo, porque dispone de elasticidad que desempeña un papel importante en el momento de la espiración. Aunque no está anatómicamente unido á la pared costal, lo está fisiológicamente, pues de las dos hojas de la pleura, la parietal está firmemente adherida á las costillas y músculos intercostales y la visceral está fuertemente adosada á ella, sin que en modo alguno pueda entrar aire entre ellas en condiciones fisiológicas. Al dilatarse la cavidad torácica, la pleura parietal arrastra tras de sí á la visceral por la adhesión tan fuerte que existe entre ellas y la presión atmosférica, que á través de los bronquios obra sobre los lobulillos del pulmón es la que hace que entre el aire en éstos y que el pulmón se dilate. La inspiración se verifica á pesar de la elasticidad del



pulmón, y vencéndola, lo cual hace comprender lo fuerte que tiene que ser la adhesión de las hojas de la pleura para resistir á estas fuerzas contrarias. Una vez que la inspiración cesa, las costillas vuelven á la posición normal en virtud de la contracción de los músculos espiratorios y en virtud de su propio peso si el sujeto se encuentra en posición vertical. Entre las hojas pleurales existe una cantidad muy pequeña de líquido que sirve de lubricante y que es un producto de secreción de composición química especial que no tiene nada que ver con la de los trasudados ni exudados. Estos, cuando se encuentran, son siempre patológicos y dependen de un proceso inflamatorio, como la neumonía ó la tuberculosis pulmonar, ó bien de un trastorno circulatorio, por ejemplo, un éxtasis venoso ó linfático. Por si hiciera falta insistir más en la cuestión de la adhesión y solidaridad de las dos hojas de la pleura, puede citarse el ejemplo de la estenosis laríngea.

Los trastornos que crea á la respiración son muy notables; los espacios intercostales, la fosa supraesternal y las supraclaviculares, se deprimen fuertemente en el momento de la inspiración, el diafragma presenta un movimiento paradójico, porque atraído por la presión negativa que se produce en el tórax, en vez de aplanarse durante la inspiración, se eleva, los trastornos circulatorios que se producen con este motivo son muy importantes, y, sin embargo, las hojas de la pleura siguen perfectamente adosadas la una á la otra. En cambio, dichas hojas separan en cuanto existe una comunicación anormal de la cavidad de la pleura con el exterior, ya sea por la perforación de un bronquiolo ó lobulillo, ya por la de un espacio intercostal. Se ha afirmado la posibilidad de abrir el tórax sin que las hojas pleurales se separen y teórica y aun experimentalmente es esto posible. Supóngase que se hace una herida en un espacio intercostal llegando á incidir la pleura parietal, pero sin hacer la menor presión sobre la visceral; mientras no se haya iniciado la penetración de aire, las dos hojas no se separarán, como no se separan dos láminas de vidrio adosadas y entre las que se encuentre una pequeña cantidad de agua, pero basta que un poco de aire penetre, y esto es lo que ocurre siempre en la práctica, para que ya la separación se inicie. Poniendo la cavidad de la pleura en comunicación con un manómetro de agua, se observa en el momento de la inspiración una presión de 16 á 18 y en la espiración de 2 á 3, pero siempre negativa, porque la elasticidad y la tendencia á retraerse del pulmón, son mayores que lo que permite la espiración máxima. Así se explica que en el momento de producirse el neumotórax, el aire entre sin necesidad de ejercer presión sobre él, porque en dicho momento la retracción del pulmón se completa. Claro, que al hablar de la presión negativa en la pleura, no se puede generalizar, porque varía, según las regiones de la misma; así, en la de los vértices es de 4 á 6 en la inspiración y de 2 en la espiración, es decir, que la presión es siempre más próxima á cero que en las demás partes.

El pulmón fetal apenas tiene tejido elástico; éste se desarrolla según lo va haciendo el nuevo ser; es algo así como un órgano creado por la función y cuyo desarrollo está en relación con el de ésta. Ya en el niño de un mes el tejido elástico adquiere proporcionalmente el mismo desarrollo que en el adulto, y se dispone de la siguiente manera: Hay fibras que, partiendo del hilio del pulmón, se distribuyen por todo él á la manera de un abanico. Otras se extienden á lo largo de los bronquios y forman en la entrada de cada lobulillo un anillo que en el momento de la espiración se contrae é impide que dicho lobulillo se vacíe por completo de aire; de aquí que una vez que el pulmón ha hecho la

primera inspiración, no pueda volver á quedarse privado de aire en absoluto, y, por fin, de este anillo parten otras fibras que envuelven el lobulillo á modo de cestas.

Los movimientos respiratorios son muy débiles en la región posterosuperior de los pulmones, y más amplios en toda la región inferior, en las laterales y en la anterior. Esta es la causa de que en los vértices el desarrollo del tejido elástico sea más escaso que en el resto del pulmón, pues ya hemos dicho que es proporcional á la función. Las diferencias de actividad funcional de las distintas partes del pulmón tienen importancia en Patología porque explican las diferencias de importancia de las lesiones según su localización, porque cuanto mayor sea el reposo (relativo desde luego), tanto mejor curarán las lesiones. Hay formas de estas lesiones que son de curación muy difícil; por ejemplo, las bronconeumonías caseosas. En efecto: consisten en focos de bronconeumonía diseminados, entre los que se encuentran partes de tejido pulmonar sano, y esto entorpece la función vicariante del tejido sano. Al hacer la inspiración, el aire que no puede entrar en las regiones afectas, penetra en las intermedias y las enfisematiza, y comoquiera que la cantidad de sangre que penetra en el pulmón es inversamente proporcional á la de aire, resulta que es muy poca la sangre que atraviesa el órgano y muy deficiente la hematosis.

Cuando las lesiones son bajas, el pronóstico es grave, porque el reposo es muy difícil de conseguir y la compensación tiene que ir á cargo de las partes altas que son las que se encuentran en peores condiciones para hacerlo.

Generalmente se habla de la capacidad de adaptación del pulmón con demasiado optimismo. Si la capacidad respiratoria de una persona es de 3.500 c. c., sólo respira normalmente 500, y si el pulmón posee gran poder de adaptación es, estando todo él sano, para el caso de que se haga ejercicio, incluso violento, pero no en las circunstancias en que se considera esta adaptación cuando el pulmón está enfermo. La compensación cuando tiene lugar en las condiciones que aquí se consideran implica disminución de las actividades vitales, y si el rendimiento de una fábrica está determinado por el diámetro del tubo de gas ó de agua que conduce la energía á la misma, el rendimiento de los pulmones está determinado por el diámetro de los tubos que permiten la entrada hasta ellos y por el tamaño de la superficie que respira.

Después de ver las diferencias de elasticidad, hay que considerar la importancia del diafragma en la respiración. Es escasa, como lo prueba el hecho de que las aves no le tienen y que en las estenosis laríngeas y cuando se trata de inspirar con la boca y la nariz tapada, el diafragma se abomba en vez de aplanarse, porque le vence la fuerza aspirante que desarrollan los demás músculos inspiratorios. La consecuencia práctica que se deduce es la poca importancia de la frenicotomía para el tratamiento de las lesiones de las bases. La capacidad respiratoria, unos 500 c. c. en el hombre normal, según hemos dicho, se reduce sólo en 100 c. c. aproximadamente. Por eso tampoco se recurre ya á la frenicotomía como operación previa á las toracoplastias que se empleaba antes para evitar, disminuyendo la amplitud respiratoria de las bases, que éstas absorbiesen los productos patológicos procedentes de las cavernas situadas en las partes altas. Lo que se hace actualmente es la toracoplastia en dos tiempos: primero, la inferior, y segundo, la superior.

El mediastino no se mueve normalmente por equilibrarse las fuerzas que obran sobre él á ambos lados, pero cuando se produce neumotórax en un lado, en los animales de

mediastino débil como el hombre, se producen movimientos; al inspirar se va hacia el lado sano, y el aire residual del pulmón colapsado pasa en parte al pulmón sano, al espirar se desplaza hacia el lado enfermo y parte del aire pasa al pulmón colapsado. Este aire se llama péndulo y su existencia es de muy mal pronóstico, porque dificulta mucho la hematosis y la sangre se arterializa mal; se encuentra el individuo en el mismo caso que cuando persiste el orificio de Botal.

ALGUNAS PROPIEDADES BIOLÓGICAS DEL BACILO DE KOCH

POR EL

DR. D. JULIO BLANCO

Apuntes tomados de la segunda conferencia dada por el autor en la serie de las organizadas por la Escuela de Tisiología.

Uno de los caracteres principales del bacilo de Koch es la ácidorresistencia. La conservan aunque se hayan destruido las sustancias grasas que entran en su composición, por ejemplo, por medio del xilol hirviendo y queden reducidos exclusivamente á las sustancias albuminoideas. La propiedad de la ácidorresistencia no es privativa del bacilo de Koch. La poseen en efecto muchos bacilos que son patógenos para los animales de sangre fría, pero no para los de sangre caliente, y otros que no lo son ni para los unos ni para los otros, por ejemplo, los del esmegma, los del cerumen del oído, los de la yerba, particularmente los del trébol, los que se encuentran en muchas sustancias grasas de origen animal, en focos de gangrena, etc. La consecuencia de que sean tantos los bacilos que poseen la propiedad de la ácidorresistencia es que la coloración de los esputos y demás productos patológicos no es decisiva para poder afirmar que el bacilo que se ha encontrado es verdaderamente el de Koch, y sólo adquiere valor terminante cuando los demás caracteres del enfermo sean favorables para admitir que lo son. Sin embargo, hay un dato que aumenta el valor de la coloración y es el descubrimiento de las formas de degeneración del bacilo. Estas demuestran la existencia de procesos defensivos en el organismo que sólo se desarrollan frente á un germen patógeno.

También son insuficientes para la diferenciación que nos ocupa las diferencias morfológicas. Solamente los investigadores que están muy acostumbrados á examinar bacilos suelen hallar diferencias que les permiten sospechar el tipo de bacilo de que se trata. Así, por ejemplo, el bacilo que produce la tuberculosis humana es como un bastón alargado, el de la tuberculosis bovina es más corto y rechoncho y el de la tuberculosis de los peces tiene forma de bizcocho. Pero para afirmar: 1.º, que se trata de un germen verdaderamente patógeno; 2.º, dentro de los patógenos si pertenece al tipo humano, bovino ó aviario, que los tres se pueden encontrar en el hombre, es preciso recurrir á otros medios.

El aspecto de los cultivos es también muy semejante en los diversos tipos. Solamente el bacilo del trébol adquiere un color rojo que sirve para diferenciarle casi con seguridad. Algunas veces, sin embargo, otras razas dan lugar también al color rojo y se prestan a confusiones. El cultivo del bacilo aviario es más grasiento y algo parecido al cultivo del bacilo del muermo. Este carácter de ser untuosos y como grasientos le presentan también los cultivos de bacilos de los peces y demás animales de sangre fría.

Del examen de los cultivos se puede deducir, sin embargo, un dato importantísimo. Los bacilos que son patógenos para los animales de sangre caliente, no comienzan á crecer hasta

diez ó quince días después de la siembra: en tanto que los bacilos saprofitos crecen ya y se hacen visibles á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas y á la temperatura ambiente. La falta de este desarrollo precoz indica que se trata de gérmenes patógenos, pero la existencia del mismo no permite desechar la presencia de aquéllos, que se pueden encontrar mezclados con los saprofitos.

Para la diferenciación contamos, sin embargo, con un procedimiento definitivo, que es la inoculación á los animales. Estas inoculaciones se deben hacer por vía subcutánea, porque la vía intraperitoneal da lugar á un proceso sumamente violento y no permite hacer la distinción que se funda en la marcha del proceso. Sea cual fuere el bacilo que inyectemos, producirá en el punto de la inoculación un tubérculo y estos tubérculos no se diferencian unos de otros ni macroscópicamente ni microscópicamente. Pero si el bacilo que se inoculó no era patógeno para el animal en cuestión, el nódulo se enquistiza y el proceso se detiene. En cambio, si se trata de bacilos patógenos, se propagan á lo largo de los linfáticos y llegan á producir infartos en los ganglios de que son tributarios los linfáticos de la región inoculada, es decir, en las condiciones corrientes del experimento los ganglios de la ingle, pues la inoculación se hace en la cara interna de los muslos. Basta que se produzca el infarto para afirmar que se trata de un bacilo patógeno con seguridad absoluta, pero no hay que olvidar una precaución. En el material que sirve para la inoculación pueden encontrarse otros gérmenes distintos de los ácidorresistentes, cuya diferenciación era el problema que nos ocupaba, se pueden encontrar, por ejemplo, gérmenes piógenos y éstos también producen infarto de los ganglios linfáticos. Pero estos infartos se producen en dos á tres días, al paso que los de bacilo de Koch tardan seis ú ocho días por lo menos y cinco ó seis semanas á lo sumo. Además, una vez iniciado el proceso ganglionar por el bacilo tuberculoso, no se detiene en su evolución. Cada vez aumenta más de tamaño, y sólo cuando se caseifica y la materia caseificada se vierte al exterior es cuando disminuye.

Los medios de cultivo que convienen al b. de Koch son sólidos y líquidos y entre ellos hay que dar la preferencia indiscutiblemente á los primeros. Los medios sólidos que se emplean más corrientemente para el bacilo se hacen á base de patata y á base de huevo. No son necesarios grandes cuidados para ellos, le basta al bacilo con tener una fuente de nitrógeno, otra de carbono y sales de calcio y de magnesio. Con estos elementos el propio bacilo se elabora sus grasas y sus albúminas.

La patata se prepara con un 1 á 5 por 100 de glicerina. El huevo basta batirlo y mezclarle con caldo común ó con caldo al que se haya añadido un 2 á 3 por 100 de glicerina.

El aislamiento de los gérmenes se puede intentar directamente del material contaminado ó de las inoculaciones. El aislamiento directo es malo. Los demás gérmenes se desarrollan mucho más pronto que el de Koch, esquilman el terreno, y cuando éste quiere llegar á desarrollarse ya no puede hacerlo porque le faltan sustancias nutritivas. El empleo de los desinfectantes mezclados en pequeñas proporciones con el medio de cultivo ó tratando con ellos previamente el producto que se va á sembrar, tampoco proporciona resultados mejores. Se pretende impedir con ellos el desarrollo de los demás gérmenes, mientras que el de los bacilos tuberculosos se puede realizar por ser más resistentes. Se han empleado el formol, la potasa ó la sosa y la antiformina, y Petroff emplea la violeta de genciana. Todos estos desinfectantes tienen el inconveniente de que si matan los otros gérmenes, no destruyen los esporos de los que los

tienen y éstos contaminarían luego los demás medios. La siembra directa del material contaminado está indicada en los casos en que este material procede de un absceso frío, por ejemplo, en el que se pueda tener la seguridad de que los gérmenes estarán puros. Pero en todo otro caso, si se quiere tener la seguridad de no fracasar, hay que empezar por hacer la inoculación y tomar el material para las siembras del centro de los ganglios caseificados, antes de que se hayan abierto espontáneamente, para evitar las infecciones secundarias. Si deseamos obtener gérmenes muy virulentos, tenemos que esperar más aún. Los bacilos no se conforman con atacar los ganglios linfáticos, sino que después invaden las vísceras por este orden: bazo-hígado-pulmón. Los procesos de defensa en los ganglios linfáticos son sumamente activos y sólo cuando los gérmenes han exaltado mucho su virulencia es cuando pueden invadir las vísceras.

Una vez que tenemos el germen aislado en medio sólido, podemos trasladarle a los medios líquidos, especialmente al caldo, pero con poca peptona que no les conviene a los bacilos; a lo sumo se debe emplear un 0,5 por 100 de ella. A las cuatro semanas de esta resiembra tenemos material abundante para hacer la diferenciación de los tipos de bacilos que pueden ser (suponiendo material tomado del hombre) humano, bovino y aviario. En el niño hasta los cinco ó seis años, los bacilos del segundo tipo se encuentran con frecuencia, sobre todo, en los ganglios mesentéricos, lesiones óseas y articulares; pasada esta edad, los bacilos bovinos son excepcionales, pero pueden ser patógenos para el adulto cuando su virulencia está muy exaltada y de hecho se encuentran en lesiones cutáneas (lupus) y en procesos renales, y en muy contados casos han sido aislados también de pulmón y otros órganos. Los bacilos de tipo aviario son raros, y puede decirse que al igual de los de sangre fría no juegan ningún papel en la tuberculosis humana.

Ya queda señalado que los caracteres morfológicos son insuficientes para hacer la diferenciación, y ahora añadiremos otro carácter que distingue, pero no terminantemente, el tipo bovino del humano. El bacilo bovino crece poco y nunca llega a cubrir toda la superficie del caldo. Además, produce álcalis y se hace a sí mismo inservible el medio de cultivo. En efecto; el caldo se prepara con una acidez de $+1$ á $+2$ á la fenoltaleína, y por el crecimiento de los bacilos bovinos el caldo disminuye de acidez y se hace alcalino; los gérmenes ya no se pueden desarrollar en él y caen al fondo del recipiente. Este carácter, como hemos dicho, no es definitivo tampoco, porque hay gérmenes de caracteres mixtos que crecen y dan ácidos como el humano y, sin embargo, tienen virulencia de bovinos.

Lo definitivo también en este caso es la reinoculación. El bacilo humano es patógeno para el cobaya y no lo es para el conejo; la inyección de un miligramo de masa de bacilos por vía intravenosa ó de un centigramo por vía subcutánea no le mata y mucho menos lo hace á la ternera. En cambio, el bacilo bovino es patógeno para el conejo y para el cobaya. El bacilo aviario no es patógeno para el cobaya y sí lo es para el conejo, pero para ningún otro mamífero. El bacilo humano es patógeno, aunque en menos grado que el bovino, para los animales que conviven con el hombre como son el perro, el gato y el cerdo joven, en los que llega á producir lesiones viscerales y hasta cavernas.

Se discute si los bacilos de tipo humano y bovino son de la misma especie, y si se pueden transformar uno en otro ó si se trata de especies completamente distintas. Ya se ha dicho que en los niños menores de seis años se encuentran con mucha frecuencia, y en los adultos se encuentra el bovino excepcionalmente. ¿Es que se han destruido más tarde

los bacilos bovinos ó es que se han transformado? Lo primero parece lo más probable. El hecho es que el bacilo humano tiene una acción muy escasa sobre las vacas y el bovino muy poca acción sobre el hombre adulto, como lo demuestra el hecho de que las lesiones que provoca en los carniceros, etc., quedan localizadas, y las que Klemperer provocó experimentalmente también quedaron y no encontrarse casi nunca en las lesiones pulmonares. Por la frecuencia con que el bacilo bovino puede atacar á los niños tiene mucha importancia la leche como causa de la infección de éstos, pero no es tanta su importancia como se la adjudicaba Behring que veía en este alimento la principal causa de la infección no sólo para ellos, sino incluso para el adulto. En el Japón y en Egipto donde los niños no se alimentan con leche de vaca, la proporción de estos tuberculosos es tan grande como en los demás países, según se deduce de los resultados de la reacción de Pirquet.

Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal

POR EL

DR. D. TEÓFILO HERNANDO

Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina en su recepción del día 14 de Mayo de 1922.

Después de muchas dudas me decido á presentaros un trabajo acerca de la *Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal* (*). Justifica esta elección el tener recogidas numerosas observaciones clínicas y haber realizado algunos ensayos experimentales, encaminados á la aclaración de cuestión tan discutida. Además, aunque nunca hay que juzgar de la importancia de un asunto solamente por su aplicación inmediata, el que es objeto de nuestro estudio une á su interés doctrinal la trascendencia que tiene para el diagnóstico y tratamiento de un proceso tan frecuente en nuestro país.

Numerosas han sido las teorías ideadas para explicar la patogenia de la úlcera. Algunos, como Brinton, han llegado á quitarle toda especificidad, considerando que no hay más motivo para hablar en especial del mecanismo de producción de la úlcera del estómago que el que habría para que nos ocupáramos de la úlcera de otra mucosa cualquiera ó de la piel.

En la mucosa gastroduodenal podemos observar dos clases de úlceras: las agudas y las crónicas. Toda úlcera aguda es susceptible de constituir el punto de partida de una úlcera crónica, aunque, por fortuna, no siempre, ni mucho menos, sigue esta evolución. Asimismo es probable que toda úlcera crónica empiece por una de las llamadas agudas.

La mucosa puede experimentar una pérdida de substancia por una lesión vascular que dificulte su riego, por un traumatismo, una hemorragia intersticial, una alteración trófica ó una infección folicular. En cualquiera de estos casos se mortifica una porción de la mucosa, que puede caer espontáneamente ó, como ocurre con más frecuencia, ser digerida por el jugo gástrico.

Es un hecho conocido que estas pérdidas de substancia tienen tendencia á la curación, por lo que, sin olvidar las causas que las produjeron, interesa, sobre todo, estudiar las razones que motivan la cronicidad de la lesión.

IMPORTANCIA DEL JUGO GÁSTRICO EN LA PATOGENIA DE LA ÚLCERA

El nombre de péptica, con que se denomina también esta forma de úlcera, indica la importancia que se ha venido con-

(*) Por todos se admite que la úlcera gástrica y duodenal son dos procesos de la misma naturaleza.

cediendo en su patogenia á la acción del jugo gástrico, siendo una de las razones en que se apoya esta opinión el hecho de que la úlcera no se desarrolla más que en algunas porciones del tubo digestivo bañadas por el jugo gástrico: estómago, parte inferior del esófago, primera porción del duodeno y el yeyuno en los gastroenterotomizados.

Desde que se conocieron las propiedades digestivas del jugo gástrico trataron de explicarse los primeros investigadores la razón de la resistencia de la pared del estómago á la digestión, que tan fácil y rápidamente sufrían otros tejidos animales que se ingieren como alimentos.

Spallanzani, primero, y Hunter (1772), después, observaron que si se deja á la temperatura del cuerpo vivo un animal muerto en plena digestión, tanto el estómago como los órganos vecinos (hígado, bazo, etc.) se digieren rápidamente.

Entonces Hunter emitió la hipótesis según la cual los tejidos vivos oponen una resistencia á la digestión por medio del «principio vital» que pierden en el momento de la muerte. Primero Claudio Bernard introduciendo unas ancas de rana viva por la fistula gástrica de un perro, y después Pavy haciendo lo mismo con las orejas de un conejo, y ambos demostrando que tenía lugar la digestión, tanto de las partes vivas de un animal de sangre fría como de otro de sangre caliente, invalidaron la hipótesis del principio vital. Sin embargo, en sentir de Matthes, en estos experimentos la digestión se realiza porque el ácido clorhídrico del jugo gástrico se conduce como un veneno protoplasmático que mata las células, cuya muerte se halla favorecida por las dificultades circulatorias que oponen las ligaduras necesarias para sujetar los animales, realizándose después la digestión; pero, por lo demás, «los enzimas digestivos son ineficaces en presencia de tejidos vivos no alterados». Prescindiendo de la acción de las ligaduras, con esta afirmación no se hace más que trasladar la acción de los fermentos al ácido clorhídrico; y ¿por qué en estas condiciones el ácido clorhídrico produce estos efectos?

Además, basta observar las alteraciones que presentan los perros, con fistula gástrica, en las márgenes de la úlcera por acción del jugo gástrico, para no dudar de la posible acción de este jugo sobre los tejidos vivos.

Claudio Bernard consideró que el estómago se defendía por las condiciones especiales de su epitelio, que no absorbe la pepsina y que se renueva con gran rapidez y facilidad; pero á esto se contestó con experimentos en los que se vieron destrucciones grandes de epitelio repararse rápidamente. De todos modos, no cabe duda de que el epitelio gástrico es más resistente á la digestión que otras células del organismo. Así lo ha demostrado Ruzicka. Esta resistencia la explica Matthes por una adaptación de las células á la función y al medio.

Para Schiff, es el moco del estómago el protector de la mucosa. Parecía apoyar esta hipótesis el experimento de Harley, quien hizo dos sacos con un estómago de cerdo separado del cuerpo, llenándolos ambos de jugo gástrico después de haber desprovisto al uno de moco; éste se disolvió en muy pocas horas; el otro resistió más tiempo. Kaufmann encontró menos moco en los ulcerosos que en los demás enfermos, hecho, por lo demás, observado por nosotros con bastante frecuencia, pero no con la constancia que justifique tomarlo de base para explicarnos la patogenia de la úlcera. Aun Klug, más recientemente (1907), atribuye á la mucina una acción antipéptica. No puede negarse una cierta acción protectora al moco gástrico; pero nunca hasta el extremo que han sostenido estos investigadores, pues en condiciones normales no se segrega en gran cantidad y, además, los alimentos, á pesar de estar aglutinados por el moco, se digieren con facilidad.

Pavy consideraba que la defensa del estómago se halla asegurada por la alcalinidad de la sangre. Muchas son las objeciones que se pueden hacer á esta teoría, así como á los experimentos en que se apoya; pero bastará con que digamos que la alcalinidad de la sangre es menos de la mitad que la acidez del jugo gástrico, y además, que, como lo han demostrado los experimentos de Mehring, Shervald y Bunge, la mucosa normal es incapaz de absorber el ácido y realizar cambios con el álcali de la sangre.

Para Gaglio, la sangre circulante protege los tejidos arrastrando los fermentos á medida que los penetran. Ya hemos dicho la poca permeabilidad de las células, y por lo tanto no resulta probable esta absorción de los fermentos, en condiciones normales cuando menos.

Schnappfauf (1888) fué el primero que observó que el suero de la sangre dificulta la acción de la pepsina. Después fueron muchos los investigadores que, bastante más tarde, confirmaron este hecho, y por entonces se empezaron á sospechar propiedades antipépticas en el moco gástrico, al que ya se había hecho jugar un papel importante en la defensa contra la digestión por la pepsina. Danilewski encontró un antifermento en el moco gástrico, que protegería la mucosa contra la acción de la pepsina, y Weiland demostró la existencia de sustancias (antifermentos) antipépticas en el estómago é intestino de los animales. Este antifermento fué encontrado por otros investigadores en el jugo gástrico.

Katzenstein ha hecho experimentos cosiendo al estómago trozos de estómago y de duodeno que no eran digeridos, siéndolo, en cambio, otros órganos injertados. Agregando al jugo gástrico trozos de la mucosa pudo observar una disminución de la fuerza péptica de aquél. Aun cuando sus experimentos no han sido comprobados por otros, sigue sosteniendo este autor que la resistencia fisiológica del estómago para la autodigestión se debe al contenido en antifermento. Es muy discutible y discutida la realidad de este antifermento. No cabe duda que existen en la sangre y en el jugo gástrico sustancias impeditas de la acción de la pepsina, como Marie y nosotros hemos tenido ocasión de comprobar. El mismo cloruro sódico puede dificultar esta acción de la pepsina, como lo han demostrado Hamburger y en nuestro laboratorio Alday; pero lo que es muy difícil admitir por ahora es la existencia de un verdadero anticuerpo de la pepsina.

Después de haber hecho tantos estudios se puede decir que aún volvemos á la explicación del principio vital de Hunter, que no expresa más que nuestro desconocimiento del asunto. Al fin no son más que modificaciones de esta hipótesis la teoría de la adaptación de Matthes, la de la resistencia de la molécula viva de Fermi, aceptada por Marie, etc.

Son varias las hipótesis que conceden importancia al jugo gástrico en la producción de la úlcera; bien porque disminuida la resistencia de la pared del estómago se deje atacar por él ó porque falten las sustancias que la defienden normalmente contra la pepsina, ó (y esta es la opinión más frecuente) por aumento de la cantidad de ClH.

A) HIPERCLORHIDRIA Y ÚLCERA GÁSTRICA.—Parece que ya Celso (*) concedió importancia al ácido clorhídrico en la producción y sostenimiento de la úlcera. Pero tanto esta opinión como la muy posterior de Ginsburg (1852), que sostenía también la hipótesis de un aumento en la cantidad de

(*) CELSIUS A. C.: *De Medicina* lib. IV, cap. V: "Adhibendi lene et glutinosi sed cifra satietatem; omnia acris atque acida removendi: vino utendum, sed neque proefrigido neque nimis calido."

ácido clorhídrico, fueron olvidadas, hasta que los repetidos análisis realizados por Leube, Van der Velden, Riegel, etc., condujeron á este último á considerar la hiperclorhidria como causa de producción de la úlcera, sobre todo como el principal motivo de su cronicidad.

Los tres argumentos en que se apoyan los que sostienen la importancia de la hiperclorhidria en la patogenia de la úlcera, son: a) Pruebas experimentales; b) Frecuencia con que en clínica se encuentra la hiperclorhidria en los ulcerosos, y c) Aparición de la úlcera del yeyuno en los gastroenterotomizados hiperclorhídricos.

a) *Estudios experimentales.*—Matthes (1893), Litthauer (1909), Suzuki, Sánchez Mosquera y Coca (52), dicen haber producido úlceras por ingestión de ácido clorhídrico y Kehler en animales que se hicieron hiperclorhídricos por desviación del jugo pancreático y de la bilis hacia partes más bajas del intestino.

Se refiere también en pro de la hiperclorhidria como causa de úlcera, particularmente cuando ésta se acompaña de retención, la frecuencia con que se observan las lesiones ulcerosas en los pequeños estómagos de Pawlow.

Los estudios experimentales más importantes son los realizados por Bolton (7) en monos y gatos (1907-1910-1915). Producía las lesiones gástricas por inyección de un suero gastrotóxico y después les administraba disoluciones de ácido clorhídrico desde 0,18 hasta 1,50 por 100. En otros, producía la hiperacidez por inyecciones repetidas de pilocarpina. Para dificultar el vaciamiento por el píloro (retención) introducía por éste tubitos de goma. Los resultados conseguidos son los siguientes:

En condiciones normales la úlcera tarda en curarse tres semanas; pero el exceso de ácido clorhídrico hace que sea más extensa y retarda su curación tres semanas más. La retención también prolonga la cicatrización, aun no estando aumentada la acidez; si se suman los dos factores, el retardo es considerable.

Basado en todos sus experimentos, concluye afirmando que el jugo gástrico, no solamente es responsable del comienzo de la úlcera, sino que es el causante de la extensión y persistencia de la misma. Concede gran importancia á la conocida acción del ácido clorhídrico sobre el tejido conjuntivo.

Como se ve, las pruebas experimentales no son concluyentes: se emplean concentraciones muy elevadas de ácido clorhídrico ó se suman otros factores, como acción de pilocarpina (vagotonía), obstrucción del píloro, etc.

b) *Pruebas clínicas.*—La importancia que concedió Riegel á la hiperclorhidria se debe á que en 21 análisis prácticos, en nueve casos de úlcera encontró siempre exceso de ácido clorhídrico. Otros muchos clínicos obtuvieron, si no en todos en la mayoría de sus enfermos ulcerosos, resultados semejantes, lo que les hizo adoptar la hipótesis de la hiperclorhidria como causa de la úlcera. Citaremos entre los partidarios de esta opinión á Bouveret, Korczinski y Jaworski, Einhorn, Soupault, Madinaveitia, Thomson y otros.

Sin embargo, la mayoría de las estadísticas publicadas por otros muchos observadores no están de acuerdo con estos resultados: así, al lado de unas que dan un tanto por ciento elevado de hiperclorhídricos entre los ulcerosos, hay otras en las que los hiperclorhídricos están en minoría. Citaremos algunas solamente:

Como estadísticas que arrojan un tanto por ciento muy elevado de hiperclorhídricos, recordaremos la de Kemp (32) que da un 95 por 100, y la de González Campo (16), en la que aparecen en la proporción de un 96,2 por 100. No olvidemos, sin embargo, que estas son estadísticas de médicos

en las que se encuentran englobados los casos operados y los que no tienen más que un diagnóstico clínico, y que la de González Campo está hecha con arreglo á la idea sustentada por el autor de «la verosímil identidad entre la hiperclorhidria y la úlcera».

En el otro extremo citaremos las estadísticas de Kayser, de Munich, que encuentra la hiperclorhidria solamente en el 13 por 100 de los casos, y la de Plaut, que dice que la hiperclorhidria se halla con tanta frecuencia como la anaclohidria (en el 29 por 100), y en los demás casos la acidez es normal.

Desde que el examen radiográfico y, sobre todo, la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas permiten comprobar los diagnósticos, se han hecho muchas estadísticas que tienen más probabilidades de exactitud. Así, Smithities (57) entre 2.160 ulcerosos comprobados, encuentra en 56 anaclohidria (2,6 por 100); en 499 (23 por 100), el ácido clorhídrico libre en proporción inferior á 30; en 890 (41 por 100), entre 40 y 50 (que es lo considerado como normal), y en 724 (33,4 por 100) el ácido clorhídrico libre se hallaba en cantidad superior á estas cifras. Urrutia (62) encuentra: hiperclorhidria en el 50,7 por 100 de sus casos, hipoclohidria en el 23, anaclohidria en 2,8 y acidez normal en 23,5. Moynihan (45) dice que en el 40 por 100 de los ulcerosos no hay hiperclorhidria y en 10 á 20 por 100 la acidez está disminuída. Kuttner (33), en 235 casos de úlceras pépticas del estómago y duodeno, en los que se hizo un examen cuidadoso del quimismo, encontró hiperclorhidria en 101, euclorhidria en 111, hipoclohidria en 14 y anaclohidria en nueve.

Nosotros, que en 1914 (23) decíamos haber encontrado en nuestros casos «casi constantemente la hiperclorhidria, ó cuando menos la acidez conservada, y sólo en raras ocasiones anaclohidria», después, con una experiencia mucho mayor adquirida en estos siete años, los innumerables exámenes radioscópicos y radiográficos practicados y la gran cantidad de enfermos que hemos sometido á la intervención nos han permitido modificar este juicio.

Así, entre 826 ulcerosos, de los que tenemos historia detallada, en 756 hemos hecho toda clase de exploraciones (examen directo, análisis, exámenes radiográficos, etc.), y en muchos de ellos, la intervención quirúrgica demostró la existencia de la úlcera ó de la cicatriz (estrechez pilórica, perigastritis, etc.). Hemos encontrado las siguientes cifras: en 11 casos (dos comprobados por la intervención quirúrgica), falta de ácido clorhídrico libre y con una acidez total inferior á uno; en todos los restantes había ácido clorhídrico libre y la acidez total era de 0,8 á 1,2 en 32, de 1,5 á 1,8 en 120, de 2 en 132, de 2,2 en 162, de 2,4 á 2,5 en 128, de 2,8 en 54, de 3,0 en 73, de 3,5 en 28 y de 4,0 hasta 4,8 en 8.

Todos estos resultados se refieren á exámenes realizados en contenidos gástricos extraídos una hora después de la ingestión del desayuno de Ewald-Boas; pero también los casos de análisis fraccionado nos han permitido obtener en ulcerosos curvas de acidez baja.

Como se ve por las anteriores estadísticas, resulta difícil admitir la importancia que muchos conceden á la hiperclorhidria en la patogenia de la úlcera, teniendo en cuenta que falta en la mitad de los casos por lo menos.

Pero, además, estamos hablando de hiperclorhidria sin que tengamos un criterio fijo para juzgar lo que se debe entender como tal: mientras que muchos consideran como hiperclorhídricos á los que tienen más de un 2 por 1.000 de acidez total, otros dan cifras más altas y otros más bajas.

Recordaremos asimismo que, como es sabido, el jugo gástrico, en condiciones normales, se segrega á una concentración próxima al 5 por 1.000 (Pawlow, Bickel, etc.) y que

solamente la saliva deglutida, los alimentos y bebidas ingeridos, el jugo pilórico y el reflujo del líquido intestinal, y quizás en algún caso un líquido de dilución que es capaz de segregar el mismo estómago (Strauss), disminuyen esta concentración hasta rebajarla a la que se considera como normal, para que es muy variable.

Decíamos nosotros (23) en 1914: «en la práctica encontramos muchos casos que pueden considerarse hiperclorhídricos y, sin embargo, tienen menos cantidad de ácido clorhídrico que otros en apariencia normales», y agregábamos que algunos se podrían incluir en el grupo de las hiperclorhidrias larvadas. En otros casos se explican las molestias por una mayor sensibilidad de la mucosa para el ácido clorhídrico ó por otro mecanismo; pero el hecho es que, a pesar de la acidez baja, mejoran estos pacientes por el empleo de los alcalinos y de un régimen antiácido que no necesitan otros enfermos con acidez mucho más elevada.

Estudios posteriores han demostrado que no se hallaba descaminada esta opinión nuestra. Así, los importantes trabajos de Hawk, Rehfuess y sus colaboradores (21, 22 y 47) demuestran que no se puede hablar de la existencia de una verdadera hiperclorhidria partiendo de que una determinada cantidad de ácido clorhídrico es la normal y que todas las que están por encima significan hiperacidez. Sometiendo 800 estudiantes de Medicina, sanos, al caracterismo fraccionado, obtuvieron toda la variedad de curvas que se consiguen en los enfermos llamados hiperclorhídricos. El 40 por 100 daban cifras altas de acidez (precisamente es la proporción en que aparecen los hiperácidos ulcerosos en muchas de las estadísticas). Además, en 25 individuos normales, a los que dieron carne de vaca, la acidez en el momento culminante llegó a 120 (2,3 por 1.000); en otro grupo de 21, al que dieron carne de puerco, a 117, y en otro grupo de 40, alimentados con cordero, pudieron observar una acidez hasta de 134 (4,9 por 1.000).

Por tanto, no cabe duda de que en condiciones normales se segrega un jugo gástrico con una acidez próximamente de 5 por 1.000 (esto sin discutir que, como quieren Boas, Kuttner y Gregersen, pueda la mucosa gástrica segregar mayores ó menores concentraciones); los exámenes practicados en ciertos momentos de la digestión nos suministran cifras inferiores, debido a la dilución que, como hemos dicho antes, experimenta este jugo; pero, a pesar de esto, en individuos normales y durante la digestión puede también el jugo gástrico alcanzar las cifras más altas de acidez (Hawk, Rehfuess, etc.), precisamente aquellas que los fisiólogos daban como propias del jugo puro (5 por 1.000) y que son las máximas encontradas en las «más fuertes hiperclorhidrias».

Si no fuera suficiente el argumento dado antes, de la inconstancia de la llamada hiperclorhidria, en contra del papel de ésta en la producción y sostenimiento de la úlcera, bastaría lo que acabamos de decir: que las diferentes cifras de acidez en los normales son semejantes a las que se observan en los ulcerosos.

Se ve también que hay una cierta relación entre el tipo predominante en el país ó en el momento en que se hace la observación con el que se observa en la úlcera, lo que no sería admisible si ésta dependiera de la cantidad de ácido clorhídrico.

Según Latzel, en el Tirol, donde se encuentran muchos hipoclorhídricos, son también más frecuentes que en ningún sitio las úlceras con hipoclorhidria.

Es interesante la siguiente estadística, publicada por Strauss (60): en 248 casos de úlcera estudiados durante la guerra encontró: falta de ácido clorhídrico libre en 20 (7,5

por 100); ácido clorhídrico libre y acidez total hasta 20 en 32 (11,9 por 100); acidez total entre 21 y 30 en 73 (27,2 por 100); acidez total entre 41 y 60 en 94 (35,1 por 100), y acidez total por encima de 60 en 49 (18,3 por 100). Es decir, que solamente el 18 por 100 de los ulcerosos tenían la llamada hiperclorhidria. Strauss atribuye esta acidez baja a la edad de los enfermos y quizá a que la deficiente alimentación durante la guerra ha hecho aumentar considerablemente el tipo de los hipoclorhídricos y anaclorhídricos.

Por tanto, la frecuencia de la hipoclorhidria en un país, constantemente ó en un momento dado, no se acompaña de la disminución en la frecuencia de la úlcera, como era de suponer si ésta fuera la consecuencia de la hiperclorhidria, sino que lo que hace es dar más hipoclorhídricos entre los ulcerosos.

c) *Úlcera del yeyuno.*—Otra de las razones que se da en apoyo de la hipótesis de la hiperclorhidria como causa de la úlcera es la aparición de la úlcera péptica en los gastroenterotomizados hiperclorhídricos. En primer lugar, debemos decir que se puede presentar también en aquéllos que no tengan una gran acidez ó que ésta se halle disminuida con arreglo a las cifras que se dan como normales y, además, que, por regla general, después de la gastroenterotomía, todos hemos visto disminuir la acidez. Como prueba de que muchas veces esa hiperacidez ó hipersecreción debe ser consecutiva a la úlcera y no causante de ella, citaremos las dos observaciones recogidas por nosotros en enfermos gastroenterotomizados.

Hecho el análisis de jugo gástrico antes y después de la operación, demostró disminución de la acidez después de ésta; pasado cierto tiempo empezaron a sentir molestias; se les hace un nuevo examen, y, al mismo tiempo que la presencia de una úlcera yeyunal, se comprueba un aumento de la acidez del jugo gástrico. ¿No parece como si hubiera sido aquella lesión la responsable de este aumento de la acidez?

Una observación de Urrutia es de extraordinario interés. Realizó una secreción mediogástrica en un enfermo con un úlcus calloso de la curvatura menor, haciendo después una anastomosis término-terminal. Este paciente, antes de la operación, tenía una acidez libre de 26 y la total de 46 (cifras mínimas de lo que se considera por algunos como normal). Después de la operación conservaba el mismo grado de acidez, y transcurrido un cierto tiempo el enfermo empezó a sentir dolores violentos, dando el análisis una acidez de 50 ClH libre y 64 de acidez total. Le realiza otra intervención y encuentra una seda de 10 centímetros de longitud, que está en parte libre, y en el surco en que se aloja existen dos ulceraciones. No cabe duda que en este caso se pueden interpretar los hechos del siguiente modo: Enfermo con úlcera y quimismo normal, más bien bajo; operación: continúa el quimismo normal; la seda, en su eliminación difícil, produce una alteración de la pared que facilita la digestión por el jugo gástrico; la persistencia de la irritación de la úlcera determina un ligero aumento en la acidez.

Por tanto, creemos que el papel del jugo gástrico en la úlcera del yeyuno es, como en las otras úlceras, el de digerir partes de la mucosa gástrica que se encuentran con disminución de resistencia, por traumatismos sufridos durante la operación, por hilos como en el caso citado, por otras imperfecciones en la técnica operatoria (Lambotte llegó a afirmar en el Congreso de Cirugía de Nueva York de 1914 que esta úlcera depende solamente de la técnica operatoria), y además podrán influir otras causas de las que tenemos en cuenta en las otras úlceras: infección, alteraciones vasculares, alteraciones de nervios constitucionales, etc., etc.

Insistimos en que no se puede interpretar la úlcera pép-

tica del yeyuno como consecuencia de la hiperclorhidria, porque ésta falta muchas veces antes y á veces también después de la aparición de la úlcera, siendo en otros casos ella misma la causa del aumento en la cantidad de ácido clorhídrico.

Por tanto, ni de los estudios experimentales, ni de la observación clínica en los ulcerosos, ni por lo que se refiere á la aparición de la úlcera del yeyuno, resulta admisible la importancia de la hiperclorhidria en la patogenia de la úlcera. Sin embargo, esto no nos lleva á negar el papel del jugo gástrico en su producción y sostenimiento; pero basta con que se trate de un jugo gástrico normal ó semejante al normal, un jugo activo, en el que la parte importante la juega la pepsina, siendo el ácido clorhídrico solamente un complemento indispensable para que aquélla digiera los albuminoides y necesario también para preparar la digestión del tejido conjuntivo.

Por lo demás, el ácido clorhídrico se conserva en la mayoría de los casos, pues aunque todos hemos observado algunos con anaclorhidria, son una minoría, siendo explicable, en unos, por ser casos de heteroquilia; en otros, porque en un momento anterior tuvieron ClH, pero la evolución del proceso le ha hecho desaparecer: son addisonianos, enfermos con grandes lesiones vasculares, sifilíticas, tuberculosas, etcétera; enfermedades que pueden por sí solas sostener la cronicidad de la úlcera.

(Continuará.)

Bibliografía.

Variot: LES LAITS CONDENSÉS ET LEUR UTILISATION DANS L'ALIMENTATION HUMAINE (Las leches condensadas y su utilización en la alimentación humana). "Les Monographies techniques", París, 1922.

El profesor Variot, cuyos trabajos sobre la Medicina infantil y, singularmente sobre la alimentación infantil, son bien conocidos, ha redactado esta Monografía, la primera de una serie preparada por «Editions Medicales» de París, en los que se presentarán, en forma abreviada, los problemas prácticos de mayor importancia en la Medicina actual.

El tema elegido por Variot es de un excepcional interés, pues el médico práctico que no puede seguir paso á paso como los especialistas la marcha—bien vacilante, por cierto—del problema de la alimentación infantil por las leches preparadas, encontrará en estas páginas un resumen completo y á la vez eminentemente práctico, ya que está contrastado en la personal experiencia del autor, cuya autoridad es reconocida por todos.

Estudia primero la historia y los puntos de vista generales de la cuestión. A continuación expone la técnica para la fabricación de las leches condensadas. En dos páginas se ocupa luego de los datos fisiológicos relativos á la utilización de estas leches, concluyendo su importancia para la alimentación de adultos y niños de pecho. Y, por fin, se ocupa detalladamente del modo de administración de la leche condensada en los diversos casos que, dentro de la fisiología y de la patología, se le pueden presentar al médico.

Para el autor es indudable la ventaja de las leches condensadas sobre las leches totalmente desecadas; esta desecación total implica la previa descremación de la leche, y ésta deja, por lo tanto, de ser un alimento completo, explicándose así los trastornos nutritivos (sobre todo, el escorbuto) originados por los productos de leche cuya agua ha sido totalmente evaporada.

Repetimos que el médico general, necesitado de una

orientación breve y precisa en este obscuro problema, consultará con verdadero provecho la presente Monografía.

G. M.

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Quistes hepáticos no parasitarios. — El Dr. David B. Allman publica el siguiente caso clínico:

Una mujer blanca, de cinco pies y cuatro pulgadas (162 centímetros) de talla, y 265 libras (120 kilogramos) de peso, madre de 13 hijos, todos nacidos en partos normales, con historia personal y familiar negativa, fué vista por primera vez en consulta, tres días antes de operarla. En aquella fecha se quejaba de vagos dolores en la región superior del abdomen, principalmente en el epigastrio, que radiaban hasta el hipocondrio derecho. Había padecido de estreñimiento é indigestión, pero no de ataques de dolor agudo. La enferma era sumamente obesa, pero aun á través de la gruesa pared abdominal, se podía palpar una tumefacción en el hipocondrio derecho, al parecer, del tamaño de la cabeza de un feto. También existía una hernia umbilical de tamaño pequeño. El abdomen, por lo demás, era normal. Recomendamos la operación, y la paciente ingresó en el hospital el 27 de Marzo, donde la operamos la misma noche.

Practicamos una incisión á la Mayo-Robson, en la región de la vesícula biliar, poniendo de manifiesto una tumefacción, aproximadamente del tamaño de una toronja, que al principio nos pareció una vesícula biliar muy distendida. Esta tumefacción, sin embargo, procedía del reborde inferior del hígado mismo y descansaba en la escotadura de la vesícula biliar. La substancia hepática del lóbulo derecho continuaba la pared anterior del quiste. La cara posterior del quiste estaba formada, en parte, por la pared anterior de la vesícula biliar. La vesícula era normal. Emparejamos bien el contenido de la cavidad abdominal, con grandes compresas abdominales. Aspiramos el quiste extrayendo unos 600 c. c. de líquido claro. Luego, tratamos con ácido fénico la pared del quiste, extirpamos todo lo que pudimos, sin riesgo, y cerramos el resto con una sutura de catgut núm. 2 en bolsa colocada alrededor de un drenaje de goma.

El líquido extraído era límpido, incoloro y tenía un peso específico de 1.006. Había un ligero sedimento sanguíneo, sin azúcar ni albúmina. La reacción era neutra. La reacción de Rivalta resultó negativa. La coloración de Gram también resultó negativa. No se encontraron bacilos tuberculosos. Hicimos una investigación cuidadosa en busca de ganchos, huevos ó parásitos, sin descubrir ninguno. No hubo colonias en agarsangre ni en caldo.

También reparamos la hernia umbilical.

La paciente se curó sin complicaciones.

COMENTARIOS

1.º Los quistes hepáticos no parasitarios solitarios, son sumamente raros.

2.º Sólo se encuentran en las mujeres.

3.º El diagnóstico es únicamente por inferencia, puesto que no se presenta ningún síntoma peculiar.

4.º Con el drenaje, por lo general, se obtendrá la curación. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1.º de Julio de 1922.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Cuerpos extraños en el abdomen.—Comunicación de un caso de ocho años de duración, por Harry J. Hartz.

—En la mayoría de los casos, los cuerpos extraños del abdomen se dejan accidentalmente durante alguna intervención operatoria, y por lo general, se trata de compresas ó instrumentos, pero pueden ser también materiales de sutura, tubos de goma, ó hilos de gasa. Los síntomas que ocasiona un cuerpo extraño del abdomen, dependen primeramente de si el cuerpo en cuestión es séptico ó aséptico. Si es séptico, produce desde luego trastornos agudos, tales como un absceso ó una peritonitis generalizada, con los síntomas consiguientes, que terminan con frecuencia con la vida del individuo. Si el cuerpo es aséptico, su tendencia es la de quedar encapsulado sin manifestar síntomas durante meses ó aun años. El aislamiento puede además reforzarse por la formación de adherencias entre las asas intestinales, el epiplón, algún órgano ó las paredes abdominales. En los casos recientes, las compresas tienden á escapar espontáneamente á través de la herida abdominal. Si el cuerpo extraño está encapsulado, más pronto ó más tarde produce síntomas por irritación mecánica ó por ejercer presión sobre los órganos vecinos. Puede seguir la infección secundaria ó la necrosis y el cuerpo extraño es empujado hacia el interior del intestino ó de la vesícula biliar, si está próximo á estas vísceras. Al principio los síntomas son dolores abdominales oscuros, con tendencia á la oclusión intestinal; el paciente no se restablece de la operación tan pronto como podía esperarse; existe de ordinario una ligera fiebre recurrente que cede á la dieta y al reposo y se reproduce cuando el enfermo se levanta. Con períodos variables se intensifican los síntomas y hacen pensar en un trastorno agudo intraabdominal que pueda exigir una segunda operación con el descubrimiento de la causa del trastorno. Los síntomas ceden generalmente, de un modo espontáneo, al eliminarse la compresa á través de una escara desprendida ó de un área necrosada en el intestino delgado ó grueso, que haya quedado aislado por adherencias previas. En los casos de larga fecha, cuando la gasa ha quedado encapsulada, puede no haber ningún síntoma ó éstos pueden quedar limitados á un tumor localizado con ligera resistencia. El autor resume las estadísticas publicadas referentes al número de cuerpos extraños observados, y á pesar de ser elevado, indudablemente existen muchos más que pasan desapercibidos. Describe un caso de una enferma de cincuenta y siete años, que hace ocho fué operada de un fibroma. Al cabo de este tiempo sufre una nueva intervención por hernia umbilical, consecutiva á la primera intervención, quejándose además de dificultad en la marcha y excitación nerviosa. Se la extirpa el útero, una trompa y su ovario, junto con un trozo de epiplón que contenía una masa que resultó ser una compresa dejada en la operación sufrida hacía ocho años. Se encontraron también trozos de alambre de plata empleados para fijar el útero en la misma fecha. (*Medical Record*, núm. 19, 7 de Mayo de 1921.)—E. LUENGO.

3. Tratamiento quirúrgico de la angina de pecho por la resección del simpático cervicotorácico, por T. Jonnesco.—Hombre de cincuenta y cuatro años, en quien la enfermedad comenzó hace ocho años por ligeras sensaciones de constricción en la región superior del tórax, provocadas sobre todo por la fatiga é influídas por la humedad atmosférica. De corta duración, estas sensaciones desaparecían sin dejar huellas. Se le encontró entonces una aortitis. No obstante el tratamiento que se le hizo sufrir, no experimentó mejoría alguna. Poco á poco, estas sensaciones de constricción y de malestar respiratorio tornaron más frecuentes y hace dos años tuvo un ictus. Se le hizo una fle-

botomía y sufrió un tratamiento yodado que le mejoró por algún tiempo. El examen de la sangre dió una reacción positiva. En seguida, varias series de tratamientos mercuriales no dieron resultados manifiestos. Desde hace un año, la marcha, las menores emociones excitan dolores que parten de la región precordial, se irradian en todo el tórax y dan la sensación de una fuerte constricción torácica muy dolorosa que remontaba á la región cervical y al miembro superior izquierdo. Estos dolores eran acompañados de sensaciones de sofocación inminente, que duraban de diez á quince minutos, después de los cuales desaparecían. Estas sensaciones eran muy frecuentes y aumentaban en intensidad á los menores cambios atmosféricos. Todos los tratamientos específicos y otros seguidos no dieron ninguna mejoría. Esto le decidió á aceptar una intervención quirúrgica. En el examen se comprobó una hipertrofia del corazón bastante sensible y una dilatación de la aorta de un diámetro de 4 $\frac{1}{2}$ á 5 centímetros, soplo sistólico en la base, áspero, acompañando al primer ruido; bronquitis crónica, enfisema pulmonar, orina normal, Wassermann positivo. El 13 de Junio, el autor le practicó con raquianestesia dorso cervical, con 2 centigramos de estovaina y 1 miligramo de estricnina, la resección del simpático cervicotorácico unilateral izquierdo. La operación transcurrió normalmente y el octavo día el enfermo estaba completamente curado. El enfermo ha sido reconocido constantemente en Julio, Agosto, Septiembre y Octubre. La mejoría producida inmediatamente después de la operación se acentuó cada vez más. Las sensaciones dolorosas desaparecieron, la respiración llegó á ser libre. Puede marchar rápidamente, subir escaleras, sin ninguna sensación de opresión. El enfermo se declara plenamente satisfecho de este resultado, porque puede vivir normalmente sin estar de ningún modo molesto por los graves síntomas que presentaba antes de la operación. (*Bull. de l'Acad. de Medecine*, 25 de Octubre de 1921).—E. LUENGO.

4. El espasmo vascular causa del esfacelo postoperatorio en la gangrena senil.—Eficacia terapéutica de la simpatectomía, por E. Darian.—Para el mejor tratamiento de las gangrenas por arteritis, y especialmente de la gangrena senil, se ha venido dudando entre la amputación alta, la baja y la abstención. Estas dudas tienen su explicación en la posibilidad de un accidente que sigue á la intervención operatoria, de un modo irregular, pero bastante frecuente é imprevisible; tal es, el esfacelo secundario.

El esfacelo de los colgajos ha sido explicado clásicamente por la arteritis, y se tiende á creer hoy en día que para evitarle es necesario operar por encima de la zona de las lesiones arteriales cuya extensión podrá ser determinada por la prueba de Moscowitz ó por la oscilometría. No obstante, hay amputaciones que curan perfectamente en plena zona de obliteración arterial, y, por otra parte, hay que reconocer también el papel innegable que juega el traumatismo operatorio en la génesis de este accidente.

El autor expone acerca de esto una teoría patogénica, que ha sido propuesta por Chastenot de Géry (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 76, 29 de Septiembre de 1921), según la cual, la operación provoca un espasmo vascular cuyo efecto isquemizante es tanto más nocivo, cuanto que los vasos á que afecta se hallan ya alterados. Esta hipótesis tiene en su apoyo: una noción fisiológica cierta, que es el reflejo de contracción de las arterias traumatizadas; una noción patológica, igualmente bien conocida, que es la frecuencia de los fenómenos vasoconstrictores, y, por último, un hecho terapéutico; la eficacia de los métodos vasodilatadores dirigidos contra el esfacelo secundario.

Entre estos métodos, el mejor actualmente, es la simpatectomía de Jaboulay-Leriche, que en dos casos en que le ha empleado Chastonet de Gély, se ha mostrado capaz, no sólo de impedir el esfacelo secundario, sino aun de limitar la extensión de la gangrena primitiva.

Por añadidura, este procedimiento, según el autor, hace desaparecer los fenómenos dolorosos.

En definitiva, la amputación económica acompañada de la simpatectomía periarterial, queda siendo hoy por hoy, en la mayoría de los casos, el tratamiento de elección de las gangrenas seniles. (*Tesis de París*, 1922.)—T. R. Y.

APARATO RESPIRATORIO EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las falsas tuberculosis pulmonares por afecciones crónicas de las vías respiratorias superiores, por el doctor J. Festal.—Existen enfermos que presentan desde hace algún tiempo una modificación del estado general, un adelgazamiento más ó menos considerable, un estado de laxitud general, acompañado de pequeñas elevaciones térmicas; unas veces á estos signos se añade una tos, de ordinario tenaz, quintosa, con expectoración especialmente notable al despertar. El examen físico de los pulmones da, por percusión de los vértices, una resistencia al dedo, y al nivel del hueco supraclavicular ó en la fosa supraespinosa una disminución de intensidad del sonido que puede llegar hasta una submucosidad clara. A la auscultación de los vértices se aprecia una mala respiración, con disminución del murmullo vesicular, con espiración prolongada y pueden encontrarse ruidos sobreañadidos (pequeños estertores secos, ó subcrepitantes, ó estertores de bronquitis). Si el examen radioscópico practicado en este momento muestra una mala iluminación de uno ó de ambos vértices, una disminución de la transparencia, acompañada ó no de adenopatía del hilio, el médico se orienta en seguida hacia el diagnóstico de tuberculosis. Falta, sin embargo, un síntoma importante y es que, á pesar de los análisis cuidadosamente repetidos, no se encuentra el bacilo de Koch en los esputos. Y no obstante, con frecuencia basta examinar las vías respiratorias superiores de estos enfermos para que el diagnóstico pueda orientarse hacia otra vía.

En la nasofaringe se encontrarán signos locales: obstrucción nasal, hipersecreción mucopurulenta ó purulenta. Todas las infecciones obstructoras ó infectantes de la nasofaringe son susceptibles de provocar una sintomatología análoga á la de una tuberculosis pulmonar en principio. Ya se trate de malformación del tabique, de hipertrofia de los cornetes inferiores, impidiendo que el aire se caliente y se filtre por el contacto con la pituitaria, ó ya se trate de empiemas crónicos de los senos esfenoidales, frontales, pero sobre todo maxiliares; ya se trate de rinitis atrófica ó de vegetaciones adenoideas, la obstrucción ó la infección de las vías aéreas superiores puede dar la sintomatología pseudo-tuberculosa. A veces es muy difícil el diagnóstico de una sinusitis, ó las etmoiditis posteriores, pero aunque se establezca el diagnóstico de lesión de las vías respiratorias superiores no hay por ello que afirmar que no se trate de tuberculosis, puesto que ambas afecciones pueden coexistir. ¿En qué podemos basarnos entonces para establecer un diagnóstico diferencial? ¿Bastan las modificaciones de los signos físicos observados á la percusión y sobre todo á la auscultación? Seguramente no. Una respiración bucal ocasiona siempre una insuficiencia respiratoria, y á esta ventilación pulmonar disminuida, corresponden modificaciones notables del murmullo vesicular. Hay que conceder cierto valor, aunque no

sea absoluto, al resultado negativo del análisis de esputos.

El examen radioscópico ayuda considerablemente al diagnóstico; existen diferencias en lo que se observa en la pantalla en las lesiones de condensación definitiva del parénquima y los casos de insuficiencia respiratoria funcional. En el primer caso, los vértices están opacos, desiguales, puntiagudos, deformados. En el segundo hay disminución uniforme de su transparencia, pero su contorno es claro, preciso, regular, nada difuso ni borroso. No obstante, tampoco puede considerarse al examen radioscópico como concluyente. En sentir del autor, el diagnóstico deberá apoyarse siempre en el tratamiento. El restablecimiento de la permeabilidad nasal, debe dar lugar automáticamente á la desaparición de los signos pulmonares y de los síntomas generales anormales, en el caso en que se trate de una falsa tuberculosis pulmonar. El diagnóstico puede entonces deducirse del éxito ó del fracaso de la terapéutica. Pueden considerarse tres casos. A veces el tratamiento operatorio ó el tratamiento médico especial obran de una manera extremadamente rápida y se asiste al cabo de dos ó tres meses á una verdadera resurrección del enfermo. Pero en otros casos, después del tratamiento de la afección de las vías respiratorias superiores, tarda mucho en producirse la mejoría de los signos físicos y de los síntomas funcionales y generales; después de la desaparición del obstáculo de las vías respiratorias nasofaríngeas, debería haber aumento del murmullo vesicular; pero el enfermo, que por lo general padece desde mucho tiempo la estenosis, ha adquirido hábitos respiratorios viciosos. En cuanto á los síntomas generales, se concibe fácilmente que el enfermo necesite tiempo para reponer su estado general, sobre todo cuando ha sido infectado durante varios años por las secreciones sépticas que descienden de la nariz ó del cavum nasofaríngeo. En un tercer caso, los signos funcionales, los signos generales anormales desaparecen más ó menos rápidamente, pero á pesar del restablecimiento de la permeabilidad nasal, á pesar de la curación de la sinusitis, á pesar del tratamiento general instituido á continuación, los signos pulmonares no desaparecen; en estos casos, el tratamiento especial no puede probar nada y el diagnóstico diferencial parece imposible de establecer con una tuberculosis pulmonar apagada ó con una lesión de esclerosis pulmonar. Cada vez es, sin duda, más necesaria, tanto para el diagnóstico de estas falsas tuberculosis como para su tratamiento, una coordinación mayor entre el médico y el especialista. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 de Marzo de 1921.)—E. LUENGO.

OFTALMOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Ventajas múltiples de la inyección retrobulbar de novocaína-adrenalina en la cirugía ocular. Anestesia, hipotensión, propulsión é inmovilización del ojo, por C. Fromaget.—Las inyecciones intraorbitarias profundas de novocaína-adrenalina, permiten suprimir completamente la anestesia general para la mayor parte de las operaciones que la reclamaban en otro tiempo (enucleación, evisceración, operaciones en ojos inflamados y dolorosos, etcétera). Pero además determina modificaciones en la circulación del globo y en la posición de este órgano, que con ella queda más saliente, más accesible é inmóvil. El autor ha operado con esta técnica ojos glaucomatosos en período agudo con un tono casi normal, mientras que antes de la inyección eran ojos hipertensos. El hecho de ser hipotensiva esta inyección es de una gran importancia, puesto que evita todos los accidentes, á veces graves que pueden ma-

nifestarse al producirse la descompresión de un ojo hipertenso. La hipotensión que se consigue depende de la acción de la adrenalina, que imbebe ó baña los vasos ciliares, los nervios ciliares y el ganglio oftálmico; determina una vasoconstricción rápida, y por tanto la isquemia de la coroides que se traduce por una disminución del oftalmotono. La acción vasoconstrictora directa de la adrenalina está quizá exagerada aún por la acción sobre los filetes simpáticos que presiden la vasomotricidad de los vasos coroides, porque está demostrado que la excitación del simpático ocular ocasiona la vasoconstricción. En estos fenómenos no juega ningún papel la novocaína. A veces, la hipotensión producida es tan intensa que llega incluso al colapso de la córnea. A consecuencia del volumen de líquido inyectado, se produce una exoftalmía y, además, se provoca una oftalmoplejia externa temporal más ó menos completa, que hace que los enfermos más timoratos y más rebeldes no puedan, por movimientos bruscos involuntarios, perjudicar al acto operatorio y á la habilidad del operador. Para el autor este método de anestesia es el de elección para los glaucomas agudos primitivos ó secundarios. (*Journal de Med. de Bordeaux*, núm. 14, de 25 de Julio de 1922).—LUENGO.

2. Oftalmía eléctrica y coriza hidrorreico con cacosmia, por MM. Ginestous y G. Dupond.—La oftalmía eléctrica, antes tan rara, ha llegado á hacerse relativamente frecuente con el aumento de las redes eléctricas de alta tensión.

El siguiente caso, por ciertas manifestaciones concomitantes, se aparta de las descripciones sintomáticas anteriormente publicadas.

Trabajando un obrero electricista en la reparación de un cable, atravesado por una corriente de 220 voltios, se produjo un corto circuito. El obrero no fué atravesado por la corriente, pero fué tirado al suelo. Un destornillador que tenía en la mano izquierda se volatilizó, sintiendo al mismo tiempo quemazón en los labios y en el bigote. En fin, y sobre todo, se sintió fuertemente deslumbrado por el resplandor que se produjo á 30 centímetros de sus ojos. Durante cinco ó seis minutos la visión desapareció completamente, pero al poco tiempo volvió á reaparecer, sintiéndose muy incomodado por una intensa fotofobia y un continuo lagrimeo. Al mismo tiempo que aparecían estos trastornos oculares acusaba el enfermo una gran molestia en la nariz que le obligaba á respirar por la boca, quejándose igualmente de una sensación de olor muy malo, comparable, decía él, al de los gases asfixiantes. Estos trastornos respiratorios y olfativos se acompañaban de un flujo abundante y claro como el agua, por la nariz.

En el momento en que le examinó el autor, unas ocho horas después del accidente, se apreciaba:

Por parte de los ojos: una hiperemia conjuntival muy acentuada con fotofobia y lagrimeo. A la derecha existía una ligera ulceración de la córnea. La acuidad visual era igual á $\frac{9}{10}$ en ambos ojos. El oftalmoscopio no revela ninguna lesión del fondo del ojo.

De parte de la nariz: una hiperemia intensa de la mucosa nasal con hinchazón de los cornetes, catarro, derrame por ambas ventanas de un líquido acuoso abundante: en una palabra, todos los síntomas de un coriza agudo violento con hidrorrea nasal, y cacosmia. Con un tratamiento apropiado (adrenalina, colirio, pomada en la nariz) los síntomas tanto oculares como nasales retroceden, y en ocho días se obtiene la curación.

Aun cuando en esta observación se pueden apreciar todos los síntomas clásicos descritos por los autores, tiene ella de notable las manifestaciones de la mucosa nasal y los

trastornos de la olfacción que no habían sido señalados jamás hasta ahora.

La patogenia de la oftalmía eléctrica nos es hoy conocida por las investigaciones experimentales de Metten, según los cuales parece ser que dicha afección debe ser atribuida á los rayos ultravioleta.

¿Será preciso aceptar también esta misma patogenia foto-traumática para las manifestaciones nasales? (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, núm. 28, 9 de Julio de 1922).—T. R. Y.

ELECTROLOGIA Y RADIOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las sinergias orgánicas en Radioterapia, por el Dr. Foveau de Courmelles.—Sin necesidad de citar á La Fontaine, que en su fabula «Los miembros y el estómago» demuestra la necesidad de la alimentación, podemos convencernos en cualquier momento de que existen conexiones y correlaciones las más íntimas entre algunos de nuestros órganos, la mayoría de los cuales se hallan estrechamente ligados entre sí.

Ese parentesco que hace que un órgano, todavía sano, sufra al mismo tiempo que otro que está enfermo, puede ser puesto en evidencia por medio de los rayos X, no precisamente por la visión que ellos proporcionan, sino por la terapéutica que ellos permiten, y cuya repercusión á distancia debe ser aprovechada.

A esto es á lo que se llama *Radioterapia indirecta*, por analogía con la llamada *Cirugía indirecta* que ha proporcionado supervivencias considerables á varias mujeres con cáncer de la mama inoperable, á las cuales se las extirparon los ovarios.

Estos hechos precisamente fueron los que inspiraron al autor la idea de irradiar los ovarios al mismo tiempo que la mama, en los cánceres de este órgano, con resultados tan alentadores que constituyen una nueva prueba de esa sinergia funcional demostrada quirúrgicamente por Reynés.

Estas correlaciones indiscutibles y utilizables de los órganos, quizá se rijan por leyes fisiológicas análogas en Biología á lo que son las leyes de Ampere en electricidad, resultando tales fenómenos de influencia á distancia, corrientes interorgánicas producidas ó desarrolladas por las radiaciones del tubo de Crookes; irradiaciones capaces de cambiar hasta el sexo de los huevos de mosca, según nos dice *Le Matin* del 14 de Junio de 1922.

Sin salirnos de los dominios de los hechos demostrados, son ya muy numerosos y variados los que se pueden aducir para poner en evidencia la acción efectiva de los rayos X á distancia.

Béclère ha conseguido mejorías que pueden considerarse definitivas, tratando la leucemia por irradiaciones sobre el bazo.

Zimmern ha logrado efectos generales muy manifiestos irradiando sistemáticamente las cápsulas suprarrenales para obrar sobre la arteriosclerosis disminuyendo la hipertensión arterial.

Bizard y Meyer han visto ceder pruritos muy molestos tratándolos por irradiaciones radicales.

Dausset, Tremoliere y Denet, entre otros muchos, vienen tratando la tuberculosis, por irradiaciones sobre el bazo y después también sobre los huesos largos de los miembros.

Parece ser que el bazo irradiado provoca la formación de un fermento soluble, la leucocitolisina, que disuelve los leucocitos de la sangre poniendo en libertad los anticuerpos que encierran; estimulándose la formación de nuevos leucocitos por irradiaciones sobre la médula de los huesos.

Sea de ello lo que quiera, lo cierto es que los tuberculosos pulmonares tratados por este método han visto, según los casos, ceder la temperatura y aun desaparecer la fiebre y hasta los bacilos, cesar las hemoptisis y aumentar el peso. Verdad es que, según Donet, entre la 5.^a y 9.^a sesión se produce una reacción inversa aunque momentánea, pero aun dando por supuesto que la mejoría fuese solo pasajera, bien merecen estos hechos ser objeto de nuestra atención.

Por otra parte, no sólo en Ginecología y en Radioterapia puede hallarse la demostración patente de las sinergias orgánicas, sino también en otras ramas de la Cirugía y de la Medicina y, muy especialmente, en la Opoterapia.

Desde luego, la radioterapia indirecta, basada sobre las sinergias funcionales, debe ser objeto de constantes estudios encaminados á ensanchar el campo de acción de un método que se ha mostrado tan útil (*Le Courrier Médical*, núm. 24, 25 de Junio de 1922).—T. R. Y.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Más de la mitad de las cavernas pulmonares son «mudas», por MM. René, Burnard y Robert Carrard, médicos del Sanatorio popular de Leyzin.**—La radiología nos ha venido proporcionando desde sus comienzos imágenes cavitarias sumamente claras que ponían de manifiesto la existencia de cavernas profundas que habían escapado en absoluto á la exploración más minuciosa por los procedimientos habituales. Ya que el hecho no podría negarse, se tendía en general á atribuirle un carácter excepcional, pero, según los autores, no es así, pues esto ocurre en el 55 por 100 de los casos, es decir, que más de la mitad de las cavernas pulmonares son completamente mudas á la auscultación. Mudas significa que faltan en absoluto todos los signos clásicos de las cavernas.

Desde luego son mudas con la mayor frecuencia: a) las cavernas profundas que tienen su asiento en las proximidades del hilio, ocultas al oído por un fuerte espesor de parénquima sano ó poco alterado; b) las cavernas antiguas muy fibrosas y enquistadas; c) las cavernas de secreción discreta; d) las que asientan en la margen externa del lóbulo superior que quedan enmascaradas por la masa osteomuscular de la espalda.

En suma, dicen los autores, las condiciones anatómicas que parecen favorecer el carácter mudo de las cavernas torácicas son: de una parte, el alejamiento de la caverna de la superficie, y de otra, el estado del parénquima interpuesto entre el oído y la caverna: cuanto más permeable y esponjoso sea éste, peor conducirá el sonido. Los ruidos interpuestos entre el oído y la caverna (estertores bronquiales intensos), y el estado de la pleura, contribuirán también á la mudez del foco: también el estado de la glotis juega un papel de importancia capital.

Hay, sin embargo, algunos signos de presunción que pondrán en guardia al práctico, haciéndole sospechar la existencia de una caverna, tales son:

Datos anamnésticos: un tuberculoso que ha sido víctima durante tres meses de una evolución febril, con tos y expectoración abundante y bacilar, será considerado como cavitario. *Signos subjetivos actuales:* una expectoración purulenta bacilífera en cantidad diaria casi invariable, constituye un signo de presunción de primer orden. *Exploración estetoscópica* (damos por supuesto, como es natural, que faltan los signos clásicos): la comprobación de obscuridad respiratoria en un territorio alterado debe sernos siempre sospechosa, así como la presencia de signos bronquíticos

marcados y fijos, unilaterales y con expectoración bacilar. El *aspecto general* puede ser engañoso, pues un tuberculoso de aspecto floreciente y color sano puede ser portador de voluminosas cavernas pulmonares.

Debe incitarnos también á la investigación de posibles focos cavitarios, la laringitis tuberculosa avanzada, pues los enfermos áfonos son difíciles de auscultar y el mutismo de la voz se acompaña frecuentemente de mutismo de las cavernas pulmonares. (*La Presse Medical*, 31 de Mayo de 1922).—T. R. Y.

2. **Las meningitis y los vermes, por G. Guillain y Ch. Gardin.**—Los antiguos describían con el nombre de meningitis verminosa un síndrome característico que se asemeja mucho al de la meningitis tuberculosa.

Tales reacciones meníngeas fueron después consideradas como fenómenos reflejos ó histéricos y agrupadas bajo el nombre de meningismo y pseudomeningismo.

Se tenía por especificado que estos trastornos no se acompañaban nunca de modificaciones apreciables del líquido cefalorraquídeo.

Los autores de esta comunicación han asistido á una muchacha que se presentó á ellos con todos los síntomas de una meningitis tuberculosa (fiebre, cefalea, vómitos, constipación, astenia, trastornos pupilares, etc.). El examen del líquido cefalorraquídeo pone de manifiesto una hipercitosis muy acentuada (300 células por milímetro cúbico) con reacción de Pandy y de Wiechbrodt ligeramente positivas, reacción del benjuí coloidal positiva en la zona meníngea, y ausencia completa de bacilos de Koch.

Al convencerse los autores de que la enferma era portadora de una tenia solium la administraron un antihelmíntico que produjo la expulsión de la tenia y la cesación simultánea de todos los síntomas meníngeos, hallándose completamente curada la enferma al cabo de unos pocos días.

Guillain y Gardin consideran este caso como típico de meningitis verminosa y opinan que la reacción meníngea es producida aquí por las toxinas verminosas que pueden penetrar en el líquido cefalorraquídeo por la vía de los plexos coroides: la existencia de tales toxinas ha sido comprobada y estudiada experimentalmente por los biólogos.

Los autores creen que las toxinas segregadas por los vermes no sólo son capaces de provocar síntomas meníngeos clínicos, sino también modificaciones químicas y citológicas del líquido cefalorraquídeo.

La verdad es que conocida la existencia de tales toxinas y sus acciones nocivas múltiples, no hay ningún motivo racional para dudar de que puedan también obrar sobre las meninges del mismo modo que lo hacen las toxinas microbianas y un gran número de venenos endógenos y exógenos. (Académie de Médecine de Paris, sesión del 14 de Marzo de 1922).—T. R. Y.

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tuberculosis y cáncer en un mismo ganglio, por Mr. Duvergey y Mr. Jeanneney.**—La coexistencia de la tuberculosis y del cáncer en un mismo organismo, se conoce ya desde hace tiempo. Los autores publican una observación de un enfermo que presentaba una ulceración del escroto de marcha progresiva, acompañada de hemorragias. Esta ulceración fué extirpada junto con el territorio ganglionar correspondiente. El análisis muestra que se trataba de un epiteloma pavimentoso lobulado de marcha infiltrante. El enfermo dejó el hospital á mediados de Septiembre, encontrándose en un estado excelente, y á finales de Octubre pre-

senta una adenopatía clínicamente tuberculosa, con puntos reblandecidos y fistulización de la piel. El examen de uno de los ganglios extirpados, practicado por el profesor Sabrazés, demuestra que se trata de un ganglio tuberculoso con papilomatosis del trayecto fistuloso y formaciones de globos epidérmicos que indican la existencia de un epiteloma lobulado en sus comienzos. En presencia de semejante resultado, hay que considerar tres hipótesis: ó bien se trata de una tuberculosis ganglionar, sobre la que evoluciona un cáncer primitivo, ó bien se trata de una tuberculosis ganglionar sobre la que se ha injertado una metástasis cancerosa, favorecida por la infección tuberculosa anterior; ó bien se trata de una metástasis ganglionar sobre la cual ha evolucionado una tuberculosis, hecho poco probable. Las dos primeras hipótesis son interesantes y merecen ser examinadas. Se sabe que cáncer y tuberculosis pueden evolucionar en un mismo organismo y hasta en un mismo órgano ó un mismo tejido; cáncer y tuberculosis pueden igualmente evolucionar en un orden variable. La tuberculosis es primitiva y sobre ella el cáncer se desarrolla; el caso más conocido es el lupus epiteliomatoso, el lupus tuberculoso en el que se injerta un epiteloma. Se ha observado también la coexistencia de cáncer pulmonar y tuberculosis pulmonar, de cáncer y tuberculosis de la mama, del útero, del hígado y del ciego y recto. La tuberculosis puede desarrollarse sobre un tejido canceroso; pero éste es muy raro y algunos colocan en este grupo de hechos el linfadenoma ó linfoma. Los autores admiten en su caso particular, que haya tenido lugar más bien una metástasis en ganglios anteriormente tuberculosos. Los casos de esta naturaleza entrañan una cuestión de orden general muy interesante; la de las relaciones patogénicas entre una y otra infección. Es difícil hablar de *antagonismo*, puesto que las dos afecciones no aparecen ordinariamente ni en la misma edad ni en los mismos órganos, y una y otra ocasionan la muerte antes que la otra haya tenido el tiempo de desarrollarse para hacerse evidente. Sería más lógico hablar de *influencias favorecedoras*; la irritación crónica de ciertas lesiones tuberculosas puede favorecer tal vez la aparición del cáncer y el cáncer puede favorecer la aparición de las tuberculosis por la disminución de la resistencia que acarrea y por las puertas de entrada que crea, sobre todo al nivel del tubo digestivo. (*Journal de Med. de Bordeaux*, núm. 19, 25 de Diciembre de 1921).—LUENGO.

2. Hipotensión y oscilometría en Cirugía, por J. Tauzin.—La hipotensión engendra en la circulación, y en general en el metabolismo *de un herido*, tales modificaciones que el cirujano se halla obligado, en todo momento, á investigarla, medirla y combatirla por todos los medios posibles.

Las hipotensiones pueden ser ligeras ó graves, ocultas ó manifiestas; la mayor parte son de naturaleza mixta y se explican por una alteración del corazón, de los vasos, ó de la sangre. Pero su fisonomía clínica varía hasta el infinito según los sujetos y las afecciones que las acompañan. Así distinguiremos las hipotensiones de los hemorrágicos (los que continúan sangrando y los que no sangran ya), de los intoxicados y los infectados (agudos y crónicos), de los shocks (hemorrágicos, toxémicos, septicémicos, nerviosos), de los caquéticos por desnutrición, de los insuficientes glandulares.

La hipotensión interesa al cirujano en tres circunstancias: 1.ª, elección y modo de aplicación del anestésico; 2.ª, oportunidad de la intervención; 3.ª, tratamiento de la hipotensión.

La raquianestesia debe ser rechazada, pues de todos los métodos, es el que acarrea una hipotensión más acentuada. La anestesia regional con novocaína sería el procedimiento

ideal, pero siendo todavía poco conocido recurriremos entretanto á la anestesia general. El protóxido de ázoe es el producto menos perjudicial y después le siguen el cloruro de etilo y el éter. El porvenir parece pertenecer á la cloralosa que no modifica la tensión arterial.

La anestesia no deberá ser prolongada hasta el extremo para evitar trabajo al miocardio y suprarrenales, pero será, no obstante, suficiente, pues la irritación dolorosa es también causa de hipotensión. Si se trata de intervenciones de larga duración será mejor operar en dos sesiones.

A pesar de todas estas precauciones todavía será posible el síncope por impregnación tóxica del miocardio: ahora bien, como va precedido de fibrilaciones del corazón, podrá ser puesto en evidencia con el empleo del oscilómetro, lo que permitirá combatirlo con éxito desde su aparición.

Podrá intervenir, pero con la mayor ligereza posible, en los hipotensos ligeros ó compensados, en los hemorrágicos que continúan sangrando, en los toxémicos y los septicémicos, en los shocks que no sean nerviosos y en los caquéticos por desnutrición.

En cambio deberá renunciarse á la operación en los casos de hipotensión grave ó descompensada, en los hemorrágicos que ya no sangran; en los shocks nerviosos, los insuficientes glandulares y los intoxicados é infectados crónicos. Para poner á estos heridos en estado de operabilidad conviene, según los casos, dirigirse al miocardio, á la masa sanguínea, á los centros vasomotores y frecuentemente á todos á la vez.

El oscilómetro permitirá descubrir la variedad etiológica de la hipotensión: la insuficiencia del miocardio se traduce por la caída de Mn y sobre todo por la de Mx y Pv.; la disminución de la masa sanguínea se acompaña de la caída de Mn; la deficiencia de los centros vasomotores entraña modificaciones manifiestas de Io; la insuficiencia suprarrenal, en fin, acarrea una disminución de Mx y de Mn con elevación de Io.

Como tratamiento se recurrirá á los sueros salados, azucarados ó gomosos, isotónicos ó hipertónicos, al aceite alcanforado, á los tónicos clásicos, á la transfusión sanguínea ó á la opoterapia suprarrenal. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 34, 4 de Mayo de 1922).—T. R. Y.

3. Estudios sobre el sarampión experimental.—II.—El síndrome enantematoso, exantematoso, febril y leucocitario producido en el conejo por la inoculación intravenosa de sangre de casos de sarampión humano, por Charles W. Duval y Rigney d'Aunoy.—En un trabajo anterior los autores han dado cuenta del éxito de la propagación del virus del sarampión en el cobaya, siendo el criterio de la transmisión la producción constante de leucopenia, fiebre y nefritis, después de un período de incubación, á consecuencia de la inyección intracardíaca de sangre de casos humanos de sarampión. En el trabajo que ahora resumimos, los autores exponen los resultados obtenidos en nuevas experiencias sobre el asunto. Afirman que existe un virus activo transmisible, en la sangre de enfermos de sarampión, durante el período eruptivo de la enfermedad. Este virus produce en los conejos, por inyección intravenosa, una reacción específica análoga en todos los hechos esenciales á la de la infección humana. Después de un período de incubación de dos á cinco días, los animales infectados presentan alteraciones piréxicas, leucocitarias y cutáneas. El 90 por 100 de tales conejos inoculados reaccionan de una manera notable. El constante síntoma más temprano de la infección es una elevación de la temperatura, que por término medio tiene lugar cuatro días después de la inoculación y con toda probabilidad marca el fin del período de incubación. Al mismo tiempo que se eleva la tempe-

ratura se produce una disminución del número total de leucocitos circulantes. Esta disminución puede ser relativa ó puede aparecer bajo la forma de una leucopenia bien definida.

Los signos objetivos más marcados son el coriza, la inyección conjuntival, enantemas y exantemas. Las lesiones de las mucosas son semejantes por su aspecto á las llamadas manchas de Koplik del hombre. Se presentan en la cavidad oral; cerca de la boca, en número de dos á ocho, como áreas hemorrágicas con los centros más pálidos. Aparecen por regla general, coincidiendo con la elevación de la temperatura, ó poco después. Las lesiones de exantema, aunque ocurren solamente en el 40 por 100 de los animales infectados, completan el síndrome clínico en este particular animal de experimentación. El brote puede aparecer el tercer día lo más pronto, ó el séptimo lo más tarde, después de la incubación. En su fase temprana es de variedad macular, presentándose como una erupción difusa que más tarde se convierte en una lesión de tipo papuloso. En este período las manifestaciones cutáneas aparecen como áreas discretas situadas en la piel de la cara, cuello, tórax y abdomen ligeramente elevadas, aplanadas, de color rojo purpúreo. Los pases repetidos del virus del sarampión por el conejo, parecen aumentar su virulencia. Un cierto número de animales infectados con tales pases del virus sucumbió, indudablemente, á consecuencia de la acción del agente específico, puesto que en ninguno de ellos se encontró señal de infección secundaria. En los animales que sucumbieron como resultado de la acción del virus, se observaron evidentes alteraciones propias de una nefritis grave. Es un hecho notable que la neumonía, tan común en los casos mortales de sarampión humano, no se observó en ninguno de estos animales infectados experimentalmente. Los autores creen que este dato tiene considerable significación, especialmente para dilucidar el factor etiológico directo de las neumonías mortales del hombre. Al parecer, tales infecciones en el hombre pueden ser explicadas puramente sobre la base de la destrucción de las barreras normales de defensa, por el virus específico del sarampión y la falta de resistencia del individuo para los microorganismos piógenos ordinarios. (*The Journal of Experimental Medicine*, núm. 2, 1.º de Agosto de 1922.)—LUENGO.

OBSTETRICIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Flegmasia alba dolens, de los cuatro miembros.—

El Dr. José Luis de Echevarría comunica el siguiente interesante caso clínico:

J. Y., de treinta y nueve años, natural de Lequeitio (Vizcaya). Casó hace nueve años y ha tenido siete hijos robustos, á quienes, á excepción de uno, ha lactado. La causa de no haber lactado á este hijo ha sido el verse obligada á la lactancia mercenaria. De estos hijos viven en la actualidad seis, habiendo muerto el otro de difteria, á los cinco años de edad.

La noche del 10 de Diciembre pasado fuí requerido en junta, haciéndome gran honor, por mis maestros los doctores D. Julio de Uruñuela y D. José Entrecanales. La enferma presentaba aquella noche (quinto día del puerperio) una elevación febril de 41 grados y una frecuencia de pulso de 140 por minuto. Aparato genital: útero grande y doloroso, loquios fétidos, de color achocolatado.

Diagnosticamos una fiebre puerperal. Por interrogatorio al día siguiente, vine en conocimiento que la persona que asistió al parto (no era médico) había inyectado pituitrina

y había extraído la placenta por tracciones del cordón umbilical. Consecuencia de ello quedó retenido un pedazo de cotiledón del tamaño de unos 5 centímetros, que extraje. Prescribí unos sellos de cornezuelo de centeno, sulfato de quinina y polvo de nuez vómica, que produjeron, según esperaba, una involución uterina manifiesta. El puerperio siguió un curso favorable. Por precaución ordené que se abstuviese de abandonar el lecho, á pesar de las súplicas de la enferma, que se encontraba animosa.

En una de mis siguientes visitas, á los diez y nueve días del parto, me comunica la enferma que ha pasado una noche muy agitada, que le duele la pierna derecha, que está algo hinchada, que no puede levantarla y que ha tenido repetidos escalofríos. Compruebo lo dicho por ella, encontrando edema duro, dolor é impotencia funcional del miembro inferior derecho, dibujándose al tacto apreciablemente el cordón duro, clásico, en la vena safena interna.

Ausculto las zonas pulmonares, no encontrando nada digno de mención. Prescribo lo acostumbrado en estos casos: envolturas algodónadas, quietud, inmovilización del miembro en buena posición, rectitud, extensión completa de la rodilla y flexión en ángulo recto del pie, elevación de las patas posteriores de la cama, con unos ladrillos, en posición declive, etc., etc. Compruebo la existencia de fiebre (38,2) y frecuencia de pulso (100 por minuto).

A los dos días, á pesar de haberse cumplido lo ordenado, se presenta un proceso análogo en el miembro inferior izquierdo. Pasados tres más, aparición en el superior derecho.

Casi no han pasado veinticuatro horas, cuando los cuatro miembros son asiento de procesos iguales.

Se establece más rigurosa vigilancia de día y de noche, para conseguir una inmovilidad absoluta, y á la mañana la enferma se queja de ligero escozor en el ojo derecho, como arenillas, según ella dice, y oscurecimiento de la visión (¿oftálmica?)

Inútil es decir que se han puesto en práctica y en momento oportuno los tratamientos conducentes, á pesar de lo cual no ha podido conseguirse yugular el trombo inicial ó detener en su marcha á otros.

Se ha colocado á la enferma en inmejorables condiciones de reposo, gracias á la cama de Dupont, que ha permitido ahorrar molestias y movimientos.

En posteriores días ha ido mejorando rápidamente la enferma, habiendo abandonado el lecho completamente curada á los setenta de permanencia en cama, de los que treinta y ocho han sido febriles y los treinta y dos últimos sin ninguna décima de fiebre, ni frecuencia de pulso.

¿Ha tenido alguna consecuencia la retención del trozo de cotiledón abandonado en el acto del alumbramiento impidiendo la involución uterina? ¿Han motivado las maniobras intrauterinas para la extracción de este trozo placentario el desprendimiento de algún coágulo que contactaba con algún vaso venoso? ¿Ha influido la fiebre puerperal en la aparición de este proceso, originando una emigración de coágulo con estreptococos ú otros gérmenes por las vías venosas? ¿O todas estas causas han coadyuvado á difundir y agravar un proceso que en algunos momentos de su curso nos hizo sentar un pronóstico muy delicado? (*Gaceta Médica del Norte*, Febrero de 1922.)

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 socorro.

Boletín de la semana.

Incoherencias, incongruencias y contrastes.

Si nosotros fuéramos lo bastante inocentes para dejarnos llevar al terreno á que parecen querer conducirnos nuestros adversarios inverosímiles, á quienes sin duda hemos hecho el agravio de innegables beneficios; si fuéramos lo bastante candorosos para no comprender la trama urdida y si no tuviéramos la certeza de que todo el público que á nosotros nos interesa está perfectamente enterado de lo que se trata y de lo que se pretende por un mermado grupo de conocidos elementos; si no concurrieran todas estas circunstancias y si nuestra discreción, sensatez y nuestra prudencia no nos aconsejaban como nos aconsejan siempre que vayamos, no adonde nos quieren llevar, sino adonde queremos ir y por los caminos por donde siempre hemos ido; si no fuera por todas estas razones, muchas tendríamos hoy para hablar tendido y fuerte y aun para perder los estribos. Pero no hemos de hacer tal: la violencia de la expresión no suple nunca á la fuerza del razonamiento, y la falsedad de la imputación hecha por el adversario nunca justifica que se les tome en cuenta, sobre todo, cuando se comprende que lo que buscan es la contestación y con ella la propagación de sus imputaciones falsas por aquello de que: «calumniar, que algo queda».

Esto no empece para que nosotros sigamos la firme, constante y acreditada actuación que en pro de los verdaderos intereses de la clase venimos tradicionalmente manteniendo y á la cual nos autoriza nuestra independencia, nuestro desinterés, nuestra historia y el creciente testimonio de adhesión que de la clase médica recibimos.

No dejaremos de decir la verdad; pero lo haremos en términos tales, que jamás se nos pueda hacer responsables de contribuir á la ruptura y á la desunión entre unos y otros médicos; puesto que sobre todas las cosas, bien lo saben nuestros lectores asiduos, tenemos y sostenemos la necesidad de la unión y de la coherencia de los médicos, y no hemos de contribuir á debilitarla, porque bien les plazca á unos cuantos señores que pretenden provocarnos á dar un espectáculo á que estamos decididos á no colaborar.

Cuando las provocaciones lleguen á grado incompatible con nuestro decoro, no dude nadie que sabremos acudir á corregirlas por los medios que

la ley y el respeto á la verdad y á nuestro derecho nos suministra.

Y vamos á lo concreto: la reunión de médicos titulares que con el nombre de Asamblea se convocó en el Fomento de las Artes, se disolvió por lo que nos dicen, conviniendo en algunas conclusiones, que fueron llevadas por la Mesa al señor ministro de la Gobernación, sin tener la honra de ser por éste personalmente recibida.

No decimos esto en son de censura, ni para el ministro ni para nadie. Creemos que el alto funcionario á que nos referimos, debió recibir á la Comisión y decirles de palabra los motivos por los que no le fueran simpáticos ni su actitud ni sus acuerdos; pero no dejamos de experimentar un sentimiento de indulgencia respecto al señor ministro, cuando se nos dice que en las breves sesiones que precedieron á la pretendida entrevista, menudearon las frases de agravio, las amenazas, las peticiones de destitución y las actitudes airadas, con las que luego se quería capitular, dándolas al olvido.

Es mucho exigir el que cuando se presenta á las Cortes un proyecto de ley y se le deja seguir una larga tramitación, sin acudir con dictamen ni informes de importancia, y se ve que á última hora se trata de provocar obstáculos no razonables, acumulando cargos contra los beneficios evidentes que para un determinado Cuerpo se proponen; es mucho pedir que cuando se convoca una reunión con el objeto de discutir un dictamen y se sustituye esta discusión por sistemáticas actitudes de resistencia, patrocinadas por un organismo que se llama oficial; es mucho pretender que cuando en una llamada Asamblea, ni se dá siquiera cuenta de los motivos de la dimisión de un presidente que le ha prestado indiscutibles servicios y se sustituye el rendimiento de cuentas por documentos en que se hace la historia á gusto del que habla, pero no de los que respetan la verdad; es mucho exigir, decimos por último, el que los funcionarios cuya destitución se pide, se dispongan á poner cara de pascua á los que tan caprichosos procedimientos han seguido.

Pero en fin, insistimos en creer que no hubiera sobrado el dar muestra de una serenidad y una tranquilidad circunspecta que deben siempre acompañar á los que ejercen el Poder.

Hablamos por referencias; pues hemos de advertir, que en la primera de las Juntas á que nos referimos se hizo públicamente la acusación de que

todos los periódicos profesionales estaban subvencionados por el Ministerio de la Gobernación; y como uno de los representantes de la Prensa pretendiese hablar, para pedir explicaciones sobre esta insinuación, se le negó la palabra, so pretexto de que no era titular. Es decir, que se sentó el principio de que se pueda agraviar con imputaciones vagas á Instituciones, cuyos representantes se sabe que se hallan presentes, y no se les consienta, no ya la defensa, sino ni la petición de aclaraciones. Bien es verdad, que si como en este hecho concreto se hubiera procedido respecto á todas las imputaciones y fantasías que allí se leyeron, hasta que nuestro representante se retiró del local, molestado por la irregular conducta que con la Prensa se seguía, no se hubiera terminado nunca.

No creemos tener necesidad de decir otra cosa: si se quieren mayores aclaraciones, pídanse, que nosotros no tiramos la piedra para esconder la mano, y cuando insinuamos un cargo, es porque tenemos argumentos, razones y datos para afirmarle y defenderle.

Conste, pues, que lo de la subvención no puede rezar con nosotros, y suponemos que tampoco con otros colegas de la Prensa Médica.

Respecto á la afirmación que se nos asegura se hizo de convenir que se buscara entre los parlamentarios políticos alguno que mediante estipendio se encargara de defender determinadas gestiones, no podemos creerlo: primeramente, porque sería una ofensa efectiva hecha á los que diariamente vienen manteniendo en la brecha con innegable abnegación, siquiera se les discuta el acierto, los intereses de los médicos rurales (en este caso se encuentran más de 12 senadores y 4 ó 5 diputados) y además porque sería una verdadera torpeza el tomar semejante acuerdo que había de hacer sospechosa en lo porvenir la actuación de todo parlamentario que defendiese esos intereses de los que no han habido nunca menester de amparo, en cuanto al hecho de hacer públicas las razones que les abonan, aunque le hayan necesitado respecto á los Gobiernos y á las Cámaras que los desatienden.

Verdaderamente, dan ganas de pensar, al escuchar la referencia de tales torpezas en los más elementales procedimientos, que lo que se busca es que el *statu quo* se mantenga, no sabemos en beneficio de quién, por ver una amenaza á este beneficio, en cualquiera ventaja que se obtenga.

El señor ministro debió hacer el mismo caso de los antecedentes de la visita, que nosotros hemos hecho de otras cosas, esperando el castigo de ellas en su misma incongruencia, que nunca se deja esperar la pena de tan vulgares pecados.

Hablemos claro como debemos y acostumbra-

mos: nos aseguran que una gran parte de las alusiones insidiosas de las malas voluntades que se expresaron en estas reuniones tomaron por blanco al director de nuestra revista y aun á ésta misma. Se comprende: ¡Han hecho tanto daño EL SIGLO MÉDICO y el Dr. Cortezo á los médicos titulares, que se explica el que sus flamantes abogados pidieran la cabeza de tan perversos adalides!

Pues bien, la revancha no se hizo esperar, y en la primera conclusión de las que se votaron se acordó que se pidiese el *carácter de ley para la Instrucción general de Sanidad*, en la que nadie puede negar la iniciativa y las inspiraciones del Sr. Cortezo que ni siquiera conocía personalmente ni había visto jamás al señor que tal conclusión pedía, cuando la Instrucción se publicó en la *Gaceta* el 15 de Julio de 1902, consignándose en ella la inamovilidad de los titulares, la formación de su Cuerpo, la forma del ingreso y la constitución de la Junta de Patronato. Justo y equitativo es que ahora se denigre al autor y se ensalce á la obra. O somos ó no somos lógicos.

Contraste halagador con estas cosas produce el espectáculo de otras que en el terreno científico vienen de día en día desarrollándose: en la Facultad de Medicina ha dado el Dr. Winz dos conferencias acerca del *tratamiento del cáncer*, por el empleo intensivo de la *radioterapia*, y en el local de la Real Academia Nacional de Medicina se celebrará hoy la sesión inaugural de la Real Sociedad de Electrológica, en la que dicho señor doctor leerá un trabajo doctrinal sobre el mismo asunto. De todo ello tendrán cumplido y oportuno conocimiento nuestros lectores.

También la Sociedad de Pediatría ha dado un hermoso ejemplo de actividad, organizando un curso de enfermedades del intestino en los niños, habiendo desarrollado los interesantes temas en sucesivas conferencias los Dres. Suñer, Hinojar, García del Real, Arquellada, Velasco Pajares, Romeo, Cavengt, Bravo, Zappino, Olivares, Vázquez Lefort, García Martínez y algunos otros que la premura del tiempo nos impide recordar, pero cuyos trabajos serán también por nosotros publicados.

A la sesión de clausura de este curso en que dió su conferencia sobre anomalías del intestino el doctor Arquellada, presidente de la Sociedad, acudió invitado el Dr. Cortezo, quien puso término al curso con un aplaudido discurso, cuyos principales conceptos publicamos en otro lugar.

Es de esperar que este ejemplo, dado por los especialistas pediatras y alentado por el numeroso público que ha acudido á las lecciones, será imitado y aún reforzado por otras entidades, que de este

modo contribuirán á lo que más nos interesa á todos, que es á sostener y elevar el prestigio y el buen nombre de la ciencia española.

DECIO CARLAN

El drama de un espíritu y la comedia de una vida ⁽¹⁾

POR

F. JAVIER CORTEZO

«Yo soy oriundo de una raza que han ilustrado una imaginación fogosa y pasiones ardientes. Los hombres me han llamado loco...»
E. Poe: *Eleonora*.

No es, lector, este lugar donde quepa, aun cuando fuese ajustada y acertada, una crítica de la labor literaria de Poe, ni fué nunca nuestro intento enfocado á hacerla; mas siendo su legado literario el hondo surco que labró su vivir, habremos forzosamente de estudiar en su huella el vaciado de su existencia.

Ciertamente en la obra de Poe, si no domina, seduce, apasiona, conturba la parte fantasmagórica, la obra de imaginación, casi de delirio en alguna de sus partes. Pero no es todo así. Ya hablamos algo anteriormente de su poesía lírica. Su prosa reparte pródiga tres de las más difíciles facultades que pueden gobernar un escrito: la *intuición*, el *sentimiento* y la *ironía*.

Lo grotesco, lo fantasmagórico, lo crítico y lo científico que con aquéllas colaboran en sus obras todas, son como las hojas brillantes, gayas y extrañas de un admirable ramo de flores, del que ellas son el perfume apreciableísimo é inconfundible.

Bien conocidas todas sus obras, sólo me permito señalar como agudo ejemplo de mi aseveración: *Eureka*, *Eleonora* y la *Aventura de un tal Hans Pfaoll*.

Pero llégame el turno de hablar de su enfermedad y sus delirios. Cuando Poe se separó de Tomás White, á quien dejó propietario de su revista, en que los millares de suscripciones logradas durante su período de dirección fueron la mejor prueba de lo acertada y brillante de la gestión de Poe, éste vagó por Norteamérica, llevando la vida bohemia de un escritor sin fortuna y de carácter poco acomodaticio á las influencias de los editores y fundadores de *Magazines* (*¡qué pestilencia de almacén!*, C Baudelaire), y siempre con míseros medios de vida fué poco á poco cayendo en el hábito del alcohol, que acabó por llevarle al sepulcro.

Si Poe hubiese sido un degenerado, un influenciado por herencia de tal hábito, en primer término, no hubiera sido la perfecta entidad física que fué, y, en segundo lugar, su obra no hubiera podido ser la obra de una inteligencia superior.

Pero hay más. El hábito alcohólico no es heredable en ninguna forma. Porque es ese un hábito que produce al cabo un trastorno psíquico y una serie de perturbaciones neurovasculares que pueden originar, por transmisión, trastornos morfológicos y funcionales de los seres creados, pero que no pueden crear nuevos al-

cohólicos. Lo que ocurre es, que el hijo de un alcohólico adquiere, al lado y en el ambiente de su padre, el vicio suyo, pero no otra cosa.

Ahora bien; ya han visto mis amables lectores, que no fué el ambiente en que se desarrolló Edgar el de su padre, á quien apenas pudo conocer, ni el de antepasado ninguno suyo.

Respecto á tara física, ya hemos visto también que estuvo limpio de ella y fué un tipo de belleza y salud *remarcable*.

Y, sin embargo, Poe murió de una psicosis alcohólica agudísima.

La señorita Osgood, notable escritora yankee, que fué contemporánea y gran amiga del matrimonio Poe, nos describe el íntimo vivir del poeta y de Virginia Cleum, haciendo resaltar con la exquisita galantería de Edgar, con su acendradísimo amor por su esposa, con su admiración por la inteligencia y cultura, algo que es un detalle de grande importancia para este juicio: el gran orden, depurado gusto y confort que reinaban en aquel hogar, donde los medios económicos eran muchas veces miserables.

Esto indica que allí no campea el abandono, la desidia de gente entregada á un vicio tan perturbador de la marcha interior de una casa, como es el alcoholismo.

Carlos Baudelaire, en su apasionado estudio biográfico de Poe, dice que «bebía *no por deleite, sino bárbaramente*, con una rapidez y economizando tiempo, á la *americana*», y acaba por suponer, que el hábito alcohólico de Poe era un medio de recordar sus fantasías admirables, algo como un método de trabajo, *como otros toman notas en un cuaderno* y dice al fin que *le mató lo que hoy es su gloria y es nuestra admiración*.

Baudelaire fué también alcohólico y no era médico; esto nos exime de la crítica de su razonar de admirador y de poeta.

Edgar cayó en su vicio más cuanto fué más desgraciado.

A la muerte de su adorada Virginia el sombrío espíritu del poeta buscó, cuando el trabajo le agotaba, el enloquecedor vértigo del vino, que antes le librara de tantos pesares y desengaños. Sin embargo, sus obras, aun las de este período tristísimo, no reflejan la perturbación mental; si dejan ver influencia de delirios, son éstos tan genialmente desarrollados, que alejan la idea de poderlo ser bajo la incoherencia de la embriaguez.

La vida se le impuso. Poe, admirado como novelista y como periodista, tuvo que brillar cuando su alma toda era negruras de dolor, y un momento pasó al lado suyo la fortuna nuevamente como si la caprichosa veleidad de esta ficción jugara en vertiginoso remolino, teniendo como centro la existencia torturada de Edgar. Una mujer bella y rica quiso ser su esposa. El espíritu abúlico de Poe dejase llevar por amigos y acontecimientos hasta casi el final de aquella farsa. La boda se dió como segura. Nadie contaba, como de costumbre, con su pobre corazón. Nadie más que él recordaba á la pobre muerta, á la Eleonora vagante incansable de su

(1) Véase el número 3.593.

sentimentalidad exquisita. Es natural. Las almas entre las almas y los cerdos entre los cerdos.

¿Qué puede defenderle en trance tal de sus crueles enemigos? Y aquel alma absurda y bufa y trágica, llama en su ayuda el triste vicio que tanto espanto mueve entre aquellas gentes y que es el sólo amigo con quien cuenta. Y una noche, presa de monumental borrachera, se encamina á la casa de su futura esposa. Vocifera, escandaliza, llama en torno suyo á cuantos quieran disfrutar del espectáculo de su vil estado, lanza al rostro de los que le quisieron cautivo esta deplorable cadena, única que él soportó por forjada por él y que maneja como una catapulta ahuyentadora de los que paso á paso le cercaron con pretensión de modelar su ánima á su placer. Y vuelve á quedar misero y solo. Pero ha salvado su amor y su conciencia.

Poco tiempo después comienzan los ataques de *delirium tremens*, se anuncia el triste final, pero aún se impone nuevamente al público. Durante los años 1848 y 49 emprende una serie de conferencias admirables sobre temas literarios; por todo América su plan es vasto. Aparece ante el auditorio correctamente. Elegante, hermoso, triste y cautivador, con la palabra fácil y la imagen brillante. El éxito es grande. Nada revela el próximo final de aquella intelectualidad. Unos meses después cae con un ataque de alcoholismo en medio de una calle negra y sucia, próxima á los muelles de Baltimore. Trasladado al hospital, muere allí miserablemente á las pocas horas, apenas reconocido por los que registraron los papeles de su cartera.

¿Es ésta la muerte de un degenerado alcohólico? ¿O es simplemente el suicidio por ingestión de dosis masivas de alcohol en forma de verdadera saturación rapidísima é intermitente?

Su muerte desató la torpe pluma de los fustigados por sus críticas y vertió la ácida tinta de la envidia sobre el blanco cendal de su mortaja en que apresa la garra de los odios hasta hacer tiras de ella.

Pero nosotros debemos proceder más cuerdate.

Si Poe no hubiese sido como fué, se hubiera saltado el cerebro de un pistoletazo, pero hay obsesiones que vencen el valor más depurado.

Leyendo bien á Poe, se piensa que detuvo su mano muchas veces la imagen del espectáculo sucesor del acto liberante.

La negra herida, la sangre coagulada, la masa nerviosa esparcida eo torno, las moscas zumbando pringosas junto al despojo de su cuerpo; ó el espectáculo de su cuerpo hinchado por las aguas, deforme y verdoso, la faz mordida por el pescado voraz, el cieno apresado entre los crispados dedos...

Esto aparte, el resultado hubiera sido peor aún. Entre los derechos del hombre no están reconocidos aún ni el de *contradecirse* ni el de *marcharse*.

(Continuará.)

MONUMENTO DE SERVET

En Annemasse, población francesa, próxima á Ginebra y al lago Lemán, hay un monumento dedicado á Servet, que

consiste en una estatua sedente, de bronce, tamaño algo mayor que el natural. Hemos tenido el gusto de ir á verla, como más de una vez hemos ido á ver el gran bloque de piedra, con inscripciones, colocado en el mismo sitio de Champel, lugar periférico de la ciudad de Calvino, del cual hemos dado noticias, meses ha, á los lectores de EL SIGLO MEDICO.

El interés que para España tienen estos recuerdos del mártir de Calvino, quemado por motivos de disquisiciones teológicas, nos ha estimulado á reproducir las inscripciones que aparecen en los cuatro lados del basamento de piedra.

Así dice, en su base, el Monumento á Miguel Servet, en Annemasse (Ginebra):

Frente.

A Michel Servet — apôtre de la libre croyance — et — martyr de la libre pensée — né à Villeneuve d'Aragon 29 Septembre 1519 — Sur la dénonciation de Calvin — brûlé en effigie à Eune par l'inquisition catholique — 17 juin 1554. — Et brûlé vif à Genève le 27 octobre 1554.

Dorso.

Un emplacement — ayant été refusé — par le Conseil administratif de la ville de Genève — à la statue de Michel Servet — offerte par souscription internationale — le comité — en a fait remise à la municipalité d'Annemasse. — Elle a été inaugurée le 25 octobre 1908 — M. J. Cursat étant maire d'Annemasse et M. M. Apellet et E. Laurentin — adjoints.

Lado derecho.

«L'arrestation de Servet à Genève, où il n'avait ni publié ni dogmatisé et où par conséquent il n'était pas justiciable, doit être regardée comme una barbarie et une insulte au droit des nations.» (Voltaire).

Enfermé dans une prison humide, malade, et privé de tout secur, Servet écrivait á ses juges: «Je vous supplie que vous plaise abréger ces grandes dilations... Vous voyez que Calvin pour son plaisir me veut ici faire pourrir á la prison. Les poux me mangent tout vif, mes chausses sont déchirées et n'ai de quoi changer ni pourpoint ni chemise qu'une méchante»...

Lado izquierdo.

Michel Servet — Helleniste, Géographe, Médecin, Physiologiste — a bien mérité de l'humanité par ses découvertes scientifiques — son dévouement aux malades et aux pauvres — l'indomptable indépendance de son intelligence et de sa conscience.

«Au momet suprême, comme dans tout le cours de son procès, jamais un mot de retraction ne sortit de la bouche de Servet. Ses convictions étaient invincibles et il avait fait á la cause de la vérité le sacrifice de sa vie.» (Jules Barni, 1862).

Descripción de la estatua, que es de bronce.

En la estatua aparece sentado, medio desnudo, cubierto con un paño, con una camisa desgarrada, rostro barbado á la manera de un Cristo, manos cruzadas apoyadas en el muslo izquierdo. Ojos cerrados. Tamaño poco mayor que el natural.

Academias y Sociedades.

SOCIEDAD DE PEDIATRIA

Curso de Enfermedades del Aparato digestivo.

DISCURSO DE CLAUSURA DEL DR. CORTEZO

Cuando hace próximamente dos meses honró mi casa con su visita vuestro ilustrado presidente el Dr. Arquellada,

tuvo la bondad de ofrecerme el injustificado honor de venir á presidir esta serie de conferencias, con que vuestra inteligencia y vuestro celo ha querido contribuir á la cultura médica de nuestro país. Leyóme la lista de los asuntos que iban á ser tratados en las diferentes conferencias, así como la de los ilustres profesores que estaban encargados de desarrollarlos. Mi deseo, á pesar de no juzgarme competente para ello, fué el de acceder á su petición, tal fué el entusiasmo que en mí produjo el vuestro en pro de la especialidad simpática que todos cultiváis; pero tenía yo entonces el compromiso adquirido de asistir al Congreso que los médicos franceses habían de celebrar en París los días 12, 13 y 14 de este mes de Octubre, lo cual, por coincidencia de fechas, me privaba de la complacencia y de la honra que para mí significaba el cortés ofrecimiento.

El estado de mi salud, por un episodio pasajero, pero inoportuno, vedó mi viaje y quedé sin él y sin presidir vuestra sesión de inauguración.

Tenaz el Sr. Arquellada en su equivocada y exquisita cortesía, tornó á ofrecerme que ocupara este lugar la noche dedicada á la sesión de clausura, y como á un tiempo mismo actuaban en mi voluntad el buen deseo y la obligación de reciprocidad al urbano ofrecimiento, acepté gustoso y heme aquí presidiendo un Congreso de una especialidad que no he cultivado, sino del modo á que nos obliga el ejercicio general de la medicina.

¿Quiere esto decir que sea yo un profano entre vosotros? Sí, y no. Sí, considerando que vuestros conocimientos, vuestras aficiones, vuestros éxitos profesionales, vuestros triunfos en oposiciones y concursos os autorizan á ostentar un dictado de especialista y de pediatra que yo no he tenido la fortuna de obtener y al que nunca tuve la ambición de aspirar.

Pero yo no me tengo por profano entre vosotros; porque sois médicos y porque dedicáis vuestra voluntad y vuestra inteligencia al cuidado de los males de los niños, al mejoramiento de la raza en esa primera manifestación de su desarrollo, que es la base de su porvenir, al alejamiento de las molestias de la única edad del hombre que tiene el derecho al placer y á la alegría. No soy profano, porque vosotros representáis los dos amores de mi vida: los médicos y los niños.

Bien quisiera que esta intervención mía en vuestras tareas estuviese expresada por una manifestación significativa de adelantos científicos, de observaciones propias que pudieran despertar en vosotros alguna correspondencia de investigación, ya que no pudiera añadir nada á vuestro rico acervo de conocimientos; pero, pues esto no le es ya posible á un hombre de mis condiciones respecto á las vuestras, he de limitarme á expresar lo que ante mí significa esta vuestra actuación, es decir, el motivo por el que yo me creo identificado con vosotros, como médico.

Habéis dado un ejemplo que yo espero que por otros sea imitado, ya que por todos es incondicionalmente aplaudido. Habéis demostrado [que un grupo de jóvenes estudiosos, entusiastas y convencidos del alto papel que pueden representar dentro del concierto social, sabe apartarse de las luchas minúsculas del saprofitismo profesional, que algunas veces parece que es el único empleo de cierta juventud médica, con sus luchas, sus rivalidades, sus torcidas emulaciones y sus tristezas del prestigio ajeno, lo mismo del presente que del pasado, y aun yo creo que del porvenir.

Habéis hecho bien; habéis procedido discreta y honradamente; habéis hecho más; habéis merecido bien del Cuerpo Médico español y de la sociedad toda, que desea ver en los médicos, sacerdotes, entenderlo bien, sacerdotes de una religión alta y respetada; no industriales ganosos del lucro impa-

cientemente adquirido, ni agentes del arribismo [inconsiderado.

Si algo vale la opinión de un viejo que ha gastado su vida entera en tarea incesante por el acrecentamiento del decoro y del prestigio de la clase á que pertenece; si alguna simpatía despierta en vuestro oído una voz, en que quizá haya ya los tartamudeos de la muerte, oíd mi consejo y perseverad en vuestra conducta; que al fin y á la postre, los que deben prevalecer prevalecen y los que por mala suerte quedan retrasados ó vencidos, tengan al menos el consuelo de no sonrojarse por las armas y los procedimientos empleados en el combate de la vida.

Más complacencia produce al llegar á los límites de la senectud, cuando se llega pobre pero tranquilo y honrado, el encontrar algunas acciones menos en las cuentas de los Bancos, algunos predios menos en los campos de nuestros pueblos y algunas joyas menos en el cuello de la mujer amada; más complacencia produce, digo, el poderse volver á sus hijos y á sus compañeros, cual yo y muchos otros pueden hacerlo, diciéndoles: «mi capital está en la tranquilidad de mi conciencia, mi herencia es el ejemplo que os dejo».

Como estoy seguro de que vosotros opináis como yo y sois de mi escuela Deontológica, por eso os digo que yo me envanezco de no ser un profano entre vosotros.

Pero hay más, tenemos otro punto importante de coincidencia para que yo pueda decir que formo parte de vuestra agrupación, y es éste el amor á los niños.

Toda mi vida lo he profesado hasta tal punto que las localidades del recinto de mi corazón, que he procurado que fuese una plaza de toros, las he llenado preferentemente en sus puestos de sol, que son los que representan la infancia, la alegría, el porvenir, la esperanza; las otras plazas, las de sombra, las ambicionadas y solicitadas, esas se las dejo á los políticos entre los que accidentalmente he vivido algún tiempo, á los agiotistas y negociantes entre los cuales jamás he vivido ni viviré.

Cuidad á la infancia: esta no será solamente obra de caridad, de amor y de misericordia. Es también obra de patriotismo.

Nuestra pobre patria, grande y próspera cuando Dios quería, viene en el transcurso de las últimas generaciones decayendo de más en más y amenazando llegar á un aniquilamiento vergonzoso.

Vosotros sabéis, y yo creo, que la base de las prosperidades como la causa de las decadencias reside en el organismo físico de la humanidad: los que voluntariamente han dedicado su devota atención, su inteligencia y su actividad al robustecimiento de la raza por el cuidado de su niñez, esos producen obra de patriotismo, nadie podrá negarlo.

Pero hay algo más: si la medicina es, como os decía, sacerdocio, el sacerdocio es imitación del redentor ó del revelador en todas las religiones, y vosotros habéis dicho espontáneamente, como el Cristo: «Dejad que los niños lleguen á mí». Él dijo que los dejaran llegar porque el amor los conduciría; vosotros los llamáis para que vengan conducidos por el dolor y el sufrimiento en busca del alivio que puede vuestra ciencia procurarles.

Pero dejemos elucubraciones teóricas y expresiones de sentimientos mutuos de que ni vosotros ni yo podemos dudar, y vamos á procurar que resulte algo práctico de esta comunicación mía, ya que tantas cosas prácticas han de resultar de las que vosotros habéis hecho en las noches anteriores.

Ya sabéis, que por un esfuerzo senil de mi voluntad, recogiendo la aspiración y la idea años hace formada y aún consignada en disposiciones oficiales de acudir en socorro

de los huérfanos de nuestros compañeros, se organizó é instituyó un Colegio de Huérfanos de Médicos. Pues bien, como os decía antes que dejaba una especie de testamento ético á la juventud médica, yo quiero otro efectivo á la Sociedad de Pediatría y es el de colocar bajo su inmediata protección ese Colegio.

¿Forma de hacerlo? La que vosotros queráis: ó mejor dicho, las que vuestro buen corazón os dicte. ¿Pero no podríamos por de pronto hacer que vuestra Junta directiva nombrara doce miembros de vuestro seno, cada uno de los cuales se tomara el trabajo uno de los meses del año de ir á visitar, inspeccionar y aconsejar al personal y á los niños de este Colegio modelo, permitidme que lo diga, de cordialidad, de alegría, de higiene y de mutuo cariño? Esto despertaría lazos de simpatía y amor que redundarían en provecho de todos y además sería de gran beneficio para el auge y el perfeccionamiento de aquella institución.

Doy, pues, el pensamiento por aceptado, os doy por ello las gracias y pongo fin á mi ya molesta intervención repitiendo la enhorabuena sincera con que os saludé con mis primeras palabras.

En la Sociedad Española de Pediatría y ante un público selecto, ha desarrollado el Dr. Zappino (D. Pedro) su anunciado tema: «Hece fecales y flora intestinal en los niños»; este tema, cuya importancia clínica va aumentando cada día en el estudio de los trastornos gastrointestinales de la primera infancia, fué precedido de unas ligeras consideraciones históricas respecto á la flora intestinal y técnicas, al tratar del examen de las heces fecales. Ya en el tema, empezó el conferenciante por distinguir clínicamente los conceptos etiológicos de intoxicación alimenticia y de infección intestinal congénita, citando casos demostrativos de que la pretendida esterilidad del intestino del feto no existe en todos los casos, y sentando con esto su opinión de la infección intestinal primitiva sin intervención del alimento; más adelante y enlazando esta opinión con el estudio de las diversas heces de estos niños, describió rápidamente las deyecciones del recién nacido y la flora intestinal del mismo, y antes de entrar de lleno en el estudio de los niños de pecho, hizo algunas consideraciones bacteriológicas respecto á la leche en sí como elemento aislado, enlazando estos conocimientos previos con el estudio de las heces y flora intestinal del niño de pecho normal, y después en los trastornos debidos á sobrealimentación é hipoalimentación; desde este punto pasó á describir las heces fecales y flora intestinal de los niños alimentados artificialmente, para tratar seguidamente de la dispepsia gastrointestinal, como punto de enlace antes de tratar de las heces y flora intestinal en los trastornos patológicos de gastroenteritis y enterocolitis, aludiendo á la enteritis folicular (antigua disenteria infantil), y diferenciando sus agentes específicos del coli, paratíficos, colibacilo y Eberth, tratando después de otras toxi-infecciones, y deteniéndose en la fiebre tifoidea del lactante y en el cólera infantil, haciendo en este algunas consideraciones etiológicas y patogénicas; pasando en último término á tratar de las diarreas de verano como verdaderos procesos infecciosos, terminando la conferencia haciendo ver la necesidad social de que multiplicando las observaciones, puede llegarse á una verdadera causa específica de los trastornos gastrointestinales de los niños, como único medio de poder establecer una terapéutica segura, que disminuyese rápidamente la elevadísima cifra de mortalidad infantil; el Dr. Zappino (don Pedro), que por la mucha extensión del tema, el poco tiempo disponible para ello, y por lo tanto, la rapidez de su desarrollo, no pudo ser apreciada por todos la importancia que encierra

este tema que seguramente se apreciará al leerlo en todos sus detalles; fué muy aplaudido al terminar su disertación científica.

LÓPEZ PRIETO.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REAL DECRETO

De acuerdo con Mi Consejo de Ministros,

Vengo en autorizar al de Instrucción Pública y Bellas Artes para que presente á las Cortes un proyecto de ley relativo á la construcción y organización en esta Corte del Instituto de Investigaciones Biológicas que lleva el nombre del catedrático D. Santiago Ramón y Cajal.

Dado en Palacio á 28 de Junio de 1922.—ALFONSO.— El ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, *Tomás Montejó*.

A LAS CORTES

Por disposiciones inexcusables de la ley ha sido jubilado el catedrático D. Santiago Ramón y Cajal.

Con este motivo, un movimiento general de simpatía y admiración, extendido por los Centros de cultura de toda España, han dado testimonio fehaciente de la justa consagración que su obra merece.

El Gobierno de S. M. desea adherirse á estas manifestaciones entusiastas con una oficial digna de tan alto propósito, ofreciendo al ilustre catedrático los medios necesarios para la construcción y organización del Instituto Biológico, que ha de cumplir la trascendental misión científica de continuar los trabajos del maestro.

Con este fin se ha formulado por el ministro que tiene el honor de dirigirse á las Cortes el siguiente

PROYECTO DE LEY

Artículo 1.º Se concede al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes un crédito de un millón de pesetas, distribuido en cuatro anualidades sucesivas, que han de invertirse desde el ejercicio de 1922-23 en la construcción de un edificio denominado Instituto Cajal y destinado á los trabajos de investigaciones biológicas.

La organización del Instituto se acomodará á lo dispuesto en el Real decreto de su fundación, fecha 20 de Febrero de 1920.

Art. 2.º En los Presupuestos generales de gastos del Estado, y en la Sección correspondiente al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, se consignará todos los años la cantidad de 50.000 pesetas, dedicadas al sostenimiento del Instituto Cajal, y será ampliada hasta dicha suma la dotación de 10.000 pesetas que se consigna en el capítulo 10, artículo único del presupuesto vigente para los servicios de aquel Departamento ministerial, con destino al sostenimiento del actual Laboratorio de Investigaciones Biológicas, ó Instituto Cajal.

Art. 3.º Para la administración de los fondos y organización de los servicios de este Instituto se crea un Patronato, que será presidido por el catedrático D. Santiago Ramón y Cajal.

El reglamento por que ha de regirse en aquel Patronato será objeto de disposiciones especiales que deberá dictar el ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Madrid, 28 de Junio de 1922. — El ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, *Tomás Montejó*. (*Gaceta* del 29 de Junio.)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN

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

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

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

Considerando que el Real decreto de 30 de Mayo último no puede estimarse que ha derogado el artículo 162 de la Instrucción general de Sanidad, por referirse aquél solamente á los funcionarios comprendidos en la base octava de la ley, ó sea á los que perciban haberes del Estado, y exceptuar, como claramente se expresa en su preámbulo, á aquellos que ejercen funciones consultivas, que es la misión principal de los médicos directores de baños,

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

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

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 701,4; ídem mínima 699,5; temperatura máxima, 15°,1; ídem mínima, 11°,3; vientos dominantes, NE. SO.

Escasas variaciones se han presentado en el estado de la salud pública: los casos de hidrofobia se pueden dar por desvanecidos; las afecciones agudas del aparato respiratorio se mantienen en la proporción habitual en esta estación del año; los de tifus exantemático han desaparecido, y los de afecciones agudas del aparato digestivo disminuyen visiblemente.

En los niños se observan anginas benignas y casos de sarampión y escarlatina.

Crónicas.

Errata.—En la línea 17 de la página 371, correspondiente al número 3.592 de EL SIGLO MEDICO, y al artículo del Dr. F. R. de Partearroyo, sobre «Diagnóstico clínico y bacteriológico de la fiebre de Malta», dice: *la aglutinación es casi siempre positiva*, y debe decir: *la aglutinación es casi siempre negativa*.

VI Congreso de Fisioterapia y educación física.—Como prometíamos en números anteriores, continuamos la publicación de los datos conocidos sobre la organización de este importante Congreso.

El Comité central español de organización está formado por la siguiente Directiva: presidente, profesor Dr. D. C. Calatayud y Costa, catedrático de Electrología y Radiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central y presidente de la Real Sociedad Española de Electrología y Radiología Médicas; vicepresidente, Dr. D. Hipólito Rodríguez Pinilla, catedrático de Hidrología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central y médico de baños; secretario general, Dr. D. Francisco Bartrina Costa, profesor de Mecanoterapia del hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid; secretarios adjuntos, Dr. D. José García Vials, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid, y Dr. D. M. Sancho Ruiz-Zorrilla, ayudante de clases prácticas de la cátedra de Electrología y Radiología de la Facultad de Medicina de Madrid; tesorero, Dr. D. José Velasco Pajares, dermatólogo del hospital del Niño Jesús; contador, Dr. D. José González Campo.

Las delegaciones regionales españolas que hasta la fecha concurrirán á este Congreso son las siguientes:

Cataluña.—Presidente, Excmo. Sr. Marqués de Carulla, rector de la Universidad, catedrático de Terapéutica y presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona: vocales: Dr. D. Luis Cirera Salce, Dr. D. César Comas, doctor D. Agustín Prio, Dr. D. Jaime Peyri, Dr. Torres Carreras, Dr. D. Ramón Van Ricart, Dr. D. Vicente Carulla Riera, Dr. D. Herminio Castells, Dr. D. J. Vendrell y Dr. D. J. Riera Vaquer.

Valencia.—Presidente, Excmo. Sr. D. Rafael Pastor González, rector de la Universidad y académico de Medicina; vocales: Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina de Valencia, profesor Dr. D. Vicente Peset, profesor doctor D. Fernando Rodríguez Fornos, Dr. D. José Sanchíz Bergón, Dr. D. José García Donato, Dr. D. Ricardo Muñoz Carbonero y Dr. D. Salvador Monmeneu.

Zaragoza.—Presidente, Excmo. Sr. D. Ricardo Royo Villanova, rector de la Universidad y catedrático de Medicina; vocales: ilustrísimo señor decano de la Facultad de Medicina; Dr. D. Ricardo Lozano, catedrático de Medicina y doctor D. Eduardo Pastor Guillén, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

Valladolid.—Presidente, ilustrísimo señor decano de la Facultad de Medicina; vocales: Dr. D. P. Zuloaga, Dr. Fernández Corredor Chicote y Dr. Blas Sierra.

Las secciones, con sus miembros correspondientes, estarán distribuidas en la siguiente forma:

Primera, Radiología.—Presidente general, profesor doctor D. Celedonio Calatayud y Costa.

Subsección primera, Radiodiagnóstico.—Presidente, doctor D. José González Campo; secretarios: Dr. D. Antonio Azpeitia Esteban y Dr. D. Jesús Collar.

Subsección segunda, Roengenterapia.—Presidente, doctor D. Ramón Torres Carreras; secretarios: Dr. D. Juan Riera Vaquer y Dr. D. Misael García Fernández.

Subsección tercera, Curiterapia-Fototerapia.—Presidente, Dr. D. José Velasco Pajares; secretarios: Dr. D. Eduardo de Miguel y Dr. D. Salvador Monmeneu.

Segunda, Electrología.—Presidente, Dr. D. Antonio Piga Pascual; secretarios: Dr. D. M. Sancho Ruiz-Zorrilla y doctor D. José García Donato.

Tercera, Kinesiterapia (Mecanoterapia, reeducación, amasamiento y cura de reposo).—Presidente, Dr. D. Francisco Bartrina Costa; secretarios: Dr. D. José Macau y doctor don Juan Garrido Lestache.

Cuarta, Crenoterapia.—Presidente, profesor Dr. D. Hipólito Rodríguez Pinilla; secretario, Dr. D. José García Vials.

Quinta, Dietética.—Presidente, profesor Dr. D. Antonio Simonena; secretario, Dr. D. José González Campo y Cos.

Sexta, Climatoterapia y Talasoterapia.—Presidente, profesor Dr. D. Teófilo Hernando; secretarios: Dr. D. Augusto Gutiérrez Gamero y Dr. D. Juan de Madinaveitia.

Séptima, Hidroterapia, Aeroterapia, Crioterapia y Termoterapia.—Presidente, profesor D. Valentín Carulla; secretarios: Dr. D. Vicente Gimeno y Dr. D. Francisco Plá Laporta.

Octava, Ortopedia.—Presidente, Dr. D. Joaquín Decref; secretarios: Dr. D. Jesús Riosalido y Dr. D. Tomás Rodríguez de Mata.

Novena, Educación física.—Presidente general, profesor Dr. D. Tomás Maestre.

Subsección primera, Educación física preescolar.—Presidente, profesor Dr. D. Enrique Suñer; secretarios: doctor

D. Manuel González Álvarez y Dr. D. Román Sánchez Arias. Subsección segunda, Educación física escolar.—Presidente, Dr. D. Rufino Blanco; secretarios: Dr. D. Luis García Andrade y Dr. D. Carlos Sáinz de los Terreros.

Subsección tercera, Educación física postescolar.—Presidente, Dr. D. José Verdes Montenegro; secretario, doctor D. Nicolás Martín Cirajas.

Subsección cuarta, Educación física de la mujer.—Presidente, Dr. D. César Juarros; secretarios: Dr. D. Juan Bravo y Frías, señorita doña Rosario Lacy, profesora de Higiene de la Escuela Normal de Maestras de Madrid, y señorita doña Aurora Navarro, profesora de Educación física del Colegio Nacional de Sordomudos de Madrid.

Subsección quinta, Educación física militar.—Presidente, Ilmo. Sr. Dr. D. Jesús de Bartolomé Relimpio; secretarios: Dr. D. A. Argüelles Terán, Dr. D. Alberto Blanco y Rodríguez y Dr. D. Marcelino Pinto.

Subsección sexta, Educación física de anormales.—Presidente, Dr. D. Gonzalo R. Lafora; secretario, Dr. D. Salvador Pascual.

Anexo al Congreso se celebrará una interesante Exposición, que comprenderá las materias siguientes:

Primera, Aparatos para Electrodiagnóstico y Electrotterapia, Radiodiagnóstico, Roentgenterapia, Fototerapia y Cuiterapia.

Segunda, Aparatos de Kinesiterapia, Masaje, Hidroterapia, Ortopedia, Crioterapia y Termoterapia (aire caliente y vapor).

Tercera, Productos detético.

Cuarta, Aguas minerales, Diseños, planos y vistas de estaciones hidrominerales, climatoterápicas y marítimas, y de Sanatorios, Institutos de Fisioterapia, etc.

Quinta, Libros, Monografías, Revistas de Fisioterapia, Radiografías, Fotografías de aparatos y enfermos. Cuadros de régimen.

Sexta, Fisioterapia histórica (Aparatos, Grabados, Cuadros, Documentos diversos, Estatuas, Libros, etc.).

Séptima, Educación física: Aparatos e instrumental de gimnasia, Deportes y juegos.

Comisiones para la organización y desarrollo del Congreso:

Primera, de Exposición (encargada de organizar la Exposición científico-técnica del Congreso).—Señores presidente, secretario, tesorero y contador, D. Torcuato Luca de Tena, D. Mariano Benlliure, D. Ricardo Gasset, D. José Luis de Oriol, señor director del Parque de Sanidad Militar, Sr. Navarro Cánovas, señor presidente del Colegio de Farmacéuticos, D. Livinio Stuyk y D. Román Sánchez Arias, Sr. Sáinz de los Terreros.

Segunda, de Propaganda.—Presidente, Dr. D. José González Campo; vocales: D. Rufino Blanco, Dr. D. César Juarros, D. Ricardo Ruiz Ferry y D. Rafael Hernando Usera.

Tercera, de Festejos.—Presidente, Dr. D. José Francos Rodríguez; vocales: Dr. D. Vicente Gimeno, Dr. Villamil, Dr. D. Virgilio Colchero, D. Román Sánchez Arias, D. Carlos Botín y D. Federico Reparaz.

Cuarta, de Informaciones y Alojamientos.—Presidente, Dr. D. José Velasco Pajares; vocales: D. Aurelio Arquellada, señor presidente de la Sociedad de Hoteleros, señor gerente del Palace Hotel y Sr. Barazal.

Sindicato médico de Madrid.—El viernes pasado se reunió este Sindicato para tratar de la conveniencia de intervenir directamente en la Asamblea que próximamente se celebrará en Barcelona para estudiar el proyecto de seguro de enfermedad, invalidez y maternidad, que el Gobierno está dispuesto a llevar a las Cortes.

Los Dres. Rey, Calixto Milla y Barrio de Medina hablaron exponiendo los conocimientos y noticias que hasta ahora se tienen, ilustrando a sus compañeros sobre lo que ha de ser dicho proyecto.

A propuesta del presidente de la Sociedad Dr. Canseco, se acordó que los Dres. Barrio de Medina, Cáceres, Milla, Gascuñana y Rey, estudien y presenten una ponencia o informe que defienda los intereses legítimos de los médicos en dicho proyecto y que aprobada previamente por el Sindicato se lleve por una representación de éste a Barcelona.

Se acordó también recabar del Instituto Nacional de Previsión, organizador de la Asamblea, el derecho a tener voz y voto, así como el procurar reunir a todos los sectores médicos que han de intervenir y emitir su voto, para que llegando a un acuerdo lleve la clase médica a dicha Asamblea, a ser posible, una sola opinión en un proyecto que tanto le

interesa y que ha de revolucionar económica y moralmente el ejercicio de la Medicina en España.

Real Academia Nacional de Medicina.—Esta Corporación, en sesión del 30 del pasado mes, ha acordado anunciar once socorros de la Fundación del Dr. Pérez de La Fanosa y cuatro de las señoritas de Iglesias, en memoria de su señor padre, secretario perpetuo que fué de esta Academia, de 250 pesetas cada socorro, para concederlos a médicos necesitados o a sus familias.

Los solicitantes indicarán en la instancia, dirigida a esta Secretaría, la edad y el domicilio. Los médicos acompañarán copia simple del título de Licenciado en Medicina y Cirugía, certificación facultativa del padecimiento que le imposibilita ejercer la profesión y cuantos documentos consideren de interés referentes a las localidades donde hayan ejercido. Las viudas o huérfanos acompañarán a la instancia certificación de matrimonio y de defunción y copia simple del título del causante; y si tuvieren hijos menores de catorce años, certificación de su nacimiento. Podrán acompañar también aquellos documentos relativos al ejercicio de médico titular.

Las instancias se admitirán en esta Secretaría de once a una de la tarde, durante quince días a contar desde el 6 del actual.

Es de advertir que los que hayan obtenido anteriormente socorros o donativos de esta Academia por cualquier concepto, no podrán solicitarlos de nuevo.

Madrid, 31 de Octubre de 1922.—El secretario perpetuo, *Angel Pulido*.

Excipiente inerte.—Las cualidades indispensables al cultivador de la investigación son: la independencia mental, el gusto por la ciencia, la perseverancia en el trabajo, la religión de la patria y el amor a la gloria.

(Cajal.)

El joven que alardea de vituperar sistemáticamente de la vejez, es como el convidado que se entrara en la cocina para escupir en los platos que luego han de servirle. El que no honra la ancianidad, no es digno de llegar a ella.

(Ich.)

Cadecol.—Al presente número acompañamos un prospecto explicativo sobre el Cadecol de la Casa C. H. Boehringer Sohn, Nieder Ingelheim d/Rhin (Representante para España, Mercurio Ibérico, S. A., Barcelona, Apartado 847), cuya lectura recomendamos.

Somatose.—Al presente número acompañamos un prospecto y tarjeta sobre la Somatose, cuya lectura recomendamos. Casa Bayer y C.º, Apartado 280, Barcelona.

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.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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