

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Las aguas minerales, ¿pueden perjudicar?, por H. Rodríguez Pinilla.—Corea y atetosis experimental, por el Dr. Gonzalo R. Lafora.—Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría.—Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal, por el Dr. D. Teófilo Hernández.—Bibliografía, por el Dr. Baltasar Hernández Briz.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—De un testigo, por Un asambleista.—Palacio de la Clínica, por Alfredo Lapuente é Ibarra.—Atentado contra el Dr. Albiñana en Méjico.—La Sanidad y los seguros sociales.—Instituto de Medicina práctica.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Las aguas minerales, ¿pueden perjudicar?

POR

H. RODRÍGUEZ PINILLA

Catedrático de la Facultad de Medicina.

Después de tantos siglos como vienen empleándose las aguas minerales con objeto curativo, aún existen médicos que ponen en duda su eficacia. Los unos afirman que la bebida y los baños de estas fuentes minerales no producen por sí mismos efecto positivo, mientras otros aseguran que lo útil de esas prácticas hidrológicas está en los factores de que se rodean, ó sea el ambiente, el descanso, la alimentación, con todo lo cual se constituye un remedio que, de tener algún nombre, deberá ostentar el de *sugestión*.

Muchos son, sin embargo, los argumentos con que se puede contestar á estos escépticos. Uno de estos argumentos, de que hoy nos ocupamos, se basa en este axioma ya clásico: *tantum venenum, tantum remedium*; tan capaz puede ser una determinada substancia de envenenar, ó de matar, como de curar. Es sabido que llevando muy lejos la aplicación del concepto, no ha faltado quien afirme que únicamente sirven como recurso medicinal las substancias de efectos enérgicos y tóxicos. Y se recuerda aquella proposición de Cl. Bernard: «Lo que es capaz de producir la muerte de una célula á grandes dosis, produce en pequeñas cantidades su excitación.»

No trataremos nosotros en este momento de si son ciertas estas aseveraciones, mantenidas por sabios antiguos y modernos. Es fácil que no tengan el alcance general que se les asigna. Los rayos del Sol no irritan el ojo normal, y son inaguantables en la oftalmía. No está en ellos, sino en nosotros, la antítesis de sus efectos. Y análogamente puede ocurrir que una substancia inerte por sí misma, produzca efectos considerables. No es de creer que una infusión de tila pueda ser veneno, á cualquier dosis que se tome, y, sin embargo, calma á una histérica.

¿Serán las aguas minerales algo semejante á este ejemplo último? De ningún modo.

Ahora vamos á demostrar que pueden ser nocivas. Si los escépticos á quienes dirigimos estas reflexiones ven con claridad esta nocividad, tendremos motivo para rememorar ante ellos el viejo aforismo: en tanto que es un veneno, en tanto será un remedio.

Las aguas minerales sulfurosas son perjudiciales, son un veneno—en el sentido expresado de su nocividad—para todos los enfermos congestivos. Un tuberculoso pulmonar que puede calificarse de temperamento erético, excitable, y que haya tenido hemoptisis, se expone grandemente á ver reproducida la hemorragia en cuanto respire una atmósfera sulfhídrica, tome 100 gramos del agua sulfurosa, ó se bañe en agua de esta calidad.

Observación 1.^a.—F. J., de cuarenta y cinco años,

con buen aspecto de nutrición (pesa 60 kilos), ha tenido una «fluxión de pecho» á la cual ha seguido una hemoptisis. Pasados dos meses, y ya sin fiebre, pero con alguna tos y ligera disnea, se receta á sí mismo unas aguas cloruradas-sulfhídricas. Toma unas inhalaciones sulfhídrico-nitrogenadas, bebe 300 gramos del agua, y se baña á 34°. Al quinto día de este tratamiento, la tos aumenta, y la expectoración es sanguinolenta. La auscultación demuestra la existencia de un foco congestivo en el vértice izquierdo posterior.

Observación 2.ª.—G. S., de cincuenta años, catarroso antiguo, fumador. Además de las lesiones consabidas, tiene una ligera dilatación del ventrículo derecho. Ha sufrido alguna vez ataques de disnea de esfuerzo. Y este señor se receta también á sí mismo un tratamiento parecido al anterior. A los pocos días, el enfermo es acometido de ataques de asma (!) por las noches que le obligan á dejar el lecho, y pasar el resto de la noche en una butaca. La auscultación demuestra la existencia de estertores sibilantes diseminados en ambos pulmones, y un área de matidez en la base del izquierdo. La expectoración es difícil. No hay hemoptisis.

Por el estilo de estas dos observaciones podríamos recordar otras muchas. En la notabilísima Memoria que sobre las aguas de Ontaneda y Alceda escribió don Manuel Ruiz de Salazar, puede leerse alguna, bien demostrativa de nuestra tesis, sobre la que no es preciso insistir.

Es también evidente que á estos muchos efectos, pueden contribuir en los balnearios, la vida agitada y la ingestión de grandes cantidades de líquidos. En algunos terrenos de Galicia hay la costumbre de mezclar con el agua mineral, leche de burras, y estas cantidades de líquidos, fácilmente absorbidos, provocan una hipertensión vascular de seguro peligro para hemoptoicos.

Las aguas minerales sulfurosas ó sulfhídricas son también particularmente dañosas en casos de tumores embrionarios ó de epitelomas, sarcoma, escirro, cancroide, cáncer superficial ó visceral.

¿Cómo puede actuar esta clase de agua mineral, que algunos creen *inocente*, en los tumores malignos?

Observación 3.ª.—X. X. es una mujer de cincuenta años, con aspecto anémico y enfermizo. Ha ido á un balneario de sulfoazoado-cálcicas por tener un eczema varicoso en una pierna. Pero además tiene un tumor en una mama, con todo el aspecto de un escirro, con superficie algo ulcerada y enrojecida. Ha tomado cinco baños generales, y al sexto día se le presenta una hemorragia por la herida, ó ulceración tumoral, sin que haya dolores ni grandes molestias. La enferma se niega á ser operada, y se la convence á duras penas de que los baños la perjudicaban.

Observación 4.ª.—El P. M. es un corpulento sujeto de cuarenta y cinco años, con antecedentes reumáticos. Creyendo que se trata de una manifestación artrítica, los dolores que experimenta en una pierna al andar, y aun algunas veces sin la marcha, acude á un balneario y toma unos baños á 39°, pero lejos de mejorar, *aumentan los dolores*, y entonces acude á un médico que puede diagnosticar la existencia de un sarcoma del fémur y le

aconseja abandone los baños y se opere. El acto quirúrgico confirmó el diagnóstico. Y este sujeto á quien hemos visto tres años después, no ha vuelto á tener accidente reumático.

En nuestro concepto, las aguas y baños sulfurosos y sobre todo los sulfurado-sódico-termales, activan la energía en los cambios metabólicos y apresuran la evolución y degeneración de las masas tumorales. Son, pues, un *veneno* para estos enfermos. Y sobre todo cuando están los tumores en relación con vías de absorción fáciles, con lo que deseo significar que los cancroides de piel son menos peligrosos que los glandulares ó viscerales.

Pero se dirá: las aguas sulfurosas son efectivamente muy enérgicas, y esos peligros á ellas anejos, no se extenderán á otra clase de aguas minerales. Yo contestaré que, en efecto, las acratótermas no tienen esos peligros ó esas contraindicaciones, si usamos de este eufemismo. Mas tienen otros.

He aquí, por ejemplo, un manantial de 24° de temperatura, y que contiene 0,46 centigramos de sales por litro, á base de bicarbonatos y algunos cationes térreos. Alguien puede creer que se trata de un manantial inocuo por sí mismo. Sin embargo, puede ser enormemente dañoso para ciertos sujetos. No son pocos los enfermos á quienes se suele oír: «las aguas de *Tal*, me han sentado como un tiro.» ¿Por qué será esto posible?

Observación 5.ª.—F. de T., de sesenta años, ha tenido un cólico hepático. A los ocho días del accidente, va á tomar las aguas de .. X, y sin prescripción facultativa, toma desde el primer día 500 gramos en ayunas del agua en cuestión. A las setenta horas de esta ingestión del líquido medicinal, el enfermo experimenta un mal-estar general y síntomas de cólico hepático, de forma subintrante, seguido de fiebre hepática. Para lograr su alivio tiene que establecerse una cura de reposo y de sedación. Es que sin duda la intempestiva ingestión de grandes cantidades de agua, antes de tiempo, ha producido este síndrome agudo.

Las aguas débilmente mineralizadas pueden ser también, como se ve, grandemente nocivas para algunos sujetos.

Veamos otra clase de manantiales.

Las aguas bicarbonatadas ferruginosas gozan de crédito para combatir algunas ginecopatías. El vulgo femenino, *no distinguiendo de colores*, suele recetarse este remedio sin indicación precisa, produciéndose graves males. He aquí cómo:

Observación 6.ª.—María P., de treinta y cinco años de edad, padece hace unos meses de hemorragias que ella cree menstruaciones abundantes, y habiendo oído que esta clase de padecimientos se corrigen en cierta piscina de agua bicarbonatada ferruginosa, acude á bañarse en ella y á beber el agua.

Al tercer baño general se reproduce la metrorragia (que no es menorragia), que la coloca al borde del sepulcro. Entonces se deja reconocer y el médico diagnostica «pólipo uterino» y logra corregir, á duras penas, el estado anémico producido y los demás síntomas no leves que exhibe la enferma.

No hay que decir cuántas mujeres acuden á estos balnearios especulizados para «la matriz», que tienen un cáncer, que debían reconocerse previamente, para no exponerse á perder el tiempo, y quizás la vida. Lo mismo digo de las enfermas con quistes ováricos ó con piosalpinx.

Recordaré también, que hay señoras casadas que por ignorancia ó quizás por malicia, toman baños estando embarazadas, y provocan el aborto. Los médicos que dirigen balnearios tienen que tener gran cuidado con esas damas. No son únicamente oxiócicos los baños hipotermiales sulfurcosos—aunque son los que más predisponen al aborto—sino también los baños en aguas cloruradas y más si van seguidos de duchas calientes á la región lumbar.

Pero señalaré también otros peligros de estas aguas salinas. Me refiero ahora á la atmósfera marina. Grandemente beneficiosa á los linfáticos y á los de tipo escrofuloso con adenitis, perjudican á los que tienen dermatosis húmedas, á los que padecen de blefaritis y conjuntivales y á los que con perforación del tímpano, acusan flujos de oídos.

Una cosa es la profilaxia y otra la aplicación del medicamento en la marcha activa del padecimiento. Hay un régimen de frontera á la enfermedad y otro régimen de *hinterland* que pudiéramos llamar. Las aguas salinas, sin atmósfera salina, y pudiéndose graduar la salinidad y la temperatura, son más aconsejables para estos casos.

En resumen; se puede hacer con las aguas minero-medicinales mucho bien y muchos males, como sucede con las drogas más enérgicas de la farmacopea.

Unos y otros remedios si se administran á sujetos normales pueden ser inocuos: es el *mitridatismo*, la inmunidad del fuerte á toda causa de mal. En cambio, si el sujeto es un enfermo, las aguas minerales y las drogas sin indicación precisa, pueden ser venenos.

Y sin embargo, hay quien defiende la libertad balnearia, es decir, la libertad de prescripción, el derecho á tratar las enfermedades y los enfermos sin ordenación facultativa.

Creemos haber demostrado que este experimento es peligroso.

COREA Y ATETOSIS EXPERIMENTAL

(NOTA PRELIMINAR)

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

Director del Laboratorio de Fisiología general del Instituto Cajal.

Los trabajos anatomopatológicos recientes de Alzheimer, Hunt, Wilson, Mingazzini, Lewy, y principalmente de O. y C. Vogt, sobre los cuerpos estriados y sus lesiones, y los de Economo, Tretiakoff y otros, referentes al parkinsonismo consecutivo á la encefalitis letárgica, han puesto á la orden del día el problema de la localización de los síndromes motores extrapiramidales (temblores, atetosis, corea, etc.), y entre ellos el de la corea, enfermedad que hasta hace unos años figuraba como

neurosis sin lesión conocida, y que hoy es ya admitida como enfermedad orgánica localizada en los núcleos grises de la base del cerebro (1). Las opiniones sobre la localización precisa de esta enfermedad son muy variadas. Todos admiten, sin embargo, que son síndromes en los que no interviene la vía piramidal (síndromes extrapiramidales). La clínica ha enseñado que en unos casos la lesión radicaba en el tálamo (Gowers y otros), en otros en el cuerpo estriado (Birkenstaed, Schilder, Lhermitte y Berger), y en otros en el pedúnculo cerebeloso superior y núcleo rojo (Muratow, Bonhoeffer, Greiff, Sander, Brenner). Kleist duda que dependa de lesiones en el *Striatum*.

Por otra parte, los trabajos experimentales hechos hasta ahora son muy escasos. Citaremos el de Economo y Karplus, de 1909, sobre la «Fisiología y Anatomía del cerebro medio», llevado á cabo en 13 gatos y 6 monos, y el de Wilson, de 1914, sobre la «Fisiología y Anatomía del cuerpo estriado», realizado en 12 monos. Economo y Karplus observaron en tres de sus gatos (que después presentaron lesiones del núcleo rojo), un síndrome coreico-atetósico de las extremidades; pero no comprobaron este mismo síndrome en otros animales en los que la lesión afectó también al núcleo rojo. Wilson no obtuvo ningún síndrome coreico en los monos á los que produjo lesiones electrolíticas de los dos núcleos lenticulares, ya en su parte interna (*globus pallidus*) ó ya en la externa (*putamen*).

Nosotros hemos operado 27 gatos, una ó dos veces, habiendo obtenido en 12 el síndrome coreico ó atetósico. Las vías operatorias han sido tres: 1.ª, lesión del núcleo rojo con una aguja que se introduce por el polo occipital hacia adentro y la línea media hasta llegar casi á la base del pedúnculo cerebral; 2.ª, lesión del hipotálamo introduciendo una aguja por el tercio posterior del cuerpo calloso y atravesando el tálamo para lesionar extensamente el hipotálamo, y 3.ª, lesión del pedúnculo cerebeloso superior y del núcleo rojo por la parte lateral del pedúnculo cerebral, levantando el lóbulo temporo-occipital, según la técnica de Economo y Karplus. También hemos lesionado en algunos gatos ambos núcleos lenticulares, sin obtener ningún síndrome coreico-atetósico con esta operación.

Los síndromes obtenidos han sido diversos según la localización de la lesión: corea monopléjica, hemicorea, corea de las cuatro extremidades, atetosis de las dos extremidades anteriores, hemiatetosis, atetosis de las cuatro extremidades, espasmos intencionales monopléjicos y hemilaterales. En unos animales se produjeron además síndromes cerebelosos más ó menos transitorios; en otros, hemianopsias; en otros, nistagmus, y en otros, oftalmoplejias. La localización de los síndromes motores involuntarios recayó unas veces en el lado de la lesión, y otras en el lado opuesto, fenómeno explicable por los entrecruzamientos de las vías cerebelo-rubro-tálamicas y rubro-espinales que intervienen en la producción del síndrome.

El síndrome motor aparece á veces á las pocas horas

(1) En la Asociación para el Progreso de las Ciencias presentamos ya en 1913 un trabajo sobre este asunto.

de la operación, para desaparecer á los dos ó tres días (en algunos duró quince á veinte días), y otras veces se presenta al mes de la operación y se ha mantenido indefinidamente durante varios meses. Hemos observado dos tipos de movimientos coreicos: unos rítmicos, bruscos, de tipo mioclónico, y otros más complejos y algo más parecidos á los amplios movimientos de la corea humana.

Como síntesis localizatoria podemos por ahora decir: 1.º, que la lesión del pedúnculo cerebeloso superior (*brachium conjunctivum*) produce constantemente hemiparesia homolateral ó contralateral, según la localización más ó menos anterior de la lesión (entrecruzamiento al llegar al núcleo rojo). Corresponde esta forma de corea con la que los clínicos alemanes han denominado «corea del pedúnculo cerebeloso superior» («Bindearmchorea» de Bonhoeffer); 2.º, que la lesión en el hipotálamo parece producir con cierta constancia el síndrome atetósico, el cual puede ser bilateral cuando la lesión está en la línea media y cruza ésta oblicuamente lesionando ambos hipotálamos; 3.º, que la lesión del núcleo rojo ó de la vía rubro-talámica entre el núcleo rojo y el hipotálamo da lugar á síndromes mixtos coreicos y atetósicos.

Estos hechos parecen coincidir en ciertos extremos con la teoría de Kleist sobre la localización de los diversos síndromes motores extrapiramidales.

En la actualidad estudiamos las series de cortes hechas con los 27 cerebros de los gatos operados á fin de publicar los datos definitivos en un trabajo extenso fisiológico y anatomopatológico.

Bibliografía.

Bonhoeffer: «Ein Beitrag zur Lokalisation der choreatischen Bewegungen» (*Monatschr. f. Psych. u. Neurol.*, 1907.)

Economo y Karplus: «Zur Physiologie und Anatomie des Mittelhirns» (*Arch. f. Psychiatrie*, 1909.)

Kleist: «Zur Auffassung der subkortikalen Bewegungsstörungen» (*Arch. f. Psych.*, 1918.)

C. y O. Vogt: «Zur Lehre der Erkrankungen des striären Systems» (*Journ. f. Psychol. u. Neurol.*, 1920.)

Wilson: «An experimental research into the anatomy and physiology of the corpus striatum» (*Brain*, 1914.)

Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría.

CONFERENCIA DEL DR. GARCÍA DEL REAL

Señores: Quiero que los médicos nos vayamos acostumbrando á la puntualidad, y así como queremos que los enfermos la tengan en sus planes y en las órdenes que les damos respecto á cuándo deben levantarse, etc., es preciso que nosotros mismos demos el ejemplo, tanto más cuanto que los médicos no disponemos de nuestro tiempo, y debemos de administrarlo bien para que dé de sí lo más posible.

El tema á desarrollar, como dicen los que traducen del francés, consiste en el estudio del vómito, del estreñimiento y de la diarrea en la infancia. Es un tema á la vez demasiado vasto y demasiado poco vasto: es algo así como lo que expresa el refrán de que «quien mucho abarca poco aprieta»;

tenemos que estudiar materias y cosas muy diversas; pero no podemos ahondar, porque en cuanto penetremos un poco nos meteremos en el terreno de las conferencias restantes.

Es más bien de diagnóstico, de generalidades de la Patología digestiva, y quisiera tener el acierto necesario para dar el realce que se debe á la importancia del asunto.

Siempre he creído que las conferencias y las lecciones de cátedra no tienen por objeto llenar de conocimientos los cerebros de los que escuchan; todos ustedes, indudablemente, tienen más cultura que yo; pero aunque así no fuera, yo no creo que la misión del conferenciante, ni la del maestro, consista en meter muchos conocimientos en el espíritu. Creo más bien que la conferencia debe ser algo así como las vitaminas, los fermentos, los hormones, algo que despierte interés y haga pensar en la importancia del asunto que se estudia, desarrollando las aptitudes y deseos de recogerlo. Esta es la misión: no enseñar, no decir cosas nuevas, sino poner puntos distintos á la vista, que interesen á los que escuchan, hacia aquello que allí se comenta ó describe.

Claro que en este sentido estas conferencias son menos atractivas, menos artísticas y llamativas que las quirúrgicas. La Cirugía es más arte que la Medicina; tiene la parte de instrumental, que va siendo bella, sobre todo á los ojos de los médicos, y tiene un atractivo de que carecen los asuntos de Medicina.

Empezaré por ocuparme del vómito, y principalmente me voy á referir á los niños de pecho, la especialidad que más he cultivado; de manera que cuando no haga indicación especial, á ellos me refiero.

En los niños de pecho, la primera cosa diagnóstica que se nos ocurre es la diferenciación entre el vómito normal y el patológico. El primero es cosa corriente. La regurgitación se presenta en los niños sanos, lactados por su madre, que, además, es una buena nodriza, y en los que, sin embargo, de vez en cuando, sin el menor trastorno, devuelven una pequeña cantidad de leche. Un pequeño movimiento en la cama, una fiesta que se les haga, pueden ser su origen. Si no se complica con ningún síntoma patológico, no tiene importancia. Se explica por las condiciones del tubo digestivo, la posición del estómago, la facilidad de expulsión, etc.

Después viene el vómito patológico, en el cual debemos distinguir el momento de aparición. Puede ser inmediato ó tardío, por la noche, la mañana, ser periódico ó no. Otra cosa que vemos en el momento en que se produce el vómito, es la calidad de las materias vomitadas, la leche en el niño de pecho, que puede estar normal ó cuajada. Este carácter se debe analizar en relación con el que acabamos de mencionar. Claro que si el vómito es inmediato, es natural que aparezca sin cuajar, y esto no tiene significación alguna, pero si el vómito es tardío, si ha transcurrido tiempo entre la ingestión y él, y no ha sufrido la leche la acción de los jugos digestivos, continuando líquida, entonces ya tiene importancia, indicando una insuficiencia digestiva, algo de afección, de falta de ClH, de pepsina, de fermento lab, etc.

También al examinar la leche, vemos las cosas que acompañan al vómito, entre las cuales hay dos de importancia, el moco, y la sangre, más importante esta última. El vómito sanguíneo, la hematemesis, es muy rara; los dos procesos que en la edad adulta producen hematemesis, son excepcionales en la infancia; ni la úlcera redonda, ni las neoplasias malignas, se suelen presentar; la ulceración lo puede hacer alguna vez, sorprendiéndonos por su aparición trágica, y debiendo, por tanto, de estar prevenidos.

Nosotros no vamos á entrar ahora en un estudio patogénico, pero no tenemos más remedio que señalar otros pro-

cesos más frecuentes en la infancia, que también pueden dar origen á hematemesis; las diferentes variedades de púrpura hemorrágica, y hay además, y este es el dato de más interés, la aparición de hematemesis en los niños heredo-sifilíticos, caso raro, pero que nos puede poner en camino de un diagnóstico de sífilis, que luego comprobaríamos, y nos permitiría poner un tratamiento, en casi todos los casos, de una gran eficacia.

En los niños un poco mayores el diagnóstico de hematemesis tiene otra fase; la diferenciación entre la hematemesis falsa y la verdadera, es decir, el caso en que el vómito de sangre estomacal puede no ser tal á pesar de parecerlo. Esto en los niños de pecho sólo se da en el caso de hemorragias de la nodriza; una grieta del pezón, el niño mama y chupa la sangre, expulsándola luego, y produciendo una gran alarma en la familia. Esta es una eventualidad que conviene tener presente, para no incurrir en diagnósticos falsos y equivocados.

En los niños mayores, estas hematemesis falsas son más frecuentes, siendo causa frecuente las hemorragias nasales, en las cuales no sale la sangre al exterior por las vías anteriores, por presentarse, por ejemplo, en el niño dormido, que á la mañana siguiente la vomita, comprendiéndose la alarma que se produce entre los que le rodean.

Es evidente que en las hematemesis falsas, hay la disociación de los síntomas, que debe de hacer dudar de todo diagnóstico; cuando hay un síntoma que tira decididamente en una dirección, pero los demás no tienen analogía con él, el diagnóstico no está bien hecho, pues en este caso los síntomas van siempre más ó menos encaminados y aparejados.

En las hematemesis falsas contrasta el buen estado del niño, la normalidad, la falta de dolores, síntomas que deberían acompañar al proceso que parece padecer.

Estos son los dos puntos más esenciales, la posibilidad de la sífilis hereditaria, y la posibilidad de los errores de diagnóstico.

Vamos á entrar ahora en el vómito verdadero, patológico ó simple, para cuyo estudio se pueden hacer muchas clasificaciones, distintas según los autores, y que aunque no son exactas, sirven para darnos mejor cuenta del asunto, y para recordar las cosas en el momento necesario. Claro que la clasificación que yo voy á hacer no es un modelo, pero por el momento nos puede servir.

Hay que distinguir las enfermedades febriles ó no febriles. En el primer grupo, el vómito con fiebre, se dan dos casos: ó el niño es de pecho, ó mayor. En el primer caso, no tiene importancia, se presenta con gran frecuencia, y es un síntoma que no nos pone en camino de ningún diagnóstico. Ahora bien, se trata de un niño algo mayor, de unos tres años: entonces ya tiene alguna significación, pues no se presenta con igual frecuencia en todas las enfermedades. Las hay en que se presenta con más constancia, por ejemplo, en la escarlatina, constituyendo en ella el síntoma inicial. Naturalmente, no vamos á hacer un diagnóstico por un solo síntoma, pero sí nos orienta en determinado sentido. Otra enfermedad con vómito muy constante en el niño y el adulto, es la neumonía fibrinosa, que tiene como primer síntoma muchas veces un vómito, que nos sirve para hacer un diagnóstico de probabilidad. También tiene vómitos la erisipela, la viruela, pero sobre todo, la escarlatina y la neumonía.

Cuando el vómito se presenta en un estado apirético, lo puede hacer con tos ó sin tos. Cuando el vómito se presenta tosiendo, hay una enfermedad que acude á la memoria, y es la coqueluche, que tiene como todos saben caracteres muy distintos en el niño de pecho de en los niños mayores. En los primeros muchas veces pueden faltar las *reprises*, etc.

También aparece el vómito en las adenitis tranqueobronquiales, que tantos puntos de analogía en la sintomatología presentan con la coqueluche, siendo por lo tanto el diagnóstico diferencial entre las dos un poco complicado, más fácil hoy por la radiografía y la radioscopia. También parece que se presenta en los casos de dilatación bronquial, no es que ésta sea excepcional, pero yo no he tenido ocasión de ver un caso típico, bien comprobado, y por lo tanto no tengo experiencia en la cuestión, así como en la gangrena pulmonar donde asimismo se presentaría.

Cuando el vómito no se presenta con fiebre ni tos, entonces puede depender de causas gástricas, ó de causas que no lo sean. La primera variedad comprende los trastornos del estómago, las indigestiones, las gastritis agudas, etcétera, todos ellos van acompañados de dicho vómito, lo mismo en el niño que en el adulto, dando sensación de un proceso patológico mucho más grave. El niño se pone molesto, después llora, grita, y la familia llama con urgencia al médico porque el enfermo se ha puesto gravísimo, la cara se ha quedado fría, el sudor le corre por la frente, y todo ello termina por un vómito más ó menos intenso, único ó seguido de otros, hasta que el niño se queda dormido, y pasa la escena. Este es el vómito de los estados gástricos, que no constituye más que una de tantas manifestaciones de defensa del organismo contra todo agente patológico, provocándose la expulsión del cuerpo, que desde el momento en que no es útil, se puede considerar como un cuerpo extraño.

Otras veces no depende de trastornos gástricos, sino de trastornos en otras partes del aparato digestivo, pudiendo ser la expresión de trastornos intestinales, por ejemplo, la oclusión, que en el niño, el pequeño sobre todo, se deriva de una invaginación intestinal; muy raras veces de una hernia. Tiene los caracteres de gran intensidad, de ser repetido, y presentar, si no, el aspecto fecaloideo, que raras veces se ve, el olor á heces.

Puede lo mismo ser resultado de otro proceso, los parásitos intestinales. El ascárides lumbricoides, la tenia, algunas veces provocan vómitos, que tienen un carácter especial: es el vómito en ayunas, por la mañana. Estos vómitos en los niños de pecho, lactados por sus madres, son muy poco frecuentes, sólo se suelen presentar en los mayorcitos, que juegan con la tierra, en donde existen los parásitos, y siempre, como antes decía, en ayunas. Vuelvo á repetir que este síntoma no nos bastará para hacer el diagnóstico, ni mucho menos una terapéutica, sino que tendremos que investigar las heces, buscaremos los huevos, pero siempre es un dato que conviene tener en cuenta. No vamos á olvidar por los síntomas más modernos, más nuevos, de Laboratorio, que son el orgullo de la Medicina moderna, los que los antiguos utilizaban, detalles de coincidencia, de relación, que debemos conservar por el valor real que tengan.

Además de los vómitos del aparato digestivo, también se presentan debidos á otras afecciones, cerebrales, por ejemplo; se dan como caracteres especiales: el presentarse al hacer un esfuerzo, ó al cambiar de postura, cosa no siempre exacta, pues no existe en todos los casos; hay niños que vomitan al cambio de postura y no tienen trastornos en meninges ni cerebro, y viceversa, pero que, sin embargo, debemos conservar como un carácter general de orientación.

Otro vómito de éstos, sin fiebre, ni tos, es el debido á una intoxicación. De ello tenemos un ejemplo en los vómitos del cloroformo, aunque hoy creo (no sé si diré una herejía, tengo miedo cuando hablo de cirugía) que no se cloroformiza tanto como antes. Estos vómitos se calman con el cambio de atmósfera, el traslado á otra habitación por ejemplo.

Uno de mis maestros de Alemania, el Dr. Leyden, habla de los vómitos por debilidad irritable. No los he podido encontrar, pero en algunos casos de estados mal definidos, tal vez puedan incluirse los vómitos presentados en esa clase.

También se encuentran vómitos en la neurastenia y el histerismo, más ó menos precoces, que no son excepcionales en la infancia, sobre todo en niñas de doce á catorce años, con caracteres teatrales, vomitando cuando la familia está delante, con gran intensidad, pero no depauperándose el enfermo, haciendo todas sus funciones normalmente, permitiendo á veces la sospecha de simulación.

Respecto de esto, repetiré lo que digo siempre á mis alumnos: no se debe diagnosticar una neurosis, sino por exclusión, después de desechar todas las posibilidades de procesos anatómicos, evitando esos casos de enfermos diagnosticados de cosas neuróticas, que después se han muerto de otras muy distintas, ó bien, como se ha visto, algunos enfermos de falsa angina de pecho, que luego han muerto de la verdadera.

Hay otros vómitos que se presentan en algunas enfermedades infecciosas, sobre todo, en su convalecencia, como los vómitos de la difteria. Estos se encuentran señalados en todos los libros, pero actualmente parece que varía su interpretación, se ha pensado que expresarían una insuficiencia de suprarrenales, ó una falta del tono vascular.

Hoy estas cosas de las suprarrenales y de la adrenalina empiezan á ser dudosas, se dice que no es la adrenalina la expresión fisiológica de lo que se produce en la cápsula suprarrenal, y no son los efectos que con ella se obtienen, los verdaderos de la suprarrenal en el organismo. A pesar de ello, quizás por coincidencia, lo que puedo decir es, que en muchos casos á mí me ha dado excelentes resultados la administración de la adrenalina cuando los otros medios habían fracasado. No sé si esto será verdad, ó es que yo me lo imagino, porque muchas veces ponemos en práctica el sofisma de que cuando se hace una cosa, y luego pasa otra, la segunda debe ser consecuencia de la primera.

Otro vómito es el llamado vómito cíclico, que tiene mucho interés, porque seguramente no hay médico de los que me escuchan, que no haya tenido de él algún caso. Se da en niños ya un poco mayores, de tres á siete años, fuertes, robustos, bien alimentados, en los que con gran contrariedad de los padres, se presentan sin motivo esos vómitos. Claro que investigando, [quién no encuentra algún desliz, alguna pequeña transgresión de régimen], pero en realidad, casi nunca se encuentra algo que nos satisfaga. El niño vomita una cosa agria, de un olor especial, que recuerda á la manzana reineta, echa todo lo que toma, á todas horas del día y de la noche, bebe agua, y devuelve más de la que ha ingerido, y no se puede hacer nada, no hay terapéutica posible, no sabemos que hacer. Lo mejor es dar bebidas heladas, alcalinas, un poco de láudano, en supositorios, hasta que los vómitos se van calmando y desaparecen, para volver á presentarse al cabo de un período de tiempo.

No sabemos qué pensar con respecto á ellos. El olor de la manzana reineta parece indicar que la acetona les origina, pero hacemos la investigación del azúcar en la orina, y nos encontramos con que no la hay, buscamos síntomas de insuficiencia renal, y no los encontramos. Yo no tengo experiencia en estos trastornos; unas veces he pensado en deficiencias hepáticas, ó tiroideas, pero luego he hecho investigaciones y no he encontrado nada.

Otra cosa también de interés, son los vómitos de la anafilaxia, de ellos tengo bastante experiencia, pero no puedo entretenerme. Sólo diré que hay niños que tienen intoleran-

cia en forma anafiláctica, con el shock característico, para la leche ó los huevos, y cuando se les dan huevos poco hechos, que la gente erróneamente cree que son los más digestibles, aunque lo son mucho más los cocidos, aparecen esas crisis con erupciones de urticaria, elevación de temperatura, vómitos, delirio, mal estado general, que con mucha frecuencia, al volver á repetir el alimento, se vuelven á presentar. Tienen importancia, porque hay que suprimir el alimento, y pensar si no en los medios preconizados para evitar la anafilaxia, en el empleo de los sueros.

Estreñimiento. Se puede presentar en diversas enfermedades, á veces aparece aislado. Se habla también del estreñimiento fisiológico habitual, y naturalmente que para determinar lo que es fisiológico y lo patológico, hay que ponerse de acuerdo.

En el niño de pecho oscila el número de deposiciones bastante, pero se puede decir que es de una á tres deposiciones en las veinticuatro horas. Los autores han discutido de si un niño que no mueve el vientre cada veinticuatro horas, es estreñido ó no. Hay autores que dicen que no, que un niño puede mover el vientre cada treinta y seis ó cada cuarenta y ocho horas, y si las deposiciones tienen caracteres normales, no hay estreñimiento. Las deposiciones normales son gelatinosas, como papilla de color amarillo de oro, de olor no repulsivo, y que hacen sin esfuerzos, sin ruido, sin poner en juego los músculos de la prensa abdominal. Cuando las deposiciones no son así, y se hacen en forma de pequeños embutidos, más blanquecinas, perdiendo el color amarillento, cuando exigen el poner en juego la prensa abdominal, con esfuerzo, molestias y llanto del niño, entonces se puede hablar de estreñimiento.

Como antes decíamos, se habla de estreñimiento habitual que no tiene causas conocidas, y es comparable al vómito habitual y compatible con la buena salud del niño. A la larga, estos trastornos producen molestias, que se han exagerado, y se dice que se han visto casos, de los cuales yo no he observado ninguno, y que dieron mucho que hablar, con estercoremia, absorción de bacterias, que debían ser eliminadas con las heces, y, al no serlo, se reabsorbían y producían diversos trastornos; pero ya digo que yo no he visto ningún caso de esos. Tanto más, cuanto que las heces de los estreñidos, como ha demostrado Strassburger, tienen menos bacterias que las heces propias de la diarrea, y la flora microbiana no se multiplica con aquél, habiendo también autores españoles que han puesto en tela de juicio, como Rosell, todas estas cosas. Acaso en los adultos se observen alguna vez, pero se duda de si estos síntomas son verdaderos, ó entra en ellos el factor imaginativo. Los enfermos adultos que más nos preocupan y molestan á causa de su estreñimiento, son los que pasan su vida pensando en su intestino, y como las funciones de éste son funciones que se notan, esos enfermos, á cualquier cosa, nos llaman para su estreñimiento y nos dan esos síntomas, que muy rara vez vemos en cualquier otra clase de individuos.

Existe una cosa de mucho interés, y es el estreñimiento por la escasez de grasa de la leche, ó el exceso de caseína. En estas condiciones, el niño con mucha facilidad está estreñido, y habrá que variar el régimen alimenticio de la nodriza, haciendo que tome menos carne, que no beba vino, que tome frutas, etc. También tiene interés el estreñimiento de los niños que tienen hambre.

Hubo una temporada, que afortunadamente ya vamos pasando, que podría llamarse la era de los regímenes; todos los médicos se preocupaban de ello; fué la época en que se escribieron más obras de dietética, y se variaban con gran facilidad los planes alimenticios, poniendo en seguida otros

más fastidiosos y desagradables. Hoy se ve que en las enfermedades del aparato digestivo, que es la especialidad en que el régimen debiera tener mayor importancia, los especialistas dejan al enfermo que coma lo que le guste y lo que le siente bien. También en la infancia hubo un período de tiempo en el que los regímenes alimenticios que se establecían eran draconianos; yo he conocido niños que tomaban dos cucharadas de leche en litro y medio de agua en las veinticuatro horas, y una pequeña cantidad de pan tostado, y la madre siempre andaba con la balanza á cuestas para que no se le pasase ni la más mínima porción. Estos niños tienen estreñimiento por hambre, basta verlos para conocerlos. Hace algún tiempo me mandaron un niño en estas condiciones; tenía no sé si ocho ó nueve meses. Había padecido un trastorno intestinal, había pasado por las manos de varios médicos, y el último le había puesto un régimen tal, que el niño estaba muerto de hambre; parecía un bicho raro, tenía la piel seca, una cara de angustia, esa cara tan conocida de los niños que parecen viejos, un grito especial, y un estado, que yo dije á los padres: «Siguiendo el niño como está, lo más probable es que se muera; si se le alimenta es lo probable que no, vamos á ver lo que pasa». Se le alimentó, y en poco tiempo se puso hermoso y fuerte. Así se ven muchos casos en las familias que yo llamo pseudocultas. Esta es la familia terrible para el médico, no la ignorante, que con la mejor fe del mundo hace todo lo que le mandamos y tiene confianza en el médico: la primera, la que sabe algo de Medicina, y tiene teorías sobre la etiología, patogenia y terapéutica, es la que interpreta las cosas del médico como le parece. Son esas gentes que nos cuentan: Hemos visto á tal y cual, y nos han dicho tal cosa; cosa que es imposible que efectivamente se la hayan dicho, poniendo de tal forma en gravísimo peligro la vida del enfermo, en primer lugar, y en segundo, lo que tampoco es despreciable, la reputación del médico. Si se les dice que hay que tener cuidado con la alimentación, en seguida dejan sin comer al niño, ó no le permiten mamar, y si les parece que el niño se ha sofocado después de comer, en siete ú ocho horas ya no le vuelven á dar nada, y el niño está sentado en una butaca, cerca del fuego, y sometido á este régimen.

También hay que tener en cuenta las fisuras de ano. Son casos de niños un poco mayores de dos ó tres años, que no hacen de vientre porque les da miedo. Yo he conocido un caso de una niña que iba la familia detrás de ella con orinales, persiguiéndola por toda la casa, y la niña se contenía todo lo que podía, hasta que echaba de pie, unos cuantos escibalos, muy duros, conteniendo todo lo que podía la deposición siguiente. Estos casos necesitan ser examinados, y se encuentran las fisuras entre los pliegues radiados del ano, curando perfectamente con la intervención quirúrgica.

En épocas más avanzadas de la vida, sobre todo en el sexo femenino, hay la variedad del estreñimiento por hábito, por contenerse en mover el vientre, por vergüenza ó por otras razones, que á la larga lo producen.

Dos enfermedades en que puede presentarse el estreñimiento son la oclusión y la invaginación, las dos quirúrgicas.

Vamos á decir, porque no tenemos tiempo para más, dos palabras de la diarrea, que nos interesa, sin embargo, más porque parece que resume en sí toda la patología del niño de pecho, y porque es el síntoma llamativo y grave, lo que se explica por la gravedad que tienen sus afecciones, sobre todo en las épocas calurosas.

Volvemos otra vez á lo mismo de antes: para saber cuando hay diarrea, hay que saber los caracteres de las deposiciones normales, ya que aunque el niño haga tres ó cuatro

veces de vientre, esto no indica nada si no varía también el aspecto de las mismas.

Se puede dividir la diarrea de una forma esquemática, y las puede haber agudas y crónicas, pudiendo corresponder á distintos tramos del aparato digestivo, cosa muy artificial, pero que debemos admitir, suponiendo que hay una diarrea dispéptica, gástrica, otra de intestino delgado, y otra de intestino grueso.

La primera se llama dispepsia de los niños de pecho. En este caso las deposiciones están aumentadas en cantidad, pero no en número, es decir, que el niño hace tres ó cuatro veces de vientre, pero en una cantidad mayor que la normal, variando además su aspecto. Encontramos al examen macroscópico, restos mal digeridos, grumos blanquecinos más ó menos grandes, con caseína, epitelio, ácidos grasos, cristales de grasa, también cambia el color corriente de las mismas; la bilirrubina, que se transforma en biliverdina, da esas deposiciones verdes, en las cuales resalta el color blanquecino de los restos mal digeridos. Se ha comparado esto, por esa fea manía que tenemos los médicos de comparar con las cosas de comer, á un plato de huevos duros y picados.

Algunas veces esta diarrea dispéptica va acompañada de vómitos, en los que van también restos poco digeridos de leche. Casi siempre encontramos en la anamnesis de estos enfermos datos de mala reglamentación de la alimentación, con frecuencia las madres les dan de mamar á todas horas, dos pechos en vez de uno solo, etc.

En estos casos conviene comenzar por la administración de un evacuante como el aceite de ricino; hay autores que siguen aficionados á los calomelanos, y después someter al niño á una dieta hídrica rigurosa, dándole el agua que quiera, pues el niño resiste perfectamente sin comer, pero no resiste la falta de líquido (por eso la sangría está abolida en la infancia), por las funciones del riñón, el mantenimiento del tono vascular, para la nutrición de los tejidos, etcétera. Sin comer puede pasar perfectamente el niño, tanto más cuanto que la condición primordial para que un órgano se cure es dejarlo en reposo. Un purgante ligero y la dieta hídrica, son la base del tratamiento, seguidos después de la normalización del régimen.

La diarrea del intestino delgado tiene los caracteres de ser frecuente, abundante y líquida, y, además, de ser la que con más facilidad pasa á las formas graves, como la enteritis infecciosa, propia del verano, conocida con el nombre de cólera infantil, y llamada así por su analogía con el cólera de los adultos, no sólo por sus vómitos incoercibles y la diarrea acuosa, sino también por la depauperación análoga en las dos enfermedades; la voz se apaga, los ojos se hunden, con unos cambios tan rápidos, que si se ven los enfermos de la mañana á la noche, parecen otros distintos.

La otra variedad, la enteritis del intestino grueso, se caracteriza por un síntoma predominante, el moco, que existe en toda deposición, pero que en las normales está bien trabado, acompañado de los elementos, de tal manera, que no se nota su presencia; en la enteritis de tramos bajos está separado. Otro carácter es que la cantidad de las deposiciones no aumenta, pero sí aumenta la frecuencia. Además, van acompañadas de ruido, de tenesmo, y tienen todos los caracteres de las deposiciones disentericas del adulto.

Con esto está dicho todo lo más esencial acerca de estos síndromes, y ahora no voy á hacer más que llamar la atención acerca de un proceso que se ha visto pocas veces, pero que es de temer que se vaya viendo cada vez más. Este es la diarrea periódica ó palúdica. Antes, cuando yo estudiaba, se decía que el paludismo no existía en Madrid, porque era

totalmente desconocido, pero hoy no pasa esto, sino que desde muchos puntos de los alrededores nos va invadiendo, y hay cada vez más casos. Por consiguiente, hay que pensar en las formas larvadas.

Los autores que han trabajado en puntos palúdicos, han dicho que en ellos se presenta una diarrea especial, que tiene dos caracteres importantes, uno de ellos es su periodicidad, siempre en el tiempo que varía entre las doce de la noche y las del mediodía, presentándose una serie de deposiciones, hasta que el niño queda bien, para volverse a repetir; el otro carácter, es la rebeldía al tratamiento usual. Esta diarrea resiste á todo, al régimen, á las medicaciones, al opio, por ejemplo, al tanígeno, al subnitrato de bismuto, pero se cura en cuanto se da una sal de quinina; pudiendo, á veces, además, demostrarse el hematozoario, y siendo esta forma del paludismo casi exclusiva de la infancia, no soliendo presentarse en otras edades. Este es el hecho que quería señalar, pues yo he preferido decir lo más raro que había visto, porque creo que cada médico, como todos ejercemos en atmósferas distintas, y en centros de población también distintos, tenemos posibilidad de recoger cosas distintas; además la aptitud y la manera de recogerlas, no es igual para todos. Esto puede redundar en beneficio de los enfermos primeramente, y después en beneficio de nuestra cultura y provecho personales.

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.

B) IMPORTANCIA DE LA PEPSINA.—a) *Hiperpepsia*.—Se ha hablado siempre de la importancia de la hiperclorhidria (que, según hemos dicho, no es constante), y en cambio se ha fijado menos la atención en la hiperpepsia (aumento en la actividad péptica del jugo gástrico) que nosotros señalamos en un trabajo publicado con Alday (28). De 72 casos de úlcera, en los que se hizo la determinación de la pepsina por el método de Mett, en todos menos en uno encontramos aumento de las unidades pépticas, incluso en 5 hipoclorhídricos, y de 68 examinados por el método de Fuld-Levison, en 66 había aumento de unidades pépticas, incluso también en los hipoclorhídricos. Es interesante, según nuestro modo de ver, este hecho, porque parece probar la importancia de la pepsina en la formación y sostenimiento de la úlcera, y esto seguramente, no por aumento en la cantidad de este fermento, que, teniendo en cuenta su acción, sería probablemente inútil, sino porque haya sustancias en el jugo gástrico que favorezcan su acción ó falten otras que sean capaces de inhibirla. Spineau ha demostrado que el poder digestivo de la pepsina aumenta cuando se asocian al ácido clorhídrico pequeñas cantidades de ácido acético, láctico, fosfórico, etcétera, etc. Sabida es la importancia que se viene dando empíricamente á la ingestión de ácidos en la etiología de la úlcera.

b) *Antipepsina*.—Fundándose en los estudios sobre los antifermentos á que antes aludimos, se han emitido hipótesis sobre la posible disminución de antipepsina como causa de la úlcera. Ya decíamos que Danilewsky, por acción del ácido clorhídrico sobre el moco gástrico, obtuvo una sustancia inhibidora de la digestión péptica (antifermento). Des-

pues Weiland encontró esta antipepsina también en el estómago del cerdo, siendo confirmados sus trabajos por los de otros investigadores. Bun y Fuld han visto que por la ebullición pierde el jugo gástrico las propiedades pépticas, pero no las antipépticas.

Wolff é Hirsch han comprobado la existencia de propiedades antipépticas en el jugo gástrico, encontrando que los diferentes jugos las poseen en distinto grado; pero no han visto que este poder antipéptico se encuentra disminuido en los enfermos ulcerosos, conforme habían asegurado otros investigadores. Katzenstein llega á formular de este modo la patogenia de la úlcera: «La úlcera gástrica es la consecuencia de una lesión limitada de la pared del estómago, cuya curación no se realiza porque se halla alterada la relación entre la pepsina del jugo gástrico y la antipepsina de la pared, en el sentido de un aumento de pepsina y una disminución de antipepsina.» Además de en los experimentos antes citados, se apoya Katzenstein en otros, como la obtención de úlceras experimentales inyectando diversas sustancias que producen una disminución de la antipepsina en la sangre ó en las paredes del estómago, teniendo estas úlceras el aspecto de úlceras crónicas. Así las ha conseguido por destrucción de la mucosa é inyecciones de ácidos diluidos. Cuando no inyectaba éstos curaban perfectamente. Según Katzenstein, la antipepsina se encuentra particularmente en el estómago y primera porción del intestino delgado, hasta el punto de que sostiene con Exalto que la úlcera del yeyuno es tanto más frecuente cuanto más baja se hace la gastroenterotomía.

Ya hemos dicho, sin embargo, que los estudios de Katzenstein no han sido comprobados. Aunque no resulta demostrable la existencia de ese anticuerpo, es posible que haya sustancias inhibidoras de la acción de la pepsina.

Si no es admisible una teoría general de la úlcera gástrica basada en un aumento de la pepsina ó en la disminución de un hipotético antifermento, creemos que pueden tener importancia, solas o juntamente con otras causas, todas las que sean capaces de aumentar ó favorecer la actividad péptica del jugo gástrico, ó las que disminuyan las sustancias, todavía no bien conocidas, que dificultan la acción de la pepsina sobre la mucosa gastroduodenal. Estas causas no siempre serán las groseras que luego estudiaremos con los epígrafes de traumatismo, infecciones locales, trombosis, embolias, etc., etc., sino que pueden comprenderse dentro de las alteraciones humorales, intoxicaciones, anemias, trastornos endocrinos y de sistema nervioso, etc., etc.

TEORÍA MECÁNICA

Aschoff (1 y 2) y sus discípulos Stromeyer y K. H. Bauer (5) consideran la úlcera crónica del estómago «como una enfermedad local». Aschoff insiste en el hecho de todos conocido de que, á pesar de observarse hemorragias y aun pérdidas de sustancia, á veces enormes, en toda la mucosa del estómago, las úlceras crónicas asientan casi solamente en la corvadura menor, píloro y duodeno, lo que se ha llamado por Retzius y Waldeyer la calle del estómago (*Magenstrasse*), y aun dentro de ésta, con preferencia, en los sitios que forman ángulo ó relieve, por lo que, aceptando el origen múltiple de las pérdidas de sustancia, considera que la razón de la cronicidad es puramente local y debida al roce de los alimentos sobre los pliegues de la mucosa gástrica que se forman en la corvadura menor, favorecida por estancamientos que facilitan los sitios ya normalmente estrechados en el estómago. Basado en los estudios de Stromeyer, concede gran importancia á otras condiciones mecánicas, particularmente al efecto de la contracción sobre la rígida corvadura menor,

(1) Véase el número anterior.

tanto del estómago como del duodeno. No cree que la forma en embudo de la lesión dependa de la alteración vascular que la produjo, sino que tanto ésta como la oblicuidad del diámetro mayor de la úlcera, con relación á la dirección de la corvadura menor, lo relaciona con el movimiento de ligera rotación que realiza el estómago al contraerse y con el que ejecuta la corvadura menor. Además del píloro y cardias, considera como sitio de elección el que corresponde en la corvadura menor al istmo del estómago (1) que se encuentra entre el cuerpo del mismo y el vestíbulo. (*Isthmus ventriculi* = *Engpass des Magens*). Es decir, que la úlcera asienta siempre en los sitios en que los alimentos se retienen por hallar una prominencia. La aparición de las úlceras simétricas laterales en la corvadura menor se explica viendo la disposición de los pliegues cuando el estómago se halla contraído (conforme ha visto Aschoff en cadáveres de soldados muertos con el estómago lleno), en el que aparecen dos pliegues laterales más prominentes protegiendo los más profundos y pequeños. Sin discutir desde el punto de vista anatómico la existencia del «istmo gástrico», no cabe duda que la teoría de Aschoff tiene una cierta importancia y que todos la venimos aceptando implícitamente cuando aconsejamos la quietud y las dietas de reposo del estómago en el tratamiento de la úlcera, y sobre todo es de transcendencia desde el punto de vista quirúrgico, puesto que nada puede halagar tanto á los intervencionistas como el que se les hable de que la úlcera gástrica es una enfermedad local. La doctrina de Aschoff ha sido objeto de críticas numerosas por anatómicos (Elze) y por los clínicos de la escuela de Bergmann. Westphal (64) concede poca importancia á este istmo, casi inapreciable en el hombre sentado y de pie; Katsch y Friedrich (30) niegan que los alimentos sigan el camino defendido por Aschoff.

Ya que hablamos de la localización de la úlcera, señalaremos la opinión de Hurst (29), que encuentra la razón (en sentir de Sherren (55), satisfactoria, de que la úlcera sea gástrica ó duodenal en el estado de la motilidad gástrica juntamente con alteraciones locales de origen infeccioso ó tóxico. Preparadas por esta causa la mucosa del estómago y del intestino, sufren la digestión del jugo gástrico ácido: en el estómago, cuando se trata de estómagos hipotónicos, que favorecen la retención, y en el duodeno, cuando son estómagos hipertónicos que tienen un vaciamiento más rápido é inyectan el jugo ácido en el duodeno. Barklay, primero, y después él y otros autores hemos observado la frecuencia con que se encuentran los estómagos hipertónicos en los casos de úlcera duodenal é hipotónicos en los de úlcera gástrica; pero ni esto es constante, ni probablemente son la causa, sino una consecuencia de la localización de la úlcera. Así, otros investigadores habían señalado los estómagos hipotónicos como predispuestos á la úlcera duodenal.

TEORÍA INFECCIOSA

Ya Lebert (1857) y Cohn (1860) observaron la aparición de úlceras gástricas después de la inyección intravenosa de pus; pero fué Böttcher (1874) el que, por vez primera, encontró en los bordes de las úlceras micrococcos y leptotrix, cuya importancia etiológica negó Korte (1875), que los consideró como resultado de infecciones secundarias. Letulle, en 1888, produjo úlceras por la inyección intraperitoneal de estreptococos y estafilococos y la intravenosa de bacilos disentericos. Después son innumerables los trabajos experimentales en los que por la ingestión de microbios (Türk) y por la inyección de microbios y toxinas se produjeron úlceras. A éstos se sumaron gran cantidad de observaciones clínicas de aparición de la úlcera en el curso ó en la convale-

cencia de numerosas infecciones generales ó localizadas (flemones, abscesos, apendicitis, anginas, etc., etc.). Distintas fueron las opiniones sostenidas para explicar el mecanismo de la infección: inoculación directa por vía gástrica, invasión de la mucosa del estómago y duodeno por vía vascular. Otros creyeron era consecuencia de la acción de las toxinas, y también hubo quien atribuyó á los microbios un papel puramente mecánico, produciendo una embolia de los vasitos de la mucosa del estómago.

Ultimamente, los estudios minuciosos de Rosenow (49) han demostrado la importancia de la infección en la patogenia de la úlcera gástrica.

Inició sus trabajos por estudios bacteriológicos interesantes acerca de las diversas razas de estreptococos y la electividad de cada una de éstas por un determinado órgano.

En las úlceras encontró el estreptococo, con exclusión de otras bacterias, y cuando inyectó á los animales el estreptococo aislado de estas úlceras, ó de otros focos de infección en pacientes ulcerosos, obtuvo úlceras gástricas y duodenales semejantes á las que se observan en el hombre. Bien es verdad que alguna vez se hallaban otros microbios (estafilococos, *bacillus subtilis*); pero inoculados estos últimos no produjeron úlcera.

Los estreptococos aislados de úlceras y cultivados producen éstas con mucha mayor frecuencia (60 por 100) que los obtenidos de otras lesiones (8 por 100). Esta afinidad por el estómago ó duodeno disminuye y desaparece por cultivos repetidos ó paso por animales. No consiguió obtener úlceras inyectando los filtrados de los cultivos.

Los estreptococos que proceden de úlceras gástricas y duodenales parece que tienen una cierta electividad, no constante, por el estómago y duodeno, respectivamente.

Los estreptococos procedentes de colecistitis, apendicitis, «fiebre reumática», *herpes zoster* y otras enfermedades producen úlcera con una frecuencia comparable á la que se observa en el hombre en el curso de estos procesos.

Generalmente, las bacterias se alojan y crecen en el tejido intersticial de las glándulas, ocasionando hemorragias, necrosis y ulceraciones. La úlcera tiene forma cónica, con la base en la superficie y el vértice es la muscular de la mucosa. A veces se encuentran vasos trombosados. Generalmente hay muchos estreptococos en las úlceras agudas, menos en las crónicas. En cuatro casos le pareció ver que la úlcera era consecutiva á la infección de los folículos linfáticos, pero en ninguno era esto seguro.

Rosenow hace compatible la teoría de la infección con la teoría nerviosa, admitiendo que los estreptococos pueden ocasionar alteraciones de los nervios del estómago seguidas de la formación de la úlcera, como las de los nervios intercostales producen *herpes zoster* (Rosenow y Oftedal).

Agregaremos que Gerdine y Helmholtz han observado una epidemia infantil de úlcera duodenal, debida al estreptococo.

«La teoría infecciosa explicaría, según Rosenow, la aparición de las úlceras agudas y exacerbación de las crónicas en pacientes con focos infecciosos. También permite darse cuenta de la reproducción de las úlceras después de extirpadas, cuando no se quitaron los focos de infección (piorrea, amigdalitis, infecciones de los senos, apendicitis, etcétera, etcétera), así como de la influencia beneficiosa de su curación. La exacerbación de los síntomas de la úlcera crónica seguidos de períodos de calma encuentra su mejor explicación dentro de la teoría infecciosa, siendo debida la primera á un avivamiento de la infección ó á la reinfección procedente de un foco, cuando la resistencia disminuye, y los segundos á un amortiguamiento de la infección consecutivo al aumento de la inmunidad general y local.»

Parece indudable la infección como causa de la úlcera, y es de mucha importancia desde el punto de vista de la profilaxia de la misma. Se deben evitar en cuanto se pueda focos de infección como la piorrea, sinusitis, anginas, apendicitis crónicas, colecistitis, etc., y se extremarán los cuidados del aparato digestivo cuando existan estas enfermedades, así como durante el curso y en la convalecencia de las infecciones agudas. Pero esto no quiere decir que debe admitirse siempre el origen infeccioso de la úlcera ni que sea suficiente para sostener la cronicidad de la misma.

Señalaremos asimismo que recientemente Askanazy (3) ha encontrado el hongo del muguet con tal constancia en las úlceras crónicas, que le considera responsable del proceso. Asegura haberlo hallado, no solamente en la superficie, sino también en la profundidad de las lesiones. Posteriormente Meyenburg (41), después de afirmar la patogenia de este hongo y otros semejantes para la mucosa gástrica, hace notar la rapidez con que suelen curar estas úlceras. Nada se puede asegurar, sin embargo, en este sentido, á pesar de la autoridad del referido anatomopatólogo.

DOCTRINA DE LA GASTRITIS

Cruveilhier observó la existencia de gastritis en los enfermos ulcerosos. Este hecho ha sido comprobado por otros autores, siendo motivo de diversas interpretaciones. Gailiard (1882), y más modernamente Mathieu y Moutier (1909), creyeron que la gastritis podía ser causa de la producción de la úlcera. Se fundan en que el examen histológico demuestra una infiltración leucocitaria que da lugar á la formación de pequeños abscesos, que se abren en la mucosa del estómago y producen una pérdida de substancia que, asentando en un terreno mal regado por la arteritis acompañante, facilita la acción del jugo gástrico sobre ella.

Diversos autores han estudiado después la gastritis de los ulcerosos, y Lange, en 25 casos con secreción normal ó aumentada, encuentra en 13 mucosa normal y en 12 inflamación más ó menos intensa. Esta es más marcada en pacientes con gran retención. También Mathieu y Moutier habían pensado en la posibilidad de que esta gastritis fuera secundaria, y Faber insiste en el hecho de que se la observa preferentemente en casos de estrechez pilórica, en los que el estancamiento de los alimentos y de un jugo, generalmente hiperácido, son las causas de la gastritis.

Recientemente Bolton (7) ha demostrado que el aumento prolongado de la acidez produce gastritis, y ésta, cuando persiste, sigue su evolución hacia el tipo hiposecretor. Concluye afirmando que la gastritis no es la causa ni la consecuencia de la úlcera, sino que se produce por la acción irritante del ClH ó quizá por la misma causa responsable de la úlcera.

ALTERACIONES CIRCULATORIAS

Desde que Morin, en 1800, atribuyó la úlcera gástrica á éxtasis sanguíneo seguido de perturbaciones en la circulación y nutrición de la mucosa del estómago son numerosos los autores que, basados en datos clínicos y experimentales, han sostenido la teoría vascular de la úlcera, expuesta y defendida por Virchow.

En el origen de la úlcera se ha dado importancia á las siguientes alteraciones: sufusiones sanguíneas, trombus y émbolos y compresiones, más ó menos permanentes, de las arterias, seguidas de dificultades circulatorias y nutritivas de la pared del estómago.

a) No cabe duda que las *sufusiones sanguíneas*, producidas por numerosos mecanismos y encontradas á veces en los enfermos ulcerosos, ó supuestas anteriores á la úlcera

misma, son capaces de ocasionar la mortificación de un territorio ó la disminución de su vitalidad, originando una erosión que puede ser el punto de partida de una úlcera.

Ya Rindfleisch, en un paciente que murió á consecuencia de una hernia estrangulada, encontró varios infartos hemorrágicos, y entre ellos dos en la corvadura menor, uno de ellos circular y el otro formando una úlcera del aspecto de la llamada úlcera redonda. Este infarto podría tener diferentes orígenes: éxtasis venoso, obstrucciones arteriales orgánicas ó alteraciones nerviosas pasajeras; no otra cosa que pequeños infartos ó sufusiones son los estigmas descritos recientemente por Beneke, que los considera como el primer paso hacia la úlcera.

b) Virchow admitía la teoría de la obstrucción de las pequeñas arterias por trombus ó émbolos.

c) La arterioesclerosis seguida de la oclusión de las pequeñas arterias por trombus, siendo éstos responsables de la úlcera, se observa en algunos casos. Nosotros, en un paciente arterioescleroso, pudimos comprobar la existencia de un trombus arterial en la base de una úlcera (23).

Muchos han notado la frecuencia con que se encuentra la arterioesclerosis en los ulcerosos. Citaremos entre todas las estadísticas relativas á esta frecuencia dos de gran valor, por ser anatomopatológicas. Kossinsky, en 419 casos de autopsia de enfermos con úlcera ó cicatriz de úlcera, encontró lesiones de arterioesclerosis en 68 por 100 de los casos. Más recientemente, Hart (20), en sus minuciosas observaciones acerca de las lesiones que acompañan á la úlcera del estómago, encuentra la arterioesclerosis en más de la mitad de los 166 casos por él examinados.

Nosotros hemos visto un caso, en el que insistiremos más adelante, de hipernefoma con arterioesclerosis, y úlcera gástrica comprobada en la autopsia, y numerosos de arterioesclerosis, entre los muchos que clínicamente hemos observado, haciendo como hacemos examen del aparato circulatorio en todos los enfermos.

La disposición de las arterias del estómago sometidas á tantos estiramientos es quizá de importancia para explicarnos la localización en ellas del proceso escleroso. Sabido es que se considera á la arterioesclerosis como producida por alteraciones arteriales, quizá congénitas, á las que se suman lesiones mecánicas ocasionadas por el uso ó desgaste (*Abnutzungskrankheit*) que permite aumentar estas lesiones en aquellas arterias que más trabajan. Son de gran importancia diferentes sustancias tóxicas, como la adrenalina, nicotina, colesteroína y los venenos digestivos y bacterianos, que producen sus lesiones directamente sobre los vasos ó suscitan la formación de lipoides en exceso, que actúan, primero, como medio de defensa contra esos mismos venenos, y que después se infiltran en las paredes arteriales.

No debemos olvidar tampoco que la arterioesclerosis es muy frecuente y que se la encuentra en épocas tempranas de la vida, no siendo tampoco fatal su aparición en la vejez, como se venía admitiendo. Así, mientras que recientemente Monkenberg la encuentra en más de la mitad de los soldados muertos en una edad, como término medio, de veintiocho años, W. Culp no logró hallarla en viejos de más de ochenta años en que practicó la autopsia.

Seguramente que desde el punto de vista práctico es de interés explorar minuciosamente el aparato circulatorio de todos los enfermos gástricos.

Es posible que en la patogenia de la llamada úlcera urémica intervenga tanto ó más que el factor tóxico el vascular.

ß) Desde que Lebert admitió la posibilidad del origen embólico de algunas úlceras gástricas, diferentes observado-

res han señalado casos semejantes, aunque no con tanta frecuencia como los de trombosis. Así, Recklinghausen en un paciente con trombosis del tronco celíaco vió varias ulceraciones, consecuencia, sin duda, de émbolos desprendidos. Otros han publicado casos de enfermos con endocarditis. Hart encontró lesiones valvulares de corazón en el 14,4 por 100 de sus autopsias en ulcerosos.

c) Aunque más rara vez, también se han visto úlceras por compresión de los vasos del estómago producidas por tumores, quistes hidatídicos, ganglios infartados, vesícula inflamada, etc.

Se ha tratado de reproducir experimentalmente estas úlceras de origen vascular con resultados diferentes. No se han podido producir ligando aisladamente una arteria del estómago. No fueron más afortunados Clairmont, que ligó las tres cuartas partes (en el mismo experimento produjo sólo en un caso una úlcera Fiebic administrando al mismo tiempo grandes cantidades de ácido clorhídrico), ni Braun, que llegó a ligar cuatro quintas partes de los vasos que suministran sangre al estómago.

Más afortunados han sido los experimentadores que han inyectado substancias con el fin de producir embolias. Así obtuvieron úlceras Panum, que inyectaba bolitas de cera; Conheim, cromato de plomo, y Payr, dermatol ó tinta china. Este último autor también las produjo inyectando formol, alcohol diluido y disoluciones de cloruro sódico muy calientes. Según Payr, presentaban el aspecto de cronicidad de la úlcera del mismo tipo que se observa en el hombre.

La facilidad relativa con que se producen ulceraciones por embolia, y la dificultad para conseguirlo por ligaduras de grandes arterias, se explica por la disposición de las arterias del estómago, que, siendo de importancia para comprender mucho de lo que se relaciona con la patogenia de la úlcera, vamos á recordarlo muy brevemente.

Ya Virchow señalaba la predilección de las úlceras por la corvadura menor, «porque es el sitio en que las arterias penetran en la profundidad». Después, los estudios de Hausser, Mall, y particularmente los de Dise (1904) y Reeves (1909), han demostrado el porqué de esta predilección y han contribuido á dar toda la importancia que tiene la participación de los vasos arteriales en la formación y quizá sostenimiento de la úlcera gástrica.

Reeves (46) ha pensado en la posibilidad de que existieran diferencias entre las arterias de la corvadura menor, píloro y duodeno, y las de las otras regiones del estómago é intestino, y, en efecto, ha visto que en estos sitios su distribución no es tan regular como en el resto del intestino. Ha hecho sus investigaciones en 64 estómagos y duodenos estudiados en las primeras cuatro horas después de la muerte.

Donde se encuentran las verdaderas diferencias es en el plexo submucoso. En la corvadura menor es distinto que en las otras partes del estómago. Se forma con pequeñas ramas procedentes de las arterias que recorren la corvadura menor, y que al penetrar en la submucosa se bifurcan, haciendo después un recorrido más ó menos paralelo á lo largo de la referida corvadura: son mucho más largas (hacen un recorrido doble), más delgadas y se anastomosan menos que las de las otras regiones.

El plexo submucoso da dos clases de ramas: las unas van á la muscular; las otras, á la mucosa. Éstas siguen una dirección oblicua que va hacia la muscular de la mucosa y al mismo tiempo tienen un curso muy tortuoso, y, bifurcándose nuevamente, pasan á la mucosa. Al llegar á ésta se hacen extraordinariamente delgadas y dan ramas que son arterias terminales con conexiones solamente por la red ca-

pilar. Coincide con Dise en que cada arteriola abastece un área de mucosa de 2,5 milímetros de diámetro.

La primera porción del duodeno tiene pocas arterias en relación con las que hay en otras partes del mismo. Esto explica las manchas anémicas (*anemic spot*) que observó W. Mayo cuando hacía tracciones en esta región. Manchas anémicas que se ven en la superficie del intestino por la facilidad con que se interrumpe aquí la circulación. Del plexo submucoso salen también ramas que recuerdan las descritas en el estómago, aunque no son tan largas ni tan tortuosas.

Esta disposición de las arterias del estómago es de gran importancia: tortuosas cuando el estómago está vacío, al distenderse, si se llena, se estiran y permiten una mejor circulación como la que se requiere durante la digestión; pero resulta que precisamente existen las arterias más largas y tortuosas en el sitio (corvadura menor) en que quedan unos pliegues, que forman el *canalis gastricus* (Levis: la *Magenstrasse de Waldeyer*) cuando el resto del estómago se halla distendido.

La disposición de estas arterias nos explica por qué han fracasado generalmente los intentos de producir úlceras por ligaduras de arterias grandes; las innumerables anastomosis corregían esta alteración circulatoria; en cambio, en los casos de émbolos, como éstos se alojan en arteriolas terminales, impiden la circulación colateral y originan ulceraciones. En esta disposición de las arterias se apoya Rosenow para defender su teoría infecciosa; serían émbolos microbianos los causantes de la úlcera, pues él ha observado con más frecuencia la formación de ésta en el territorio de una arteriola que en el de un folículo linfático. Se acepte la explicación que se quiera para la producción de la úlcera, no cabe duda que es un dato de gran importancia el de que la *región ulcerosa gastroduodenal* tiene una circulación distinta á las de las otras regiones; nos apoyaremos en él al ocuparnos de la teoría nerviosa y endocrina, y no cabe duda de su importancia para interpretar las úlceras por trombosis y embolia.

••

No terminaremos el capítulo de las alteraciones vasculares en su relación con la patogenia de la úlcera sin dedicar unas palabras á las llamadas «úlceras postoperatorias».

En 1899 Von Eisberg publicó unos cuantos casos de hemorragias gástricas y duodenales consecutivas á intervenciones en el mesenterio, comprobando algunas veces la existencia de úlceras.

Se han interpretado de muy diversas maneras; para unos, serían la consecuencia de trombus que desde el mesenterio retrocederían al estómago y duodeno. Payr los ha podido reproducir experimentalmente. Otros las creen consecutivas á las alteraciones del hígado. El hecho de que esta hemorragia pueda presentarse también en el caso de intervenciones realizadas en otros órganos hizo pensar en la participación de otros factores: la anestesia, la infección, alteraciones del sistema nervioso, etc.

Es indudable que pueden observarse estas hemorragias postoperatorias. El mecanismo de trombus retrógrado puede ocurrir algunas veces, pero en realidad estas úlceras nunca llegan á tener el carácter de la verdadera úlcera gástrica (v. Winiwarter y Singer).

TEORÍA NERVIOSA

La intervención del sistema nervioso en la patogenia de la úlcera parece indudable y tiene muchas pruebas experi-

mentales y clínicas en su apoyo, habiendo sido motivo de diversas interpretaciones.

Ya en el año 1828 intentó Cammerer producir úlceras seccionando el vago y el simpático, y en 1845, Schiff, después de seccionar en el conejo los pedúnculos cerebrales, los tálamos ópticos, el puente y la medula oblongada, observó la presencia de reblandecimientos y hemorragias de la mucosa del estómago, que interpretó como producidos por una hiperemia neuroparalítica consecutiva á la lesión de los centros vasomotores. Semejantes fueron los resultados obtenidos después por Brown-Sequard, Ebstein (por lesión del cuarto ventrículo), Koch y Ewald (por sección de la medula cervical y dorsal en el perro), etc., etc.

Talma (1890), excitando en conejos el nervio vago, en el cuello, produjo una úlcera de la región pilórica. Después, en su clínica, Van Yzeren (1901) obtuvo el mismo resultado por la sección experimental subdiafragmática de ambos nervios vagos. La úlcera tenía caracteres semejantes á los de la úlcera crónica del hombre. Talma y van Yzeren interpretaron esta lesión como producida por espasmos de la muscular de la mucosa, seguidos de anemia que permite la autodigestión. La formación de la úlcera se halla favorecida por el espasmo pilórico, que dificulta el vaciamiento del estómago, hasta el punto de que las mismas lesiones del vago son incapaces de producir la lesión, si se practican previamente la gastroenterostomía ó una piloroplastia que faciliten el vaciamiento gástrico.

Estos experimentos fueron repetidos sin resultado por Korte, Krehl, Donati, Kawamura, etc., etc. En cambio Ophulos (1906) y Zironi obtuvieron también úlceras por sección infradiafragmática del nervio vago, y Marchetti, ligando el vago izquierdo, produjo úlceras de la pared anterior, y ligando el derecho, de la posterior.

Lichtenbelt (36), de la escuela de Talma, realizó numerosos experimentos. Primeramente confirmó la formación de la úlcera por sección infradiafragmática de los vagos. También produjo úlceras ligando el píloro con una seda, interpretándolas, con Talma, como consecutivas á los espasmos de la pared del estómago.

En un conejo abrió el abdomen y, teniéndole en suero fisiológico, hizo pasar una corriente, poniendo un electrodo en el baño y el otro en el extremo esofágico (previa sección infradiafragmática) del estómago; después de producirse violentas contracciones, se encontró con que se había formado una úlcera. También produjo estas contracciones excitando directamente la pared del estómago, formándose la úlcera precisamente en este punto. Igualmente las logró por excitación del nervio vago.

(Continuará.)

Bibliografía.

LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA DEMOGRAFÍA GENERAL DE ESPAÑA, AÑOS 1885 Á 1921, por D. Eduardo Navarro Salvador, publicista.

El libro que nos ocupa es verdaderamente notable y de grandísima utilidad, no sólo á los médicos y sociólogos, sino á todos los Registros civiles de España, Ayuntamientos, Diputaciones, Centros benéficos, etc., etc., donde se alberguen y cuiden niños, para conocer la mortalidad de los mismos y estudiar la manera de disminuirla, fin primordial que se propone el autor y cuyo estudio merece todos nuestros desvelos.

La mortalidad infantil es enorme, sobre todo en los tres primeros años de la vida, y precisa por todos los gobiernos y autoridades allegar los recursos y favorecer los medios de

que ésta disminuya. La clase médica en general hace algunos años presta debida atención á estos estudios, y todos los médicos, incluso los más modestos que ejercen en pequeñas poblaciones, aconsejan y enseñan á las madres los rudimentos de la puericultura, y á esta labor indudablemente es debido el halagador dato que consigna el Sr. Navarro de haberse disminuído la mortalidad de los niños en el primer año de la vida en una *cuarta parte*, un 25 por 100 en los últimos años.

No he de entrar á analizar este meritorio trabajo que revela en su autor una paciencia de benedictino, que debe ser consultado por todos, pues es altamente instructivo.

La campaña que viene realizando hace años el Consejo Superior de Protección á la Infancia y las Juntas provinciales de todo el reino, debe intensificarse, para lograr disminuir cada día más esta mortalidad de los niños, y los Gobiernos deben hacer obligatoria las enseñanzas de la puericultura en todos los centros de educación de las niñas, las futuras madres, para conseguir por este medio una raza sana y robusta que dé esplendor á nuestra patria.

DR. BALTASAR HERNANDEZ BRIZ.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Una fiebre puerperal, una fiebre de Malta, una infección paratífica y un caso de urticaria crónica, curados por autohematoterapia. ¿Puede hacerse también autohematoterapia poniendo ventosas secas?—Las tres primeras observaciones que vamos á relatar han sido dadas á conocer á la Société Médicale des Hôpitaux, de París, por el Dr. Lauze (de Aimargues-Gard); la observación última ha sido expuesta por los Dres. Raimbaut y Romain ante la Société des Sciences Médicales et Biologiques, de Montpellier.

El primer caso se refiere á una recién parida con fiebre puerperal típica por retención de membranas, en la que se emplearon primeramente, sin éxito, todos los recursos clásicos: suero antiestreptocócico, electrargol, abscesos de fijación, inyecciones intravenosas de sulfato de cobre amoniacal, urotropina, etc. Por último, el autor se decidió á practicar la autohematoterapia, á cuyo efecto extrajo á su enferma de una vena del codo 5 c. c. de sangre, y se los volvió á inyectar en la parte posterior del mismo brazo. La operación se repitió dos días seguidos. El resultado fué inmediato, normalizándose la temperatura, y desapareciendo al mismo tiempo, para no volver, todos los demás signos de infección.

El segundo caso es una fiebre de Malta, de dos meses de fecha, con su sintomatología completa: fiebre ondulante, sudores profusos, constipación pertinaz, artralgias y neuralgias diversas. Los medios terapéuticos habituales fracasan. La hematoterapia produce unos efectos rápidos y brillantes.

El tercer caso concierne á una infección paratífica en un muchacho de nueve años. Cuando al parecer va á entrar en convalecencia se declara una recaída que fué yugulada por autohematoterapia.

La última observación se refiere á una joven de veinticuatro años, que lleva ya cuatro con brotes intermitentes de placas dermatográficas, muy pruriginosas, que sobrevinieron la primera vez á continuación de una violenta impresión producida por la explosión de un depósito de municiones.

Desde aquel momento, la menor picadura, el menor frote, sobre todo en la cara, brazo y nuca, la produce una violenta reacción de urticaria. Estos fenómenos llegaron á adquirir tal sensibilidad, que cualquier emoción un poco viva ó cualquier cambio brusco de temperatura bastaban, á veces, para provocarlos. Por añadidura, la muchacha, que era aficionada á la música y al canto, fué notando poco á poco que su voz se velaba y se hacía ronca.

El régimen higiénico más riguroso, el hiposulfito, las sales de calcio, los alcalinos, la peptona, el benzoato de litina, los yoduros y, en fin, todos los tratamientos antisensibilizantes, no produjeron ninguna mejoría.

Aunque con cierto temor de provocar accidentes anafilácticos, los autores recurrieron á la autohematoterapia con excelente resultado. Ciertamente que tuvieron que hacer un gran acopio de paciencia y tenacidad, pues el tratamiento hubo de prolongarse hasta seis meses, durante los cuales hicieron á la enferma ocho inyecciones de su propia sangre; pero cierto también que al fin y al cabo consiguieron librar á su enferma de tan rebeldes molestias, que al cabo de tres años no han vuelto á reaparecer. El timbre normal de su voz le recobró la enferma á la quinta inyección.

Al ponerse á discusión este caso, el Dr. Vallet hizo notar de pasada que la acción de las ventosas secas puede tener una cierta relación con la autohematoterapia, puesto que, produciendo un hematoma subcutáneo, á veces notable, el suero reabsorbido á nivel de cada ventosa, en cantidad no despreciable, puede desempeñar el mismo papel que el suero inyectado bajo la piel.

Prescindiendo de esto, es lo cierto que cada vez se va ensanchando más el campo de acción de la hematoterapia, no empleándose sólo en dermatología y en las enfermedades infecciosas, sino también en la epilepsia, por Sicard, y en otras variadas afecciones. (*La Tribune Médicale*, del mes de Mayo de 1922.—T. R. Y.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Artritis blenorragica seguida de anquilosis general y de iritis de ambos ojos.—El Dr. J. Santos Fernández comunica el siguiente caso clínico:

R. R. G., joven de diez y ocho años, robusto y fuerte, de estatura airosa, me consultó la primera vez el 12 de Octubre de 1895, por un cuerpo extraño de la córnea, un pequeño carbón, que le retiré, y dejé de verlo. El 27 de Agosto del año siguiente, de 1896, marchó á la guerra, la segunda por la independencia, que estaba en su apogeo, y leí en los periódicos que había muerto en una acción; pero después supe que fué su hermano Rogelio el que pereció. Terminada la guerra me consultó en 6 de Diciembre de 1898, porque después de estar toda una noche en vela, asistiendo una hermana gravemente enferma, al amanecer notó que tenía muy inyectada la conjuntiva bulbar en su mitad interna, inyección que se le propagó á la conjuntiva palpebral inferior, y parecía que la congestión era profunda porque experimentaba dolor. Por lo demás, el aspecto del ojo era normal y todo desapareció brevemente.

El 25 de Febrero de 1900, encontrándome en una sesión de la Academia de Ciencias, me esperó al salir, muy alarmado, porque tenía, dice, muy irritados los ojos desde hace dos horas, y como tiene una blenorragia uretral y uno de sus compañeros, que después ha tenido un alto grado militar, acababa de perder un ojo, por contagio, él temía ser víctima de éste. Además, otro militar distinguido que en la actualidad era su hermano político, cuando joven contrajo una

oftalmía blenorragica de ambos ojos, que lo asistí y perdió uno de ellos. Estaba, pues, rodeado de casos desgraciados. Le examino y por su suerte no encontré más que una secreción catarral ligera sin el aspecto que desde el primer momento ostenta la oftalmía blenorragica las más de las veces. Le cautericé con azoato argéntico al 1 por 100. Al día siguiente no había cambiado el estado del ojo y le traté del mismo modo hasta que estuvo bueno.

Marzo 9 de 1909.—Pasaron años y no volví á verlo hasta que fuí hoy llamado á su casa y me refiere que hace tres años fué atacado de una artritis blenorragica poliarticular ó general y que se le habían anquilosado todas las articulaciones incluso las vertebrales, pues como había desaparecido la elasticidad de los ligamentos amarillos y estaban soldadas aquéllas, no se podía sentar en la cama.

Le examino y diagnostico una iritis metastásica blenorragica, de que no era este el primer ataque ni el último; pero por suerte sin sinequias posteriores, pues obedecía el esfínter de la pupila á los midriásicos sin aparecer irregular en su forma, delatando no adherencias posteriores ó sinequias.

Sorprendiéndome ver postrado en la cama, casi inerte, digámoslo así, á un joven bien desarrollado, de veintinueve años, y se viera obligado á hacer sus necesidades sin salir de la cama, siendo por completo inútil, no obstante el aspecto sano que ostentaba. En verdad que anquilosis tan generalizada de las articulaciones como ésta no la había visto ni descrita nunca por los autores. Deutschmann, que se ha ocupado de las anquilosis, habla de que ataca la rodilla y otras articulaciones y entre paréntesis pone la articulación fibrotarsiana y metacarpo falangiana, pero no están las articulaciones vertebrales.

Por lo general, los jóvenes no temen á las enfermedades venéreas y sífilíticas, que con tanta frecuencia los inutiliza; pero éste, como he dicho antes, por haber visto que uno de sus compañeros perdió un ojo de una oftalmía blenorragica así como un pariente, y tal vez también porque siendo sobrino de un médico distinguido, estaba prevenido, y no obstante fué víctima de la blenorragia. En la actualidad tengo un cliente que sólo tiene un ojo servible porque el otro lo tiene inútil desde pequeño, de una afección congénita. A los veinte años tuvo una blenorragia á la que siguió una artritis del mismo germen que le ha anquilosado la articulación de la rodilla derecha, y á pesar de este aviso oportuno de que es predispuesto á la blenorragia, locamente se expone á tan grave riesgo por no tener dominio sobre sus pasiones.

Todos sabemos la importancia que se ha dado á la blenorragia en el hombre y en la mujer en estos últimos tiempos, y cuántos desastres recientes y antiguos les son imputables; pero los que estamos día y noche observando las transgresiones de la higiene, con pena vemos, que á pesar del esfuerzo que por todas partes se realiza para evitar la propagación de las afecciones venéreo-sífilíticas, se está muy lejos de moderarse la propagación del mal contra viento y marea.

Por desgracia, la manera de dominar la blenorragia no ha dado resultados efectivos, así lo asegura el Dr. John Geraghy, de Baltimore, cuando se expresa así: «Después que Wright presentó sus opiniones sobre la vacunoterapia, se aplica extensamente este principio al tratamiento de la uretritis gonocócica aguda y crónica y sus aplicaciones son sin resultado.»

Mas volviendo á nuestro infortunado cliente, añadiré que cada poco tiempo le visitaba por nuevos ataques de iritis que curaban felizmente. Parece que el iris había quedado predispuesto á la inflamación, que por su suerte se domina.

ba siempre, sin otro inconveniente que los dolores que sufría hasta estar bueno de los ojos.

Hace dos años tuve que visitar en casa del enfermo á mi colega, su tío, que estaba alojado en casa de su hermana, su madre, y con tal motivo lo saludé en la cama, el único sitio en que permanecía de día y de noche y en donde recibía, como pude verlo, las visitas de las personas de su amistad, que venían á departir con el desventurado joven, para hacerle llevar menos mal su horrible situación.

Ultimamente, durante un período de tiempo en que estuve impedido de salir de casa por indisposición, leí en los periódicos que había muerto este cliente. No teniendo oportunidad de saber por la familia el término de sus males obtuve del registro civil ó de estadística el diagnóstico final: de arterio esclerosis, sin más detalles, á los cuarenta y cinco años de edad, después de muchos de postración.

Ya escritas las anteriores líneas me visitó un hermano y me refiere que murió casi repentinamente y que el médico que lo vió en sus últimos momentos de vida calificó su terminación de una embolia cerebral.

No sé si estoy autorizado para considerar los accesos de iritis de este enfermo como de origen blenorragico, como lo fué la artritis que produjo la anquilosis; pero se ha reconocido siempre la iritis artrítica idiopática que trae la inflamación reumática del iris, que los autores la han considerado como afección específica desde Beer y Von Ammon que la observaban ya en los artríticos y gotosos. Aunque mi enfermo no padeciese ya de gonorrea, lo que no puedo asegurar, imagino que hay derecho para considerar la iritis que padecía de naturaleza gonocócica, por más que no tuve oportunidad de comprobar el gonococo ni en el ojo ni en la uretra; pero se sabe que en la conjuntivitis blenorragica-metastásica no se descubre el gonococo en la conjuntiva. Aun cuando los accesos de iritis de que asistí al enfermo que nos ocupa no afectaron los síntomas señalados en la iritis blenorragica, propiamente dicha, se sabe que las toxinas del gonococo pudieron provocar la iritis sin que su serosa le afectase en la forma que le ocurre cuando la iritis blenorragica no deja duda ya por los síntomas que se descubren en la cámara anterior y hasta por su propagación á la coroides. En tal concepto combatí la iritis de este enfermo como una simple iritis, atendiendo como se sabe á evitar las sinequias posteriores y así curaron los diferentes accesos que le traté, absteniéndome de un tratamiento general porque no lo creí indicado.

La terminación de su vida por una embolia provocada por la arterio esclerosis de sus vasos se explica por la diátesis que lo postró y la inacción que fué su consecuencia. (*Revista Cubana de Oftalmología*, Junio de 1922.)

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las algias simpáticas**, por J. Tinel.—El estudio de las algias de guerra, ha revelado la existencia de síndromes dolorosos, de marchas muy especiales, de origen simpático. Era lógico esperar encontrar aparte de las heridas de guerra, algias análogas con carácter simpático, aparecidas espontáneamente ó provocadas por simple espina irritativa. Tinel publica varias observaciones de este género y establece los caracteres habituales de las algias simpáticas. Desde Weir Mitchell, se designa con el nombre de *causalgia*, un síndrome doloroso especial, consecutivo á ciertas heridas de los nervios. Está caracterizado esencialmente por una sensación de quemadura con gran escozor, con exacerbaciones paroxísticas que pueden variar desde un simple esco-

zor hasta un estado de tortura apenas creíble. Estos dolores se localizan en la terminación cutánea del nervio, más bien que en su trayecto, cualquiera que sea el sitio del traumatismo; los dolores causálgicos se producen mucho más por las excitaciones superficiales, que por la presión profunda; el roce, el calor y el frío los exasperan sobre todo; el movimiento y la marcha los provocan. El contacto del aire y la sequedad de la piel, son particularmente penosos para casi todos estos enfermos, que envuelven la mano en compresas mojadas continuamente para librarse de sensaciones tan dolorosas. Más significativa es todavía la repercusión dolorosa de las excitaciones sensoriales ó de las impresiones emotivas; una luz intensa, un ruido que les sorprenda, el vértigo del vacío en una escalera ó al borde de una ventana, la llegada de una carta, el anuncio de una buena ó mala noticia, en suma, toda excitación viva, como toda emoción, determina en ellos violentas crisis dolorosas. No existe ordinariamente parálisis, sino una simple inmovilización del miembro por el dolor; nada de anestesia, sino una hiperestesia especial. En cambio los trastornos tróficos y vasomotores están de ordinario muy acusados; la piel está lisa, caliente y roja; la mano cubierta de sudores profusos, determinando una verdadera maceración del epidermis; los dedos se adelgazan y aflan; la desaparición de los surcos cutáneos, el encurvamiento de las uñas, los rodetes infraungueales, las sudaminas, las rigideces articulares precoces, son otras tantas manifestaciones tróficas casi constantes. Al lado de las causalgias con piel roja, caliente y con sudores profusos por vasodilatación, hay que señalar algunos casos más raros con vasoconstricción, piel fría, blanca, seca y escamosa; coinciden de ordinario con trastornos neuríticos más acentuados, lesiones nerviosas más profundas, parálisis verdaderas y retracciones musculares de tipo neurítico. Todos los nervios mixtos ó sensitivos pueden padecer esta afección, pero el *mediano* y el *ciático poplíteo interno* son los que la presentan con mayor frecuencia.

El origen de la causalgia es todavía poco bien conocido. La hipótesis de la naturaleza simpática descansa en toda una serie de argumentos clínicos ó experimentales: 1.º, los nervios más frecuentemente afectados son los más ricos en fibras simpáticas; 2.º, los dolores tienen un carácter especial, netamente simpático; 3.º, la topografía de estos trastornos es á menudo bastante diferente del territorio del tronco nervioso afectado; 4.º, se ha señalado la persistencia posible de la causalgia después de la sección del nervio que parecía interesado; se ha demostrado, por el contrario, la posibilidad de curación por sección del nervio por debajo de la herida, en la vecindad de su terminación, ó bien por simpatectomía periarterial; 5.º, la frecuencia de las irradiaciones dolorosas fuera de los territorios afectados primitivamente. Estas irradiaciones se extienden progresivamente, ya sea á los territorios nerviosos vecinos, ya sea al miembro simétrico del lado opuesto, á veces á toda una mitad del cuerpo. Resulta de ello la existencia de verdaderos *campos causálgicos* más ó menos extensos cuya excitación provoca, sobre todo, una sensación dolorosa en el territorio causálgico primitivo; es el fenómeno de la *sines-tesalgia*. La observación de todos estos hechos ha conducido á formular de la causalgia la interpretación siguiente: parece ser que la herida, de ordinario ligera, de un tronco nervioso, por el simple dolor que provoca ó más bien por la irritación de los filetes simpáticos que contiene el nervio periférico interesado, puede provocar un estado de excitación especial de los centros simpáticos correspondientes; esta irritación de las fibras es, por una parte, el origen de los dolores especiales de la causalgia y por otra parte, es la

causa de los trastornos vasomotores y secretores concomitantes. De ese modo, crea en el territorio así modificado una irritabilidad extrema de las terminaciones simpáticas y esta irritación secundaria periférica viene á su vez á reforzar el estado de eretismo de los centros por una especie de círculo vicioso funcional. El estado de irritación de los centros simpáticos puede difundirse progresivamente hacia los centros simpáticos vecinos, simétricos ú homólogos. La causalgia, y en general las algias simpáticas, son notables por la ausencia de trastornos objetivos de la sensibilidad, como los reflejos, ó de la motilidad. No se encuentran dolores á la presión ni al estiramiento de los nervios. Estas algias sólo parecen sobrevenir en individuos predispuestos, cuyo sistema simpático es particularmente irritable, por una predisposición congénita ó momentáneamente adquirida. La observación de estos hechos permite, además, relacionar á la acción del simpático un cierto número de trastornos de origen obscuro y todavía discutido. La *acroparestesia*, con sus sensaciones de hormigueo y de quemadura de las extremidades digitales, con sus vagos trastornos sensitivos de topografía especial, con sus reacciones vasomotoras excesivas, aparece evidentemente como un tipo perfecto de algia simpática. Entre los enfermos afectos de *algias psíquicas* ó de *cenestopatía*, existe un cierto número que entra en el grupo de las algias simpáticas. Las *crisis solares*, estudiadas por Moutier, son otro tipo de algia simpática visceral. Si el carácter simpático de estas algias parece indiscutible, su origen es particularmente obscuro. En algunos casos, se nota la existencia de un traumatismo ó de una espina irritativa, pero muy á menudo no se descubre ninguna causa susceptible de explicar su aparición. El tratamiento es particularmente delicado.

Aparte de algunos casos donde el tratamiento quirúrgico permite suprimir de una vez la espina irritativa, punto de partida de los trastornos simpáticos, las intervenciones no dan de ordinario ningún resultado y hasta pueden exasperar la crisis y agravar al enfermo. El tratamiento medicamentoso es igualmente falaz. El opio, la atropina, la aconitina, la valeriana, no suelen proporcionar mejoría ninguna; la antipirina, el piramidón, la aspirina, son inactivos; la eserina tampoco da resultado; la adrenalina, los extractos hipofisarios ó tiroideos no han dado más que resultados dudosos. El yoduro potásico y el cloruro de calcio han procurado, en cambio, algún éxito en ciertos casos donde parecía existir un espasmo vascular. En general debe darse la preferencia al tratamiento moral, que es el más eficaz, siendo bastante curioso el hecho de que estas algias manifestamente en relación con un substratum fisiológico y una perturbación del sistema simpático, están en cierto modo sometidas á la jurisdicción de la psicoterapia. (*Presse Medicale*, núm. 27, 2 de Abril de 1921.)—LUENGO.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Los pequeños signos de la encefalitis epidémica. El mioclonus provocado y el signo del frontal, por P. Sainton y P. Cornet.—Los casos de encefalitis de forma mioclónica, en los que las sacudidas musculares son espontáneas, son ya clásicos, desde los primeros estudios de Sicard y Kudelski. Uno de los autores ha señalado en un enfermo en el que el diagnóstico era incierto, la posibilidad de provocar sacudidas mioclónicas en el miembro superior, en ciertas actitudes, semiflexión de la mano y del antebrazo, en las cuales, mediante ciertas maniobras (percusión de los tendones flexores de los dedos, excitaciones de la piel de la

cara anterior del antebrazo, percusión del masetero, de los músculos de la nuca, de los músculos de la cintura escapular), se producían sacudidas de igual carácter y de débil amplitud en los músculos de la mandíbula, del cuello y del brazo. Los autores han buscado después el signo del mioclonus provocado y le han encontrado de nuevo en tres enfermos. En el primero, que no presentaba más que somnolencia, sin ninguna sacudida mioclónica, la percusión de los tendones flexores de la mano provocaba una serie de sacudidas rítmicas persistentes durante algunos segundos. En el segundo, en el que la enfermedad había presentado el tipo letárgico y algico, los movimientos mioclónicos habían faltado por completo. Las sacudidas mioclónicas sólo aparecían con motivo de movimientos especiales; ordenando al enfermo abrir la boca, sacar fuertemente la lengua y llevarla á la derecha, se veían aparecer sacudidas mioclónicas localizadas en el esternocleidomastoideo y en el trapecio del lado izquierdo. Conviene hacer notar que las sacudidas aparecían en el lado en que la algia cervicobraquial era predominante; lo cual está en favor del origen central de ciertas algias en la encefalitis epidémica. En el tercer enfermo, que había tenido dos crisis de epilepsia localizada con hemiparesia izquierda, un tipo persistente y en el cual la autopsia mostró un vasto foco de encefalitis, las sacudidas mioclónicas sólo aparecían en el antebrazo cuando el miembro estaba elevado y la muñeca ligeramente flexionada sobre la mano. Estos hechos muestran que el mioclonus provocado existe en un cierto número de enfermos y que su investigación puede ser de alguna utilidad para el diagnóstico de la encefalitis epidémica. En cuanto al signo del frontal, nunca ha sido señalado. Joffroy había observado en los basedowianos, la inmovilidad del músculo frontal en la mirada hacia arriba. Uno de los autores ha insistido, no sobre la ausencia de la contracción del frontal, sino sobre el retardo de ésta cuando el párpado superior se eleva en los enfermos de bocio exoftálmico. Examinando el estado de la musculatura ocular en siete enfermos de encefalitis epidémica, los autores han encontrado esta misma asinergia en los movimientos del párpado superior y del frontal.

Es, por otra parte, fugaz en un mismo enfermo, persiste durante algunos días y desaparece en seguida para reaparecer de nuevo. La comprobación de este signo no debe causar asombro cuando se conocen las modalidades de los trastornos oculares de origen mesocéfálico en la encefalitis letárgica. El signo del frontal traduce una lesión mesocéfálica del mismo modo que los trastornos de la sincinesia de los músculos extrínsecos del ojo, y se sabe que, á pesar de sus localizaciones múltiples, el virus de la encefalitis tiene una acción selectiva sobre el mesocéfalo. El signo del frontal, unido á las sacudidas nistágmicas, á la paresia de la acomodación, á las paresias oculares, traduce la disinergia muscular, que es una de las características de la encefalitis letárgica. (*Paris Medical*, núm. 21, 21 de Mayo de 1921.)—E. LUENGO.

2. Hallazgo de corpúsculos en el tifus exantemático, por G. Fical.—El autor describe unos corpúsculos especiales encontrados en el encéfalo de individuos muertos de tifus exantemático y en las células epiteliales del estómago de piojos infectados con el virus de la enfermedad. Los órganos en que fueron observados pertenecían á sujetos muertos en el acmé de la enfermedad, que habían presentado un síndrome clínico imponente, típico, con reacción de Weil-Felix positiva. Los corpúsculos encontrados en el piojo infectado son de dos formas: Una forma pequeña con estructura homogénea y una forma más grande, con corpúsculos secundarios hasta el número de cinco, ó bien con un cor-

púsculo único ó núcleo central que puede ser bilobulado, trilobulado ó aun tetralobulado. En el mismo piojo no ha logrado el autor encontrar las dos formas de los corpúsculos mayores. En cuanto á la localización encefálica de los corpúsculos no da el autor datos concretos, en el cerebelo son escasos y siempre extracelulares. El hallazgo de estos corpúsculos en el sistema nervioso central de los enfermos y en las células epiteliales del estómago del piojo infectado, ofrece gran analogía con cuanto ha sido observado en las enfermedades debidas á un virus filtrable, en las que se han encontrado inclusiones celulares ó corpúsculos elementales que se consideran como específicos en el sentido anatómico patológico, aunque no etiológico (cuerpos de Kleine y Schiffmann, cuerpos de Borrel y Paschen, de Negri, de Sinigaglia, de Casagrandi, de Volpino, de Prowazek, etc.).

Notas de técnica.—Para la fijación del material dan buenos resultados el alcohol y la formalina al 10 por 100. También se observan bien los corpúsculos en las piezas fijadas en líquido de Müller y pasadas después á formol al 10 por 100, renovado hasta que no quede teñido con el bicromato. Seguramente los exámenes en fresco y previa fijación en líquidos á base de sublimado darán también óptimos resultados, aunque el autor no los ha ensayado. Se obtienen buenas coloraciones con el Giemsa diluido, con el azul polícromo de Unna, con la mezcla triácida de Ehrlich-Pappenheim, con la toluidina y con la tionina. Con la hematoxilina Delafield y Böhmmer y la eosina los corpúsculos no se colorean bien, obteniéndose preparaciones algo mejores con la hematoxilina Jennsen. Muy buenos resultados se obtienen teniendo los cortes en parafina durante dos á tres horas en May-Grünwald diluido (al 1 : 5), y después en Giemsa diluido (1 : 20) durante veinticuatro horas. Es conveniente, sin embargo, pasar los cortes una vez quitada la parafina en la mezcla: ioduro potásico al 20 por 100, 100 gramos, y líquido de Lugol, 3 gramos, durante diez minutos, ó bien durante veinte minutos en alcohol iodado (alcohol al 70 por 100, 100 gramos, y tintura de iodo, un gramo); lavado rápido en agua, y después cinco á diez minutos en hiposulfito sódico al 2 por 100; lavado en agua corriente, cinco minutos, y coloración durante veinticuatro horas en Giemsa diluido (una gota por cada 3 c. c. de agua destilada). Si al cabo de dos ó tres horas se observan precipitados, se renueva el baño colorante. Lavado rápido en agua, y pasar: 1.º, por nueve partes de acetona y una parte de xilol; 2.º, siete partes de acetona y tres de xilol, 3.º, siete partes de acetona y tres de xilol otra vez, y 4.º, xilol, bálsamo y montar. En las preparaciones coloreadas con May-Grünwald y Giemsa es también necesaria la deshidratación con acetona y xilol en la misma proporción. Acompañan al trabajo tres bellas láminas en colores. (*Annali d'Igiene*, Diciembre de 1920, número 12.)—E. LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Adenocarcinoma del estómago.**—El Dr. Lugones ha presentado á la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires el siguiente caso clínico:

Mujer de cuarenta y siete años, cuya enfermedad comenzó á los cuarenta, en forma de una dispepsia, con inapetencia, digestión laboriosa, con sensación de pesadez y plenitud gástrica, el todo acompañado de un enflaquecimiento progresivo. Sentía á veces ligero dolor en el epigastrio, acompañado de náuseas y regurgitaciones matinales. Se sentía invadida por una astenia profunda. Los regímenes á que se sometió nunca produjeron la más leve mejoría.

Pocos días antes de internarse en el Hospital Piñero, tuvo dos vómitos abundantes mucosanguinolentos.

Se constata en ella palidez acentuada, astenia, desnutrición marcada, bazo grande, temperatura, abdomen doloroso. Pesa 43 kilos.

El examen del abdomen permite constatar un hígado liso é indoloro que sobrepasa el reborde costal en dos traveses de dedo.

El bazo es palpable, duro é indoloro.

Hay red venosa superficial, bien apreciable.

La palpación superficial acusa un dolor exquisito á nivel del ombligo y á la izquierda de la línea media. A su nivel hay una zona de empastamiento mal limitada, que se desplaza en el sentido lateral. La percusión del estómago llega á tres traveses de dedo por encima del ombligo; no hay clapotage ni succión.

El examen de sangre demostró una anemia de 1.100.000 glóbulos rojos y una leucocitosis de 11.500 blancos.

La radiografía muestra en la curvatura mayor del estómago un defecto de relleno de contorno irregular.

Un mes y medio después es intervenida, con un estado general pésimo. Se hace anestesia local con novocaína y general muy ligera con éter.

Laparotomía supraumbilical que deja ver al explorar la curvatura mayor del estómago un tumor liso, redondo, firme, del tamaño de una mandarina. Hay ganglios infartados en la pequeña curvatura. Nada en el resto.

Se practica en estas condiciones una gastrectomía y gastroenterostomía consecutiva posterior, Billroth, segundo anodo.

El postoperatorio fué algo accidentado; la enferma fué dada de alta á los cuarenta días con la herida operatoria cicatrizada, con buen apetito, tolerancia á los alimentos, sin vómitos ni dolores.

A los seis meses la enferma sigue muy bien, habiendo aumentado 18 kilos de peso.

A los diez y nueve meses la enferma vuelve al servicio porque le ha aparecido en la base del cuello un tumor como una avellana, subcutáneo, movable é indoloro. Se le extirpa con anestesia local. Se le prescribe una nueva serie de bicianuro de mercurio.

Hoy la enferma se encuentra en un estado de salud floreciente y no acusa molestia ni trastorno alguno.

El examen histológico demuestra que el tumor es un adenocarcinoma á células epiteliales cilíndricas, dispuestas en tubos, que infiltran la mucosa, la muscularis mucosa y la capa superficial de la túnica muscular.

El tumor del cuello, es un ganglio metastático infartado por un epiteloma atípico, igual al del estómago.

El autor reputa interesante la comunicación:

1.º Por tratarse de un cáncer vegetante de evolución lenta.

2.º Por ser un cáncer que en los cinco años de su evolución no ha dado más síntomas que una dispepsia y una anemia progresiva.

3.º Por haber sido operada con una anemia intensa y en caquexia.

4.º Por haber soportado á pesar de su estado una operación tan cruenta.

5.º Por la experiencia obtenida. (*La Prensa Médica Argentina*, 30 de Agosto 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.

Nombramiento acertado.

Adelantadas hasta el punto de poder en caso de apuro ser rápidamente aprovechadas las obras del Hospital de Epidemias; fabricados dos de sus pabellones definitivos y dispuesto el emplazamiento y la preparación de los que pudieran ser provisionales y accesorios, ha juzgado conveniente el señor ministro de la Gobernación nombrar persona que, al propio tiempo que se encargara de la dirección futura del esperado nosocomio, colaborara desde luego en la organización é instalación de las necesarias dependencias del mismo.

Ante todo, hemos de aplaudir sin reservas la previsora disposición del Sr. Piniés, quien ha comprendido toda la conveniencia que hay en atribuir desde un principio y aun desde su período gestatorio, la organización técnica de tales establecimientos, á las personas mismas que han de tener después la responsabilidad en la perfección de su funcionamiento. Digan lo que quieran los pesimistas de oficio y los críticos de ocasión, alguna diferencia nos parece que existe entre este comportamiento y esta consideración, respecto á los elementos científicos, y aquella antigua y aun en muchos sitios permanente constitución de los hospitales, según la cual el médico era llamamado como elemento circunstancial y sobrepuesto para intervenir y no administrar en los Establecimientos de Beneficencia. Esta reacción en favor del buen sentido, justo es recordar que tuvo sus comienzos siendo director de Beneficencia el glorioso D. Ramón de Campoamor, quien dió la jefatura de los hospitales de Beneficencia general á los facultativos, y hoy, al llegar á su perfección y complemento la idea entonces germinada, no creemos mermar la gloria de los contemporáneos, recordando los antecedentes acertados de los que pasaron.

Pero aún hay otro acierto en lo dispuesto por el Sr. Piniés, y es el de haber sabido sobreponerse á todo linaje de preocupaciones, influencias y corruptelas para designar la persona que había de desempeñar la delicada Dirección, nombrando al reputado médico del Hospital general y encargado de sus salas de infecciones, Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo.

Ni nuestra amistad, ni el caso de ser el interesado nuestro compañero de redacción, ni ninguna

otra razón de orden externo, creemos que podrá por nadie ser estimado como motivo de influir en nuestro aplauso. Quien, como el Dr. Marañón, ha sabido en breve tiempo y con universal asentimiento alcanzar las posiciones profesionales más codiciadas; quien, como él, es reconocido dentro y fuera de España por una de las personalidades médicas más salientes en el concierto de la Ciencia contemporánea, bien puede ser objeto de nuestro tímido aplauso, asociado al que hemos tributado al ministro y tributamos al director que le han designado para este cargo de responsabilidad, de confianza y de imprescindible é innegable competencia.

Todo lo esperamos del Dr. Marañón; pues para que lo esperemos, le abonan sus antecedentes, su limpia historia, su constante actividad y la exquisita cultura de que da muestras diarias en sus publicaciones estimadas y leídas por todos. Ahora bien, no se nos oculta que en la aceptación del cargo para que ha sido designado, hay un verdadero sacrificio por su parte, dado lo que tales empleos suponen de ocupación de tiempo en la traslación al local lejano, en las atenciones administrativas y organizadoras y en la necesidad de una perseverante acción de autoridad, de vigilancia y de ejemplo. No creemos que á nuestro buen amigo le falte condición alguna para llenar éstas que á primera vista comprendemos; pero al enumerarlas queremos, por una parte, que se estime lo que la aceptación del joven médico significa, dadas las condiciones de numerosa clientela y de múltiples exigencias científicas en que se desenvuelve su estimada personalidad; y por otra parte, queremos recordarle lo necesario que es que se arme á un mismo tiempo que de energía, de paciencia para afrontar todas las dificultades que seguramente le han de salir á cada paso.

DECIO CARLÁN

DE UN TESTIGO

Sr. D. Decio Carlán.

Muy señor mío: Como hace algún tiempo que venían ustedes los periodistas hablando de cosas de seguros, y particularmente de seguros con aplicación á las cuestiones médicas, ora á las de generalidad sanitaria, científicas ó administrativas, ora a las que nos interesan de cerca á los médicos titulares, que somos los más necesitados de amparo, y al mismo tiempo los más adulados y los menos atendidos; como ví que se quería reunir en Madrid una Asamblea para discutir

este punto especial del seguro, por parecer que se discutirá también en las Cortes, y también como no me era molesto aprovechar un viaje económico á la Corte para asuntos míos, es lo cierto que decidí y llevé á cabo el propósito de asistir á la asamblea.

Llegué á Madrid, fuí al local que me dijeron que era el punto de nuestra reunión, que yo creí que iba á ser tan numerosa como el caso requería, y encontré mucha menos gente de la que yo esperaba; pero en fin, no es el objeto de esta carta el promover discusiones de más, de menos, de mejor, ni de peor. Creo que como dice Decio Carlan, aunque á veces no parece que lo practica, lo que importa en primer lugar entre los médicos es *la unión, la unión, la unión*, y la verdad es que en la *re-unión* á que he asistido con mucho dolor y sorpresa, no he visto que se haga nada por la *unión*, ni se procure nada por mejorar nuestra clase. Lo que allí ha dominado ha sido un afán de proceder contra personas determinadas, sin concretar porqué se les ataca; diciendo mil veces que son *encumbrados* y caciques y *políticos* y en contra de ellos se ha manifestado el deseo de acudir á los *políticos* y hasta de subvencionarlos para que nos defiendan. ¡Áteme usted esta mosca por el rabo!

Se comprende así que al segundo día de estar en Madrid, quejándome yo á mi antiguo maestro D. J. de que siendo senador, ni él ni otros senadores médicos se ocupaban de nosotros, me respondió que estaban escarmentados con lo que les sucedía á Pulido y á Cortezo, que estaban siempre defendiendo á los médicos y éstos los ponían todos los días de oro y azul por el beneficio que querían hacerles, y con lo que le sucedía á Salazar que por su cargo había sido el director que más se había ocupado de proyectar mejoras, buenas ó malas, pero bien intencionadas, y los que quieren quitarle de enmedio, *porque creen que le van á reemplazar*, le insultan y le injurian en todas partes: «Yo, me decía mi maestro, en nada me meto; en el Senado, soy senador y no médico, y ya ve usted, nadie se mete conmigo». Pero eso es egoísmo, D. J... «Lo que usted quiera, pero sus compañeros se hacen acreedores á ello, al mostrarse ingratos con los que les sirven ó quieren servirles».

Eso vamos ganando con nuestra conducta, pues como D. J... pensarán D. C. y D. X. y hasta 30 otros con los que deberíamos contar.

Pero vamos á cuentas con la asamblea: he leído lo que dice en EL SIGLO Decio Carlan, y aunque asegura que no quiere pecar de inocente, me parece que esta vez ó lo es mucho, ó finge muy bien que lo es cuando dice que después de agraviar al Sr. Cortezo se toma como bandera su Instrucción general, pidiendo que se haga Ley. Esto, señor mío, es un ardid de usted, pues bien sabe por qué lo piden los que lo piden; pues estando creada en la Instrucción la Junta de Patronato y peligrando hoy ésta por incompatibilidad con los Colegios y por haberse desacreditado entre los médicos, el día menos pensado ó el más pensado, puede ser suprimida por otro decreto como el que la creó y, siendo Ley de Instrucción, no correría este peligro y podrían seguir á su gusto los que la defienden y quieren anu-

lar la acción de los Colegios y cierta Real orden que ha dificultado muchas manipulaciones.

Esto me figuro yo aunque no parece que cayeron en la cuenta, ni los inocentes de la reunión, *ni el inocente Decio Carlan*.

En resumen, que de lo del seguro, nadie se ocupó como se había ofrecido y era de esperar, y que si fuimos de buena fe unos cuantos, nos hemos vuelto descorazonados todos, porque vemos que el Gobierno por evitarse discusiones no hará nada y nosotros seguiremos, como una pelota mal jugada, pasando de los caciques de fuera á los caciques de dentro.

Y perdone la tabarra.

UN ASAMBLEÍSTA.

Villatodas de Todaespaña.

PALACIO DE LA CLÍNICA

POR

ALFREDO LAPUENTE É IBARRA

Existe la costumbre en nosotros, los que á la ciencia de curar dedicamos nuestra vida, de establecer horas de consulta en nuestro propio domicilio, costumbre muy antigua y, además, más expuesta á efectos funestos.

Nos pasamos nuestra existencia aconsejando el aislamiento y la separación para los enfermos contagiosos, y no tenemos inconveniente en abrir la puerta del recinto donde mora nuestra familia para dar entrada por ella á todos los elementos de contagio que pueden determinar trastornos de importancia á nuestros seres queridos.

Muchos de los que me leen habrán sentido las consecuencias penosas de ello, y ya la difteria, el sarampión ú otras afecciones habrán tenido asiento en los afectos de su hogar por los concurrentes á sus consultas.

Esto que hasta aquí se ha realizado, y que por una condescendencia sin fundamento lo hemos estado haciendo todos en contraposición á las ideas que predicamos, es necesario que hoy, dado el adelanto intelectual y el progreso que los medios de asepsia nos proporcionan, pensemos con detenimiento en la supresión de esa costumbre que tanto mal puede hacernos.

Para ello se impone la construcción de un gran edificio en el punto más céntrico de la población, que se denominaría *Palacio de la Clínica*, y en el que celebrarían sus consultas particulares todos los facultados para el ejercicio de la ciencia de curar.

En estos momentos Madrid dispone de grandes solares en la formación de la Gran Vía y en ella podía levantarse un espléndido edificio con varias alturas, en cada una de ellas podía haber un salón central para espera de los clientes y á este salón podían concurrir los gabinetes de consulta.

Suponiendo que en cada planta pudieran instalarse 15 gabinetes y siendo siete las alturas del edificio, podrían celebrarse 90 consultas á un tiempo, y calculando doce horas diarias para su celebración, podemos muy

bien deducir que más de mil médicos todos los días podían ver allí sus clientes de consulta sin amenaza para su familia, puesto que este edificio había de estar dotado de todas las condiciones higiénicas que la Ciencia tiene estudiadas y aprobadas.

Nada digo de los planos de construcción, ascensores, calefacción, decorado y demás, porque éste entra dentro de la Arquitectura, y en España tenemos muchas figuras de gran valer que sabrían muy bien presentar proyectos de verdadero mérito y hacer una obra digna de sus estudios y del fin á que se la destina.

La realización de esta idea determinaría ventajas grandes para los médicos, para los enfermos y para el que quiera emplear en ello el capital necesario, pues obtendría un crecido interés.

Los médicos tendríamos la ventaja de no tener que habitar en sitio determinado, ni dedicar parte de la vivienda para sala de descanso, despacho de consulta, habitación para instrumental, botiquín, las que hoy restamos á la familia y nos obliga ó á ocupar un cuarto de grandes dimensiones, que no siempre se obtiene y además es de elevado precio, ó á restar comodidad y buena colocación á la familia. Esto, además de la amenaza del contagio, del que he hecho mención.

Como los medios de traslado son hoy rápidos y el teléfono es un precioso auxiliar, podíamos disfrutar de los beneficios y alegría que produce la vida de un hotel en los límites de la población.

Los pacientes hallarían la gran ventaja de disponer en un solo edificio de los doctos dedicados á la práctica de las distintas especialidades que constituyen hoy el completo tratamiento de los enfermos, y se evitarían tener que salvar á veces grandes distancias para conseguirlo.

Como complemento de este gran edificio, se podían instalar en las terrazas habitaciones que podrían ser ocupadas por los pacientes que llegaran de fuera de la población para asistir á las consultas, lo que les resultaría mucho más cómodo que una casa de viajeros.

En la planta baja se instalaría la oficina de Farmacia, el laboratorio, el instrumental auxiliar y en donde podrían obtenerlos los pacientes. En esta misma planta podría también instalarse el Colegio de Médicos de Madrid.

Después de todas estas ideas indicadas á la ligera, puede suponerse que la ventaja para el que dedicara su capital en este edificio podía conceptuar, con seguridad, un éxito á su negocio, pues si al alquiler que los médicos hicieran de sus horas de consultas se une el de habitaciones para enfermos y el de Farmacia y Colegio de Médicos, se puede calcular, sin temor á equivocarse, que más de 10.000 pesetas diarias podría ser el rendimiento que había de darle el *Palacio de la Clínica*.

La idea está presentada, y ahora sólo falta que un capital fuerte la ponga en ejecución, con lo que además de los beneficios que he dejado expuestos, daríamos al mundo científico una nota de verdadero progreso.

Atentado contra el Dr. Albiñana en Méjico.

Tomamos de *Excelsior*:

«Gran alarma despertó á las veintidós y media horas de ayer entre las personas que transitaban á esa hora por la segunda calle de Bolívar, el escuchar repetidas detonaciones de arma de fuego.

La Policía acudió activamente al sitio de los sucesos, cuando el que había hecho los disparos emprendía la fuga, siendo detenido en la esquina por un militar, quien lo entregó á un gendarme.

Se hicieron las primeras averiguaciones, y resultó que se trataba del Sr. Lorenzo B. Serrano y del doctor José M. Albiñana, que fueron los que al principio se aseguraba que habían reñido, haciéndose varios disparos, por más que todos los testigos que acudieron á la 4.^a Demarcación de Policía á rendir sus declaraciones espontáneamente afirmaron que el Sr. Serrano fué quien disparó sobre el Dr. Albiñana los seis tiros de su revólver á una distancia de 5 metros, afortunadamente sin hacer blanco.

DECLARA EL SR. DR. ALBIÑANA

Sumamente nervioso y agitado llegó á la 4.^a Demarcación de Policía el Sr. Dr. Albiñana, siendo el primero que rindió su declaración sobre lo acontecido. Dijo que se encontraba en el Café Madrid, ubicado en la segunda calle de Bolívar, acompañado de los señores licenciados Juan Estrada Montes de Oca y Filiberto García Castellot. Tomaron los tres amigos un refrigerio y estuvieron escuchando alegremente la música hasta las veintidós y media horas, que acordaron retirarse á sus domicilios.

Apenas había dado unos cuantos pasos fuera de la puerta del café, observó á su contrincante Sr. Lorenzo B. Serrano, el cual, sin que mediara ninguna palabra, le hizo fuego por seis veces con su revólver á una distancia no mayor de 6 metros.

Afirma en su misma declaración el Sr. Albiñana que el Sr. Serrano le tiene animadversión gratuita, y que por eso lo atacó en un periódico de que era director y gerente hace poco tiempo. Afirmó el Dr. Albiñana que al Sr. Serrano le deberían aplicar el art. 33, pues que es un hombre que ha medrado en muchos negocios sucios, y terminó acusándolo de homicidio frustrado.

LO QUE DICE EL SR. SERRANO

El Sr. Serrano fué conducido también á la 4.^a Demarcación de Policía por el mismo gendarme que efectuó su aprehensión, y allí se le registró minuciosamente, pero ya no se le encontró la pistola con que hizo los disparos contra el Sr. Dr. Albiñana. Declara el Sr. Serrano que la pistola, después de haber hecho los disparos, la arrojó al suelo, y no sabe quién la pueda haber recogido, y entregó solamente la canana.

Afirma que él no estaba en el Café Madrid, pero que iba á penetrar á dicho establecimiento cuando salió el Dr. Albiñana, quien lo agredió con el bastón

que portaba, y que él entonces, para amedrentar á su enemigo, desenfundó rápidamente su pistola é hizo seis disparos al aire, pues que, en caso de haber disparado sobre su contrario, seguramente que lo habría herido, puesto que la distancia que mediaba entre ellos era muy corta.

Confirma en su misma declaración el Sr. Serrano que son enemigos personales él y el Dr. Albiñana por algunas dificultades y disgustos muy serios que han mediado entre ellos, pero los cuales nunca habían dado lugar á llegar á las manos.

DECLARAN LOS TESTIGOS

Acudieron espontáneamente á declarar como testigos del suceso, los señores licenciado Juan Estrada Montes de Oca, Filiberto García Castellot y Luis González, quienes presenciaron perfectamente todos los hechos. Relatan los tres mencionados señores que los dos primeros estaban en compañía del doctor en el interior del Café Madrid, y al salir á la calle, se encontraron de manos á boca con el Sr. Serrano, que empuñando su pistola y sin que hubieran mediado palabras de disgusto entre los dos, hizo seis disparos sobre el Dr. Albiñana, el cual procuró defenderse, retirándose un poco hacia el interior del café. Afirmen los mismos testigos, que el Dr. Albiñana no llevaba pistola, como efectivamente se pudo comprobar en la Comisaría, sino sólo un bastón de lujo, pero afirman también, que no es verdad, como asegura el Sr. Serrano, que haya sido agredido por el doctor. Todas las declaraciones de estos testigos están enteramente de acuerdo en todos sus detalles y dicen ellos que el Sr. Serrano, cuando terminó de hacer los disparos, emprendió la fuga, pero que en la esquina fué detenido oportunamente por un militar, que lo puso en poder de la policía. Ninguno de los testigos observó que el Sr. Serrano haya estado atisbando para el interior del café, desde la calle, en espera de que saliera el Dr. Albiñana, pero se lo suponen, porque lo encontraron ya preparado, puesto que comenzó desde luego á disparar.

De esta reyerta no se tuvo que lamentar ninguna herida, pero sí los propietarios del Café Madrid y de la camisería de Block y compañía acudieron á la 4.ª Comisaría para manifestar que con motivo de los disparos que hizo el Sr. Serrano, resultaron en el café roto un cristal y dos en la camisería, con un valor total de 1.500 pesos. Un proyectil fué recogido por los mozos del café, de uno de los aparadores, y llevado á la demarcación en donde fué depositado.

El acta que se levantó en la demarcación fué por homicidio frustrado, á pedimento del Dr. Albiñana que fué el acusador del Sr. Serrano. La mencionada acta será turnada hoy al Ministerio Público y el Sr. Serrano, que quedó detenido en la citada demarcación, pasará hoy á la cárcel preventiva de Belem, para que practique las averiguaciones conducentes un juez del ramo penal.»

LA SANIDAD Y LOS SEGUROS SOCIALES ⁽¹⁾

La tendencia general de las asociaciones alemanas ha sido la de transformar las cajas del seguro en verdaderos institutos de higiene social, que tienen por objeto preservar la población trabajadora de su distrito contra todas las causas de sufrimiento y de enfermedad. Para este fin, no sólo atienden á las necesidades del obrero en casos de enfermedad, invalidez, ancianidad, viudez y orfandad, etc., sino que los grandes fondos de reserva de esas asociaciones se emplean, ya directamente ó por intermedio de préstamos hipotecarios, en obras sanitarias de carácter social: como hospitales, sanatorios, casas baratas é higiénicas para obreros, saneamiento de poblaciones, etc. En 1909 las mutualidades obreras de Alemania, sometidas al régimen del seguro obligatorio, poseían un capital de reserva, después de atendidas todas sus obligaciones con los asociados, que ascendía á la enorme suma de cinco mil millones de marcos, cuya cantidad, según la prescripción de sus propios estatutos, no podía ser empleada más que en obras sanitarias que de algún modo beneficiaran, directa ó indirectamente, la salud de los asociados. La consecuencia de esta fabulosa cantidad aplicada al fomento de toda suerte de obras de higiene social, ha sido el florecimiento sanitario de Alemania, que en los últimos treinta años ha multiplicado por todas partes el número de sus hospitales, sanatorios, asilos, hospicios y demás instituciones benéficas; ha higienizado la mayor parte de sus grandes poblaciones; ha estimulado intensamente las cooperativas de construcción de casas baratas sanas para obreros, que es cosa que envuelve la solución del problema higiénico de la habitación, y, por tanto, el de la endemia tuberculosa, que es hoy el principal azote del hombre; ha favorecido, por último y sobre todas las cosas, cuanto tiende á la regeneración fisiológica del individuo, emprendida metódicamente desde la escuela, por medio de una educación física conveniente y de los hábitos de vida al aire libre y en contacto con la Naturaleza, con el fin de vigorizar la raza y hacerla inmune á muchas infecciones.

El seguro contra la invalidez ha conducido á crear instituciones de previsión, con el fin de oponerse á las causas que más ordinariamente conducen á la incapacidad temporal ó definitiva para el trabajo; y como la principal causa de esa invalidez para el trabajo es la tuberculosis, de aquí ha nacido el desarrollo enorme que en Alemania ha tenido la creación de Sanatorios antituberculosos. El número de Sanatorios populares y de casas para convalecientes, erigidos por instituciones particulares y por los Municipios, gracias en parte á los capitales prestados al 3 ó 3 ½ por 100 por las Cajas del seguro, es muy grande; pero todavía son más numerosos é importantes los fundados por los mismos Institutos de seguro, con el fin de vigilar y comprobar por sí directamente el tratamiento de sus enfermos. El primer Sanatorio antituberculoso fué construido en 1895 por la

(1) Véase el número 8.593.

Caja de Seguros de Hannover, y situado entre los hermosos bosques de coníferas del Harz. Este bello ejemplo fué tan rápidamente seguido, que ya en el año 1911 el número total de Sanatorios propiedad de estas instituciones, entre ellos el famoso de Beelitz, en Berlín, ascendía á 38 para tuberculosos, con 3.314 camas para hombres y 1.338 para mujeres, y 36 para otra clase de enfermos; los cuales, unidos á los demás sanatorios construidos por otras Corporaciones, singularmente por la Sociedad la Cruz Roja alemana, ascienden hoy á un número verdaderamente extraordinario. El sistema de estas construcciones es sencillo, excepción hecha del Sanatorio de Boelitz, en Berlín, que es un tanto suntuoso, y atienden á las bases fundamentales del tratamiento, que son: reposo, luz, aireación y alimentación. En el año 1910, que es la última estadística que conozco, fueron asistidos en todos los Sanatorios adscritos al seguro alemán cerca de 50.000 tuberculosos; 30.000 hombres y 20.000 mujeres, aproximadamente. El resultado de todo ello ha sido que, á consecuencia de la lucha emprendida en grande contra esta epidemia, ya con el tratamiento preventivo y curativo en los sanatorios, ya con el progreso sanitario general alcanzado con las demás leyes sociales, puede decirse que desde el año 1879 acá, que comenzó la legislación socialista en favor de los obreros, la mortalidad por tuberculosis ha disminuído una tercera parte en todo el Imperio.

La nación que más inmediatamente siguió á Alemania en esta reforma legislativa del socialismo obrero fué Austria-Hungría, que en este punto, como en tantos otros, experimentó la influencia poderosa de la política socialista del Imperio alemán.

Ultimamente, en 1911, el actual presidente del Consejo de Ministros de Inglaterra, Mr. Lloyd George, siendo ministro de Hacienda, implantó en su país, después de estudiar personalmente el problema en Alemania y Austria, la ley del Seguro obligatorio contra la enfermedad, la invalidez y el paro forzoso para todos los obreros de más de diez y seis años. Y á decir verdad, yo no conozco nada más revolucionario, ni más grande, ni más humano; nada que más haya de contribuir al progreso sanitario de Inglaterra. En esa ley se obliga al Estado, á los patronos y á los obreros á contribuir cada cual por su parte en proporciones determinadas y justas al sostenimiento de la asistencia de los enfermos y de los gastos que ocasione el cumplimiento de la ley; y por ese solo hecho se interesa de un modo indirecto á la nación entera á esforzarse para que el número de enfermos disminuya. Es decir, que esa ley, no solamente tiene el objeto humanitario de amparar al obrero enfermo y desvalido, ofreciéndole asistencia y cuidados, sino otro más alto y trascendental, cual es el que el Estado, los patronos y los obreros, cada cual por la parte que le interesa, se preocupen á su vez de disminuir el número de individuos que enferman en el país, porque de esta suerte las cuotas que están obligados á pagar para atender los gastos del seguro disminuirán igualmente.

En efecto, apenas promulgada esta ley, el Estado británico empezó á preocuparse por la salud de los ni-

ños de las clases pobres con más interés que lo había hecho nunca. Comenzó á reflexionar que anualmente salen de las escuelas oficiales de Inglaterra unos 650.000 niños, de los cuales, por lo menos medio millón de esos muchachos, ingresarán cada año en el seguro obligatorio; y que si ese ejército de jóvenes que entran en las filas del trabajo no van fortalecidos y vigorizados por una higiene preventiva, ejercida cuidadosamente durante la infancia, el número de enfermos é inválidos que produciría después la vida del taller y de la fábrica podría ser tal, que hiciese fracasar la ley. En cambio, si la salud de los trabajadores se prepara por medio de medidas sanitarias de vigorización física durante los primeros años de la vida, el número de enfermos afectos al seguro disminuiría notablemente y la reducción consiguiente de los gastos facilitaría el éxito de la ley.

Llevado de esta convicción el ministro de Hacienda, llevó á la Cámara de los Comunes un proyecto de ley concediendo fuertes subsidios ó subvenciones á los organismos oficiales y particulares que se preocupasen por la salud de los niños. A la vez, y ya con el fin de intensificar la lucha contra la tuberculosis, hizo votar de primera intención á las Cámaras la suma de millón y medio de libras esterlinas para favorecer la creación de sanatorios y otras instituciones antituberculosas destinadas á la asistencia de enfermos afectos al seguro.

Los patronos, por su parte, interesados en rebajar la cuota que les corresponde para el sostenimiento de la ley, procurarán por propio egoísmo ocuparse más que antes de la higiene de los talleres y las fábricas, y de mejorar las condiciones generales en que se realiza el trabajo; y aun los obreros mismos, movidos también por su propio interés en no enfermar, cuidarán de su salud como acaso no lo hayan hecho nunca.

Y he aquí cómo una ley que á primera vista pareció obedecer sólo á un acto de asistencia pública colectiva, se va convirtiendo poco á poco, por su acción virtual y trascendente, en uno de los más poderosos estímulos de realizar el bien, y en uno de los resortes más eficaces que han concebido los legisladores para hacer prosperar la salud pública de un país.

Con esta ley y otras semejantes se trata de extender el concepto de igualdad que ya existe en otras esferas del derecho á las regiones de la Medicina y de la Higiene públicas; se trata de afirmar en cada ciudadano, pobre ó rico, el derecho á la salud en lo que ella depende de los hombres; se trata, por último, de llevar á su mayor desenvolvimiento físico la personalidad humana, para que pueda cumplir los altos fines para que ha sido creada.

Esta gigantesca construcción social del seguro en Inglaterra tiene, sin embargo, el inconveniente de costar muy cara; y sólo esta nación puede soportar sin alarma la formidable carga de diez y nueve millones de libras esterlinas (500 millones de pesetas aproximadamente), que pesa sobre el presupuesto del Estado. Ninguna nación se ha atrevido á gravar hasta ese punto las obligaciones del Tesoro público; porque Alemania, aun después de la ley de 1911, no tiene un gasto

del Estado superior á 150 millones de marcos; Francia no pasa de 300 millones de francos, comprendida la asistencia pública. Pero al contemplar los gastos de esta naturaleza hay que considerar cuál es su rendimiento. Desde este punto de vista tiene la ley inglesa sobre sus similares la superioridad de que se asegura la familia obrera contra el conjunto de riesgos que la amenazan; mientras que la ley alemana no provee, por ejemplo, al riesgo del paro forzoso y apenas asegura á la vejez, porque una pensión á la edad de setenta años, en la forma que lo hace Alemania, casi es una irrisión.

El seguro-enfermedad, que es el más importante desde el punto de vista sanitario, puede ser, según lo tiene un gran número de Estados, organizado por la mutualidad libre; y estas mutualidades libres pueden dividirse: 1.º En Sociedades no reglamentadas, que es el sistema todavía practicado en España.—2.º En Sociedades reglamentadas sin subvención; á este grupo corresponden Italia, Suecia, los Países Bajos y otros. En estos diversos Estados, estas mutualidades de seguros contra la enfermedad tienen ciertos privilegios sobre la ley común de asociaciones, como son, por ejemplo, la personalidad jurídica, la franquicia postal, la exención de todo derecho de timbre y de registro, etc.—3.º Estos seguros de enfermedad pueden ser también organizados por Sociedades libres reglamentadas y subvencionadas. A este grupo pertenecen Francia, Bélgica y Dinamarca. Estas Sociedades se benefician de importantes subvenciones del Municipio, de la Provincia ó del Estado.

Es extraño que Alemania no aplique el principio de contribución del obrero, el patrono y el Estado más que al seguro contra la invalidez y vejez, y no al de enfermedad; mientras que otras naciones que no hacen el seguro de enfermedad obligatorio, sino meramente facultativo, refuerzan y protegen éste con grandes subvenciones del Estado.

En Austria el seguro vejez-invalidez beneficia á todos los individuos económicamente activos, sin distinción de clase; de modo que es, más que un seguro obrero, un seguro social que abarca á todos los individuos que no ganen más de 2.400 coronas por año. En realidad, es preciso salirse del círculo estrecho del seguro obrero é ir poco á poco al seguro social amplio y generoso de todas las clases necesitadas. Este es el ideal.

En Australia, Dinamarca é Inglaterra los viejos indigentes tienen derecho en ciertas condiciones á una pensión de vejez, á la cual acuden los recursos generales del Estado sin contribución del obrero ni el patrono. Mucho parecido tienen estas leyes con la francesa, que comprende el socorro á la vejez dentro de la asistencia pública obligatoria de los viejos é indigentes.

La ley inglesa, muy liberal y democrática en la organización de los seguros, reconoce el principio de *self government* para los obreros. Por eso, mientras la ley alemana sujeta á las mutualidades á una tutela oficial estrecha y rigurosa, la inglesa es una verdadera democracia social.

El seguro maternal que tiene un valor social importantísimo, puesto que interesa al porvenir mismo de la raza, no es en la mayor parte de los Estados más que una rama del seguro de enfermedad. El parto es mirado como una enfermedad *sui generis*, que confiere á las mujeres aseguradas el derecho al tratamiento gratuito en sus domicilios, ó en una maternidad, á más de una indemnización diaria durante un cierto número de semanas, que varía de cuatro á ocho.

La asistencia obligatoria de los viejos, enfermos ó incurables en Francia está regida por la ley sobre *l'Assistance medicale gratuite* de 1893, y sobre la asistencia obligatoria á los viejos, enfermos ó incurables indigentes de la ley de 1905, ampliada por la de 1910. Francia tiene organizada la asistencia pública, como dijimos antes, según el principio proclamado por la Convención de 1793.

En resumen: del estudio comparativo de la legislación actual en todos los países del mundo sobre seguros sociales, se desprende la superioridad de la obligación sobre la libertad subsidiada, al menos en lo que concierne á la generalidad de los individuos asalariados, y con la reserva de las modalidades y temperamentos impuestos por las tradiciones de cada país ó por las necesidades de su Tesoro público.

(Continuará.)

INSTITUTO DE MEDICINA PRACTICA

ACTA DE LA SESIÓN CIENTÍFICA DEL DÍA 28 DE ABRIL DE 1922

Extrasístolia y tonicidad cardíaca.

Comunicación del Dr. Durán Arróm al curso de ampliación de estudios de Cardiología.

Hace un estudio afiligranado del electrocardiograma en el estudio de los extrasístoles y de un modo especial se detiene en el estudio de las variaciones de la curva electrocardiográfica en las hipertrofías y dilataciones ventriculares, toda vez que cambiando la orientación del eje eléctrico del corazón que es el mismo que el eje anatómico, engendran también una variación distinta en la línea del flujo eléctrico que normalmente proporciona el electrocardiograma. Divide á este respecto los corazones en los siguientes grupos: corazón horizontal en las hipertrofías del ventrículo izquierdo; corazón vertical de predominio del ventrículo derecho y corazón intermedio á ambas. Estudia la línea electrocardiográfica en los primeros en derivación primera y tercera, y del mismo modo estudia los segundos. Acompaña al trabajo diseños y documentación para demostrarlo.

Relaciona este influjo á su vez con los extrasístoles de predominio de base y de punta ventricular izquierda demostrando las reglas por que se rigen estas heterotropías al desviar el punto de origen de las anómalas revoluciones cardíacas.

Por último, la fibrilación y flutter auriculares y las alteraciones en la transmisión Hisiana con sus ondas P. sin transmisión ventricular y otras alteraciones del complejo ventricular constituyen el tema pertinente á la primera parte de la conferencia.

Destina el conferenciante la segunda parte, al estudio de la propiedad fundamental cardíaca apellidada Distonicidad cardíaca. Explica ampliamente lo que representa el tonus muscular, propiedad inherente á todos los músculos del or-

ganismo, para hacer ampliación al tonus de la fibra cardíaca, ó sea, aquella cualidad que posee dicha fibra de mantenerse en estado de no distensión en el diástole. Las deducciones que obtiene del trastorno del tonus cardíaco son tantas y tan variadas, que ellas de por sí abarcan el capítulo más importante, sin duda alguna, de la patología cardíaca. Analiza el autor esta propiedad y abundando en las ideas de Bordet admite tres períodos en la constitución de la distonicidad: período de distensión cardíaca de las lesiones valvulares; de hipertrofia consecutiva á esta distensión; de dilatación cardíaca sucediendo á la disminución de aquella. Expone los dos grandes métodos exploratorios para determinar dicho trastorno, ó sea, Rayos X y esfigmomanometría. Por último divide la tunicidad cardíaca en tres períodos, de di-sistolia, de asis tolia regional y de asistolia completa.

Destina una gran parte de la conferencia á la explicación que da hoy día la ciencia de las imágenes radioscópicas en las distintas lesiones que permiten diagnosticar y pronosticar con precisión los distintos trastornos anatomopatológicos y fases de todos los procesos cardíacos.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 699,8; ídem mínima 695,1; temperatura máxima, 17°,1; ídem mínima, 1°,5; vientos dominantes, NE. SO.

Con muy poca diferencia, siguen observándose los mismos caracteres y la misma índole en los estados patológicos que se han registrado en Madrid en la semana última: aumento paulatino en los afectos inflamatorios de los órganos de la respiración; disminución de las infecciones febriles de localización intestinal, complicaciones congestivas en los padecimientos crónicos cardíacos y renales, persistencia de los reumatismos musculares y exacerbación de los crónicos.

En los niños siguen notándose algunos casos de escarlatina.

Crónicas.

Dos donativos.—Entre otros, que lenta, pero constantemente llegan, ha recibido el Colegio de Huérfanos 200 pesetas, producto de la cuestación en el Balneario de Cestona, y 1.000 pesetas que la esposa de un joven y muy reputado médico madrileño ha enviado rogando que no se mencione su nombre. Como ven nuestros lectores, no todos se olvidan de lo que nadie debiera olvidarse.

Homenaje á un Inspector de Sanidad.—El Ayuntamiento de Torreblanco (Jaén) ha acordado dar á una calle el nombre de Agustín Argenta, inspector de Sanidad, que realizó una meritisima labor asistiendo á varios individuos atacados de lepra.

Grave epidemia infantil.—La Prensa de Jaén llama la atención á las autoridades acerca de los síntomas alarmantes acusadores de la existencia de una enfermedad epidémica que ataca á la población infantil con caracteres de gravedad.

Los últimos datos facilitados por el Registro civil dan una aterradora cifra de mortalidad.

Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional.—En los días 26, 27, 28 y 29 del pasado Octubre ha tenido lugar en Cádiz la X Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional.

La sesión de apertura se celebró en la Facultad de Medicina el día 26 con toda solemnidad. Presidió el alcalde de Cádiz, con el decano de la Facultad de Medicina, el presidente de la Unión Farmacéutica, el del Colegio de Farmacéuticos y el secretario. Por la noche se celebró una recepción en el Ayuntamiento en honor de los asambleístas.

Los días 27 y 28 se invirtieron en sesiones, visitas á la factoría y dique de Matagorda y excursión á Jerez.

El 29 se celebró la sesión de clausura, en la que quedaron como definitivas las siguientes conclusiones:

1.^a La Junta directiva de la U. F. N. gestionará por cuantos medios pueda la modificación del Código penal vigente, en el sentido de que se consideren delitos las intrusiones en el ejercicio profesional sanitario.

2.^a La Junta directiva de la U. F. N., con la cooperación de cuantas personas estime conveniente, constituirá una sección especial que procure por todos los medios el fomento de la industria químico-farmacéutica en España.

3.^a La U. F. N. solicitará de los Poderes públicos la provisión de todos los cargos técnicos en los Laboratorios é Institutos químicos bacteriológicos, por oposición entre los titulados en Farmacia, Medicina y Ciencias. En caso de que se provean por concurso, que sean preferidos los doctores en Farmacia.

4.^a Conceder un amplio voto de confianza á la Junta para que gestione la realización del programa mínimo acordado por la Asamblea de Marzo, recabando el apoyo de los Colegios provinciales y dando cuenta en la próxima Asamblea del uso que de esta autorización hiciera.

5.^a Igualmente, conceder voto de confianza á la Unión Farmacéutica Nacional para pactar acuerdos con las Asociaciones de especialistas constituidas ó que se constituyan, á fin de allegar recursos que se necesitan, y establecer precios de venta de las especialidades obligatorios y remuneradores para los farmacéuticos detallistas, para quienes será la exclusiva de la venta de dichas especialidades.

6.^a Dar un voto de gracias á D. Nicolás Gutiérrez y Junta del Colegio de Cáceres, por su proyecto de Socialización farmacéutica, así como á cuantos presentaron enmiendas, considerando que no es llegada la oportuna sazón para establecer tan profunda reforma en el ejercicio de la profesión farmacéutica, y confiar á la U. F. N. la redacción del proyecto, para que sea implantado en el momento oportuno.

7.^a Reiterar la petición hecha en la Asamblea anterior de que los grandes trasatlánticos lleven oficina de farmacia servida por un farmacéutico.

8.^a Que, sin perjuicio de utilizar los medios que la clase farmacéutica pueda encontrar en sus organismos, demandar de los Poderes públicos una Real disposición fijando el precio de venta de las especialidades farmacéuticas, del mismo modo que existe otra regulando el de los periódicos.

9.^a Que la nueva Junta directiva de la U. F. N., al reformar los Estatutos, procure dar entrada á los residentes en provincias. En tanto, considerar como agregados á los de los Colegios de Barcelona, Granada, Badajoz y Guadalajara.

10. Instituir un premio en honor del Dr. Carracido, consistente en el pago de los derechos del título al estudiante de Farmacia que más se distinga y sea pobre, cada año en cada una de las cuatro Facultades, empezando por Madrid y siguiendo las otras en orden de antigüedad.

11. Incluir en el presupuesto de la U. F. N. 5.000 pesetas anuales para editar un boletín mensual, cuya publicación quedará á juicio y dirección de la Junta.

12. Celebrar la próxima Asamblea en Barcelona el año 1923 en la primera quincena de Octubre.

13. Darán un cumplido voto de gracias á la Junta saliente de la U. F. N., y otro de confianza á la Junta entrante.

14. Dirigir telegramas de saludo y felicitación á los doctores Carracido, Pulido, Andreu y Solano, que tantos merecimientos tienen para la clase.

15. Nombrar presidente honorario de la U. F. N. al eminente Dr. Carracido, por sus infinitos méritos.

Sindicato Médico de Madrid.—Este Sindicato ha celebrado su segunda reunión, el sábado 4 del corriente, para leer y aprobar la ponencia previamente redactada por la Comisión nombrada en la sesión anterior y que ha de ser llevada en representación del Sindicato Médico de Madrid á la Asamblea Nacional, que se celebrará este mes en Barcelona, sobre Seguro de enfermedad, invalidez y maternidad.

Fué leída y aprobada con algunas modificaciones, en las que intervinieron los Dres. Palancar, Milla y Barrio de Medina; acordándose sea llevada á Barcelona representando al Sindicato Médico de Madrid, por los Dres. Calisto Milla, Barrio de Medina y Rey y Rey, quienes llevarán también la voz del Sindicato en las sesiones que ha de celebrar dicha Asamblea.

Conferencia del Dr. Navarro Blasco.—El día 30 de Octubre y en la Facultad de Medicina dió el Dr. Navarro Blasco una conferencia correspondiente á la serie organizada por

la Escuela Española de Fisiología, sobre el «Tratamiento ambulatorio de la tuberculosis pulmonar por los antígenos parciales».

Con acierto y elocuencia desarrolló el interesante tema y al final de la disertación fué muy aplaudido por el numeroso auditorio.

Nombramiento acertado.—Leemos en la Prensa oficial y diaria, que nuestro querido amigo y redactor el Dr. Navarro Cánovas ha sido nombrado médico director del gabinete de Radiografía y Radioterapia del Hospital de la Princesa de esta corte.

De todos nuestros lectores son conocidos los méritos del Dr. Navarro Cánovas y el valor de sus producciones científicas.

Cúmplenos desde estas columnas manifestarle en nombre de sus compañeros la gran satisfacción con que se ha recibido en esta casa la noticia de la distinción de que ha sido objeto.

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*.

Escuela Española de Fisiología.—Esta entidad dará un curso breve y gratuito de «Diagnóstico y tratamientos de la tuberculosis pulmonar», desde el 6 de Noviembre al 15 de Diciembre, en el Dispensario María Cristina (Goya, 40), bajo la dirección del Dr. Verdes Montenegro y con la colaboración de los Dres. Sousa, Ubeda, Ostalé, Triviño, Navarro Blasco, Asensio, etc.

Cultura y asistencia médica para la mujer.—El Centro Ibero Americano de Cultura Popular Femenina, perseverando en su labor de beneficiar a las mujeres de la clase proletaria y media, tan necesitadas de protección, ha organizado una nueva sección, denominada «Consultorio de especialidades médicas», y al efecto ha nombrado los siguientes profesores:

De corazón, pulmones y medicina general, Dr. Alvaro Gracia; de cirugía general, Dr. Stocker; de estómago, hígado e intestinos, Dr. Serrada; de piel, Dr. Portilla; de ginecología, Dr. Duque; de mentales y nerviosas, Dr. Salazar; de enfermedades de los niños, Dr. González Álvarez; de ojos, doctor Hernández; de garganta, nariz y oídos, Dr. Morales Lahoz; de boca y dientes, Dr. Davis, y de laboratorio, doctor Arcaute.

Estas consultas, bisemanales, serán gratuitas para las alumnas del Centro, y sus beneficios se harán extensivos a todo el que lo desee mediante módico donativo, para fomento de las clases gratuitas y sección Protección al Trabajo de la Mujer.

En la Secretaría del Centro, Fuencarral, 145, se proporcionarán detalles de días y horas de cada consulta.

Curso gratuito.—Vistas las enseñanzas que a modo de conversación familiar recibía un grupo de alumnos internos del hospital de la Princesa, solicitaron del maestro, el excelente clínico D. Manuel Arredondo, se transformasen en un curso teórico práctico, deseo al cual ha accedido el ilustre especialista, comenzando sus lecciones el día 7 del presente mes y continuando todos los martes a las seis de la tarde,

en el domicilio que la Casa del Estudiante (Mayor, 1) le ha ofrecido.

A NUESTROS SUSCRIPTORES: «Nota de la Administración».—Respondiendo a una circular enviada por esta Administración sobre la conveniencia de hacer el pago de la suscripción por giro postal, ya que con ello nos facilitan mucho tiempo y nos evitan muchos trabajos, recibimos diariamente respuestas tan atentas y tan en relación con nuestros deseos, que no podemos por menos expresar nuestro agradecimiento a los señores que así proceden.

Excipiente inerte.—¡Qué gran tónico sería para el novel observador el que su maestro, en vez de asombrarlo y desalentarlo con la descripción de las cosas acabadas, le expusiera el pasado embrionario de cada invención científica, la serie de errores y titubeos que le precedieron, constitutivos desde el punto de vista humano, de la verdadera explicación de cada descubrimiento!

(Cajal.)

No hables de merecer hasta que no puedas demostrar que has merecido; de otro modo harás el papel de los *clowns* que comentan con gestos grotescos los ejercicios de los acróbatas.

(Ich.)

Productos García Suárez.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y farmacia García Suárez (Calle de Recoletos, 2 duplicado), cuya lectura recomendamos.

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

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO Glicerato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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