

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 BIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	E. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	E. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RIOS 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:

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

SUMARIO: Sección científica: Las crisis tabéticas en las formas oligosintomáticas, por José María de Villaverde.—Sobre la patogenia de la litiasis biliar, por el Dr. Carlos Blanco Soler.—La radiactividad en Hoyo de Manzanares, por José Muñoz del Castillo.—La reacción de fijación del complemento en tuberculosos tratados por la vacuna antialfa del doctor Ferrán, por el Dr. José Codina Castellvi.—Bibliografía, por Enrique Fernández Sanz.—Periódicos médicos.

Las crisis tabéticas en las formas oligosintomáticas

POR

JOSÉ M.^a DE VILLAVERDE

Uno de los progresos grandes de la Neuropatología moderna ha consistido en conocer y hacer que ya corrientemente se diagnostiquen muchas formas de tabes con pocos síntomas, lo cual anteriormente hubiera parecido un poco aventurado.

No hace aún muchos años, para diagnosticar una tabes se hacía preciso que existieran un minimum de síntomas. El análisis del líquido cefalorraquídeo y la generalización de este procedimiento de diagnóstico, ha puesto de manifiesto que muchos síntomas sospechosos de tabes realmente pertenecen á esta enfermedad. Antes, para diagnosticar, por ejemplo, formas dolorosas de la tabes que evolucionaban sin síntomas de otra clase y confundiéndose con lo que se llama reumatismo, era preciso que presentaran al mismo tiempo síntomas inconfundibles de la enfermedad, y una cosa parecida ocurría con los casos de otros síntomas aislados. Hoy día ya en circunstancias como las citadas podemos saber en muchísimas ocasiones de lo que se trata, lo cual no es una sutileza diagnóstica, sino de importancia primordial para el tratamiento á seguir. Y en todo caso, el conocimiento de esto nos pone en guardia en

los casos dudosos para sospechar si las cosas pudieran ir por este lado.

De todos modos, el hecho que llama la atención de todos los neurólogos sin excepción, y que cada día salta más á la vista, hasta el punto de parecernos siempre poco todo lo que sobre él se insista, es la cantidad tan grande de formas abortivas de tabes que en la práctica nos encontramos.

No hace un año aún, Babinski nos decía en París hablando sobre este extremo: «No sé á qué pueda ser debido; pero desde hace algunos años el tabético de antes, el clásico, con marcados síntomas atáxicos, ha desaparecido casi de mi consulta. Si alguno de éstos se ve, casi siempre es uno de los casos en los que la sífilis permanecía ignorada, y por tanto sin tratarse. No sé á qué atribuirlo con seguridad, pero no es improbable suponer que quizás los procedimientos energicos modernos para tratar esta dolencia deben influir en alguna forma en que más tarde no surjan los síntomas citados.» Aun en menor escala—por no extenderse nuestra experiencia grandemente á la época en que á los sífilíticos se les trataba sólo con píldoras y fricciones—, nosotros hemos observado una cosa parecida. Y todo neurólogo que vea un mediano número de enfermos estará convencido de que ante el número de tabéticos oligosintomáticos que se le presentan, el que muestra los síntomas de las formas clásicas apenas existe.

Nonne (1), quizás la primera autoridad moderna en materia de neurosífilis, dice: «Quiero aprovechar esta ocasión para poner de manifiesto que yo también veo muchos más casos que antes de formas rudimentarias, abortivas ó incompletas de tabes. Anteriormente exploraba concienzudamente, y los tales casos no se me hubieran escapado. Que esto no es una simple coincidencia lo demuestra la circunstancia que los otros neurólogos han visto una cosa parecida.» Posteriormente, el eminente neuropatólogo de Hamburgo, al querer explicarse todo esto, no sólo no lo ha hecho apoyándose en que el tratamiento con el salvarsán en el comienzo de la lúes, por ser más enérgico, hace que, si una tabes se presenta posteriormente, sea incompleta y no llegue á desarrollarse del todo, sino que culpa al salvarsán de la posterior aparición de una tabes oligosintomática y de aumentar el número de ellas. En su sentir, la aparición más frecuente de estos síndromes desde que se usa la medicación salvarsánica es cosa que habla grandemente en pro de lo que acabamos de señalar.

Todos estos puntos son difíciles de aclarar, y juegan, indudablemente, en ellos tantos factores, que cometer errores al querer interpretarlos es cosa en la que pueden caer fácilmente hasta las personas con mayor experiencia. Ahora bien: lo que sí conviene señalar con todo género de detalles son los hechos, por la importancia que ello pueda tener para la práctica, y luego vendrá la explicación, si es que es posible hallarla.

A veces nos encontramos en la práctica con casos de formas oligosintomáticas de la tabes, que son curiosos en extremo, y por otro lado, instructivos en grande escala. Casos en los que, por ejemplo, faltan los reflejos rotulianos ó éstos unidos á los de Aquiles, que el enfermo no presenta más síntomas y aquello se descubre por casualidad, es algo corriente. Nonne, en su obra clásica, cita varios casos de éstos; pero es aún mucho más curioso un caso que hemos visto recientemente.

Un señor de sesenta y siete años, á quien últimamente hemos visto por una porción de trastornos subjetivos, debidos probablemente á arterioesclerosis cerebral, no tenía reflejos rotulianos. La exploración nos permitió excluir la existencia de un proceso neurítico en las extremidades inferiores. Ningún otro síntoma pudimos poner de manifiesto en su examen somático.

La historia de este enfermo era la siguiente: á los veinte años tuvo un chanero con infartos inguinales y dudosas manifestaciones secundarias. Desde joven fué nervioso, y como quiera que estos síntomas de vez en cuando experimentaban exacerbaciones, consultó en diversas ocasiones con varios especialistas de España y el extranjero. En 1889 se le presentó un episodio un poco más intenso—el enfermo es indudablemente un psicópata con diversos síntomas afectivos que empeoraban en ciertas circunstancias,—y por ello consultó en París con un neurólogo, gloria de la Medicina francesa del siglo pasado. El paciente no ha mostrado una nota que le dió entonces el citado especialista, donde se consignaban los síntomas hallados en la exploración, con el juicio que le merecían. Y entre exclamaciones está escrito que al

paciente ya entonces le faltaban los reflejos patelares. La exploración que del enfermo hemos hecho detenidamente nos ha convencido que el proceso tabético no ha adelantado un paso.

Es este un caso demostrativo para mostrar á los partidarios decididos de los llamados métodos modernos con los que creen tener en su haber casos de tabes que han detenido, de que no están en lo cierto. Cada día que pasa estamos más convencidos que estos casos oligosintomáticos, una vez establecidos de la suerte, así quedan constituidos, y si tenemos en cuenta su curso, creemos no pecar de exagerados si decimos que prácticamente está extinguido el proceso. Es esta la razón por la que no nos parece justificada la línea de conducta que se ha seguido en varias ocasiones, y es, ante casos como éstos, establecer un tratamiento específico enérgico y hasta violento (caso que se ha dado cuando se creía en la eficacia de las inyecciones intrarraquídeas). Siempre estuvimos frente á esta manera de pensar, y aunque no seamos partidarios del todo de la opinión no ha mucho defendida por Nonne, que en casos incipientes ó estacionarios, un tratamiento enérgico con los arsenicales puede ser causa de que el proceso dé un estallido y se manifieste con todos sus síntomas, el no hacer una medicación demasiado intensa ó no hacer ninguna, es la línea de conducta que hemos seguido.

Es este el caso cuando nos hemos encontrado con enfermos con abolición de los reflejos rotulianos y de Aquiles ó cuando como sólo síntoma existía una rigidez pupilar bilateral, con relaciones normales por parte del líquido cefalorraquídeo. En dos casos de éstos que hemos visto en varias ocasiones, uno desde hace siete años y otro desde hace cinco, y en los que existían antecedentes evidentes de infección luética, por nuestro consejo no se ha hecho ningún tratamiento, no presentándose otros síntomas tabéticos. Luego hemos visto que dado el pronóstico que á estas formas de rigidez pupilar aislada les adjudican autoridades como Nonne (1) y Dreyfuss (2), el no hacer tratamientos intempestivos era lo racional, y el último de estos autores sobre este punto se exterioriza con toda claridad: «Si son seronegativos no necesitan ningún tratamiento». Y en casos como éstos la línea de conducta parece del todo clara. Pero lo que ocurre con el líquido cefalorraquídeo, no en todo caso—á juzgar por el curso—debe interpretarse lo mismo; de esto vamos á decir algo. Algunas veces las cosas parecen ocurrir de un modo del todo diferente.

Donde los problemas relacionados con el diagnóstico y la línea de conducta á seguir en las tabes oligosintomáticas, es cuando éstas están constituidas del todo ó casi del todo por crisis dolorosas, recaigan éstas en las extremidades ó en diversos órganos.

(1) NONNE: loc. cit.

(2) DREYFUSS: Prognostische Richtlinien bei isolierte syphilitischen Pupillenstörungen—Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Nervenärzte, 1922.—Vogel Leipzig.

(1) NONNE: "Syphilis und Nervensystem", tercera edición, 1915.

El diagnóstico de crisis dolorosas en las extremidades cuando van acompañadas de algún otro síntoma de tabes de los que no admiten duda, está exento de dificultades. Es algo más difícil de hacerse cuando hay crisis dolorosas sin ningún otro síntoma de tabes, pero la descripción detallada de los dolores nos hace sospechar se trate de un proceso radicular, y esta hipótesis es comprobada por el análisis del líquido cefalorraquídeo. Otras veces los síntomas dolorosos que son enormemente sospechosos de tabes, no van acompañados de reacciones positivas en el líquido cefalorraquídeo, y en tal caso, aun con toda probabilidad no podemos afirmar que el proceso sea de origen radicular. Una cura específica—que excluidas todas las demás afecciones que puedan producir el citado síntoma—es una línea de conducta razonable á seguir, no es criterio nunca, pero menos en casos como éste para afirmar ó excluir el origen luético del síntoma. Y aunque á veces el resultado que obtengamos sea satisfactorio en extremo, como nos ha ocurrido en más de una ocasión, seguimos con la duda.

Donde verdaderamente tiene importancia el conocimiento de la tabes, es en lo referente á la patología gástrica. Cuando las crisis de estómago coinciden con la presencia de otros síntomas de tabes, el diagnóstico es fácil. Pero esto no ocurre siempre y puede suceder que las crisis gástricas sean el único síntoma, y durante muchos años se hayan hecho los más diversos diagnósticos creyéndose se trataba de diversas enfermedades de estómago y de hígado, y, por último, la aparición de síntomas evidentes de tabes han arrojado hoy en el terreno del diagnóstico.

En un caso recientemente visto por nosotros, luético antiguo, durante diez y ocho años ha presentado los más diversos síntomas por parte de estómago y ha estado sujeto á diversos tratamientos. Ultimamente la exploración somática puso de manifiesto la abolición del reflejo del tendón de Aquiles en ambos lados.

Las cosas, á veces, son muy complicadas y puede ocurrir muy bien que un tabético, como uno que no lo es, puede tener una enfermedad del aparato digestivo (de estómago, litiasis biliar, etc.), pero la presencia de síntomas tabéticos en forma de crisis gástricas modifica de tal manera el cuadro sintomático, que una línea clara de conducta á seguir no aparece por parte alguna con gran perjuicio para el enfermo. En alguno de estos casos hemos tenido ocasión de ver litiasis biliar con abolición de reflejos de Aquiles y síntomas gástricos que, por su descripción y la existencia del último síntoma, eran verosímilmente de origen tabético se presentaba tan obscuro el cuadro, que la necesidad de una operación era apreciada de la manera más contradictoria por diversos especialistas. El diagnóstico de tabes contribuyó algo á poner las cosas en claro, y creemos haber contribuido á que no se practicara una operación cuya indicación no era clara y el resultado quizás no hubiera sido feliz. Por todo esto, creemos que en este terreno nunca se exagerará la importancia de la tabes, y como con un gran conocimiento

de la realidad, un gran tratadista de esta enfermedad como Karl Schaffer (1) dice: «Una confusión con dolores coleolitiásicos puede ocurrir con una exploración neurológica insuficiente y ser operados sin éxito». Esto es verdad, pero desde 1912, época en que escribió lo que antecede el ilustre neurólogo húngaro, las cosas han cambiado bastante, y un conocimiento más preciso de las formas oligosintomáticas de la tabes y lo que ocurre con ellas, nos ha demostrado que en muchas ocasiones una exploración neurológica, por muy concienzuda que sea, no puede ponernos á cubierto de un error y en algún enfermo puede practicarse una operación en el estómago ó en la vesícula en unas circunstancias que, á decir verdad, no tienen nada de favorables.

Muchas veces las cosas ocurren en forma tal, que resolver el problema del diagnóstico es punto menos que imposible. Puede muy bien ocurrir, que las crisis gástricas se presenten como único síntoma tabético, cosa parecida á lo que ocurre con los casos donde sólo hay abolición del reflejo rotuliano y las reacciones del líquido cefalorraquídeo son negativas. En casos como este, ¿cómo resolver la cuestión? Los antecedentes sífilíticos del paciente—si es que existen—no pueden hacer decidirnos, pues un sífilítico puede tener síntomas gástricos no tabéticos exactamente igual que otro que no lo es. El que la reacción de Wassermann sea positiva ó dudosa en la sangre, tampoco nos puede resolver la cuestión. Y aunque las reacciones del líquido sean positivas, lo cual habla ya mucho más en pro de un proceso tabético, hay que advertir, al llegar á este punto, que como ya hoy se va sabiendo, en muchísimos sífilíticos en momentos dados de su enfermedad las reacciones son positivas en el líquido sin que clínicamente haya ningún síntoma. Por eso, la posibilidad de que esto ocurra y que los trastornos gástricos que con ello coinciden no sean tabéticos, es cosa muy de tener en cuenta, y tampoco aquí se trata de una sutileza diagnóstica, sino de algo muy importante para el pronóstico. Creemos nosotros, por todas estas razones, que al hallarnos ante casos con síntomas gástricos sospechosos de tabes, una exploración bien hecha lleva una ventaja grande sobre el análisis del líquido cefalorraquídeo para resolver la cuestión. Y no ya la presencia de otros síntomas evidentes que por sí solos resuelven la cuestión, sino la de síntomas sospechosos y no muy claros (una zona con trastornos de sensibilidad que aunque poco marcada, ofrezca una topografía metamérica, etcétera), máxime si son varios, nos puede poner sobre la pista de lo que se trata. En algún caso que de esta manera se nos han presentado las cosas, algunos síntomas ulteriores nos han demostrado que estábamos en lo cierto.

Es de advertir, sin embargo, que sobre este punto concreto hay ligera divergencia entre los neuropatólogos. Y así Urechia y Rusdea (2), ante un sujeto de

(1) KARL SCHAFER: Tabes dorsalis. Handbuch der Neurologie de Lewandowsky, tomo II.

(2) URECHIA ET RUSDEA: Crises gastriques durant depuis douze ans chez un individu ne présentant aucun symptôme de tabes (Bulletin et memoirs de la Societ. des Hop. de Paris, 1922, núm. 14).

treinta y dos años que de vez en cuando tiene crisis y no presenta otro síntoma con reacción de Wassermann en la sangre dudosa y negativas las reacciones del líquido cefalorraquídeo, no dudan en incluirlo en la tabes. Nosotros, por las razones más arriba señaladas, no somos de este criterio, aunque no dejemos de reconocer que en algunos casos los caracteres de las crisis pueden hacernos sospechar con bastante verosimilitud de lo que se trata. Pero esto no ocurre en toda ocasión.

Entre las crisis tabéticas, las del clítoris son indudablemente de las más raras. Church (1) en su libro de neurología no las cita. Oppenheim (2) sólo dice de pasada «como crisis del clítoris se designa a la presentación en forma de paroxismo de la sensación de orgasmos con secreción vulvovaginal en mujeres tabéticas», y después de atribuir la paternidad del síntoma a Pitres no añade nada de su cosecha. Karl Schaffer (3) dice: «más frecuentes (que los rectales) se presentan en la experiencia las crisis genitales en forma de crisis del clítoris».

Según Dunger (4) que es de los que se han ocupado de la frecuencia de las crisis viscerales en la tabes, en 100 tabéticos que examinó, 34 presentaban diversas crisis. De estas treinta veces (90 por 100 según su estadística) recaían en el estómago y los otros casos se distribuían en la laringe, en el recto y en el clítoris. Nunca nos ha convencido la manera como se hacen las estadísticas en Medicina y en casos como éste de la tabes—y más entonces—en que tantos casos se escapaban sin diagnosticar, todavía puede ponerse más objeciones, pero aunque la frecuencia de las cifras de Dunger no es ni con mucho la última palabra, hay que convenir que ello nos da una idea aproximada de la que puede ser.

Las crisis de clítoris en raras ocasiones se presentan aisladas y suelen ir acompañadas de otros síntomas de tabes. «Raramente sobrevienen como primer síntoma», dice Schaffer, y al añadir a continuación que en su práctica ha tropezado con uno de estos casos, bien claramente salta a la vista que se tiene esto como algo excepcional.

Durante mucho tiempo, el caso de Dunger ha pasado en la bibliografía neurológica, como el único de crisis de clítoris aislados—si se prescinde de aquellos en los que las crisis de clítoris van unidas a otras crisis genitales—y Schaffer lo reconoce así. Por eso, por lo interesante que es para el diagnóstico de las tabes oligosintomáticas no nos podemos resistir a resumirlo aquí ya que su lectura es rica en enseñanzas:

Las sensaciones en las partes sexuales iban acompañadas de gran excitación. La enferma las describía como después de sacudidas en todo el cuerpo notaba como que las paredes de la vejiga se le encogían y relajaban, todo esto acompañado de secreción de líquido vulvovaginal. La sensación de coito era completa. La enferma pasó así algún tiempo, y tras-

currido éste, sin que hubiera cistitis, comenzaron crisis viscerales. Entonces las crisis del clítoris se exacerbaban, se repetían diariamente hasta llegar a agotar física y psíquicamente a la paciente. Un tratamiento enérgico con mercurio hizo desaparecer las crisis.

Como se ve, en este caso las crisis de clítoris fueron un síntoma aislado durante algún tiempo, después se unieron crisis de vejiga, y ya con dos síntomas el diagnóstico era mucho más fácil. Un caso parecido a éste, pero mucho más difícil de diagnosticar por ser sólo crisis de clítoris lo que existía, hemos tenido ocasión de ver recientemente y hace resaltar en grado sumo lo difícil que es el diagnóstico en las formas abortivas de la tabes.

Una mujer de cuarenta años, casada, sin hijos y sin haber padecido de abortos, se nos presentó con la siguiente historia: En 1920 un día, según estaba haciendo las labores de su casa, notó gran sensación de tensión en sus órganos genitales, lo cual le sobrevino de repente, y al poco rato con gran sorpresa suya fué acompañado todo ello de sensación de orgasmo con secreción de las glándulas genitales. Al día siguiente le repitió el fenómeno en la misma forma y desde entonces diariamente le ocurría lo mismo y hasta varias veces al día. La enferma no sabía a qué atribuirlo, consultó con varios ginecólogos, que ante el hecho de no encontrar ninguna lesión en su aparato genital, dijeron que todo ello era «nervioso» y después de varios meses en que perdió 12 kilos, no dormía ni tenía ganas de comer y su estado de excitabilidad era muy grande; con gran asombro suyo ocurrió que un día, sin haber seguido ningún tratamiento, no le dió y en los días sucesivos no volvió a presentarse el síntoma.

Estuvo bien aproximadamente un año y en Octubre de 1921 se nos presentó en nuestra consulta. Hace dos meses se le han vuelto a repetir las crisis con una frecuencia de muchas veces al día. Según está hablando, le ocurre y se ve obligada a inclinar la cabeza, porque dice que su estado vertiginoso es constante. La exploración somática no pone de manifiesto ningún síntoma, y aunque en repetidas exploraciones buscamos trastornos de sensibilidad, sobre todo en las regiones inervadas por las últimas metamerias sacras no encontramos nada. La enferma está en un gran estado de debilidad y ha enflaquecido de una manera extraordinaria. La reacción de Wassermann de la sangre es negativa y otro tanto ocurre con todas las del líquido cefalorraquídeo. Se instituyó como vía de prueba un tratamiento con aceite gris y a la segunda inyección las crisis empezaron a disminuir en número, desapareciendo del todo a las pocas inyecciones. El estado general ha mejorado de un modo sorprendente.

El marido de la paciente niega que haya padecido sífilis. Un reconocimiento detenido por un especialista, puso en la paciente de manifiesto síntomas sospechosos de haber padecido una infección.

Desde entonces sigue bien. La hemos examinado con todo detenimiento en otras dos ocasiones y no hemos hallado ningún síntoma somático. Una segunda punción lumbar nos permitió analizar nuevamente el líquido, siendo las reacciones todas ellas negativas.

En este caso se trata de crisis aisladas de clítoris sin que hasta la fecha se haya presentado ningún otro síntoma y el análisis del líquido cefalorraquídeo, procedimiento del que esperábamos nos arrojarase más luz, no lo ha hecho. Esto no es sorprendente, pues en tabes clásicas del cono con más síntomas que el actual y que por

(1) CHURCH: Nervous and mental diseases, 8.ª edición.

(2) OPPENHEIM: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, t. I.

(3) KARL SCHAFFER: Loc. cit.

(4) DUNGER: Zur Kenntnis der Tabischenkrisen, Med. Klinik, 1907, núm. 37.

existir lesiones en las partes más inferiores de la médula *á priori* hubiera podido suponerse que las reacciones del líquido cefalorraquídeo hubieran sido intensas, no ha ocurrido así. Por eso creemos que una vez más debe insistirse sobre este extremo y no tenemos inconveniente con lo que nuestra experiencia nos ha mostrado en adherirnos en un todo á lo que dice Nonne ultimamente (1) y según el cual hasta las reacciones de la Fase I y la de Weichbrodt pueden faltar.

Debido á esto nuestro caso último es difícil de diagnosticar, pero en modo alguno la ausencia de síntomas positivos en el líquido cefalorraquídeo excluye la posibilidad de una tabes. Es más, el síntoma, de exquisita naturaleza radicular inconfundible con ningún otro y que sólo en la tabes suele presentarse, nos induce á suponer se trata de la citada enfermedad.

Con lo expuesto no hemos hecho sino decir algo de lo muchísimo que podríamos escribir sobre estos problemas. Todos estos síntomas son de gran importancia, y por ser enorme su transcendencia práctica, cuanto se insista sobre ellos, en nuestro sentir nos parecerá poco. Sobre todo el estudio de las formas dolorosas de estas tabes rudimentarias, es asunto sobre el que aún no se ha insistido lo bastante, ya que no hay más que ver la cantidad de pacientes que andan por el mundo en los que se excluyen las enfermedades más corrientes capaces de producir los dolores que aquejan y en los que de vez en cuando se descubre la citada enfermedad. ¿Merecería la pena de profundizar en estos estudios y ver si se llegaban á diagnosticar casos que hoy se hacen malamente ó no se hacen?

Nos hemos asimismo esforzado en poner de manifiesto cómo á pesar de los medios modernos de análisis de líquido cefalorraquídeo, una exploración detallada del paciente continúa siendo el camino por donde pueden ponerse mejor las cosas en claro en muchos casos. Las nuevas reacciones del líquido cefalorraquídeo á las que cada autor da un significado diferente no han hecho sino establecer un caos. Y todo lo ocurrido con ellas á propósito de otras enfermedades nos enseña á ser cautos y no dar importancia á esquemas diagnósticos fundados en ellas, cuando á cada paso estamos viendo que estos son flor de un día y que aunque se hayan fundado grandes esperanzas sobre ellos, al poco rato han tenido que dejar el sitio á su vez á opiniones diametralmente opuestas. Mientras tanto la exploración somática sigue ocupando un puesto inexpugnable. Los síntomas por parte del líquido cefalorraquídeo tienen mucha importancia, pero en cada caso deben interpretarse según las circunstancias.

(1) NONNE: Die Syphilis und die Cerebrospinalflüssigkeit, *Revista Méd. de Hamburgo*, 1922-11.

SOBRE LA PATOGENIA DE LA LIATISIS BILIAR

POR EL

DR. CARLOS BLANCO SOLER

(Memoria presentada para aspirar al grado de doctor.)

Al estudio de los problemas que presenta esta Memoria he venido dedicándome, modestamente, durante algún tiempo. En lo posible he aspirado á resumir ahora la vasta labor que me imponía y que difícilmente hubiera podido llegar á dominar con fruto.

Pretendo tratar algunos puntos sobre la patogenia de la liatisis biliar, haciendo caso omiso de la que preside la formación íntima del cálculo. Terreno es este más dado á experiencias de laboratorio que no pude realizar.

No obstante, en algún párrafo tendremos necesidad de apuntar algo sobre aquella formación íntima.

Todo el protocolo de historias nos pareció inútil traerlo, y sólo consignamos unas cuantas, cogidas al azar, que tienen interés demostrativo y que corroboran las ideas en que fundamentamos las conclusiones.

Al hablar del desorden endocrino, lo haremos pensando sólo en un *temperamento*, no en una enfermedad, y aun así y todo no podemos negar que sólo juzgamos por pequeños síntomas que acumulamos en gran número (polisarcia, bradicardia, pseudoesclerodermia, caída del pelo, propensión al sueño, etc., para los hipotiroideos; taquicardia, temblor, signos oculares, reacciones vasomotoras, irritabilidad, etc., para los hipertiroideos), y que cuando no podemos reunir muchos que suplanten la falta de algún elemento demostrativo cierto de la disendocrinia, consignamos en la historia clínica que no tiene preponderancia vascular sanguínea el enfermo.

Para escribir las cuartillas que siguen, he tenido la esperanza de poder conseguir la benevolencia del tribunal que me juzga.

Ya en 1565 se tenían noticias de la liatisis biliar, gracias á la sagacidad clínica y al estudio anatómico de J. Keutmann, pero aunque Vesalio, Morgagni, Fallopio y más tarde Van Swieten, lucharon para aislar la realidad nosológica que estudiamos, no fueron positivos sus desvelos hasta que Fourcroy y Thénar hicieron el ensayo químico de los cálculos, y Fanconneau-Dufresne (1840) empezó racionalmente el estudio clínico de la colelitiasis. Después infinidad de autores completaron y ampliaron los estudios de Fanconneau, Murchison, Charcot, Cruveilhier, y modernamente Kehr: verdadero apóstol de la cirugía biliar contemporánea.

Estadística (*).—Desde hace cuatro años he tenido ocasión de observar 217 casos de liatisis biliar, alguno de los cuales pude someter á diversas exploraciones.

La frecuencia de esta enfermedad es grande, no tanto como afirma Kehr; cada 10 autopsias, 1. Sandoval (2) en 1.200, sólo encontró cálculos en 2, y Arcaute (3) en 1.000, halló 30 litiasis. Pero refiriéndonos á los vivos, Mayo supone 0,5 por 100. Lo que indudablemente se puede afirmar es que en España es muy frecuente la litiasis biliar.

Las regiones de temperatura alta, en donde se come fuertemente y son poco cuidadosos de sus funciones digestivas, propenden á esta enfermedad.

Valencia es población que proporciona un gran contingente de biliásicos. Son gentes aficionadas á las féculas,

(*) Muchas de estas afirmaciones, notas clínicas y estadísticas fueron publicadas por nosotros en los *Archivos de Apar. digest. y de la Nutri.* en los meses de Enero y Febrero de 1922.

donde se come arroz y pan de manera desaforada, haciendo un verdadero *tour de force*, y donde se acumula la comida por costumbre. Son habitantes que desayunan, almuerzan, comen, meriendan y cenan; sumadas estas cantidades de alimento, representan una cifra nada despreciable y no dejan espacio suficiente para una buena digestión entre comida y comida.

Infinidad de litíasicos no les prueba el arroz; es para ellos «verdadero veneno», según palabra suya. Apunto esta concomitancia de feculentos en el régimen de los que luego serán litíasicos biliares.

La posición social no invalida para padecer esta enfermedad. No obstante, hay alguna proporción grande en los individuos trabajados de jóvenes, que al mediar su vida han conseguido un bienestar relativo en su posición, dedicándose a un sedentarismo compensador de las primeras fatigas.

Hemos podido reunir 219 casos de litiasis biliar, alguno de los cuales pude explorar con detenimiento. El número de enfermas excede con mucho al de enfermos: 50 por 100. Por rara casualidad en la estadística que presento suman las mujeres el doble casi exacto: 73 de los primeros y 146 de las segundas. Esta proporción, poco más ó menos, venimos encontrando desde hace tres años:

	1920.	1921.	1922.	Total.
Hombres.....	32	48	25	73
Mujeres.....	45	91	56	146
				219

No creemos, pues, que las enfermas aventajen en tres ó cuatro veces á los del sexo opuesto, como modernamente afirma Yagüe y Espinosa (4).

La primera estadística nuestra (5) parece resumir lo que hemos hallado con respecto á la edad en que aparece la litiasis: 17 casos:

	Hombres.	Mujeres.
De 1 á 10 años.....	0	1
De 10 á 20 —.....	2	2
De 20 á 30 —.....	3	2
De 30 á 40 —.....	9	27
De 40 á 50 —.....	13	9
De 50 á 60 —.....	3	2
De 60 á 70 —.....	2	2

Casi todos los autores hacen hincapié en que es la decena de 20 á 30 la que aumenta el contingente femenino; con nuestras sucesivas observaciones ratificamos la primitiva estadística que hemos compuesto, y hacemos la de 30 á 40 (*) la responsable de la enfermedad que venimos trabajando.

Herencia.—La herencia artrítica es sin duda la que más se encuentra entre los antecedentes litíasicos; dentro de aquélla es la obesidad la que proporciona el mayor número de casos, siguiendo en orden de frecuencia el reumatismo, la gota, la diabetes, etc.

El parentesco artrítico de la litiasis cayó bajo la perspicacia de Erasmo (6); luego de Bazin, Banekez, Bouchard, etcétera. Grasset (7) habla de la herencia artrítica, incluyendo en ella las manifestaciones reumáticas, *litíasicas*, *gotosas*, etc., y hace aparecer «un factor órgano» para explicar las diversas localizaciones de la enfermedad. La herencia

(*) En una estadística de Chauffard la edad de 30 á 40 años arroja el mayor número de enfermos. («Hígado y Páncreas», Castaigne, Brulé, etc., pág. 270).

disocrásica la dan sin discusión autores franceses como Savy (8) y Flandin (9).

Infinidad de enfermos llegan hasta la consulta padeciendo conjuntamente litiasis renal y hepática, litiasis hepática y reumatismo muscular. Hay quien padeció un ataque de reuma agudo antes que hiciera positiva su presencia la colitiasis.

No hay que confundir con reumatismo el estado doloroso de las capas musculares del hombro derecho, omoplato y dorso. Makenzi cita un caso de litiasis, empezado mucho tiempo antes por dolor en la espalda, que supusieron reumático. Nosotros presentamos dos historias clínicas demostrativas (Carmen B. de A., cuarenta y dos años, natural de Valencia, enferma núm. 29 (1922).

El dolor en base del cuello, y aun del hombro izquierdo, es común durante los ataques ó algunos días antes ó después. Podríamos llamar á este estado pseudorreumatismo biliar.

Hay quien soporta una diabetes. La existencia de azúcar en muchos casos de litíasicos no presupone una diabetes en sí, como acabamos de referir. En estados de perturbación hepática es posible glucosurias transitorias, ó más ó menos permanentes, por anhepatía ó hiperhepatía (Gilbert). Las glucosurias por deficiencia son intermitentes, y constantes mientras dura la causa perturbadora, las hiperfuncionales (82). Pero es que, además, el litíastico lleva consigo lesiones anejas: el ácido segregado en exceso por los hiperclorhídricos, la ácida fermentación digestiva en los dispépticos, puede ser absorbida por la vena porta y activar la transformación del glucógeno hepático. Pueden excitar el hígado las congestiones hepáticas (Bal, 83), activadoras de la función hepática; puede existir reabsorción de fermento amilolítico (experimento de Roger de inyección en porta de amilolítico, diastasa vegetal, 84), que influye positivamente sobre el trastorno hidrocarbonado. Lesiones pancreáticas son fáciles de demostrar en los litíasicos: algunas ictericias se deben á induración linfangítica de la cabeza del páncreas (85). Kehr encuentra tocado el órgano en el 15 por 100 de las colecistitis litíasicas. Urrutia se hace partidario también de estas ideas, y cita algún caso clínico demostrativo. Deaver, en 15 de sus 18 enfermos de pancreatitis aguda halla cálculos biliares. Stard (86) habla moderadamente de estas relaciones de infección de la vesícula biliar y páncreas.

No obstante, Bombard (124) admite un 10 por 100 de diabéticos padeciendo litiasis biliar. La reacción de Camidge (127) podía ponernos en camino de un factor pancreático; pero nuestros resultados coinciden con los de muchos autores, no dándole interés definitivo diagnóstico.

Nos hemos ocupado un poco extensamente del punto dicho para no estimar como diabéticas esenciales gran número de glucosurias aparecidas en los litíasicos biliares. El parentesco es cierto, y la herencia artrítica es sombra que acompaña casi siempre á los enfermos de piedras hepáticas (*).

Si recordamos que Galeotti (10) habla de la herencia desde el punto de vista químico-biológico sobre la existencia de afinidades específicas delicadísimas entre ciertas moléculas proteicas y las células de algunos tejidos; si recordamos también las leyes de herencia en enfermedades que tan modificado tienen el metabolismo como la hemofilia (11), el daltonismo, etc., no desdennaremos los conceptos de parentesco y herencia artrítica que hemos afirmado anteriormente.

(*) Suponemos que no se encuentra en lo cierto Chauffard, cuando afirma que solo en cuatro casos halló la herencia diatésica. (Loc. cit., pág. 271).

El alcoholismo influye bien poco, aunque se le achaca papel en herencias discrásicas (13) (14).

El factor gástrico aparece con frecuencia entre los progenitores, y rara vez hallamos la herencia directa. No obstante publicamos el pasado año (15) un caso curioso al que puedo añadir algún otro:

Un vecino de un pueblo de Valencia me contó textualmente: «que no se libraría su hijo de la maldita enfermedad del hígado, porque él, su padre, y su abuelo lo habían padecido lo mismo». Litiasis padecían dos de sus cinco hermanos.

Enferma núm. 128 de este año: Teresa V., de cincuenta y seis años, tiene dos hermanos, el uno diabético y el otro arterioescleroso; ya reseñamos en un trabajo publicado en Febrero pasado, una familia cuyos hermanos padecían: una, enterocolitis mucomembranosa; otra, litiasis renal; el tercero, colelitiasis, y el último, estreñimiento inveterado habiendo sufrido un ataque de reuma agudo con una erupción que nos pareció un eritema polimorfo.

De 81 casos, 8 descendían de padres cancerosos, siéndolo solamente de estómago en un caso y los demás ajenos al aparato digestivo.

No deducimos conclusión seria alguna de esta nota última por la extraordinaria frecuencia del cáncer entre los humanos.

La hemorragia cerebral también la hallamos repetida entre la anamnesis familiar.

Debemos hacer constar á la ligera, que los estudios estadísticos de Campbell y Orschansky (12) no concuerdan en sus resultados con los caracteres hereditarios de la enfermedad que tratamos.

La enferma Juana B., que tiene el núm. 30 (1922), natural de Sueca y de cuarenta y ocho años, también afirma que su madre padeció colelitiasis. Igualmente Vicenta T. de Puzol y que lleva el núm. 15 (1922) en nuestra consulta,

La existencia de enfermedades infecciosas entre los antecedentes del individuo, es tema traído y llevado por los autores desde hace algún tiempo. Nosotros podemos afirmar con Madinaveitia que no hallamos relación alguna en nuestros enfermos.

Flandin (16), Bland-Sutton (17), Solieri (18) se hacen partidarios del tifus como causa ocasional ó predisponente. El último de los autores citados describe una operada de cólicos hepáticos dolorosos consecutivos á una infección ebhertiana; una historia clínica parecida nos comunica Vallcorba y Ruiz.

Hay que tener en cuenta que ya Chauffard duda de la patogenia tifoidea (19) en los colelitíasicos, demostrando que si comparamos un lote de éstos con otro de enfermos afectados de otro padecimiento, en ambos grupos hay un 20 á 22 por 100 de tifoideos.

Como nota curiosa indicaremos el paciente de Arnsperger (20) que tuvo tifus quince días después de ser operado de calculosis. Supone el autor que era portador de gérmenes y que éstos ingresaron por la herida que dejó al efectuar el desagüe biliar.

Luis Agote (21) también comenta favorablemente la tifoidea como predisponente. Lignac (23) afirma que la colelititis calculosa supurada tiene estrechas relaciones con el tifus. Langley (28) haciéndose partidario de la patogenia humoral es de idéntica opinión. H. Dufoux y H. Ravina (125) estudian una litiasis biliar precoz de origen tífico. La infección ebhertiana es responsable, como eliminadora que es la vejiga de bacilos patógenos (Kaysser y Forster), ó por hipercolesterinemia que las funciones defensivas del organismo dan lugar en toda bacilemia. No siempre es idéntico el

aumento de colessterina; este se relaciona muy mucho con la gravedad, fiebre, agudeza, etc., de la infección (37).

Confieso que aunque hay puntos de vista racionales, la práctica no nos demostró influencia positiva alguna. No obstante me resisto á dejar olvidado á fuer de imparcialidad una historia que me comunica Vallcorba Ruiz y á que antes me he referido.

Muchacha de diez y siete años, á los quince días de dar por terminada una infección paratífica (según análisis), dolor agudo en cólico, vómitos, ictericia consecutiva, etc., fué diagnosticada de colelitiasis (*).

La apendicitis tiene influencia negativa á nuestro modo de ver, á no ser para lamentables confusiones con litiasis biliar: «La impresión de una vesícula tensa da lugar á impresión de apendicitis» (88). Berard y Fayol (22) describen un caso en el cual la sintomatología apendicular decidió por la intervención, hecha la cual se demostró que era una litiasis con infinidad de cálculos que llenaban vejiga, colédoco, cólico y hepático. Dió claramente el sujeto dolor en punto de Mac-Burney.

Nosotros pensamos indicar luego un caso en el que apreciaba el dolor encima de vejiga y subía lentamente hasta localizarse, haciéndose desesperante en cólico, epigástrico y apendicular.

No creamos por esto que las equivocaciones son siempre excluyendo la litiasis y afirmando la apendicitis. Es esta enfermedad quizás la más frecuente entre los padecimientos abdominales superiores. Heyd (24), en un trabajo sobre diagnóstico diferencial entre estas afecciones, cita una estadística de 1.000 enfermos, con un 25 por 100 de apendiculares; 10 por 100 de colecísticos, 10 por 100 de úlceras pépticas, ídem de neurosis, 5 por 100 carcinomatosos, 10 por 100 viscerotóxicos y 30 por 100 diversos.

Respetando la opinión de este autor, diremos nosotros que nos parece poco la proporción de litíasicos que impone.

El apendicitico es un infeccioso y un enterópata, y por lo tanto, fáciles podrían ser las conclusiones que sacáramos para hacerles copartícipes de una litiasis biliar; mas no obstante, no puedo encontrar entre mis casos más que uno y seis años antes de haber padecido el primer ataque de litiasis biliar.

Modernamente la escuela americana insiste en estas relaciones de vejiga biliar y apéndice, llegando sus cirujanos á extender su terapéutica cruenta á una y á otra conjuntamente.

Las ptosis abdominales es á nuestro juicio síntoma acompañante y no responsable. Arredondo (25) es ferviente partidario de ellas, y hasta explica por trastornos circulatorios la responsabilidad que achaca.

Los enfermos de corazón que tanto preocupaban bajo el aspecto etiológico á Brockbaut y Neusser (26), no tienen influencia alguna en nuestros enfermos.

Los quistes hidatídicos del hígado recuerdan, acompañan, anteceden y posceden á muchas colelitiasis. Genget (27) cita un enfermo de quiste de aquella naturaleza de forma pseudo-biliar. Davé se ocupa de esta cuestión modernamente (29, 30) y hace hincapié sobre la semiología.

II

Intencionadamente hemos dejado para el final, ocuparnos del aspecto humoral, hepático propiamente dicho, del embarazo y del estreñimiento, como predisponentes ó ocasionales factores en la litiasis,

(*) No puede olvidarse las corrientes patogénicas que hacen al intestino secundariamente tocado, en los enfermos tifoideos.

El estreñimiento es frecuentísimo entre los enfermos litíasicos biliares.

La estadística primeramente publicada por nosotros daba 77 litíasicos entre 164 estreñidos vistos en un año; es decir, casi el 50 por 100; nuestra posterior estadística la confirmaba. En este año hemos estudiado con detenimiento 47 litíasicos de ambos sexos, de los cuales 14 dejaban de ser estreñidos, es decir, el 72 por 100 padecen estreñimiento.

No podemos, pues, estimarle como una concausa permanente á la enfermedad que estudiamos, pero sí como muy constante. Afirmaremos que los enfermos estreñidos son los más rebeldes al tratamiento.

Nos parece una relación indudable entre las funciones hepáticas y el estreñimiento. Enfermos hay que jamás fueron estreñidos hasta unos días ó un mes antes de aparecer el primer ataque: (enferma núm. 93 (1922), Mercedes E., natural de Alboraya, de treinta y seis años; enfermo núm. 64 (1921), Bautista A., treinta y dos años, natural de Cuatell); otros que lo fueron desde el cólico primero (enferma núm. 87 (1922), María C., sesenta años, natural de Requena; enferma núm. 48 (1922), Antonia A., cuarenta y dos años, natural del Grao; enferma núm. 44 (1922), Encarnación G., cuarenta y dos años, natural de Benimaclet, etc.); otros que padecen cólicos repetidos y sólo se estreñen durante unos días después del ataque (enferma núm. 102 (1922), Nieves R., natural de Mislata, cuarenta años); ó días antes y después (enferma número 103 (1922), Consuelo S., soltera, treinta y dos años, natural del Grao. Conoce que está próximo este signo por el estreñimiento). Otras veces dura una temporada después de cada ataque (enferma núm. 115 (1922), Pepita Ll., de Valencia, treinta y seis años; enfermo núm. 180 (1922), Carlos R., de Madrid, treinta y nueve años). Veces hay que diarréicos inveterados (enferma núm. 126 (1922), señora de A., veintiséis años, natural de Alcoy, diarrea tremenda que fué tratada enérgicamente, un año antes del primer cólico), se estreñen con el ataque de litiasis, etc.

Somos, pues, menos radicales que en nuestro último trabajo (31), cuando sólo afirmábamos que en 2 por 100 de los casos, el estreñimiento empezaba á continuación del primer ataque agudo.

Lo que no hemos visto es diarreas durante el cólico en enfermos primeramente estreñidos.

Las funciones hepáticas tienen, pues, una relación evidente con la intestinal, y no sería justo olvidar la parte que el estreñimiento tenga en la litiasis. Kraus (citado por Hertz) en 1896 estudia en Carsbald 2.269 litíasicos con un 80 por 100 de estreñidos, casi la misma proporción que hemos hallado nosotros.

Puede ser, dice el autor últimamente citado, que el abuso de purgantes ocasione un catarro de duodeno y dé lugar á la litiasis.

Brigth (32) hace ya tiempo estima que la constipación puede determinar la congestión y la hipertrofia hepática, y cita dos casos de hígado voluminoso que volvió á su volumen normal después de la administración de purgantes. Grämer (33) cree que la congestión hepática depende, en algunos estreñidos, de la absorción de toxinas. El autor, no obstante, jamás vió un caso de esplenomegalia atribuible á la constipación.

Creemos oportuno indicar que los efectos excitadores de la bilis sobre los intestinos ha sido negada por Shiff (44). G. Ocaña (35), Schüplach (36), Berti (37), demostrando que es hipotomía é inhibitoria sobre el delgado del conejo (Ocaña y Berti) y del gato (Schüplach), pero excitadora del grueso (Schüplach).

Boulet (126) ha vuelto á insistir en 1919 sobre el papel

inhibidor del tono y la disminución del movimiento intestinal que produce la bilis.

Modernamente los diversos componentes de la bilis se investigaron aisladamente sobre la contractilidad intestinal, pero la técnica es engorrosa y no tengo personal experiencia para ello (Gautier, Arthus).

Hay, pues, una relación evidente entre el estreñimiento y la litiasis. La mayoría de las veces los enfermos son estreñidos con anterioridad, siendo la constipación causa coadyuvante (Grube, Graff), ya favoreciendo [e]l éxtasis, ya dificultando el curso de la bilis.

Es indudable, á nuestro modo de ver, la relación que venimos estudiando entre el estreñimiento y la litiasis. No siempre habrá de ser causa necesaria la astringencia para conseguir la colelitiasis, pero cuando existe aquélla, favorece la aparición de ésta.

En pocos casos es el trastorno hepático el causante del estreñimiento (enfermos ya citados), pero una vez establecido éste, influye de manera nociva sobre la enfermedad.

No creemos que el estreñimiento, por lo generalizado que se halla, puede desviarse como factor interesante en la colelitiasis.

Es posible que el estreñimiento subsiguiente y compensador (39) que sigue á la tifoidea, tenga alguna responsabilidad en los casos que describen los autores. El concepto de estreñimiento es, para nosotros, el de Hurst (40). En donde verdaderamente acompaña y hace papel etiológico indudable, es durante el embarazo. Nosotros hemos dicho y repetido (38): Que toda mujer estreñida que quede embarazada, debe considerársela como una presunta litíásica biliar. Y, en su consecuencia, toda mujer estreñida que quede embarazada debe ser sometida á régimen y terapéutica apropiados, para evitar en lo posible la litiasis.

El embarazo fué ya incriminado por Dreyfus-Brisac en 1883 (41) (*) y suponía este autor que había éxtasis biliar cuando el útero estaba ocupado, ó paresia en la capa muscular del intestino fácilmente transmisible á la pared de la vejiga; no desafiaba tampoco las ptosis viscerales concomitantes y que preceden al parto. Modernamente ha sido Chauffard en 1914 (42) y Grigauts (43) quienes levantan el velo en el camino patogénico que el embarazo marca en la litiasis biliar (**).

Por nuestra parte, recordaremos que en los principios de este año decíamos que de 46 mujeres, 4 no habían sido fecundadas. En estas últimas, 3 la enfermedad se había iniciado en la segunda decena de la vida.

De uno á veinte meses después de haber dado á luz, hemos recogido 70 mujeres litíasicas; después de los veinte meses, 7; antes del parto, 4.

Podemos presentar casos de litiasis que principian á los dos meses de quedar embarazadas, como la enferma 102 (1922), al empezar el embarazo del cuarto hijo del que abortó á los cinco meses; á los cuatro meses, enferma 109 (1922), abortando también, á los cinco meses; á los treinta días de iniciarse la gestación, enferma 86 (1922); á los quince días de abortar, enferma 174 (1921).

(Se continuará.)

(*) Un año antes (1892) Huchard ya estudia la relación del embarazo y la litiasis.

(**) Chauffard (loc. cit, pág. 170) refiere 114 mujeres litíasicas, cuyas crisis aparecieron 59 veces con ocasión del embarazo, y 24 veces después.

La Radiactividad en Hoyo de Manzanares

POR

JOSÉ MUÑOZ DEL CASTILLO

NOTA IV

Tantas veces vamos repitiendo que los numerosos manantiales de Hoyo de Manzanares son muy radiactivos, que antes de cerrar la enumeración de una parte de nuestros trabajos conducentes á tal afirmación, queremos dejar convencimiento, de que á todos los rincones del término municipal ha llegado nuestra labor investigadora; aparte de que el estudio completo del asunto tiene que quedar para la Estación Hidrorradiaca, y para mucho tiempo; pues sucede, además, que cada pozo que se abre, y en él surge un manantial, es un nuevo venero radiactivo, según hemos podido comprobar en dos casos.

Dedicaremos unas cuantas palabras á uno de los manantiales más importantes de la localidad, bien conocido de los cazadores por la abundancia, frescura y buen sabor de sus aguas, situado en la parte oriental del pueblo, en el término de La Torrecilla, como á una hora de distancia, conocido con el nombre de Fuente de la Reina.

La primera vez que nos hicimos traer una botella de agua del manantial en cuestión, quedamos sorprendidos por la considerable radiactividad del mismo; al punto de que formamos la resolución de visitarlo. Y una tarde, caballeros en una caballería menor, exploramos detenidamente todos aquellos sitios, y vimos que en ellos brotan una porción de manantiales de menor importancia próximos entre sí, y próximos á otros verdaderamente grandes, entre los cuales se encuentran, no sólo la Fuente de la Reina, sino otro que también da origen á un verdadero arroyo, y que creo recordar que el pastor que me sirvió de guía, quizás dijo que era conocido con el nombre de Fuente de la Mariquina.

Nuestro viaje en aquella tarde se redujo á tomar muestras, de la mejor manera que resultó posible, de la Fuente de la Reina y de la Fuente de la Mariquina, y á regresar á casa; pero dado el resultado de las determinaciones radiactivas de que luego hablaremos, no abandonaremos este asunto de la toma de muestras, sin que recordemos una experiencia de los primeros tiempos de nuestros estudios radiactivos.

Nos ocupábamos de la determinación de la radiactividad de las famosas aguas de Caldas de Oviedo, para las cuales encontrábamos la cifra medidora de cerca de 1.000 voltios hora-litro, y como nos habían sido remitidas bastantes botellas, nos pareció oportuno intentar la comprobación del hecho sabido de que los manantiales pierden casi toda su radiactividad gaseosa á poca distancia del sitio en que brotan; y al efecto organizamos nuestro experimento haciendo entrar un litro de agua de Caldas en un tubo de vidrio ancho, como de un metro de longitud, y colocado en posición inclinada de modo que el líquido que entraba por un extremo y corría hasta el otro era recogido en una botella, desde

donde después la llevábamos á los aparatos de medidas, los cuales nos dieron la sorpresa de que el agua sólo tenía unos 100 voltios hora-litro; ó lo que es lo mismo, había perdido unos 900 voltios sólo por el hecho de deslizarse en el trayecto de un metro, y no al aire completamente libre, sino por dentro de un tubo de unos 10 centímetros de diámetro.

Tal fenómeno curiosísimo es comparable á lo que sucede con el gas carbónico cuando se destapa una botella de champán, consistente en que el gas se marcha y el líquido queda desvirtuado; y debe tenerse muy en cuenta no sólo en la operación delicada de embotellar las aguas minerales, sino también al hacer la captación de los veneros al objeto de distribuir las aguas entre los diversos servicios de los balnearios hidromedicinales de forma que los manantiales se desvirtúen lo menos posible desde el punto de vista de las emanaciones radiactivas.

Diremos, pues, algo de las fuentes de la Reina y de la Mariquina; pero no queremos terminar el presente estudio enumerativo, sin decir también cuatro palabras de las dos más modestas en cuanto á sus aplicaciones, que son las llamadas Pozo de la Hontanilla y Pozo de la Iglesia ó del Frontón; las cuales son destinadas, más principalmente, por el vecindario para usos de limpieza y para bebida de los animales, reservándose la fuente pública, sobre todo, para el consumo por las personas.

Fuente de la Reina.

El residuo fijo procedente de la evaporación de un litro de agua á la temperatura de 110° hasta peso constante es de 0,060 gramos; teniendo como característica del análisis químico de potabilidad, la relativa abundancia de bicarbonato cálcico, de sulfato magnésico y de silicatos.

Se trata, pues, de agua realmente hermosa; pero que la mayor sorpresa que reserva al investigador es su radiactividad; que al cabo de bastantes días de embotellamiento resultó ser 551 voltios hora-litro, y que cuando operamos sobre las muestras que nosotros mismos recogimos, los aparatos acusaron al cabo sólo de cuatro días, una cifra superior á 10.000 voltios hora-litro, que por la ley de desintegración de la emanación radica, hay que elevar á unos 20.000 voltios, en el momento de la emergencia.

Fuente de la Mariquina.

Es no menos notable el resultado de las investigaciones química y radiactiva realizadas con el agua de esta fuente; el residuo fijo á 110°, procedente de la evaporación de un litro del líquido, pesó 0,040 gramos; predominando también la presencia del bicarbonato cálcico, del sulfato magnésico y de la sílice ó silicatos; y en cuanto á la radiactividad, como el manantial resulta dividido en dos porciones, una muestra acusó 916 voltios hora-litro y otra 1.500 voltios hora-litro; que por la ley, acabada de recordar, de variación de radiactividad con el tiempo de la emanación radica ó Nito, permite calcular en 3.000 voltios la actividad inicial; y con arreglo

á la enseñanza de nuestro experimento del agua de Caldas, en una cifra considerablemente mayor.

Se trata, pues, de dos manantiales verdaderamente excepcionales, pues aunque en la misma sierra de Guadarrama, en Valdemorillo, hemos encontrado una fuente cuya radiactividad está representada por la cifra de 55.000 voltios hora-litro, este estupendo venero es imposible que tenga aplicación práctica, porque sólo mana unos 2 litros por minuto.

Pozos de la Hontanilla y de la Iglesia ó Frontón.

Poco hemos de decir de estos dos modestos veneros, porque las pésimas circunstancias de lo que, aunque malamente, podría llamarse su captación, determinan tales variaciones en los resultados de los trabajos analíticos, que unas veces habrían de clasificárselos, según ellos, como de aguas gordas, y otras como de aguas finas; unas veces como veneros muy radiactivos y otras como débilmente activos. Resultados que hemos llegado á explicarnos de la manera siguiente: los dos pozos permiten la entrada del agua de lluvia, que se desliza hasta ellos por el terreno en cuesta; para facilitar lo cual, los respectivos brocales, que son de piedra, tienen agujeros de buen tamaño, aparte de la filtración natural de la primera capa del suelo; y así resulta, que en el fondo de los pozos no sólo hay el agua de los correspondientes manantiales, sino también la de lluvia, en la cantidad variable que esto significa; y además con la circunstancia de aportar al agua de ambos pozos una considerable cantidad de materia orgánica; y aun cuando según queda dicho, tales aguas se usan poco ó nada para bebida, sino principalmente para usos de limpieza y para el ganado, es lo cierto, que estos inconvenientes, y los que resultan de sacar el agua con vasijas que cada cual lleva de su casa, requieren, en nombre de los más elementales principios de higiene pública, que la corporación municipal cierre ambos pozos, y establezca en ellos las oportunas bombas, y medios de saneamiento que en el caso se hallan indicados.

Madrid, 3 de Enero, 1923.

La reacción de fijación del complemento en tuberculosos tratados por la vacuna antialfa del Dr. Ferrán ⁽¹⁾

POR EL

DR. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Profesor de número, por oposición, del Hospital General, director del Real Sanatorio antituberculoso "Victoria Eugenia", de Valdelatas, etc., etc.

3.º Resultados obtenidos.

Con objeto de hacer resaltar las relaciones que puedan existir entre los resultados obtenidos y las dosis de vacuna antialfa empleados y la estancia en el Sanatorio, hemos confeccionado el siguiente cuadro en que, de cada observación, figura, en columnas sucesivas, la reacción de fijación del complemento al ingreso y á la salida, las cantidades totales de vacuna antialfa empleadas,

los días de estancia en el Sanatorio, el número de bacilos de Koch por campo, al ingreso y á la salida, y el resultado clínico del caso.

VARONES

Observación.....	Fijación del complemento.		Vacuna antialfa..	Estancia en el Sanatorio.....	Bacilos de Koch.		Resultado.
	Ingreso..	Salida...			Ingreso..	Salida...	
I	+	++	5,2	187	Incontables	1/10	Muy mejorado.
II	+	++	1,5	30	0	0	No tuberculoso.
III	+	—	4,4	234	3	0	Curado.
IV	+	+	5,5	127	5	2	Muy mejorado.
V	+	++	2,9	150	3	1	Para cirugía.
VI	—	—	8,5	210	2	5	Empeorado.
VII	+	++	5,9	150	10	?	Alta en verano.
VIII	±	—	3,7	111	2	0	Curado.
IX	+	++	6,6	279	2	1	Muy mejorado.
X	+	±	0,7	17	2	?	Igual.
XI	—	—	2,0	175	6	?	Muy mejorado.
XII	+	+	3,9	86	4	0	Curado.
XIII	—	—	4,7	97	1	0	Curado.
XIV	—	—	2,7	90	1/5	0	Curado.
XV	+	—	3,7	111	W+	?(1)	Curado?
XVI	+	—	2,7	117	2	?	Alta en verano.
XVII	—	—	2,7	86	0	?	Alta en verano.

MUJERES

Observación.....	Fijación del complemento.		Vacuna antialfa..	Estancia en el Sanatorio.....	Bacilos de Koch.		Resultado.
	Ingreso..	Salida...			Ingreso..	Salida...	
I	+	—	3,7	93	0	0	Curada.
II	+	—	2,5	182	3	2	Mejor.
III	+	—	4,2	93	0	0	Curada.
IV	+	—	3,0	120	2	?	Curada. Alta verano.
V	+	±	3,7	85	0	0	Curada.
VI	±	+	4,5	91	0	0	Curada.
VII	±	+	3,7	113	0	0	Curada.
VIII	+	+	3,9	141	0	0	Alta en verano.
IX	+	+	3,4	83	3	?	Alta en verano.
X	±	+	1,9	112	1	5	Empeorada.
XI	+	+	1,0	117	10	8	Empeorada y S. A.
XII	+	+	2,6	111	0	2	Empeorada.
XIII	—	+	3,7	145	0	0	Curada.
XIV	—	+	3,0	112	0	0	Curada.
XV	+	+	3,7	79	0	0	Curada.
XVI	+	+	1,7	61	no expectoró	0	Curada.
XVII	+	+	2,5	55	0	0	Curada.
XVIII	+	+	1,0	67	3	4	Empeorada.
XIX	+	+	4,7	116	3	1	Muy mejorada.
XX	+	+	0,5	47	0	0	Alta pedida.
XXI	+	+	4,4	89	1/5	0	Curada.
XXII	—	—	1,7	46	0	0	Curada. Expulsada.
XXIII	—	—	6,2	120	0	0	Muy mejorada.
XXIV	—	—	1,7	127	3	1	Mejorada.

(1) Véase el número anterior.

(1) Reacción Wassermann positiva.

Como se ve, se han practicado 41 investigaciones de ingreso y de éstas, en 24 se ha podido practicar la de salida, lo cual no es de extrañar, porque los enfermos rehuyen cuanto pueden la punción venosa, y en cuanto saben que se les da el alta no dan tiempo para nada.

De los 41 enfermos dieron al ingresar fijación positiva (+) ó fuertemente positiva (++) 27, ó sea el 65,86 por 100, y negativa (—) ó débilmente positiva (\pm) (una dosis hemolítica de complemento) 14, ó sea el 34,14 por 100. El tanto por ciento, pues, que hemos obtenido de fijaciones positivas es algo más bajo que el que obtuvieron los autores que el Dr. Blanco cita en la nota transcrita; pero la inseguridad de esta reacción desde el punto de vista diagnóstico, como afirman muchos autores, está plenamente demostrada en estas investigaciones y de un modo muy especial, entre los hombres, en la observación II positiva al ingreso y fuertemente positiva á la salida después de haberle inyectado 1,5 c. c. de vacuna y no ser tuberculoso, sino un enfermo de corazón, en la observación VI, negativa al ingreso y á la salida y con numerosos bacilos de Koch en la expectoración, y en las observaciones XI, XIII y XIV, negativas al ingreso y también con bacilos de Koch en la expectoración y, entre las mujeres, las observaciones I, V, VIII, XV, XVI, XVII y XX positivos al ingreso sin bacilo de Koch y la observación XXIV negativa al ingreso y siempre con bacilo de Koch en la expectoración.

Como se comprenderá, esas irregularidades en el resultado de la fijación del complemento inclinan á pensar que es muy defectuoso este método biológico tanto para fundamentar en él exclusivamente el diagnóstico del proceso, como el del cambio humoral representativo de la inmunidad. Esta deducción parece verse confirmada en el estudio de los casos en que pudo hacerse la fijación al ingreso y á la salida de los enfermos después de haber recibido varias dosis de vacuna antialfa.

En efecto; los 24 tuberculosos, á quienes se hizo la doble fijación, se pueden dividir en cuatro grupos: 1.º + ó ++ ó \pm al ingreso y — ó \pm á la salida; 2.º, + ó ++ al ingreso y + ó ++ á la salida; 3.º — al ingreso y — ó \pm á la salida, y 4.º — ó \pm al ingreso y + ó ++ á la salida.

Primer grupo: + ó ++ ó \pm al I. y — ó \pm á la S. En este grupo, que viene á representar, si siempre fuera exacto el significado de la fijación, el haber conseguido la inmunidad y, por lo tanto, la curación del proceso ó cuando menos su inactividad patológica, figuran ocho observaciones (tres hombres y cinco mujeres). De estos ocho enfermos, cinco tenían bacilos de Koch al ingresar y tres no, y de aquéllos uno salió igual del Sanatorio, sin que se le hiciera entonces investigación de esputos, y uno salió todavía con dichos bacilos; es decir, que á pesar de lo que parecía afirmar la fijación, sólo seis, de estos ocho, salieron curados. De los seis curados, estuvieron en el Sanatorio de cuatro á ocho meses los que ingresaron con bacilos de Koch, y tres meses cada uno de los tres que nunca los tuvieron y recibieron cada uno de ellos dosis de vacu-

na que oscilaron de 3 c. c. como minimum, á 4,4 c. c. como maximum. El enfermo que salió igual sólo estuvo diez y siete días en el Sanatorio (pidió el alta), y sólo recibió 0,7 c. c. de vacuna, y el que salió aún con bacilos de Koch y mejorado estuvo en el Sanatorio seis meses y recibió 2,5 c. c. de vacuna.

Los curados, pues, clínica y biológicamente, son los que recibieron mayores cantidades de vacuna de este grupo, y no todos, sino sólo la mitad, son los que permanecieron más tiempo en el Sanatorio.

Segundo grupo: + ó ++ al I. y + ó ++ á la S. La característica de este grupo es la de no haberse modificado la fijación, á pesar del tratamiento. Comprende diez observaciones (seis hombres y cuatro mujeres), de las cuales hay que descartar una que corresponde al cardíaco no tuberculoso. De las nueve restantes tenían siete bacilos de Koch al ingreso y á la salida, y dos no tenían al ingreso, y de estos dos uno tenía á la salida.

Descartando el no tuberculoso y un empeorado, á quien se puso, además, el suero antialfa, en los ocho restantes se les pusieron cantidades de vacuna que oscilaron entre cerca de 3 c. c. y 6,6 c. c., es decir, cantidades muy superiores á las que se pusieron á los enfermos del primer grupo, y su estancia en el Sanatorio osciló entre cuatro y nueve meses, y, por lo tanto, más bien fué algo mayor que la de los de dicho primer grupo.

De estos datos comparativos parece desprenderse, en primer lugar, que en este grupo, excepto en el no tuberculoso, la fijación del complemento estuvo en armonía con el concepto clínico, puesto que la reacción persistió positiva en todos los casos, y ninguno de ellos pudo considerarse curado desde el punto de vista de la exploración clínica; y en segundo lugar, que la inmunidad revelada por la fijación negativa no está en relación proporcional con la cantidad de vacuna inyectada ni con la duración de la estancia en el Sanatorio, puesto que estos enfermos tuvieron una mayor estancia y fueron inyectados con mayores dosis que los del primer grupo, y no consiguieron ninguna reacción negativa.

Tercer grupo: — al I. y — ó \pm á la S.—La característica de este grupo es análoga á la del anterior, porque tampoco se modificó la fijación en el curso del tratamiento. Sólo comprende dos observaciones (un hombre y una mujer); una con bacilos de Koch al ingreso y á la salida, y otra sin bacilos de Koch siempre; la primera salió empeorada, después de haber recibido 8,5 c. c. de vacuna y haber permanecido siete meses en el Sanatorio, y la segunda salió curada, no habiéndosele inyectado más que 3,7 c. c. de vacuna y no haber tenido de permanencia más de cinco meses.

Estas dos observaciones ponen de relieve el escaso valor diagnóstico de la fijación negativa y la falta de relación entre las cantidades de vacuna empleadas y los resultados clínicos obtenidos.

Cuarto grupo: — ó \pm al I. y + ó ++ á la S.—Representa la característica de este grupo la máxima incongruencia respecto al concepto que se tiene de la reacción biológica de la fijación del complemento. Com-

prende cuatro observaciones de mujeres; de ellas sólo una tenía bacilos de Koch al ingreso y aún más á la salida; se le pusieron 1,9 c. c. de vacuna y estuvo cuatro meses en el Sanatorio. Las otras tres nunca tuvieron bacilos de Koch; se le pusieron de 3,7 á 5 c. c. de vacuna, y estuvieron de tres á cuatro meses en el Sanatorio. La primera salió empeorada, y las otras tres curadas.

En este grupo tampoco marchan á la par los resultados de la fijación con los resultados clínicos, con la agravante de la incongruencia referida y representada por fijaciones negativas en tuberculosos que á medida que mejoran y se les inyecta vacuna y se pueden dar por curados, va apareciendo cada vez más evidente la fijación positiva, lo cual, á su vez, pone de manifiesto que las inyecciones de vacuna han sido impotentes para evitar que se hiciera positiva una fijación anteriormente negativa.

Resumiendo las veinticuatro observaciones de estos cuatro grupos en forma esquemática, se obtienen los siguientes datos:

Grupos.	Número de observaciones.	Característica de la fijación.	Tanto por 100.
1.º	8	+ al I y - á la S	33,33
2.º	10	+ al I y + á la S	41,67
3.º	2	- al I y - á la S	8,33
4.º	4	- al I y + á la S	16,67

Del cuadro precedente, fiel expresión de los resultados obtenidos, se desprende que sólo en un tercio de los casos se ha conseguido transformar en negativa la fijación positiva; que en la mitad (grupos 2.º y 3.º) no se ha modificado la fijación de su característica primitiva; y que en el tanto por ciento restante la transformación ha sido inversa á lo que era de sospechar, convirtiendo en positiva una reacción primitivamente negativa.

De estos datos esquemáticos y de las consideraciones que les preceden, creo que se pueden deducir con bastante fundamento y serena imparcialidad, las conclusiones siguientes:

1.ª La fijación del complemento tanto para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar como para el de la inmunidad provocada, representa una reacción biológica infiel y, por lo tanto, que expone fácilmente á error, y de un modo más marcado la reacción negativa, puesto que son muchos los casos en que no están en armonía el diagnóstico clínico, incluso el bacteriológico, con el resultado de la fijación.

2.ª Aunque los pocos casos en que han marchado á la par la fijación con la observación clínica, demostrando aquélla la inmunidad ó la inactividad, y ésta la curación, han correspondido á los enfermos que habían sido inyectados con mayores cantidades de vacuna antialfa respecto á los otros enfermos del mismo grupo, el hecho innegable de que iguales y mayores cantidades de dicha vacuna en todos los enfermos de los otros grupos que representan la inmensa mayoría, no han conseguido variar la fijación primitiva, y cuan-

do ha variado ha sido en sentido contrario á la inmunidad, inclina á presumir que la acción de la vacuna antialfa es ajena por completo á las modificaciones de fijación que se obtuvieron ó, cuando más, que no ha sido el único factor terapéutico, ni el principal que ha intervenido.

Bibliografía.

G. LEVADITI: *Ectodermosa neurotropes. Poliomyelitis, Encephalitis, Herpes*. Un volumen en 4.º de VI-261 páginas, con 27 figuras y 8 esquemas intercalados en el texto, y 4 láminas con 40 figuras en colores, fuera de texto, Paris (Masson y Compañía, editores), 1922.

Esta obra ofrece un doble interés que hace recomendable su lectura á cuantos se preocupan de conocer los progresos de la Medicina contemporánea: de una parte, trázase en ella un resumen muy claro y completo de los importantísimos trabajos de investigación que en estos últimos años se han llevado á cabo acerca de la Patología experimental de la Poliomiélitis y de la Encefalitis epidémicas; además, figuran en este libro, minuciosamente consignadas, las numerosas experiencias del autor sobre patogenia de las mentadas enfermedades, sobre caracteres biológicos de los presuntos virus causantes de los mismos, y sobre sus relaciones con otros procesos morbosos, la rabia, el herpes y la vacuna, preconizando la tendencia á reunir todos esos estados patológicos en un grupo homogéneo, según sus mutuas afinidades, pero guardando su individualidad propia, siendo esta tentativa de sistematización de las que el autor llama *ectodermosis neurótropas*, lo que da á la obra el más acentuado tono de original actualidad.

Las cuestiones aquí tratadas poseen un alto interés científico, pero además su importancia trasciende de modo eficazísimo á la práctica, y por tanto, ningún médico debe ignorar esos modernos descubrimientos de la experimentación patológica. Prueba de ello son los adelantos conseguidos en la epidemiología y la profilaxia de la Poliomiélitis, merced á las enseñanzas de los laboratorios, y también merece ser citada como ejemplo la muy clara y sugestiva explicación que da Levaditi del inopinado resurgimiento en estos últimos años de la encefalitis epidémica, como una enfermedad nueva, desconocida para nuestra generación, al menos; dice así (pág. 237): «antes de la aparición de la encefalitis el virus existía en la saliva y en ciertas manifestaciones vulgares, como el herpes febril ó la angina herpética en una forma atenuada, y por una exageración progresiva ó más ó menos brusca, adquirió la aptitud de atacar á las células nerviosas, dando así lugar á la epidemia de encefalitis».

Para terminar, he de advertir que la asimilación del virus encefalítico al herpético, es asunto ahora muy discutido, y acerca del cual no se ha dicho aún la última palabra; así Kling (*Norsk Mag. f. Laegevidensk.*, 83-843, 1922), en un notabilísimo trabajo sobre la Encefalitis epidémica en España, no admite las conclusiones de Levaditi y Harvier sobre el virus de la encefalitis, y afirma que este puede distinguirse del herpético por las reacciones de inmunidad. Mas sea cual fuere la solución que el porvenir depare á estos problemas, es de justicia reconocer que el libro de Levaditi constituye una valiosa contribución á su conocimiento.

ENRIQUE FERNÁNDEZ SANZ.

Madrid, 30 de Diciembre de 1922.

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Abscesos múltiples del bazo. Esplenotomía. Curación.—El Dr. Del Valle ha presentado á la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires el siguiente caso clínico:

Se trata de un sujeto joven, sin antecedentes hereditarios y personales de importancia.

Hace cinco meses que está enfermo. Se inició con una bronquitis gripal, de larga evolución. Contemporáneamente empezó á sentir dolor en el hipocondrio y flanco izquierdo. En los últimos meses el dolor aumentó de intensidad.

El examen del enfermo muestra restos de bronquitis, fiebre hasta 38°, taquicardia.

El examen del abdomen lo muestra con paredes tensas.

La palpación del hipocondrio y del flanco izquierdo es dolorosa.

La contractura impide palpar el bazo; pero la percusión lo presenta agrandado. Los análisis practicados no descubren el hematozoario; la reacción de Imaz-Lorentz es dudosa; hay leucocitosis polinuclear, y la neumorradiografía muestra una sombra irregular, borrosa en el polo inferior del bazo.

Se hizo el diagnóstico de supuración esplénica, de etiología dudosa.

Se decide intervenir al enfermo.

Se hace una incisión laparotómica para mediana izquierda. El bazo es grande, adherido al epiploon y al intestino. Al pretender desprenderlo de estas adherencias sale un pus verdoso, bien ligado, de una cavidad formada á expensas de estas mismas adherencias y la pared. Se tapona y drena por contraabertura. Hay periesplenitis y abscesos múltiples, que se ven bajo la cápsula. Se decide hacer la esplenectomía. Se cierra, drenando la loge esplénica, con un tubo en cigarrillo.

El bazo pesa 500 gramos; tiene en su seno múltiples abscesos de tamaño diferente, conteniendo pus espeso, mezclado á la pulpa disgregada. Este pus contiene estafilococos.

El postoperatorio es accidentado por fenómenos pulmonares; á los quince días, el enfermo, al hacer un esfuerzo de tos, siente un dolor brusco en el vientre; levantada la curación, se observa abierta la herida operatoria, haciendo hernia á su través el epiploon y el intestino.

Es intervenido nuevamente, suturando la herida de nuevo. El postoperatorio, accidentado al principio, se normaliza después. Ahora está cerrándose la herida por segunda intención. El enfermo puede darse por curado. (*La Prensa Médica Argentina*, 20 de Noviembre de 1922.)

2. Estallido del periné por traumatismo violento.—El Dr. J. J. Caside ha presentado á la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, de Buenos Aires, el siguiente curioso caso clínico:

A. V., de dos años y medio de edad, Argentina. Ingresa al servicio del Dr. Villa, sala 1.ª del Hospital Fernández, por un traumatismo de los huesos de la pelvis y periné, producida por una patada de caballo.

Examinado en el primer momento se comprueba: un estado de shock intenso y abundante hemorragia de la vagina y periné destrozados. Se hace un taponamiento con gasa y se modifica con los estimulantes usuales su estado de shock.

Al día siguiente, la enferma está en mejores condiciones; se saca una radiografía, la que demuestra la fractura de la rama ascendente y horizontal del pubis izquierdo y

de la sínfisis sacroilíaca del mismo lado. Bajo anestesia clorofórmica, se reconoce la fractura del pubis, habiendo un alejamiento de los fragmentos óseos como de dos traveses de dedo. La vejiga está rota, la vagina y vulva desgarrada y el periné ha estallado haciendo el recto prolapso por la vagina. Siendo imposible restaurar todo, me limito á suturar con catgut los fragmentos óseos consiguiendo su aproximación. Las partes blandas se suturan en la medida de lo posible.

A los tres meses, la niña curó de su fractura, haciéndose un puente de periostio resistente entre los fragmentos del pubis; pero queda una fístula de la vejiga y la desgarradura del periné. Hago una intervención para curar la fístula vesical avivando y desprendiendo sus bordes que están adheridos á las partes óseas y consigo suturar la vejiga en dos planos. Dejo sonda permanente. A los ocho días se comprueba el fracaso, quedando las cosas como antes de intervenir.

El 5 de Febrero de 1922 intervengo nuevamente, pero las condiciones no eran las mismas, porque á la fístula vesical se agregaba la eversión de toda la superficie interna de la vejiga á través del orificio fistular, cuyos bordes están adheridos á las partes óseas.

Hay también un prolapso del recto del tamaño de un puño.

En esta intervención después de reconocer los orificios ureterales y la integridad de la uretra, se hace un amplio avivamiento y disección de los bordes de la fístula, lo que permite hacer una buena sutura de la vejiga y recubrirla con partes blandas. Se deja sonda de Pessier y cama inclinada. Ocho días después la sonda se ocluye y de nuevo la filtración de orina se reproduce, volviendo la enferma á su estado anterior.

En Julio 18 de 1922 vuelvo á intervenir, siendo las condiciones de la enferma las mismas que se observan hoy. La única variante, á las otras intervenciones, es el cateterismo uretral permanente que efectúo introduciendo por la uretra dos sondas ureterales, las que se sitúan en su respectivo orificio uretral. Esta maniobra es muy fácil por tener á la vista ambos orificios. Reducido el prolapso vesical y la eversión por medio de un tapón de gasa, avivo los bordes y suture la vejiga en dos planos. Coloco sonda de Pessier. Antes de proceder á suturar las partes blandas, compruebo la continencia de las suturas que es perfecta. Se reconstruyen las partes blandas y se dejan permanentes las sondas ureterales y de Pessier; se coloca la enferma en plano inclinado y extensión doble de ambas extremidades para evitar movimiento.

Se hacen lavajes vesicales con solución muy débil de nitrato de plata. Durante diez días la vejiga fué continente, pero después de ese tiempo se reprodujo la fístula, el prolapso y la eversión tal cual se ve hoy (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 30 de Noviembre de 1922).

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Consideraciones sobre las ligaduras en el tratamiento del exoftalmos pulsátil, por A. Cauchoix.—Casi todos los casos de exoftalmos pulsátil, se tratan actualmente por las ligaduras vasculares, ordinariamente por la ligadura de la arteria carótida primitiva. La compresión digital ó instrumental de la rarteria, la compresión del globo ó de los párpados, la acupuntura ó la galvanopuntura, han sido sucesivamente abandonadas. Las inyecciones coagulantes son peligrosas. La intervención directa sobre el aneurisma por las vías orbitaria ó frontal es aún mucho más peligrosa. El autor pasa revista á los diversos procedimientos que se han

practicado principalmente para producir una obliteración por medio de un coágulo de la comunicación arteriovenosa, que son dos: las ligaduras arteriales (unilaterales ó bilaterales), y las ligaduras venosas. Se ocupa detalladamente de la ligadura de la carótida primitiva, apuntando las ventajas y los inconvenientes de esta intervención, según las estadísticas, en lo que se refiere, principalmente, á la afección que nos ocupa, citando algunas observaciones personales; por último, se ocupa de las ligaduras venosas, concluyendo que la ligadura de la vena oftálmica, á causa de su frecuente eficacia, debe tener un lugar importante, ya que no preponderante, en el tratamiento del exoftalmos pulsátil; gracias á su inocuidad, merece ser ensayada en el mayor número de los casos (*Revue de Chirurgie*, núm. 3, 1921).—E. LUENGO.

4. **Gastroptosis y gastropexia, por V. Pauchet.**—El autor declara que la gastropexia da $\frac{1}{3}$ de curaciones sobre unos $\frac{2}{3}$ de fracasos. Esto obedece á que el terapeuta no trata al mismo tiempo los trastornos funcionales que acompañan á la gastroptosis. Es necesario, al mismo tiempo, combatir el estreñimiento por el aceite de parafina, el masaje, el régimen vegetariano; tratar las insuficiencias pluriglandulares mediante el tratamiento tiroideo, hipofisario, suprarrenal, ovárico, etc.; combatir la insuficiencia respiratoria por la espiroscopia, á razón de media hora por día por lo menos y durante años; buscar si al mismo tiempo que la gastroptosis no hay una úlcera duodenal gástrica, una litiasis vesicular, una tuberculosis intestinal, un asa de Lanc, lesiones todas ellas que en el 50 por 100 de los casos son responsables de los trastornos que se atribuyen á la gastroptosis. Si la indicación está bien fundada, la gastropexia no da más que éxitos (*Soc. de Med. de París*, 23 de Diciembre de 1922).—LUENGO.

OFTALMOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La conjuntivitis purulenta del recién nacido no es siempre gonocócica, por A. Cantonet.**—Según el autor, la conjuntivitis purulenta del recién nacido es raramente gonocócica. De 42 casos de esta afección, ocho (ó sea el 18,5 por 100) eran debidos al gonococo, tres á bacilos, uno al diplobacilo, consecutivo á una imperforación del canal lagrimal; uno consecutivo á una dacriocistitis y cinco á microbios piógenos ordinarios ó específicos de la conjuntiva humana. Finalmente, 28 (ó sea el 69 por 100) eran de un pus amicrobiano. Otras estadísticas que cita el autor confirman igualmente estos datos. En las conjuntivitis purulentas del recién nacido, en las que el examen bacteriológico es negativo, se han encontrado en las células epiteliales de la mucosa conjuntival unos corpúsculos ó inclusiones, análogos á los descritos por Prowazek y Halberstaeter en el tracoma; las inoculaciones hechas en la conjuntiva del mono han dado lugar á una reacción conjuntival. Es verosímil que tales inclusiones sean el agente causal de estas conjuntivitis amicrobianas, aunque en algunos casos no se hayan encontrado; pero en cambio han sido halladas en la vagina de la madre y en la uretra del hombre. Clínicamente, las conjuntivitis purulentas amicrobianas se parecen mucho á las gonocócicas; pero pueden sospecharse, por algunos caracteres: la reacción es menos violenta, la tumefacción conjuntival menos acusada, á veces hay una ligera falsa membrana. Pero el pus es en general menos abundante, más claro y menos francamente amarillo de oro. No es raro que sea un solo ojo el atacado, con frecuencia el izquierdo. Otro dato de diagnóstico probable y más importante que el aspecto

clínico es la fecha de aparición después del nacimiento. El gonococo comienza sus efectos el mismo día del parto, ó del segundo al cuarto día. La conjuntivitis por inclusiones aparece por término medio claramente más tarde, del tercero al duodécimo día. La córnea nunca es atacada ó ulcerada por estas conjuntivitis, por lo cual su pronóstico es siempre mucho más benigno. El único inconveniente de la enfermedad es su duración, que á veces se prolonga seis ú ocho semanas. El tratamiento es igual al de la conjuntivitis blenorragica. (*Presse Medicale*, núm. 43, 28 de Mayo de 1921).—E. LUENGO.

GINECOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Distocia materna por bolo fecal.**—El Dr. R. Bello comunica el siguiente curioso caso clínico:

Se trata de una distocia materna por tumor previo. El tumor es un bolo fecal, y deseamos que quede registrado el caso por el interés que pueda tener desde algún punto de vista. Ocurrió en la Maternidad del Hospital Rivadavia. La historia clínica de la enferma es muy pobre, nula en antecedentes, pues se trataba de una muchacha, atacada de locura á forma melancólica, de naturaleza tóxica puerperal; no contestaba las preguntas, ó lo hacía con evasivas; nunca hablaba. Sólo conseguimos su nombre y edad: tenía diez y nueve años y era argentina. Tampoco pudimos entrevistarnos con ninguna persona de su familia ó de su amistad que nos hubiesen podido dar antecedentes.

Era una enferma tranquila, nunca molestaba; no hubo ningún inconveniente en que permaneciese en el servicio hospitalario al lado de las demás embarazadas.

Ingresó en el sexto mes de su embarazo, primípara. Su examen clínico general no reveló otra anormalidad más que la apuntada. Mujer bien conformada, sin ningún estigma sospechoso, así como el estado de sus genitales y el obstétrico eran satisfactorios. Reacción de Wassermann negativa. Urea en la sangre, 0,24 por 1.000. Albúmina en la orina, 0,10 por 1.000, y vestigios de glucosa.

Dado el estado mental de la enferma, se le trata de cuidar prolijamente, sobre todo en lo que se refiere á la higiene del embarazo. Esto resultaba difícil al fin de su gestación, en que llegó á un estado de negativismo casi absoluto.

Un día, estando ya de término, nos llamó la atención que la enferma permaneciera en cama, cosa que no hacía nunca, pues era madrugadora, aunque se limitase á quedarse parada en un rincón de la sala durante horas enteras. No se quejaba de ningún dolor, pero su semblante no era el habitual; nos pareció que sufría; por otra parte, estábamos acostumbrados y prevenidos de sus disimulaciones—ocultaba y negaba todo—; trataba de no dejarse ver por la enfermera cuando concurría al excusado.

Examinada ligeramente en la cama, nos encontramos con un útero que se contraía enérgicamente; interrogada varias veces si le dolía, nos contestó que no.

La enferma estaba seguramente en trabajo de parto, y quizás desde hacía muchas horas; es llevada á la sala de partos y examinada en seguida. El estado general era bueno: no tenía fiebre, su pulso era normal, no tenía fatiga, mucosas y lengua algo secas.

Útero grande, alto; feto vivo y con latidos algo irregulares por momentos; presentación cefálica, cabeza bien apoyada sobre el área del estrecho superior, en IT. Al tacto, nos encontramos con la cavidad pelviana ocupada por un tumor de consistencia sólida, que apenas permitía la intro-

ducción de un dedo por debajo de la sínfisis para hacer exploración vaginal; todo lo demás estaba ocupado por el tumor, que era aproximadamente del tamaño de una cabeza de feto. Insinuado el dedo índice por ese pequeño espacio libre subpúbico, llegamos con dificultad hasta el cuello uterino, dilatado casi completamente; la bolsa de las aguas íntegra reposaba sobre el polo superior del tumor, que llegaba hasta el promontorio; la cabeza fetal también hacía fuerte presión sobre el tumor.

No entro en el detalle de los demás datos recogidos en este examen ni de los caracteres físicos y condiciones anatómicas del tumor pelviano. Nos fué fácil hacer el diagnóstico de bolo fecal.

Se trataba entonces de una distocia por tumor previo, de un bolo fecal rectal que ocupaba la pelvis y se oponía al descenso de la cabeza fetal.

El tacto rectal confirma el diagnóstico, y procedemos sin pérdida de tiempo á la extracción del fecaloma. Bajo anestesia clorofórmica profunda hacemos una dilatación anal y lo extraemos á mano en tres porciones bastante duras.

En seguida se hace un nuevo tacto vaginal, constatando los datos recogidos con dificultad en el primero. Al hacer este examen se rompe la bolsa de las aguas, saliendo un líquido amniótico amarillento y bastante abundante. Bajo la acción de la anestesia las contracciones uterinas han perdido su eficacia; un poco más tarde éstas se regularizan, encajan la cabeza fetal; pero el progreso es muy lento y el feto sufre evidentemente (latidos irregulares y muy lentos); se hace una aplicación de fórceps sin ninguna dificultad. El periné resiste y amenaza romperse; se hace una episiotomía lateral.

El feto nace sin vida; había algunos latidos en el cordón, pero no se le consigue hacer reaccionar.

Alumbramiento espontáneo diez minutos después.

Puerperio normal. Su estado psíquico continúa igual. Veinte días después es enviada al Hospital de Alienadas. El Dr. Pérez hace autopsia al feto y encuentra lesiones reveladoras del largo trabajo de parto. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 30 de Noviembre de 1922.)

OTORINOLARINGOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Investigaciones sobre la topografía del laríngeo superior en el sitio de elección de su neurectomía, por P. Cazejust.—De todos los medios de que se disponen para combatir el imaginable dolor disfágico de los tuberculosos de la laringe, la neurectomía del laríngeo superior es, sin duda alguna, el más seguro y el más eficaz. Sin embargo, este método no ha llegado á ser empleado con la frecuencia debida en la práctica corriente de la especialidad. Obedece esto á que las técnicas operatorias recomendadas presentan cierta complicación y al hecho de que las descripciones anatómicas corrientes no responden á una buena parte de los hechos observados. El autor, apoyándose en 30 neurectomías practicadas, afirma que nadie puede tener la pretensión de dar una descripción única de la topografía del nervio laríngeo superior, al nivel de su región de descubrimiento quirúrgico. Es raro que el nervio se presente en ella con dos aspectos idénticos. De sus investigaciones resulta que la descripción clásica no responde, en general, más que á una parte de los casos observados (próximamente la mitad). Muy á menudo, la rama superior del laríngeo superior forma en el fondo del espacio tiro-hioideo lateral un asa de concavidad superior más ó menos acentuada. Los vasos laríngeos superiores

no constituyen un punto de guía preciso. Todo lo que se puede afirmar, cuando se ha encontrado el paquete vascular, es que el nervio está por dentro de él. Cuando los planos superficiales han sido disecados, es necesario ir con gran prudencia á la busca del nervio, disociando el tejido conjuntivo de delante á atrás, y de una manera sistemática sobre toda la extensión del cuadrilátero, puesto al descubierto. La rama superior del laríngeo superior puede, en efecto, en ciertos casos, emitir una ó varias colaterales muy lejos de la membrana y las colaterales deberán seccionarse también. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 2, 31 de Enero de 1922.—E. LUENGO.)

2. La insuficiencia nasal y la educación física de los jóvenes, por J. Chauliac.—Conocido es el valor cualitativo del aire nasal (humedad, calor, filtración) y las lesiones pulmonares á que preispone su rarefacción (atelectasia de los vértices, evolución de la bacilosis, etc.). El autor del presente trabajo hace algunas observaciones acerca de los trastornos del desarrollo del tórax y de los órganos intratorácicos, provocados por la educación física en los jóvenes que presentan insuficiencia respiratoria nasal. Ha llevado á cabo experiencias eligiendo jóvenes exentos de taras orgánicas del corazón y de los pulmones, ya entrenados en los deportes, con una rinofaringe absolutamente permeable. Se anotaba el número de movimientos respiratorios y de contracciones cardíacas en estado de reposo; luego se les hacía recorrer 150 metros con paso de carrera moderada. Después de un reposo de media hora, se introducían pequeños tapones de algodón en las ventanas nasales, sin apretarlos mucho. El individuo recorre entonces la misma distancia, con el mismo paso y sobre el mismo terreno. Se observa un aumento importante del número de los movimientos respiratorios y de las contracciones cardíacas; además, cada corredor acusa disnea y palpitaciones, que según ellos, les hubiera impedido hacer una larga carrera. Cuando se trata de la supresión definitiva de la respiración nasal (rinitis hipertrófica, pólipos, vegetaciones, etc.), estos fenómenos cardio-pulmonares, al principio dinámicos, no tardan en crear por su repetición lesiones que conducen á la hipertrofia del corazón y á la insuficiencia torácica. Se necesita una oxidación rápida é intensa para quemar en el organismo el acúmulo de las toxinas que resultan del trabajo muscular. La rapidez de oxigenación de la sangre en los alvéolos pulmonares es función, por una parte, del volumen de aire inspirado, y, por otra, de la cantidad de sangre que circula por los alvéolos en un tiempo determinado. Si el volumen de aire es insuficiente como en la obstrucción nasal, el equilibrio de la oxihemoglobinización se restablece por una aceleración de los movimientos respiratorios y por una circulación más rápida. Estos fenómenos son tanto más aparentes cuanto que el perímetro torácico no se desarrolla paralelamente á causa de la falta de amplitud de los movimientos respiratorios. Estas lesiones son las que G. See denominaba «hipertrofia de crecimiento». Estos trastornos están hoy día más extendidos por el hecho de la educación física impuesta sin distinciones. Además, conviene notar que los jóvenes pálidos, anémicos, con tórax más ó menos aplastado, con respiración corta, se cree que son los que principalmente se beneficiarán con la educación física, lo cual es un error. La obstrucción nasal es una contraindicación de la educación física. El autor publica varias observaciones que demuestran claramente estos hechos y concluye que la obstrucción nasal, por la dificultad respiratoria que lleva consigo, determina en los jóvenes trastornos de hipertrofia de crecimiento, que el ejercicio de los sports y la educación física moderna agravan. Por lo tanto, conviene darse cuenta del valor de la respiración nasal de estos indi-

viduos antes de imponerles una educación física uniforme para todos. Hay que eliminar temporalmente de estos ejercicios los sujetos con estrechez nasal, hasta la liberación de las vías respiratorias superiores, mediante una intervención apropiada. (*Revue de Laryngol., d'Otologie et de Rhynologie*, núm. 2, 31 de Enero de 1922.)—E. LUENGO.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. El balón de Champetier de Ribes: sus indicaciones actuales, por M. Segal.—Conclusiones:

1.^a El gran balón, en los casos en que está indicado, es el mejor agente de provocación ó aceleración del trabajo.

2.^a El balón pequeño, empleado para provocar el aborto y para las retenciones placentarias, proporciona varios fracasos.

3.^a Cuando las contracciones no vienen ó son débiles, es preciso maniobrar el balón, es decir, retirar y reinyectar según la necesidad una cantidad de líquido de 50-80 gramos, y hacer tracciones.

4.^a La dilatación se hace:

En las primíparas con balón	pequeño.....	en 9 horas.
	mediano.....	en 8 —
	grande.....	en 6 —
En las multiparas con balón	pequeño.....	en 13 —
	mediano.....	en 6 —
	grande.....	en 4 ½ —

5.^a En la procidencia del cordón, evita la compresión del mismo.

6.^a En la inserción de la placenta sobre el segmento inferior, suprime la hemorragia y acelera el trabajo.

7.^a En las estrecheces de la pelvis se ha empleado también el balón para provocar el parto, pero esta indicación debe desecharse.

8.^a El balón produce la dilatación vaginal en las presentaciones de nalgas, en las primíparas con partes blandas estrechas. Asimismo sirve como tiempo preparatorio á la sinfisiotomía para prevenir los desgarros causados por las maniobras de extracción.

9.^a En el tratamiento de las inversiones uterinas, los efectos del balón son inconstantes. (*Progrés Medical*, 15 de Julio de 1922.)—T. R. Y.

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Alucinación auditiva unilateral, por Harold, S. Hulbert.—Krapelin y otros han indicado el hecho de que algunas veces en la demencia precoz, las alucinaciones son unilaterales. El autor describe un caso de este género, concluyendo que la localización unilateral de las alucinaciones acústicas se encuentra frecuentemente en los casos tempranos ó agudos de demencia precoz y no se encuentra en otros estados á menos que exista alguna enfermedad orgánica del sistema nervioso del aparato de la audición. Las alucinaciones están de ordinario localizadas primeramente en un lado, luego se hacen bilaterales con características diferentes en los dos lados y después bilaterales con las mismas características en uno y otro lado, y finalmente, ó bien cesan de molestar al paciente, ó cesan de existir cuando á consecuencia de la enfermedad el enfermo no experimenta la necesidad de justificar extraños ó nuevos pensamientos por la exteriorización. La continuación de alucinaciones auditivas unilaterales en los casos de demencia precoz, cuando no hay desorden orgánico del aparato auditivo, indica

que el caso permanece en estado agudo y que el enfermo continúa sin ninguna mejoría. (*Demencia Praecox Studies* Julio Octubre, 1922.)—E. LUENGO.

2. A propósito del tratamiento del parkinsonismo, por Paulian y Bagdasar.—El parkinsonismo asociado á la forma excito-motora (corea rítmica) y dolorosa, se modifica por las inyecciones de $\frac{1}{4}$ de miligramo de bromhidrato de escopolamina. Muy raramente y sin ningún inconveniente, se sobrepasa la dosis de $\frac{1}{4}$ miligramo en las veinticuatro horas. La inyección se hace por la vía hipodérmica y el efecto se produce á los veinte ó treinta minutos. Después de la inyección se observa sensación subjetiva de alivio, desaparición completa de los temblores y de los movimientos rítmicos, ligera disminución de la rigidez, disminución de la tensión arterial, aumento de la fuerza dinamométrica, disminución y hasta desaparición de la secreción salivar. No se produce ninguno de los efectos tóxicos, ni de los trastornos vasomotores que se observan después de la inyección de atropina y de otros sucedáneos. (*Presse Medicale*, número 72, 7 de Septiembre de 1921.)—E. LUENGO.

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La sílice, la cal y la magnesia en el tejido canceroso, por A. Robin.—En un trabajo anterior sobre la mineralización del tejido canceroso, el autor ha mostrado que dicho tejido adquiría un exceso de ciertos principios como el cloro, la sosa y la potasa, mientras que se desmineralizaba de cal y hierro. Después ha tratado de determinar cuáles de estos principios podían considerarse como agentes de la construcción neoplásica y cuáles pudieran parecer más bien poseer un papel de defensa, de donde la siguiente división en dos grupos: 1.^o Agentes de construcción: cloro, sosa, potasa; 2.^o Agentes de defensa: sílice, cal, magnesia, fósforo, hierro. Por lo tanto, era interesante investigar si los principios minerales considerados como elemento de defensa, podían ser fijados por los tejidos cancerosos, cuando se administraban á título medicamentoso. De las investigaciones de Robin, resulta evidente que el tejido canceroso goza de la propiedad de fijar la sílice, la cal y en una proporción más débil la magnesia, y que en lo que respecta á la sílice, su capacidad de fijación es función, en cierta medida, del tiempo durante el cual ha sido administrada. No se sabe por qué procedimientos la cal y la magnesia contribuyen á la defensa orgánica contra el cáncer. Sabemos solamente, por una parte, que en el cáncer en vías de regresión, el contenido en cal se eleva en grandes proporciones, y, por otra parte, que en el cáncer del hígado de marcha lenta, la magnesia se acumula en las regiones todavía no atacadas. Esto permite emitir la hipótesis, que la resistencia de estas regiones á la invasión cancerosa se debe á su contenido en magnesia. Pero en vista de lo que se sabe acerca del papel biológico de la sílice, estamos en el derecho de establecer una correlación entre su aumento y la hipergénesis conjuntiva que acompaña á su fijación en exceso, lo cual justifica el empleo de este agente medicamentoso, con el fin de proporcionar el material necesario á uno de los actos de la defensa espontánea del organismo contra el proceso canceroso. (*Bull. de l'Acad. de Medecins*, núm. 5, 31 de Enero de 1922.)—E. LUENGO.

Excipiente inerte.

Cual si fueran anhelos de la tierra, los árboles se ponen de puntillas para asomarse al Cielo.

(Tagore.)

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.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Cerlán. — Los médicos del Registro civil, por F. J. C. — Conferencia nacional sobre seguros de enfermedad, invalidez y maternidad, por el Dr. Barrio de Medina. — Asamblea Dental contra Intrusismo. — Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Casalón. — Sección oficial: Ministerio de la Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Estafeta de partidos. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Recepción de académico. — Tortuga, Rémora y Compañía. — Conferencia notable.

El domingo 14 se efectuó con toda solemnidad en la Real Academia Nacional de Medicina, la recepción de un nuevo miembro numerario, D. Francisco Tello, director del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, ilustre histólogo investigador y discípulo predilecto de Ramón y Cajal. El salón se encontraba verdaderamente repleto de las personalidades más conocidas de nuestro mundo médico y de académicos que acudieron en proporción no acostumbrada.

Presidió el acto el vicepresidente de la Academia, Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro, por indisposición del Dr. Cortezo, y el recipiendario dió lectura á su trabajo doctrinal, muestra del positivo valor de sus talentos, que versó acerca de las «Ideas actuales sobre el neurotropismo», empleando en la lectura de los principales párrafos del brillante trabajo, apenas tres cuartos de hora. Aseguida el doctor Pittaluga, académico numerario, leyó la contestación al discurso del Sr. Tello, escrita por el Sr. Ramón y Cajal, en la actualidad ausente y que fué saboreada por el escogido público, por ser hecha con expresiva corrección y por contener, como todos los escritos de su autor ilustre, conceptos magistrales y fecundos vestidos con las galas de su regio castellana. Lástima fué que el deseo de la brevedad, sin duda, hiciese que se suprimieran algunos de los conceptos más salientes y de aplicación más actual, contenidos en el trabajo del maestro Cajal.

Ceñida la medalla al nuevo académico con la forma ritual, levantó el Sr. Fernández Caro la sesión, durante la cual no faltaron aplausos entusiasmados para los disertantes, y después de ellas, felicitaciones para el nuevo académico y para el lector Dr. Pittaluga.

—
Cuando algunas veces hemos leído en periódicos, poco variados en sus inspiraciones y no muy bien documentados en sus informes, que alrededor de la representación oficial de nuestra sanidad pú-

blica existían agentes inspiradores y ninfas Egerias que venían orientando la conducta y aun las ideas de la Dirección general, y cuando una y otra vez veíamos insistir á los poco variados colegas y algunos oradores de asambleas ful en el sobado tema, experimentábamos cierta sensación de molestia y aun de enojo; de molestia, por lo que alguna vez creíamos ver alusivo para nosotros, y de enojo, por lo que tenía el aserto de injusto, dadas las condiciones innegables de capacidad, de cultura y de convicción que en el Sr. Martín Salazar nadie puede negar sin injusticia; siendo por tanto evidente que se bastaba y sobraba para tomar por sí las iniciativas que sus talentos y su deber les señalaran.

Pues bien, siendo esto así, tenemos sin embargo que confesar que estábamos equivocados: las influencias aludidas existen; sin duda alguna hay un consejo áulico que influye en las definiciones y en la conducta de la Dirección y aun del ministro, pues no de otro modo se explica el que mostrándose este último decidido á llevar á la firma regia los proyectos redactados y puntualizados por la primera, resulte ahora que es necesario someterlos á la discusión del Real Consejo de Sanidad; es decir, á un trámite tan innecesario como indefinido durante el cual se enfriarán las buenas disposiciones de los Sres. Marqués de Alhucemas y Duque de Almodóvar del Valle.

La marea electoral crecerá de día en día; en ella se sumergerán y aún se ahogarán las buenas intenciones y las iniciativas del presidente y del ministro, y entretanto el señor director se esforzará inútilmente en sacar á flote sus manoseados proyectos, que al haber sido dos veces presentados al Parlamento, es de suponer que han pasado por lo menos otras tantas por el Consejo al que ahora nuevamente se les somete. ¿Será que exista otro Consejo compuesto por los Sres. Tortuga, Rémora y Compañía, que adormecerán y entumecerán siempre las vacilantes iniciativas de nuestro simpático amigo el señor director general?

No olvide éste, que en España cuenta con el 95 por 100 de las probabilidades de vencer, aquél que se alista en las filas de la negación, de la abstención y del escepticismo y no es de ellas de las

que se exceda el mejoramiento de la sanidad pública.

El ilustre rector de la Universidad Central, doctor Carracido, dió el pasado sábado en el Ateneo Médico Municipal una conferencia sobre anoxiemia por intoxicación. El público, que no llenaba el local, porque aquí ya no se llenan locales para escuchar ciencia pura, se extasió con la mágica palabra del maestro, del siempre maestro, el orador extraordinario que sabe como nadie cautivar á su auditorio y tiene el don excepcional de vulgarizar los conceptos de la química y hacer su ciencia amable para cuantos le atienden.

El caso del Dr. Carracido es merecedor de una consideración especialísima. No se encuentran palabras para elogiar la suya. Es en la edad moderna el verbo escogido por la Providencia para generalizar el conocimiento de la química en el pueblo y en la raza que menos ha apreciado esa ciencia. Vino después de Echegaray, el gran vulgarizador de la física, y de Gimeno, que tuvo talentos excepcionales de vulgarizador de la fisiología; pero Carracido ha dedicado sus actividades á una ciencia en la cual ningún autor alemán, norteamericano ni francés puede competir como expositor con él, y aunque se entrega por completo al apostolado y se disipa en conferencias y en discursos, obrando muy á la española está desperdigando un esfuerzo sobrehumano, y nos tememos que no deje continuadores. Quienes le han oído conservarán para sus dotes una memoria agradecida; pero como las palabras pasan y Carracido es tan imprevisor que ni aun por taquígrafo las hace recoger, tememos que su influencia educadora no se extienda del limitado círculo de sus oyentes, cuando la verdad es que toda la raza debiera aprender en Carracido la química de hoy y la de mañana, pues hombre es Carracido que siembra doctrina en sus oraciones...

Considere nuestro buen amigo si no le cabe en su proceder un poco de responsabilidad, y haga cuanto antes, porque España se lo pide, el libro de «La química al alcance de todos», que será el monumento de su gloria.

DECIO CARLÁN

Los médicos del Registro civil

Durante la semana pasada estuvieron en Madrid los Dres. Torres, de Sevilla, y Casals, de Barcelona, para unir su gestión á la del presidente del Cuerpo, Dr. Massip Budesca, cerca del señor ministro de Gracia y Justicia y el señor director de los Registros, á fin de activar la resolución del expediente sobre las mejoras solicitadas en la Asamblea de Mayo.

El señor conde de Romanones recibió muy cor-

dialmente á la Comisión, y les interesó la pronta devolución del informe pedido á la Facultad de Medicina. Durante la conferencia, y como el Dr. Casals apuntara el temor, que ciertos rumores llevaron á Barcelona, de posibles nombramientos de médicos numerarios en aquella capital sin respetar el derecho á ocupar las vacantes á los que componen el Cuerpo actualmente, el ministro afirmó enérgicamente, después de pedir noticia de lo tramitado sobre tal punto al Negociado, que «no se han hecho ni se harán tales nombramientos, que para hacerlo habría que saltar por encima de la Ley, y que todo cuanto se relaciona con los médicos del Registro civil está pendiente de conocer los dictámenes pedidos».

En la visita al director general de los Registros, Sr. Gavilán, persona que une á una recia voluntad y dilatada competencia gran rectitud de criterio y culto á la justicia, vió la Comisión confirmadas las palabras del ministro, avalorando su buena impresión la promesa del Sr. Gavilán, de estudiar con especial empeño el asunto, que estima de primordial interés.

Visitó igualmente la Comisión al señor decano de la Facultad de Medicina, Dr. Recasens, quien á su presencia mandó incluir la resolución del informe en el orden del día para el Claustro que ha de reunirse el día 23 de este mes.

Tanto de estas gestiones oficiales como de las que particularmente ha realizado la Comisión, están muy bien impresionados sus componentes, y esperan que no se dilate más la resolución de sus justas aspiraciones.

Hablamos, al marchar de Madrid, con los doctores Torres y Casals, quienes se mostraron francamente satisfechos y agradecidos á la ayuda y muestras de amistad tenidas con ellos por el presidente, Dr. Massip.

Por nuestra parte comentaremos que nos asombra el que aún no se haya dado solución por el Ministerio á este asunto, y es nuestra decisión si, una vez obtenidos los informes técnicos solicitados, no se resuelve con su natural marcha este expediente, comenzar una activa campaña á fin de procurar avivar á la amodorrada covachuela, á nuestro juicio única causa de las inexplicables dilaciones.

F. J. C.

Conferencia nacional sobre Seguros de enfermedad, invalidez y maternidad ⁽¹⁾

TEMA 10

Sobre beneficiarios del Seguro de invalidez, beneficios y quiénes deberán pagarlos.

- A quiénes deberán alcanzar sus beneficios. Si además de los asegurados con carácter obligatorio, debe haberlos con carácter libre. Si pueden perder esos derechos y cuándo.
- Qué beneficios deberán asegurar.
- Quiénes deberían pagarlos.
- Cuánta de la pensión.
- Cuánta de las cuotas. Si han de ser uniformes ó proporcionales al salario.

(1) Véase el número anterior.

CONCLUSIONES

1.^a El Seguro social de invalidez, tiene por objeto prevenir las consecuencias económicas de toda reducción mayor de las dos terceras partes de la capacidad habitual del trabajo que, no estando comprendida en el Seguro de enfermedad, ni teniendo por causa un accidente del trabajo después de cumplir los catorce años, sobrevenga antes de cumplir los sesenta y cinco.

2.^a Los derechos adquiridos por los asegurados para el caso de invalidez, se perderán únicamente cuando el inválido lo sea por actos propios, directa y deliberadamente encaminados á producir su incapacidad, ó por la pérdida de la ciudadanía, cuando la nuevamente adquirida no se beneficie de la regla de reciprocidad, ni sea una de las nacionalidades ibéricas.

La interrupción en el pago de las cuotas será causa de pérdida de derecho; pero si es debida á paro involuntario, no suspenderá los efectos del Seguro hasta pasado un plazo, fijado con carácter general ó local.

El fraude en materia del Seguro tendrá una sanción económica que podrá llegar hasta la supresión de los beneficios que proporcionalmente correspondan á las cuotas abonadas por personas distintas del beneficiado.

3.^a El Seguro de invalidez debe proporcionar á los que sufran una reducción mayor de las dos terceras partes de la capacidad para su trabajo habitual, con las limitaciones fijadas en la primera conclusión que las que exija la técnica actuarial, los beneficios de asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica incluso la estancia en asilos, sanatorios ó clínicas y el tratamiento de reeducación, y un subsidio ó pensión diaria que se entregará al inválido, á no ser que esté hospitalizado, caso en el cual será entregada á su familia la parte de pensión que le corresponda en el total de la misma.

En caso de muerte del asegurado, se entregará en metálico á los que fueren sus herederos con arreglo al derecho civil propio del asegurado, la cantidad de...

4.^a El coste del Seguro de invalidez debe ser sufragado:

a) Por las Diputaciones y Ayuntamientos en la forma acordada con respecto al tema tercero.

b) Por el Estado.

c) Por los patronos.

d) Por los obreros.

La aportación del Estado deberá ser motivada y valorada de acuerdo con los motivos de solidaridad social, de bien común y de deber de asistir, principalmente, á los que más lo necesiten.

Patronos y obreros pagarán cuotas iguales, y cuando se trate de asegurados voluntarios, ellos pagarán estas dos cuotas.

5.^a Tanto la pensión como las cuotas del Seguro obligatorio de invalidez, serán independientes de los ingresos procedentes del trabajo del beneficiario y tendrán el carácter de un mínimo legal, completado con un régimen voluntario de mejoras.

La pensión mínima de invalidez será de 2 pesetas; pero los órganos mutualistas ó regionales del Seguro, tendrán facultades para elevarla lo mismo que las cuotas hasta un límite prefijado.

TEMA 11

Sobre beneficiarios del Seguro de maternidad, beneficios y quiénes deberán pagarlos.

a) A quiénes deberán alcanzar sus beneficios. Si además de los asegurados con carácter obligatorio, debe haberlos con carácter libre. Si se pueden perder estos derechos y cuándo.

b) Qué beneficios deberían asegurar.

c) Quiénes deberían pagarlos.

d) Cuantía de la pensión, cuantía de las cuotas. Si han de ser uniformes ó proporcionales al salario.

CONCLUSIONES

1.^a El Seguro social de maternidad tiene como fin velar por la conservación de la especie, disminuir la mortalidad infantil y atenuar los sufrimientos evitables á las madres y á los niños; tiene como objeto y como medio el garantizar á las madres la asistencia facultativa durante el embarazo y en el parto y el hacerles posible el reposo indispensable antes y después del parto.

Ese reposo deberá extenderse al mismo, determinado por la ley de 8 de Enero de 1907 y por el Convenio de Washington de Octubre de 1919.

2.^a La maternidad es considerada como una enfermedad, exclusivamente para los efectos del Seguro, pero en ningún otro concepto, ya que debe fomentarse; por lo tanto:

a) El beneficio de asistencia facultativa á que se refiere la conclusión 3.^a y el de socorro en caso de muerte, alcanzan á todas las mujeres en trance de parto comprendidas en el Convenio de Washington en el Seguro de enfermedad.

El beneficio del subsidio alcanzará á todas las mujeres asalariadas á que se refieren el Convenio y Seguro anteriormente fijados.

b) Los beneficios de maternidad se perderán por motivos análogos á los que hacen perder los del Seguro de enfermedad, excepto por pérdida de ciudadanía.

3.^a Los beneficios del Seguro social de maternidad son:

a) La asistencia facultativa adecuada, domiciliaria ó en hospitales, clínicas, sanatorios, maternidades, casa cuna, gotas de leche, dispensarios de obstetricia, puericultura é infancia, fomentándose la creación de nuevos organismos de esa índole.

b) Una pensión igual á la de enfermedad durante el período de reposo de las mujeres asalariadas, como sustitutivo de la retribución de su trabajo.

c) Derecho á reintegrarse en la plaza ó función retribuida que tuviese antes del reposo legal.

d) Cuando amamante á su hijo, dos descansos de media hora, dentro de su trabajo, para permitirle la lactancia.

e) Una bonificación en metálico, no inferior á 100 pesetas, para las atenciones del parto.

f) Premios en metálico consistentes en la cantidad de 50 pesetas á cada madre que lacte á su hijo durante un período de tiempo de ocho meses, como mínimo. Dicho período se entenderá cumplido si el niño fallece antes de cumplir dicha edad y habiendo cumplido la de dos meses.

4.^a En la Administración del Seguro de maternidad sea cualquiera su forma, se concederá su intervención á la mujer.

5.^a Mientras no se dicte la ley, como medio más eficaz para su aplicación cuando se dicte, se fomentarán en las organizaciones obreras femeninas ó fuera de ellas, según los casos, las mutualidades de seguros de maternidad, solicitando para ello la ayuda del Estado, Diputación, Municipio y particulares.

SECCIÓN INFORMATIVA

Se reunió esta sección en el Ateneo barcelonés, teniendo que celebrar tres sesiones. Fué presidida por el Dr. Salillas, vicepresidente del Instituto Nacional de Previsión, el señor Bois, secretario general de la Conferencia, y el que firma este artículo, como secretario de la sesión. Es de hacer resaltar este nombramiento mío, no, como es natural, por lo

que se refiere á mi modesta persona, sino porque fué un honor para el Sindicato Médico de Madrid.

En efecto, entre los documentos de información que se presentaron á la asamblea, por labios de personas tan ilustres como son el Dr. Salillas y el Sr. Maluquer en estos asuntos, oímos decir una y otra vez, que la ponencia-documento de información del Sindicato Médico de Madrid era lo mejor que se había presentado. Fué quizá esta la causa por lo que se pidió á los representantes de este Sindicato que designasen un nombre para que figurase como secretario en la mesa, acordando los Dres. Ray y Milla que fuese yo.

La sección informativa ha tenido extraordinario interés; así lo hizo resaltar su presidente Dr. Salillas el día de su inauguración, ya que á ella podía aportar todo el mundo sus opiniones é ideas sobre los Seguros que se trataban de implantar; en ella se entregó la ponencia de nuestro Sindicato, que en unión del Comité de delegados de médicos de Sociedades se llevaba de Madrid, leyéndose sus conclusiones; multitud de entidades informaron en el curso de las sesiones de esta sección, limitándose, por tanto, sólo á numerarlas; fueron éstas: la Asociación Manufacturera de Tejidos y Fibras textiles de Cataluña, exponiendo que dicha institución tiene establecido un amplio sistema de Seguro; el señor Mon propone, refiriéndose al Seguro de maternidad, que tratándose éste de un problema de derecho social, debe aquél inspirarse en un amplio sentido comprensivo, concediéndose los subsidios del Seguro á todos los casos de maternidad sin limitaciones; la Unión Comercial de Barcelona defendió unas conclusiones aprobadas por su entidad, en que piden un respeto en el Seguro de las Sociedades que ya le tienen implantado, pero con carácter mutualista. Se da lectura de una instancia de la Asociación Nacional de Mutuas de accidentes del trabajo de España. El Sr. Torner, presidente de la quinta de Salud «La Alianza», expone las finalidades de hospitalización familiar en dicha Quinta, así como su fin mutualista. D. Enrique Marzo, presidente de la Federación Nacional de Colegios de Practicantes, deposita sobre la mesa un razonado informe en que se hace destacar la trascendencia que tiene para la buena implantación del servicio benéfico sanitario, la necesaria y bien orientada colaboración de los practicantes españoles.

Algunas otras entidades más, de carácter mutualista, informan en parecido sentido á la Unión Comercial, y, por último y para terminar, relataré lealmente un pequeño incidente que por la parte que tuve en él no deseo callar; me refiero á la intervención del Dr. Portillo en esta sección, el cual después de solicitar en nombre de varios compañeros la organización de Seguros de carácter médico (?) pidió constase en acta la petición al Instituto Nacional de Previsión, que se organizase otra Asamblea, á la cual pudiesen aportar los médicos todas sus opiniones, para lo cual se pediría á éstos particularmente y á cada uno su manera de pensar sobre estas cuestiones, ya que él, en nombre del grupo médico por quien hablaba, consideraba que los médicos no estaban en condiciones de poder contribuir á la implantación del Seguro, ni todos eran partidarios de éste.

Consideré yo que aquella intervención podía producir en el ánimo de la Asamblea algo así como una diferencia de criterio en el seno de la familia médica, sobre su manera de sentir y pensar en la implantación del Seguro, y como esto no era cierto, pues como antes hemos dicho, existía una opinión única y un frente único, representada por el Dr. Sánchez Bergón, en unas conclusiones aprobadas por todas las representaciones médicas de España, así lo hice constar, pidiendo también que constase en acta, que la petición del

Dr. Portillo era en nombre de 41 médicos que componían en su mayoría una entidad aseguradora.

Creemos haber relatado leal y sinceramente cuanto ocurrió en la Asamblea de Barcelona; ello no más era nuestro objeto, para que los médicos todos, especialmente los titulares, tuviesen conocimiento de lo que allí se había hecho y aprobado, pero no quiero terminar sin hacer resaltar una vez más lo que los lectores de EL SIGLO MEDICO habrán leído en mi carta abierta al compañero Dr. Fidelio Herrera, esto es, que á pesar de todo lo hecho y aprobado, aún hay tiempo por delante para que los médicos todos que quieran colaborar y aportar sus opiniones lo hagan en un asunto que tanta transcendencia tiene para nuestra clase, ya que según parece, en este mismo año se ha de celebrar una segunda conferencia en Madrid, de la que tendrá que salir el anteproyecto de Ley que ha de implantar el Seguro de enfermedad, invalidez y maternidad en España.

Los médicos tienen la palabra.

DR. BARRIO DE MEDINA.

Enero de 1923.

Asamblea Dental contra Intrusismo.

Comité directivo: *Presidente*, D. Amaro Pedra; *Vicepresidente*, D. Saturnino García Carrillo; *Secretario*, D. Carlos Baylin; *Vicesecretario*, D. José Alcaraz Espinet; *Tesorero*, D. Vicente Martínez Guardiola; *Vocales*, D. Antonio Valldaura, D. José Cirach, D. Laureano Mariscal, D. Jesús Blasco y los presidentes de todas las Sociedades Odontológicas.—Oficinas, Coso, 87, principal izquierda.

Sr....

Zaragoza á 1 de Diciembre de 1922.

Nuestro distinguido compañero:

Esta Junta directiva tiene el honor de poner en conocimiento de usted, que á propuesta del Círculo Odontológico de Cataluña y con el apoyo de las Sociedades Odontológicas de España, va á celebrarse en esta capital una Asamblea Dental contra Intrusismo, en los días 31 de Marzo al 4 de Abril del año 1923.

No he de encarecer la importancia que para nuestra vejada clase, este acto tiene.

Está en nuestro ánimo ofrecer á los Poderes públicos un programa de reformas, para ver de combatir con eficacia este mal social, que tanto nos perjudica.

Para ello necesitamos su valioso concurso y esperamos vernos honrados con su presencia y á la mayor brevedad recibir su trabajo con conclusiones á resolver, para ser acopladas á las que ya obran en nuestro poder, y con todo, hacer el programa definitivo, que ha de ser objeto de estudio de nuestra Asamblea.

Muy gustosos le daremos cuantos detalles necesite.

LA JUNTA DIRECTIVA

Reglamento.

Artículo 1.º La Asamblea Dental contra Intrusismo se reunirá en Zaragoza el día 31 de Marzo del año 1923.

Art. 2.º La Asamblea se compondrá de miembros numerarios y agregados.

Art. 3.º Los miembros numerarios serán todos los que estén legalmente autorizados para el ejercicio de la profesión; las familias de éstos y los estudiantes de Odontología, figurarán como agregados.

Art. 4.º Todos los asambleístas tendrán derecho á la asistencia á los actos que se celebren, pero sólo los numerarios tendrán voz y voto.



Art. 5.º Las cuotas serán de 30 pesetas para los nume-
rarios y de 20 pesetas para los agregados.

Art. 6.º Los asambleístas remitirán sus trabajos con las
conclusiones correspondientes antes del día 31 de Enero de
1923; pasada esta fecha, la Comisión de organización estu-
diará los trabajos y unificará conclusiones, para hacer el
programa que ha de ser discutido en la Asamblea.

Art. 7.º La Comisión de organización redactará el pro-
grama, que será repartido entre los asambleístas, con quince
días de anticipación á la Asamblea.

Art. 8.º Si se presentase algún trabajo fuera de las fe-
chas dadas por este Reglamento, la Comisión de organiza-
ción ó la mesa de la Asamblea decidirá si debe ser acep-
tado.

Art. 9.º La mesa de la Asamblea dispondrá la orden del
día y forma de discusión para las sesiones.

Art. 10. La Comisión de organización ó la mesa de la
Asamblea será árbitro para dirimir cualquier cuestión que
surja y no esté comprendida en este Reglamento.

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

RECEPCIÓN DEL DR. TELLO EN EL DÍA 14 DE ENERO DE 1923

Por fallecimiento del Dr. Fernández Chacón viene á
ocupar la vacante el sabio histólogo Sr. Tello.

El acto solemne de dar entrada en la Academia fué pre-
sido por el Dr. Fernández-Caro, que le acompañaban en
la mesa los Sres. Mariscal, Pittaluga y Pulido, secretario per-
petuo; en los demás sillones del estrado, los señores acadé-
micos. Numeroso público de médicos, alumnos y damas ocu-
paban todas las localidades.

El Dr. Tello, después de dedicar unas frases sentidas á
su antecesor en el sillón académico, desarrolló el tema:
Ideas actuales sobre el neurotropismo, empezando por ex-
plicar el concepto del neurotropismo como primer capítulo
de su discurso, dando cuenta de tres hipótesis: diferencia-
ción en el interior de puentes protoplásmicos ó nervios pri-
mitivos; diferenciación dentro de las cadenas celulares y del
crecimiento libre, creadas, respectivamente, por Baer-Hen-
sen, Schwann-Balfour y Bidder-Kupffer His.

Como todas estas hipótesis están basadas en estudios de
laboratorio, se hace difícil extractar su contenido; con todo,
reseñaremos aquellos conceptos que permitan dar idea de
esta clase de estudio.

La diferenciación de que habla la primera hipótesis, para
Hensen, persistirán, como restos de divisiones celulares in-
completas, puentes protoplásmicos, uniendo el tubo neural
con el miotomo y el ectodermo, y dentro del tubo neural,
entre todas sus células, por medio de la esponja exterior ó
velo marginal de His. La función, provocando la diferencia-
ción de aquellos puentes, por donde circula la corriente ner-
viosa, sería la causa de la formación de los nervios y de las
vías nerviosas centrales. En la sección de éstas es bien co-
nocido el hecho de que la función del elemento nervioso,
privado del axon en mayor ó menor extensión, cesa hasta
que se restablecen las conexiones con el elemento corres-
pondiente muscular, epitelial, conectivo, nervioso, y, sin
embargo, la vía se forma; es cierto que la influencia trófica
del soma persiste, pero ésta no se ejerce fuera del territorio
neuronal, extendiéndose á medida que crece el axon.

En párrafo aparte se ocupa de las fibras nerviosas como
resultado del crecimiento ó prolongación de las células ner-

viosas que en sus primeros tiempos, sobre todo, cambian de
lugar con actividad, idea fundamental de la neurología, de-
mostrada en la neurorregeneración, en la embriología expe-
rimental y en los cultivos *in vitro*, expuesta ya por Bidder
y Kupffer en 1857, con motivo del desarrollo de la medula.
Las células nerviosas de todo el sistema periférico (ganglios
raquídeos y simpáticos) proceden, preferentemente, de los
bordes del surco neural, es decir, del sitio en que se conti-
núan el epitelio tegumentario y el nervioso.

Respecto al crecimiento y forma de las células nerviosas,
dice que no es el resultado de una predeterminación; que el
rápido proceso, por el cual se modelan las células nerviosas,
se diseñan los primeros núcleos, se forman las primitivas
vías y se establecen las conexiones iniciales, ¿podrá expli-
carse sencillamente por la acción de energías intrínsecas
de las propias células germinales? ¿Bastará la evolución del
síntoma de fuerzas físicoquímicas que correspondió al neu-
roblasto en el desarrollo embrionario, para determinar la
forma, situación y relaciones de las células nerviosas, ó ju-
garán un papel, si no preponderante, de consideración, todos
los elementos que rodean á las neuronas?

En esta disyuntiva, el Dr. Tello no se atreve á dar solu-
ción al problema.

Dedica algunos párrafos á los diferentes aspectos del
crecimiento neural que se verifica de dos modos distintos:
uno lento, que llama la atención preferentemente como
aumento de volumen, y otro rápido, que se manifiesta en el
cambio de lugar y forma. Ambos son simultáneos; desde los
primeros momentos, el neuroblasto cambia de sitio en la
pared del tubo medular y emite la expansión al mismo
tiempo que aumenta de volumen en cada una de sus partes;
pero así como el lento se verifica por igual en todo el pro-
toplasma, el rápido recae de preferencia en determinados
puntos del soma cuando el crecimiento se inicia, y después
en el extremo de las expansiones formadas. Ambas formas
de crecimiento lento y rápido tienen como fondo un proceso
asimilativo, regido siempre por el soma, mediante la acción
trófica, demostrada por el método de las degeneraciones;
siempre que se separa la influencia del soma una porción
mayor ó menor de una expansión, la parte aislada degenera
rápidamente.

Dice el Dr. Tello que el crecimiento de las células ner-
viosas, condicionado por acciones extrínsecas es el neuro-
tropismo, y que á Cajal se debe la identificación de los fenó-
menos de crecimiento y emigración de las neuronas con los
tropismos y tactismos, respectivamente.

En un segundo capítulo, trata el Dr. Tello de los estímu-
los del neurotropismo, fijándose en los tutores por contacto,
que según su modo de ver, desempeñan un papel secundario
en el modelamiento de las neuronas, limitándose á favore-
cer ó contrariar la acción de los estímulos químico y físico
de un modo completamente pasivo; solamente en la regene-
ración podemos encontrar casos en que actúen como estí-
mulos formativos. Y bajo estos principios, habla de la cor-
tedad de las distancias; de los obstáculos desviadores, con
menor resistencia; del estereotropismo y de la compresión.

Se ocupa extensamente de los estímulos orientadores del
neurotropismo á distancia; de los indicios ontogénicos y filó-
génicos, y de las pruebas experimentales.

Y en un tercer y último capítulo, trata de la naturaleza:
del neurotropismo, fijándose en la hipótesis química de Cajal
y en la dinámica de Strasser, y en la posible coexistencia de
ambos mecanismos, para terminar exponiendo algunas con-
jeturas sobre los casos en que actúan los estímulos dinámi-
cos ó químicos preferentemente. Para mayor claridad de
cuanto se dice en el discurso, se acompañan quince figuras,

dibujadas por el beneficiario. Tan concienzuda labor mereció plácemes de los oyentes con nutridos aplausos.

La contestación estaba á cargo de su maestro, el gran Cajal, que por motivos de salud no pudo darle la bienvenida, encargándose el Dr. Pittaluga de la lectura del discurso del sabio maestro. En pocas palabras detalla los grandes méritos del Dr. Tello, su discípulo predilecto, y antes de exponer algunas ideas sobre el asunto de que trata el discurso de ingreso, dedica sentidas frases al Dr. Chacón, que por lo sentidas y admirablemente concebidas, no podemos prescindir de transcribirlas. Dice así: «Ofren la de amor y de justicia es consagrar, con motivo de la recepción de un nuevo académico, un recuerdo piadoso á su ilustre antecesor. En el jardín de Academia ningún árbol llega á centenario. Pasear por él, saboreando la doctrina de los doctos, constituye honor que, por tardío, suele ser fugaz. Tal ocurrió á nuestro llorado compañero el profesor Chacón, modelo de elocuentes y celosos maestros y de chispeantes conversadores. Para él parece escrita la máxima: *in minimis perfectio*. Exiguo de estatura, gozó de magno entendimiento. El talento parecía desbordar de aque la noble, simpática y blonda cabeza como precioso licor escanciado generosa y descuidadamente en diminuta copa. Su verbo siempre espontáneo, cortés y donairoso, no se apagó ni aun bajo la sombra de la catarata senil, ese tul blanquecino con que Dios suele piadosamente velar á los viejos las bellezas del mundo para que les sea menos doloroso abandonarlo.»

Hermoso párrafo grandilocuente que Cajal deposita esta humilde siempreviva en el altar de la amistad, y que arrancó espontáneos y ruidosos aplausos.

Después, el Dr. Cajal, tras un humorístico inciso acerca de los catedráticos, expone algunas citas que amplían el tema del beneficiario en lo que afecta á los complicadísimos procesos de las asociaciones nerviosas, nervioso, epiteliales y nerviosomesodérmicas. Tal doctrina representa un avance notable en el esclarecimiento del misterio de los misterios, es decir, de la forma y conexiones de las neuronas, ante el cual se han detenido ó extraviado geniales investigadores. Y fijándose en el trabajo de Tello, dice que lo más valioso no son las hipótesis ni aun la crítica penetrante á que las somete, sino el conjunto de los importantes hechos nuevos aportados por él; que las aporta á título de conjeturas plausibles. Con este motivo, el Dr. Cajal manifiesta que es tan escéptico en punto á la firmeza y exactitud de las teorías é hipótesis, que tiene á orgullo olvidarse de las suyas; que aun siendo quimérica una hipótesis, puede conducir á grandes descubrimientos, y es que, á veces, el hecho inesperado surge de la retorta ó del microscopio como un diablillo irónico de una caja de sorpresa inconscientemente abierta; que las teorías no deben de-definirse, porque ellas son la varita mágica con que suele abrirse el alcázar de la verdad.

Respecto á las concepciones químicas, dice que constituyen un factor importantísimo del proceso vital, puesto que en todo acto fisiológico, por elevado que sea, se da una reacción química concomitante y frecuentemente una transmutación de energía. Pero la forma es necesaria también. Ella es algo así como el cauce constantemente renovado por donde corre y se transfigura la energía liberada por la descomposición de la materia. Con lo cual no se pretende negar que la forma y su fijez relativa obedezcan á procesos quimicodinámicos; se afirma solamente que es todavía prematuro excluir otras condiciones hoy inabordables. En cuanto á las células artificiales y disposiciones ramificadas obtenidas por crecimiento osmótico, no pasan de ser groseros é inertes juguetes químicos, que semejan á la vida, como esas rocas pungiformes ó animaloides mostradas por los guías al

turista asombrado durante la exploración de montañas pintorescas.

Su filosófico y ameno discurso termina diciendo que «Toca al porvenir afrontar valerosamente el fascinador arcano de la vida mental y determinar hasta qué punto se justifica el agnosticismo de muchos pensadores. Pero aun sin acometer el torturante problema del espíritu, ni esclarecer siquiera el menos arduo de las causas profundas de la vida vegetativa; limitándonos al modesto dominio de las leyes empíricas y de las condiciones inmediatas del fenómeno vital, la ciencia biológica, inspirada en los métodos fisicoquímicos y en las conquistas de la termodinámica, nos brinda para el presente, y con mayor razón para el futuro, perspectivas luminosísimas y posibilidades de acción y previsión altamente consoladoras.»

Estruendoso aplauso coronó este precioso discurso.

DR. CESALDO

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Sanidad.

Reglamento para las oposiciones á oficiales del Cuerpo médico de Sanidad exterior (1).

50

Estudio sanitario de la zona española de influencia en Marruecos y de las colonias de España en el Oeste africano.

51

Emigración. — Inmigración. — Corrientes emigratorias principales. — Peregrinaciones. — Papel de la emigración, de las peregrinaciones y, en general, de los transportes de masas de gente en el mantenimiento y difusión de las enfermedades transmisibles.

52

Transporte de emigrantes á bordo de los barcos. — Prácticas sanitarias á que deben ser sometidos en los puertos españoles á su salida y llegada. — Régimen sanitario que las principales naciones de América imponen á la emigración europea.

EPIDEMIOLOGÍA, MICROBIOLOGÍA Y PATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS, COMUNES Y EXÓTICAS.

1

Concepto moderno de la Epidemiología.

2

Papel de los insectos en la propagación de las enfermedades infecciosas.

3

El aire como medio de transmisión de las enfermedades infecciosas.

4

Papel del agua en la difusión de las enfermedades infecciosas.

5

Infecciones é intoxicaciones ocasionadas por los alimentos.

(1) Véase el número anterior.

6
Papel del tráfico comercial en el desarrollo y propagación de las enfermedades infecciosas.

7
Las formas leves y ambulatorias y los portadores de gérmenes en el mantenimiento y difusión de las enfermedades infecciosas.

8
Principios científicos que deben informar la profilaxis de las epidemias.

9
Concepto moderno de la naturaleza de la infección. — Infección é inmunidad.

10
Papel de los objetos de uso y mercancías contaminadas de gérmenes morbosos en la génesis y propagación de las enfermedades infecciosas. — Las secreciones y excreciones del hombre y los animales en la difusión de las enfermedades infecciosas.

11
Laboratorios de bacteriología y parasitología aplicados á la investigación clínica. — Institutos de Higiene. — Su organización, material de que deben estar dotados y funcionamiento.

12
Técnica micrográfica en general para el estudio de bacterias y protozoarios. — Métodos generales y especiales de colaboración.

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 698,1; ídem mínima 694,1; temperatura máxima, 13°,5; ídem mínima, 0°,7; vientos dominantes, N. NO. E.

Siguen dominando en su proporción ordinaria los padecimientos propios de la estación invernal, agudizada en estos últimos días por heladas intensas y vientos del cuadrante Norte y N. O. Las pulmonías, las congestiones pulmonares, las pleuresías, las bronconeumonías y las bronquitis han aumentado en número y en gravedad, aunque el número de los catarrros respiratorios generalizados no es tan frecuente como en los años anteriores.

En los niños, las anginas catarrales y las bronquitis de los tubos nerviosos, han sido las enfermedades más frecuentes.

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

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1922.
Menores de 1 año.....	295	230
De 1 á 4 años.....	243	123
De 5 á 19.....	148	85
De 20 á 39.....	298	204
De 40 á 59.....	389	359
De 60 en adelante.....	586	596
Sin clasificación.....	6	3
TOTAL.....	1.965	1.600

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1922.
Fiebre tifoidea.....	27	10
Tifus exantemático.....	»	1
Viruela.....	17	1
Sarampión.....	16	6
Escarlatina.....	4	3
Coqueluche.....	3	2
Difteria.....	13	6
Gripe.....	84	17
Otras epidémicas.....	5	3
Tuberculosis pulmonar.....	174	139
Idem meningea.....	15	12
Otras tuberculosis.....	28	12
Cancerosas.....	68	67
Meningitis.....	72	70
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	96	86
Orgánicas del corazón.....	163	153
Bronquitis aguda.....	178	111
Idem crónica.....	87	121
Pulmonía.....	55	33
Broncopneumonía y otras.....	263	202
Enteritis (menores de dos años).....	54	41
Apendicitis y tifitis.....	2	2
Hernias y obstrucciones.....	17	12
Cirrosis hepática.....	14	19
Nefritis.....	67	61
Septicemia puerperal.....	8	6
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	55	42
Senectud.....	57	59
Otras enfermedades.....	323	303
TOTAL.....	1.965	1.600

Varones.....	827
Hembras.....	773
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	63,39
Idem íd. en Diciembre de 1922.....	51,61
Idem íd. en Noviembre de 1922.....	30,53

Observaciones.

La elevación de la cifra de mortalidad siempre grande en el mes de Diciembre, ha sido este año menos considerable que en los anteriores.

El año 1922 empezó con una cifra muy alta en Enero, pero los restantes meses ha descendido en todas con relación á sus promedios correspondientes.

Por viruela ha fallecido una niña de siete meses de edad, en la calle del Marqués de Urquijo.

Por exantemático un transeunte de treinta años, natural de Toledo, en el Hospital Provincial.

El descenso más grande ha sido en afecciones tuberculosas é infecciosas.

Nacieron vivos, 1889.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Fiesta infantil.—El día 23, martes, fiesta onomástica de S. A. R. el Príncipe de Asturias, se celebrará en el teatro de Lara una fiesta matinal por los alumnos y alumnas del Colegio de Huérfanos de Médicos.

El senador médico Sr. Yáñez, empresario de aquél elegante Coliseo, ha cedido generosamente el local, y los señores Juarros y Mesonero Romanos han colaborado activamente á la organización de la fiesta iniciada por el Patronato. En ella tomarán parte varios artistas de los más conocidos, llevando á aquél teatro los espectáculos más apropiados para los niños y que el público ha aplaudido ya. El inspirado poeta Sr. Cavestani ha ofrecido leer algunas de sus afa-

madras composiciones; el genial artista Sr. Isbert, recitará versos de Gabriel y Galán; y el joven barítono de ópera señor Rodrigo Nari, cantará alguna romanza. También está invitada a hacerlo la simpática niña Carmen Pando, hija del director secretario del Colegio.

La parte de la función encargada a los niños del Colegio consistirá en el canto del gran himno «La Naturaleza», de Beethoven y Goethe, traducido por un poeta anónimo; el himno a la bandera; danzas y gimnasia rítmica por las niñas, y ejercicio de instrucción militar por los varoncitos, adiestrados al efecto, por militares amigos de la Institución.

El espectáculo será gratuito y de su resultado daremos cuenta en el número inmediato.

Cajal á Argelia.—El día 10, á las seis de la tarde, embarcó en Cartagena, para dirigirse á Orán, el sabio histólogo D. Santiago Ramón y Cajal.

Desde Orán piensa continuar su viaje por las principales poblaciones de Argelia.

A pesar de sus deseos de pasar inadvertido, en su corta permanencia en Cartagena fué visitado por la mayor parte de los médicos de aquella población y por varias autoridades.

Deseamos que nuestro ilustre compatriota realice su viaje feliz y cómodamente.

El Congreso de Reorganización sanitaria y el juego.

—Mira por donde, amable lector, la supresión del juego ha repercutido hasta en un proyectado Congreso de índole sanitaria.

En la sesión celebrada el día 12 en el Ayuntamiento, se leyó un dictamen en el que se solicitaba un crédito de 25.000 pesetas para los gastos de asistencia de una Comisión al primer Congreso Nacional de Reorganización sanitaria. El alcalde propuso que la cantidad se consignase en el próximo Presupuesto, por estar casi agotado el capítulo de imprevistos del actual y ser la cantidad que resta necesaria para sostener en lo que resta de año económico el Asilo de Yserías y la Colonia del Trabajo, que pasan al Ayuntamiento por desentenderse de ellos la Asociación Matritense de Caridad y el Gobierno civil, al ser suprimido el juego.

La propuesta del alcalde fué por unanimidad aprobada.

El aplazamiento no quiere decir que el Ayuntamiento deje de prestar su cooperación al Congreso, y además, la causa porque se realiza es muy justa; únicamente nosotros señalamos el hecho para que se vea hasta donde tenía extendidos sus tentáculos ese mal social; y eso que ni á guisa de rumor queremos recoger la especie divulgada de que hasta en los antepalcos oficiales se tiraba de la oreja á Jorge.

Banquete al Dr. Muñoz Urra.—Por iniciativa de la Junta de partido de Talavera, el sábado 13 se ha obsequiado con un banquete al Dr. Muñoz Urra, secretario de dicha Junta, para manifestarle su homenaje por los méritos alcanzados por dicho señor durante el Congreso de Bilbao. Concurrieron casi en su totalidad los médicos que componen el partido de Talavera, y reinó en el simpático acto la fraternal cordialidad que es honra de su trato entre aquellos distinguidos compañeros.

Muy merecedor es el Sr. Muñoz Urra del agasajo de sus amigos, y á él unimos nuestra adhesión sincera, tanto por los méritos científicos y profesionales señalados tan sobresalientemente en el Congreso de Bilbao, como por su labor dentro de la Junta de partido de Talavera, una de las mejor organizadas en España.

Encuadernación.—Buscando los medios más fáciles de hacer la tirada para que el número llegue á poder de nuestros suscriptores todos los domingos (no contando, desde luego, con el parecer de los señores de correos que los detengan el tiempo que les plazca, á pesar de nuestras quejas), adoptamos la forma de encuadernación que podrán ver en este número. Por un gran error de imprenta al sentar las formas, en los dos números últimos, han aparecido en pliego los anuncios y texto. Sentimos mucho esta falta, que esperamos perdonen nuestros suscriptores, y creemos que la encuadernación del modo en que el presente va ningún trastorno puede causarles y es la ventaja de recibir antes el periódico.

Advertencia.—El día 15 del pasado mes hemos entregado á nuestro banquero los giros correspondientes á los pagos de suscripción de aquellos señores que se hallan en descubierto en todo ó parte del pasado año. Por circular remitida directamente, todos nuestros suscriptores conocen el en-

vío de dicho giro, así como el vencimiento de su suscripción y, por tanto, encarecidamente rogamos sean los giros abonados. Si aún hubiera duda alguna, en todo momento se les darán explicaciones.

Un alcalde que debe ser homenajeado.—Leemos en la Prensa el siguiente telegrama:

«Sevilla, 15 (5 t.).—El gobernador ha llamado al alcalde de Palomares del Río, pueblo que carece de médico titular, para que le explique la causa de tal anomalía, así como también el motivo por el cual no celebra sesiones el Ayuntamiento. El alcalde ofreció nombrar médico inmediatamente, y respecto a la falta de sesiones dijo que aquel Ayuntamiento no tenía ningún asunto de que tratar.

El gobernador dió cuenta al ministro de la resistencia del alcalde de Cazalla de la Sierra á dar posesión á los concejales interinos recientemente nombrados. En vista de ello, el duque de Almodovar del Valle ha destituido al alcalde y ha nombrado sustituto á D. Camilo Pérez Durán.

El caso merece conocerse y creemos que Palomares del Río debe abrir una suscripción para regalar el título de hijo predilecto de aquel pueblo al alcalde destituido.

Advertencia á los médicos.—Se recuerda á los doctores y licenciados en Medicina que aún no hayan obtenido patente para el ejercicio profesional durante el año económico 1922-23, que deben proveerse de tal documento en el improrrogable plazo de ocho días, al final del cual se enviará aviso á la Delegación de Hacienda para que efectúe la exacción de la patente por la vía de apremio.

Excipiente inerte.—La ocupación predilecta de la *envi* dia consiste en desenterrar los muertos para que la ayuden á enterrar los vivos.

(Ich.)

En cosa comprada con necesidad y vendida con necesidad, bien se conoce cuál sería la compra y cuál sería la venta.

(Zabaleta.)

Oposiciones á médicos.—Inspectores provinciales de Sanidad para proveer seis plazas y las que vayan en lo sucesivo, para doctores, menores de cuarenta años. Instancias hasta el 10 de Marzo; ejercicios el 15 de dicho mes. Obra única, 60 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

Oposiciones á médicos de Sanidad Militar, 90 plazas; instancias hasta el 26 de Enero; ejercicios 1.º de Febrero. Obra única de contestación al programa, 75 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

Peptopancreasi Sersono.—Al presente número acompañamos una tarjeta del Istituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), agente para España. L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECCADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

SOLUCION BENEDICTO

Glicerol-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

Quesor de Enrique Teodoro — Gloriosa de Sta. M.ª de la Cabeza, 1