

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. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	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. PASQUAL 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:

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

SUMARIO: Sección científica: Presentación de enfermos operados de estrabismo, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis peritoneal y genital femenina. Gauss, por los Dres. J. y S. Ratera.—Ideas actuales sobre el neurotropismo, discurso del Dr. S. F. Tello.—Sobre la patogenia de la litiasis biliar, por el Dr. Carlos Blanco Soler.—*Periódicos médicos.*

Presentación de enfermos operados de estrabismo (6)

EXPOSICIÓN DEL PROCEDIMIENTO OPERATORIO EMPLEADO

FOR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Ayudante de Oftalmología de la Facultad de Medicina, académico correspondiente y laureado de la Real y Nacional de Medicina.

Una de las afecciones oculares que más afean y que más transcendencia tienen en la función visual del hombre, es el estrabismo.

Por estrabismo entiende el vulgo, la dirección anormal de un ojo con respecto al otro, es decir, la desviación estrábica, uno de los factores, si bien el más aparente de la afección. En el lenguaje científico se denomina *estrabismo á un trastorno de la visión binocular que impide la convergencia de los ojos al objeto que se mira.*

Entre las diferentes clases de estrabismo (latente, aparente, paralítico, concomitante), del que vamos á ocuparnos ahora, y muy ligeramente, es del llamado *estrabismo* propiamente dicho, ó *estrabismo concomitante*, ó *acompañante*; es decir, de aquel en que el ángulo del estrabismo es el mismo, sea cualquiera la dirección de la mirada. Es por otra parte el más perceptible y el

conocido por las gentes con el nombre de *vizquera*. En él uno de los ojos es el que *fija* y el otro el *desviado*.

Dentro del estrabismo concomitante, el ojo desviado lo está principalmente hacia adentro (estrabismo convergente), ó hacia afuera (estrabismo divergente). El estrabismo convergente se presenta mayor número de veces que el divergente, y es á él al que se refiere esta comunicación.

El estrabismo convergente es afección de aparición precoz. Suele aparecer de los dos á los tres años de edad y al principio se presenta con intermitencias (*estrabismo intermitente*), con ocasión de fijar la atención el niño en un objeto muy cercano. Después, el estrabismo se muestra indistintamente en uno ú otro ojo, el desviado lo es alternativamente el derecho ó el izquierdo (*estrabismo alternante*) y, por último, el estrabismo se instala definitivamente en uno de los ojos (*estrabismo permanente*).

Desde Donders se sabe que gran número de individuos que padecen estrabismo convergente son hipermetropes con ó sin astigmatia (77 por 100 según este autor), pero hay muchos casos en que falta la hipermetropía y hasta se encuentra la miopía. Entre 16 entrábicos operados por nosotros en el año actual, tres estaban afectos de miopía: uno de cinco dioptrías en el ojo estrábico y de cuatro en el sano; otro de 14 dioptrías en el ojo desviado, con emetropía en el fijador, y el tercero con 10 dioptrías en el ojo estrábico y una hiper-

metropia de una dioptria en el ojo no desviado. Con frecuencia, también, el estrabismo convergente es hereditario y hasta familiar.

El estrabismo convergente es una afección muy interesante bajo un doble punto de vista: uno el estético y otro el funcional. La estética en el estrabismo, con ser muy importante, sobre todo en la mujer, porque desfigura considerablemente la fisonomía, no llega á tener la transcendencia que la perturbación funcional que acarrea en la visión binocular. De ordinario, el ojo estrábico es un ojo con disminución de la agudeza visual (ambliopía estrábica), que, por otra parte, cada vez va aumentando; pero además, la pequeña cantidad de visión del ojo desviado, no es aprovechada por el sujeto en la visión binocular, sino que por formarse la imagen de los objetos desde muy larga fecha en puntos no concordantes de la retina de este ojo, con relación al otro (llamada falsa imagen), es *neutralizada* por el cerebro (no percibida), con lo cual *falta la diplopia en el estrabismo concomitante*. De esto resulta, que los estrábitos carecen de la visión binocular perfecta y de la sensación de relieve ó visión estereoscópica, con lo cual se encuentran en condiciones de inferioridad, con respecto á los individuos normales. La visión del estrábico es monocular y debida al ojo no desviado, porque la del ojo estrábico *mentalmente no es percibida* en condiciones ordinarias; pero basta emplear un sencillo artificio, por ejemplo, un cristal rojo para ponerla de manifiesto, y, por tanto, la diplopia; excepción hecha de cuando se trata de una extraordinaria ambliopía.

Compréndese de este modo, la gran importancia que tiene el tratamiento del estrabismo. Ahora bien, actualmente no existe un tratamiento único del estrabismo como fuera de desear, sino que existen varios tratamientos, en armonía con los distintos conceptos patogénicos admitidos por los autores; así, existe un tratamiento médico; un tratamiento óptico; un tratamiento ortóptico y un tratamiento quirúrgico. Estos distintos tratamientos pueden emplearse aislados ó conjuntamente.

La elección de tratamiento ha de guardar relación con varios factores, tales como la edad del individuo, la antigüedad de la afección, la agudeza visual y el grado del estrabismo. En general, puede decirse que el tratamiento médico (instilaciones de atropina principalmente) conviene á los niños muy pequeños, al iniciarse la afección; que el tratamiento óptico (ayudado frecuentemente del uso de los midriásicos) se emplea en los niños un poco mayores, de cuatro á cinco años; que el tratamiento ortóptico debe utilizarse (previa corrección óptica) en niños de más edad, de cinco á diez años; y por último, que el tratamiento quirúrgico se aplicará después de los diez años, es decir, cuando el estrabismo se encuentra completamente constituido, debiendo completarse siempre con el uso de los midriásicos, de la corrección óptica y de los ejercicios ortópticos (con el amblióscopo, diplóscopo, ó estereóscopo, según los casos.)

Por tanto, en el estrabismo constituido, permanente, el tratamiento esencial es el quirúrgico, si bien son necesarios, como coadyuvantes, todos los restantes. Tal es

así, que desde De Wecker se dice, que desde el punto de vista quirúrgico, los estrabismos se dividen en *corregibles y curables*. Son estrabismos corregibles aquellos en los que se ha obtenido la corrección de la desviación estrábica, pero no se ha recobrado la visión binocular: solamente la estética es la que ha ganado. En cambio, se llaman estrabismos curables á aquellos en que además de la corrección estética, se ha logrado la vuelta á la visión binocular. Ni que decir tiene, que todos los esfuerzos del oculista deben tender á alcanzar este último grado de perfeccionamiento, que se logra, como hemos dicho, con todos los tratamientos combinados. Una sola condición es precisa para ellos, y es que el ojo estrábico posea un grado de visión, lo suficiente para despertar la fijación de este ojo, la reaparición de la diplopia y la fusión de las dobles imágenes, peldaños todos para la obtención de la visión binocular perfecta ó estereoscópica.

Cuando el ojo estrábico posee una fuerte ambliopía, entonces este bello ideal no puede obtenerse y hay que contentarse solamente con alcanzar la corrección del estrabismo; y como la ambliopía estrábica va aumentando con la fecha del estrabismo, se comprende perfectamente la importancia de operar los estrabismos lo más pronto posible, *después que los tratamientos no quirúrgicos no han dado resultado*. Y como frecuentemente ocurre, que no por defectos del método, sino por deficiencias en la aplicación del mismo, los procedimientos no cruentos no van seguidos de éxito, se comprenderá sin esfuerzo la gran importancia que tiene la intervención operatoria y la elección del procedimiento á emplear. Además, en los estrabismos antiguos la excursión del ojo desviado va siendo menor cada vez, y en los muy viejos casi llegan á inmovilizarse por completo, debido á las retracciones cicatriciales de la cápsula de Tenón y del músculo contracturado, de una parte; y de otra, al considerable adelgazamiento y paresia del músculo distendido; factores ambos solamente modificables por el tratamiento quirúrgico.

Ahora bien, para actuar sobre un ojo desviado de un modo permanente, existen varios procedimientos: ó *disminuir la tracción del músculo retraído, ó aumentar la tracción del músculo alargado, ó ambos á la vez*; el primero constituye la tenotomía y los desbridamientos capsulares, el segundo los *avanzamientos* musculares y capsulares, y el último la combinación de los dos primeros.

Cada uno de estos procedimientos ha tenido su época. Así la tenotomía, que es la más antigua (Stromeyer, 1838), se la ha llamado también estrabotomía, por haber sido durante mucho tiempo la única operación que se practicaba á los estrábitos. Al principio se la practicaba solamente en el ojo estrábico (recto interno), pero después, y fundándose en que el estrabismo es un trastorno de la visión binocular, se la llegó á convertir en el tratamiento clásico de la afección y se la practicaba en los dos ojos. Panás fué el iniciador de esta conducta.

A la tenotomía se le achacaron multitud de herejías: que debilitaba la convergencia, que producía el hundimiento de la carúncula, que ocasionaba la pro-

pulsión del ojo... y fué sustituida por el avanzamiento del músculo antagonista (recto externo), operación que ideó Guérin (1849) para remediar los estrabismos consecutivos á las tenotomías desgraciadas (mejor dicho miotomías). El músculo recto externo se cortaba de su inserción escleral y se le insertaba más próximo á la córnea. Después, Landolt, al mismo tiempo que avanzaba la inserción muscular, resecaba un trozo de tendón, con lo cual el efecto útil del músculo se aumentaba; y por fin, este mismo autor erigió en tratamiento clásico del estrabismo convergente, *el avanzamiento, con resección de un trozo de tendón, del músculo recto externo, en ambos lados*.

Para los estrabismos muy pocos acentuados, tanto la tenotomía del recto interno, como el avanzamiento del recto externo, realizados aisladamente bastan de ordinario; pero en los fuertes estrabismos hay necesidad de asociar ambos procedimientos (la tenotomía y el avanzamiento). Muchos oculistas realizan ambas operaciones solamente sobre el ojo es trábico y no intervienen en el ojo sano; pero la mayor parte á la vez, que estas dos referidas intervenciones sobre el ojo desviado, realizan el avanzamiento del recto externo en el ojo no estrábico. Los resultados son mucho más satisfactorios con esta última manera de proceder.

De menos eficacia que la tenotomía es el desbridamiento capsular propuesto por Parinaud; siendo también menos eficaz que el avanzamiento muscular, especialmente con resección de tendón, el avanzamiento cápsulo-muscular de Wecker. El plegamiento muscular con avanzamiento de Lagleyze, tiene, á nuestro juicio, un valor intermedio entre el avanzamiento muscular con resección del tendón de Landolt y el avanzamiento musculo capsular de Wecker.

Ahora bien, ¿la operación del estrabismo como se ha venido practicando hasta hace poco había llegado al sumum de perfección? Por lo que se refiere á una de sus partes, á la tenotomía, sí, porque la sección total de tendón lleva consigo una retracción del músculo recto interno y la reinserción en una zona de la esclerótica más posterior. Mas, por lo que afecta al avanzamiento muscular, podemos decir que la operación era deficiente, tanto desde el punto de vista de la sólida fijez del músculo en su nueva inserción (anatómico), cuanto con respecto á la dinámica ocular (fisiológico).

En el avanzamiento clásico (de Landolt), una vez resecado el trozo conveniente de tendón, se llevaba la extremidad anterior del músculo recto externo á insertarlo mediante dos puntos de sutura en las proximidades de la córnea, haciendo pasar las agujas por debajo de la conjuntiva en pleno tejido episcleral, en dirección ascendente una y descendente la otra. Con ello, el amarre de los hilos, ó no era lo bastante resistente (dado que no lo es ni la conjuntiva ni el tejido episcleral), ó se corría el peligro al querer atravesar las capas superficiales de la esclerótica con la aguja, de perforar esta membrana. En la duda, y ante el peligro de perforación del ojo, la sujeción de los hilos no se hacía todo lo resistente que debiera y la corrección que se obtenía tampoco era la que puede conseguirse cuando

se fijan los puntos en un tejido fuerte y espeso. Además, al anudar los hilos, que habían salido cerca de la parte superior ó inferior de la córnea, respectivamente, el músculo, ó se desgarraba ó se dividía en dos bandas ó lengüetas, en vez de mantenerse en un solo cuerpo, como en condiciones normales; debilitándose, con ello, el poder contráctil del mismo.

Por otra parte, al insertar el músculo en una zona que no es la normal y tener que comprender en los puntos gran cantidad de tejido episcleral y conjuntival (por lo que se sacaban las agujas tan distantes de la dirección del músculo), para que la fijación fuese lo más sólida posible, por mucho cuidado que se pusiese, los puntos no caían perfectamente equidistantes del eje del músculo, con lo que la dinámica ocular no podía ser todo lo perfecta que en condiciones fisiológicas.

Para obviar estos inconvenientes, es por lo que desde hace años se viene persiguiendo el ideal, de reinserir el músculo acortado en su propia inserción tendinosa, con lo que la teoría dice (y la experiencia ha comprobado), de que el amarre anatómico ha de ser fuerte y resistente y la corrección que se obtuviera de gran valor angular; estando, por otra parte, perfectamente equilibrada la dinámica ocular, puesto que en nada han variado las condiciones normales, excepción hecha del acortamiento muscular que se haya practicado, con lo cual la fuerza contráctil del músculo habrá considerablemente aumentado.

A la Escuela Española cabe el honor de haber dado un paso de gigante en este sentido, y sin temor á exagerar, bien pudiera decirse que ha resuelto el problema.

El profesor Blanco (1), de Valencia, en 1910 dió á conocer su procedimiento operatorio, que consistía en seccionar el músculo, y lo acortaba no verificando ninguna resección en él, sino superponiéndolo al trozo que debiera escindir, conservando la inserción normal del músculo, á la que para nada tocaba.

El Dr. Castresana (2), de Madrid, presentó en 1919 una ponencia al Congreso de Medicina, dando cuenta del procedimiento operatorio del estrabismo por él ideado, y que consiste en la resección del tendón, insertando nuevamente el músculo en su propia inserción tendinosa, á la que añadía la disposición especial de la sutura en forma de rombo.

En Mayo del año pasado, el Dr. C. Fromaget (3), de Burdeos, publicó un artículo encomiástico á otro de los Dres. Duverger y Metty (Strasburgo), referente al avanzamiento muscular por medio de una sutura en forma de U fijada en la inserción misma del tendón, si bien la modificaba en sentido favorable el oculista bordelés.

El fundamento científico del procedimiento del Dr. Castresana (y del de los Dres. Duverger, Metty y

(1) BLANCO: "Nuevo procedimiento operatorio de acortamiento muscular." *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, 1911, página 57.

(2) CASTRESANA: "Tratamiento operatorio del estrabismo." *Primer Congreso Nacional de Medicina*. Madrid, Abril de 1919.

(3) C. FROMAGET: "Avancement musculaire par la suture en U fixée dans l'insertion du tendon." *Annales d'Oculistique*, Mayo de 1921, pag. 321.

Fromaget, que en esencia es el mismo, si bien la prioridad pertenece á nuestro compatriota) cautivó nuestro espíritu desde el principio, y quisimos compararlo en el cadáver, con los de Landolt y de Wecker, que son los más corrientemente empleados. De mis pacientes investigaciones deduje que el procedimiento de Castresana, sin la disposición especial de la sutura en forma de rombo, es el procedimiento que á maravilla llena la doble indicación anatómica y fisiológica, indispensable para el éxito de la operación.

Nuestro *modus operandi*, aunque en esencia es el mismo que el del Dr. Castresana y de los Dres. Duverger, Metty y Fromaget, sin embargo, varía en algunos detalles, como ahora expondremos.

En primer lugar, hemos de indicar que nosotros realizamos la operación del estrabismo operando los dos ojos. En el ojo estrábico hacemos el *acortamiento* del recto externo y la *tenotomía* del recto interno, y en ojo no desviado, verificando el *acortamiento* del recto externo y en menor proporción que en ojo desviado.

Con respecto al *acortamiento* del músculo recto externo, lo verificamos con anestesia local ó general, según se trate de adultos ó de niños. He aquí cómo lo verificamos:

Primer tiempo: *Escisión de conjuntiva*.—Colocado el blefarostato, cogemos con la pinza de fijación un pliegue vertical de la conjuntiva á la altura de la inserción escleral del músculo recto externo y lo escindimos con unas tijeras curvas.

Segundo tiempo: *Aislamiento del tendón*.—Inmediatamente cogemos con unas pinzas de diente de ratón un pellizco en la cápsula de Tenon, en la parte inferior de la inserción tendinosa (el ojo tiende, de un modo natural, á dirigirse hacia arriba), y practicamos en ella con las tijeras un pequeño ojal, por donde se introduce un gancho de estrabismo, con el que se carga en toda su altura el tendón. En el borde superior del músculo, donde hace relieve la punta del gancho de estrabismo, se practica otro pequeño ojal, por donde se le hace salir. Una vez cargado sobre el gancho de estrabismo el tendón del recto externo, se introduce otro gancho en sentido contrario, y con ambos se aísla el tendón y comienzo de músculo en la longitud deseada (de 8 á 9 milímetros) en el ojo estrábico y en menor proporción en el ojo no desviado.

Tercer tiempo: *Colocación de la sutura y resección de un trozo de tendón*.—Teniendo colocados los dos ganchos de estrabismo de la manera indicada y algo distantes uno de otro y confiados al ayudante, se dan tres puntos horizontales y equidistantes, uno central y dos laterales, que comprenden sucesivamente el labio externo del ojal conjuntival, la cápsula de Tenon y el músculo, de modo que la aguja no lo atraviere, sino que lo cargue en todo su espesor y en un pequeño trayecto, saliendo por la misma cara externa del músculo. Entonces, y una vez bien cogidos con los hilos, la conjuntiva, la cápsula y el músculo, se secciona el tendón entre los dos ganchos de estrabismo y como á una distancia de un milímetro por delante de los hilos. Ahora, y con el trozo de tendón que queda en su inserción, se hace

presa con la pinza de fijación y se pasan las tres agujas sucesivamente y de atrás adelante por la misma inserción escleral del tendón y por el labio anterior del ojal conjuntival; reseándose con las tijeras, y casi al ras de la esclerótica, el trozo de tendón.

Cuarto tiempo: *Anudar los hilos*.—Primero el central y después los laterales se aprietan en dos tiempos sucesivos, con lo que se obtiene una extraordinaria corrección. En estrabismos de más de 40° hemos llegado á poner casi derecho el ojo, con sólo el acortamiento, de este modo realizado.

La pinza de Prince no la usamos desde hace algún tiempo, porque, ó el resorte es muy flojo y no nos inspira confianza la sujeción del músculo, ó suele ser muy fuerte y puede dislacerarlo, sobre todo, el del ojo estrábico, que de ordinario es muy delgado.

Primero acostumbramos á practicar el cortamiento y después la tenotomía en el ojo estrábico, y, por último, realizamos el acortamiento del recto externo del ojo no desviado. Al terminar la operación siempre instilamos atropina en ambos ojos para paralizar la acomodación, evitando, en lo posible, los esfuerzos de convergencia.

El curso post-operatorio es completamente satisfactorio. Jamás se ha escapado ningún punto de sutura que quitamos del séptimo al noveno día, según la corrección obtenida.

El número de casos operados de esta manera es de 16, y todos lo han sido en el año actual. Varios de ellos, las observaciones 2.^a, 3.^a, 6.^a, 13, 14 y 15, son las que presentamos á esta Academia, así como las fotografías de las observaciones 5.^a, 8.^a, 9.^a y 11 que no se encuentran en Madrid. Las restantes, ni han podido ser traídas á la Academia, ni habíamos obtenido fotografías de ellas antes de la operación, y después nos parecía superfluo el obtenerlas. Pero de todas podemos decir, que el resultado estético ha sido ideal y que en muchas de ellas (las que se han prestado), observaciones 2.^a, 3.^a, 6.^a, 13, 14 y 15, han llegado á obtenerse la reaparición de la visión binocular y estereoscópica. La agudeza visual ha aumentado considerablemente en todas.

De estos seis casos que presentamos, tres son los primeros operados con esta técnica, un niño, una señorita y un estudiante de Medicina, y los otros tres, de los últimos que hemos operado, un chauffeur, una señorita y una mujer de treinta y seis años. Estos tres últimos operados son de catorce, de doce y diez días después de la operación. Aún tenemos á una niña operada de ocho días de fecha, que todavía tenemos bajo apósito y en la que un estrabismo de 55° ha sido completamente corregido.

Excipiente inerte.

Los hombres de buena fe en la política española, son arquitectos á quienes, al terminar los planos más perfectos, se les niegan solares para la construcción de edificios.

(Ich.)

No culpes á tu comida, si no tienes hambre.

(Tagore.)

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis peritoneal y genital femenina, Gauss (1)

Apenas hay una enfermedad en la cual vengan en consideración tantas posibilidades de diagnóstico diferencial como en la tuberculosis genital y peritoneal femenina, por lo cual es muy difícil establecer el diagnóstico.

Origen.—La tuberculosis genital y peritoneal sólo rara vez es *primaria*, y aun cuando de un modo incierto, entonces se la podría achacar á la exploración, uso de instrumentos contaminados, cohabitación, etc.; casi siempre se presenta *secundariamente*. Por consiguiente, no debe tenerse presente en estos casos el foco enfermo solamente, sino buscar los otros focos, cuyo diagnóstico y tratamiento es tan importante ó más que el diagnóstico ó tratamiento del foco local. Según el estado actual de la ciencia, se interpretaría en general esta tuberculosis genital y peritoneal secundaria como una tuberculosis de eliminación transportada á distancia desde el foco primario por vía hemática, correspondiendo á origen pulmonar de un 75 á 85 por 100, y el resto debido á ganglios bronquiales y mesentéricos, huesos, amígdalas, etc. Pero también puede propagarse desde órganos vecinos, tales como el peritoneo, úlcera tuberculosa intestinal, y en estos casos la propagación se hace más por vía linfática que por vía sanguínea.

Frecuencia.—Es una enfermedad muy frecuente, pues constituye el 3 por 100 de todos los padecimientos femeninos y el 10 por 100 de todas las inflamaciones anexiales crónicas, y pueden presentarse en todas las edades de la vida, desde la edad de cinco meses hasta la de ochenta y tres años. Las partes más frecuentemente atacadas son las trompas, y en un 50 por 100 de las tuberculosis de las trompas es también atacado el útero; sólo un 10 ó 15 por 100 tienen una localización ovárica, y, finalmente, la vagina y vulva son atacadas rara vez.

Sintomatología, localización y diagnóstico diferencial.—La sintomatología es muy variada en las distintas localizaciones.

En la *vulva* y *vagina* aparece generalmente la infección tuberculosa bajo forma de *úlceras de bordes muy limitados*, soliendo tener una *periferia infiltrada inflamatoriamente*. Para el diagnóstico diferencial ha de tenerse en cuenta la *sífilis* y el *carcinoma*, siendo aclarado, cuando es necesario, por una *escisión de prueba*.

El *cuello uterino* puede igualmente ser asiento de una infección tuberculosa que se presenta en forma *ulcerosa* ó *papilar*. Igualmente la escisión de prueba hará la diferenciación con la *sífilis* y el *cáncer*.

Cuando el *conducto cervical* y el *cuerpo del útero* están enfermos, sólo rara vez se obtiene por inspección y palpación un hallazgo de algo que se separe de lo normal. Como síntomas pueden existir tanto hemorra-

gia como amenorrea. Las ulceraciones gran les producidas por tubérculos confluentes en la pared interna del útero pueden producir una oclusión cicatricial del cuello y un piometro, la cual, después de la perforación de la estenosis cervical, deja escapar masas purulentas friables que contienen frecuentemente bacilos tuberculosos. El *diagnóstico diferencial* hay que hacerlo con el *carcinoma del cuerpo*, *miomas submucosos* y *metropatías hemorrágicas*, facilitando el diagnóstico una ablación con la cucharilla cortante.

En la *tuberculosis de los anejos* suelen existir síntomas muy evidentes. En primer lugar está el *tumor palpable*, el cual no se diferencia generalmente de los otros procesos localizados en las trompas (gonorreicos, procesos postapendiculares, embarazo tubario, neoformaciones, etc.); pero á veces, según Hégar, se pueden reconocer *pequeños nodulitos característicos situados en su superficie en el fondo del saco de Douglas*. También aquí pueden existir *hemorragias acentuadas, como amenorreas*, hablando, en general, esto último en favor de la posibilidad de una afección tuberculosa. *Los dolores*, que generalmente dominan el cuadro en las restantes enfermedades inflamatorias de los anejos, *son aquí extraordinariamente poco intensos*. Una *hiperleucocitosis* debe faltar, á menos de que se trate de una infección mixta. Para el *diagnóstico diferencial* debe hacerse una *anamnesis muy exacta*, bajo control de otros focos enfermos que actualmente puedan existir. Krönig aconsejaba también aquí la ablación de prueba, que, según él, daba resultado en el 50 por 100 de todos los casos de tuberculosis de los anejos, aun cuando otros autores (v. Franke y Eymer) la rechasan ante el temor de una exacerbación.

En la *tuberculosis peritoneal* aparecen en primer lugar los síntomas de una *inflamación crónica general del peritoneo*. Las dos formas principales son la *exudativa* (ascitis, exudación) y la *adhesiva* (forma plástica, seca), las cuales pueden existir solas ó asociadas y coexistir con ó sin alteraciones de los anejos. La *forma exudativa* puede ir acompañada de una mayor ó menor *hinchazón del vientre*; por el contrario, la *forma adhesiva* puede acompañarse de una *retracción* del mismo. La *peritonitis seca* suele distinguirse de la exudativa por existir *intensos dolores*. En el diagnóstico diferencial se debe excluir, ante la presencia de la ascitis, las enfermedades del corazón, riñón, hígado, así como el carcinoma y sarcoma. En la forma seca han de tenerse en consideración todas aquellas afecciones que puedan hacer ó establecer adherencias de naturaleza no tuberculosa.

De lo dicho resulta que las dificultades de un exacto diagnóstico son tanto mayores cuanto más alejado yace el proceso tuberculoso de la superficie del cuerpo, por lo cual la *anamnesis* y la *exploración del estado general del organismo* son indispensables.

La anamnesis comenzará por el estudio de las *taras hereditarias*, al que seguirá el de *enfermedades sospechosas* (tos, catarros recidivantes, afecciones de los vértices y de las pleuras, enfermedades de los huesos, ganglios é intestinales), siempre demostrables, pero generalmente descuidadas en la práctica.

(1) El cuaderno 8.º del tomo XIII de "Strahlentherapie", publica el interesante artículo del Dr. Gauss, que por su importancia casi transcribimos íntegro.

Exactas afirmaciones sobre localización, embarazo, semanas pasadas en la cama, intervenciones locales, apendicitis, conducen frecuentemente, por exclusión, á la afirmación de la existencia de una tuberculosis.

La *exploración de todo el cuerpo* puede asimismo ayudar al establecimiento del diagnóstico: el estado general, cicatrices, fistulas, hallazgos en el pulmón, ataques crónicos de diarrea, afecciones óseas y de la piel, conducen frecuentemente al diagnóstico. El *diagnóstico específico* (reacción de los ojos, de la piel y subcutánea) ha caído cada vez más en desuso en Obstetricia y Ginecología. Lo mismo puede decirse de pneumoperitoneo, pues todavía falta por estudiar un gran número de enfermedades cuyos síntomas pueden confundirse con la existencia de ganglios mesentéricos y las adherencias peritoneales en la peritonitis tuberculosa.

Más importante es el diagnóstico alcanzado por la *laparotomía exploratoria* desde que Spencer-Wells en 1886 comprobó que servía al mismo tiempo de terapéutica eficaz. Sin embargo, esta laparotomía ha perdido mucho de su valor desde que, en el Congreso Ginecológico de Munich de 1911, fué puesto en duda su valor terapéutico, conservando solo su importancia diagnóstica, por lo cual quedan siempre, y con más valor que nunca, los datos de la *anamnesis* y del *estado del organismo*.

TERAPÉUTICA

Para establecer el tratamiento es muy importante saber si la enfermedad genital es el foco primario ó no, pues si se trata del primer caso, debe extirparse por operación.

Para la tuberculosis de la *vulva, vagina y cuello de útero* se aconsejan *cauterizaciones*, y para el *cuello* también *amputación ó extirpación de todo el útero*.

Si es el *útero* el que está enfermo, unos autores aconsejan el *raspado* y otros su *extirpación total*.

En la *tuberculosis de las trompas* el procedimiento de elección es la *extirpación de la trompa enferma*, y si son las dos, á ser posible, se conservará un ovario; si á la vez el útero se halla atacado al mismo tiempo, entonces deberá hacerse la operación radical.

En la *peritonitis tuberculosa* hasta hace poco tiempo se aconsejaba la laparotomía, desde que se tuvo conocimiento en 1886 de la experiencia de Spencer-Wells, el cual, con dicha intervención, vió mejorar esta afección que en ocasiones confundía con el quiste ovárico. Pero últimamente tiende cada vez más á abandonarse, pues se ha visto que la forma exudativa recidiva frecuentemente, á pesar de la operación, y especialmente la forma seca desengañó mucho, tanto por causar una mortalidad primaria alta, como por la frecuente aparición de fistulas estercóreas después de la operación.

TRATAMIENTO RADIANTE

En 1911, Krönig, apoyado en un gran acopio de material, sostuvo en Munich que la *tuberculosis genital* rara vez conduce á la tuberculosis miliar, tiene poca tendencia á propagarse á los órganos próximos y no termina casi nunca con la muerte; de modo que no

hay una vital indicación para una extirpación operatoria del órgano enfermo, por lo cual, salvo una indicación *social* para efectuar la intervención, por no poder la enferma permitirse el lujo de un largo tratamiento físico-dietético, no debe nunca operarse en estos casos, tanto más cuanto que generalmente existen sólo pequeños síntomas de tuberculosis, estando los enfermos con frecuencia hasta libres de molestias y siendo capaces de trabajar. En caso de operación es suficiente la extirpación de la trompa enferma, conservando en todos los casos que sea posible, el ovario y el útero.

Tocante á la *tuberculosis peritoneal* llegó Krönig á deducir análogas conclusiones, tanto más cuanto que los resultados curativos llegan del 20 al 30 por 100 á los tres años después de la operación, cifra de curación igual á la obtenida sólo con la terapéutica expectante. La operación ocasiona de un 3 al 11 por 100 de mortalidad, y en cuanto á la producción de fistulas estercóreas de 8 á 28 por 100 en total, correspondiendo 6 por 100 á la forma exudativa y 16 por 100 á la forma adhesiva; además de existir el peligro de una siembra miliar, de las recidivas y de las fistulas de las cubiertas del vientre.

De esta estadística de terapia operatoria llegó Krönig á la conclusión de que la intervención quirúrgica en la tuberculosis peritoneal no ha de hacerse de un modo general. Para la forma adhesiva puede valer sólo como medio diagnóstico; pero la forma exudativa su valor ha sido puesto en duda, puesto que á veces es suficiente efectuar punciones repetidas, eventualmente una operación de colpotomía y cuando es posible una pequeña laparotomía de prueba, sin extirpación de los anejos y sin desprender las adherencias.

A pesar de que contra esta opinión se alzaron otros autores, sin embargo, la operación ha ido dejándose de hacer poco á poco, habiendo quedado reservada para el tratamiento de los procesos tuberculosos de la vulva, vagina y cuello del útero, y la roentgenterapia profunda en las localizaciones de la tuberculosis en el útero, trompas y peritoneo.

OPERACIÓN Ó RADIOTERAPIA

En la *tuberculosis peritoneal* una *estricta indicación* para la operación, es dada cuando á consecuencia de formaciones de adherencias se origina un *íleo*. La *ascitis* no es una indicación para la operación, pues se han visto retroceder día por día grandes ascitis, después de un tratamiento Roentgen, hecho que fué comprobado por primera vez, por Eyner.

Una *directa contraindicación* para la operación, es la *forma adhesiva* de la tuberculosis peritoneal, tanto por su alta mortalidad primaria como por la formación de fistulas secundarias.

A la *irradiación precederá la operación* en todos los procesos exudativos *cuando las molestias producidas por el exudado exigiesen una inmediata evacuación del mismo* ó cuando á consecuencia de la *cantidad* de exudados, se temiese perder una gran cantidad de rayos en su camino hacia el tejido tuberculoso y también cuando el *exudado* tuviese ya más de tres á cinco semanas de

existencia, puesto que tales procesos no pueden ser irradiados ya con resultado, conforme ha demostrado la experiencia, sin operación (Bircher). La operación sería acompañada de la irradiación cuando apareciesen *recidivas* ó cuando la intervención no hubiese podido ser realizada de un modo radical (Stephan).

La *irradiación Roentgen sola* halla empleo en todas las formas secas y en las exudativas cuando se trata de procesos ligeros, aun cuando Eyner obtuvo también resultados en extensas ascitis; también cuando el foco primario está avanzado, cuando existe *caquexia sensible*, cuando el foco secundario está tan avanzado que es difícil una radical operación y cuando la operación no pueda hacerse por otras razones.

Aparte de los excelentes resultados obtenidos por Pollier, el cual hizo saber en 1915, que con la luz del sol había obtenido 80,3 por 100 de curaciones y 8,2 por 100 de mejorías, y los obtenidos por Laqueur y Lasser-Richter con el sol de altura artificial (1918) curando 15, de 21 enfermos con peritonitis (71 por 100), Iselin (1920) vió desaparecer completamente en un cuarto de año grandes tumores y placas con rayos Roentgen, y Bischer (1920) trató 102 casos sólo con rayos Roentgen con los siguientes resultados:

	Casos.	Curación.	Mejoría.	Muerte.
Forma plástica adhesiva.....	57	52,6 %	42,2 %	5,5 %
Forma ascítica exudativa.....	45	60,0 %	37,8 %	2,2 %

Stromeyer (Lexer 1920) curó todos los casos de peritonitis con irradiación. Bircher, que tuvo 25 por 100 de mortalidad con la operación y la radioterapia, no perdió ningún enfermo con la radioterapia solamente.

Lo mismo ocurre con la tuberculosis genital. En ella no hay una urgente indicación para la operación. Una relativa indicación la da la *unilateralidad* de la enfermedad, puesto que se puede conservar la *fertilidad* (Vogt); en diagnósticos no precisos basta entonces una pequeña incisión. Eyner halló en un caso un carcinoma tubario en lugar de la afección tuberculosa en grandes cavidades conteniendo pus; Stephan aconsejó abrir por la vagina (sin embargo, se han visto grandes sacos tubarios desaparecer sin operación).

Operación ó radioterapia viene á tenerse en consideración en *tumores bilaterales de las trompas* (Vogt); sin embargo, la operación trae consigo la esterilidad y con el tratamiento Roentgen puede conservarse empleando una técnica adecuada, cosa que habla en favor de éste.

Operación é irradiación unida á ella se aconseja cuando existe ascitis al mismo tiempo, cuando debe hacerse retroceder tejido tuberculoso (Vogt) y cuando existen meno ó metrorragias después de la operación (Vogt). Sin embargo, Stephan tuvo sus 23 por 100 de mortalidad con la operación é irradiación y Vogt hasta un 53 por 100.

Rayos Roentgen solamente deben emplearse cuando existen *graves adherencias* (Stephan) y además, cuando hay endometritis tuberculosa sin intensa participación

de las trompas y peritoneo (Vogt), así como también el existir contraindicación para la operación, por ejemplo, en ascitis con fiebre y tuberculosis activa del pulmón ó de otros órganos. Vogt tuvo una mortalidad de 14 por 100 en enfermos sólo irradiados, y Müller (Freiburgo) de 8 por 100.

Por estos datos se ve que la gran mayoría de *todos los casos de tuberculosis peritoneal y de las trompas son tributarios de la irradiación*, impresión reforzada por el hecho de que la operación, si bien permite conservar la menstruación, rara vez permite conservar la fertilidad, mientras que con el tratamiento Roentgen tenemos á la mano las ventajas de la *esterilización temporal* que produce, al mismo tiempo que produce un suficiente efecto Roentgen sobre el tejido de granulación tuberculosa, sin los inconvenientes de una esterilización definitiva por la extirpación de las trompas ó hasta por castración.

De todo esto resulta que *en el porvenir se debería tratar la tuberculosis peritoneal y genital solamente por rayos Roentgen*, pues con ella la mortalidad es muy baja y no hay ningún peligro de formación de fistulas, y al lado de esto casi todos los autores mencionan una *rápida mejoría del estado general, gran aumento de peso y mejoría grandísima del estado local*, y si como Vogt se obtiene:

Con el tratamiento interno una curación permanente de 33 por 100;

Con el tratamiento operatorio una curación permanente de 28,3 por 100;

Con el tratamiento Roentgen sólo, una curación permanente de 80 por 100,

no es difícil responder á la pregunta de si debe operarse ó irradiarse tales casos.

TÉCNICA DE IRRADIACIÓN ESPECIAL

¿Cómo actúan los rayos Roentgen?—Según los ensayos de Hüpfertle «los rayos Roentgen preparan y aceleran los procesos de reacción que corresponden á una natural curación». Según Bacmeister, el tejido de granulación tuberculosa es atacado electivamente por los rayos Roentgen é iniciada la cicatrización curativa por su transformación en tejido de cicatriz.

A este proceso, puramente local, se añade, según Eyner, la aparición de la amenorrea, que se establece al mismo tiempo, la cual, según Vogt, actúa por el reposo que produce en los órganos pelvianos, ejerciendo de este modo una acción curativa sobre la enfermedad. Finalmente, los rayos Roentgen actúan, según Gassul, en el sentido de «una concordancia de las fuerzas celulares y tumorales del organismo» (inmunidad positiva dinámica). Esta inmunización, que sirve de protección contra recidivas y nuevas infecciones, fué considerada antes como acción específica de los rayos Roentgen; pero recientemente es interpretada como aumento de estímulo por activación del protoplasma.

Respecto de las técnicas, sólo las de Erlangen, Tübingen y Freiburg dan una cierta posibilidad de deducir ciertas conclusiones respecto de las dosis y resultados.

Seitz y Wintz dan en una sola vez 50 por 100 de

H. E. D.; pero no indican, desgraciadamente, los resultados obtenidos con esta técnica.

Vogt (de Tubinga) emplea la dosis de castración (33 por 100 de la H. E. D.) en varias irradiaciones, y obtiene el 80 por 100 de curaciones permanentes y 14 por 100 de mortalidad; refiere, además, que el 100 por 100 de amenorreas quedó reducido al 41 por 100 al cabo de tres años, por haber vuelto á aparecer el período (amenorrea temporal).

Müller (de Freiburg), empleando una única irradiación, obtuvo 54 por 100 de curaciones, 15 por 100 de mejorías, 23 por 100 de casos no influidos y 8 por 100 de mortalidad. Entre las curaciones obtuvo 43 por 100 de amenorreas permanentes y 14 por 100 de amenorreas temporales; de las mejorías, 50 por 100 de amenorrea permanente y 50 por 100 de oligoamenorrea; de los casos no curados, 66 por 100 de amenorrea permanente y 33 por 100 de oligoamenorrea.

De lo expuesto resulta que la amenorrea no parece ser un factor esencial de la curación, y que para la curación de la tuberculosis genital parece ser suficiente ya una dosis por debajo de la de castración, como se ve examinando las cifras precedentes; de modo que en estos casos puede explicarse la curación, ó *por qué el tejido de granulación tuberculosa es todavía más sensible que las células germinales del ovario, ó por qué el tejido conjuntivo recibe con los tratamientos una irradiación de estímulo bajo cuya acción se realiza la ulterior curación del foco enfermo.*

Si esta interpretación es cierta y en favor de ella habla el hecho de que la Roentgenterapia de la tuberculosis pulmonar obtiene sus resultados sólo con $\frac{1}{10}$ de la H. E. D., entonces resultaría que grandes dosis son innecesarias para la curación y quizá hasta perjudiciales.

Pero si se debe trabajar con pequeñas dosis en el tratamiento de la tuberculosis genital y peritoneal, entonces es quizá la irradiación múltiple más eficaz que la única, porque el estímulo para la curación actúa con cada irradiación aislada á su vez de nuevo sobre el tejido enfermo. Sobre la *técnica especial* hay que decir poco, debiendo ser tenidos en consideración los preceptos de la moderna Roentgenterapia en la irradiación de la tuberculosis genital: *campos suficientemente anchos, gran distancia foco-piel é irradiación dura.*

En lugar de la irradiación Roentgen, puede también ser empleada la *radiumterapia* vaginal, no debiendo pasar de una dosis media de 20 á 30 miligramos hora de sal de radio. Sobre técnica y resultados de algunos casos de *actinoterapia* con la luz de cuarzo faltan todavía suficientes experiencias. Una *terapia fisicodietética* debe de instituirse siempre para reforzar la acción de los rayos: sol y lámpara de cuarzo juegan en esto un papel no poco importante.

DRES. J. Y S. RATERA.

IDEAS ACTUALES SOBRE EL NEUROTROPISMO⁽¹⁾

DISCURSO LEÍDO EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, EN LA RECEPCIÓN DEL DR. S. J. TELLO Y CONTESTACIÓN DEL DR. RAMÓN Y CAJAL

Coincidiendo con la relación admitida por muchos desde los tiempos de Reaumur y Bonnet entre la regenerabilidad y la exposición á los traumatismos, son los nervios las porciones del sistema nervioso más frecuentemente expuestas á las injurias, y al mismo tiempo las que tienen una mayor capacidad generativa, que falta casi por completo en los centros nerviosos.

Ahora bien; verificándose la regeneración de los nervios por el crecimiento de los axones del cabo central, no debe olvidarse que las condiciones son diferentes á las del embrión, ya que las fibras encuentran en el cabo periférico las antiguas vainas, que les ofrecen un camino fácil hacia los órganos terminales, y la cicatriz añade una porción de elementos extraños ó no existentes en el desarrollo embrionario.

EL CRECIMIENTO Y FORMA DE LAS CÉLULAS NERVIOSAS NO ES EL RESULTADO DE UNA PREDETERMINACIÓN.—Este rápido proceso que acabamos de describir á grandes rasgos, 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 explicarse sencillamente por la acción de energías intrínsecas de las propias células germinales? ¿Bastará la evolución del sistema de fuerzas físicoquímicas que correspondió al neuroblasto en el desarrollo embrionario, para determinar la forma, situación y relaciones de las células nerviosas, ó jugarán un papel, si no preponderante, de consideración, todos los elementos que rodean á las neuronas?

La simple observación del desarrollo normal no permite dar solución á esta disyuntiva; mientras seamos meros contempladores de la formación armónica de todos los elementos del organismo, por la sucesión de los fenómenos llegaremos á sospechar cuándo nos encontramos en presencia de una *autodiferenciación* ó de una diferenciación provocada; pero sólo la experimentación, cambiando el medio que rodea á las células en su crecimiento y formación, nos proporcionará base para resolver.

En la regeneración simple, seguramente las fibras nuevas no presentan exactamente las mismas divisiones ni el mismo recorrido, ni forman las mismas terminaciones que las antiguas; aun sin poner trabas á la cicatrización, muchas fibras se extravían en la cicatriz ó en otros puntos y siguen caminos que nunca fueron los de las primitivas fibras, siendo todavía más manifiesto el fenómeno en las fibras retrógradas, tan frecuentes en los puntos en que se encuentran grandes dificultades para su marcha. Los numerosos experimentos de regeneración heterogénea en que las fibras del cabo central de un nervio penetran en el cabo periférico de otros, restableciendo ó no las terminaciones, según que sea de la misma naturaleza motora ó sensitiva, son todavía más demostrativos de que las células nerviosas pueden crecer por caminos y con formas que no podían estar predeterminados en modo alguno.

Las citadas transplantaciones de miembros en embriones de anuros de Braus, Banchi, Gemelli y Harrison proporcionan prueba más concluyente; las fibras nerviosas del facial, de los nervios abdominales, pélvicos, etc., son capa-

(1) Véase el número anterior.

ces de crecer en una extremidad anterior, imitando en la distribución y relaciones á los nervios braquiales, y demuestran que el camino seguido por las fibras nerviosas en su crecimiento no depende de la célula de origen, sino de condiciones locales, estando influenciadas constantemente por los elementos que las rodean.

¿Ocurrirá lo mismo en los centros nerviosos?

Después de setenta y cinco días de haber quitado á gatitos recién nacidos un trozo de medula de la longitud de 10 vértebras sin destrozar el conducto, halló d'Abundo (1) una pseudomedula ó cordón blanquecino formado por fibras procedentes de todos los ganglios que fueron separados de la medula extraída; pues bien: todas las fibras, al llegar á la pseudomedula, se dividían en forma de T, engendrando una rama ascendente y otra descendente, y reproducían una arquitectura «que se debe mirar, dice, hereditariamente preformada en parte y no producto de una atracción medular particular». Cajal (2) sospechó que los métodos empleados por d'Abundo no eran los más favorables para resolver el comportamiento de las nuevas radicales al penetrar en la medula, y sometió el asunto á nueva experimentación seccionando las raíces posteriores y provocando la degeneración en los cordones posteriores en su trayecto intramedular por inflamación traumática. En todos estos experimentos, estudiados con el método del nitrato de plata, se ve (fig. 12) (3) que la mayor parte de las nuevas radicales, al penetrar en la medula, se hacen simplemente ascendentes, algunas descendentes y sólo un 6 por 100 se dividen en T; la preformación hereditaria que según d'Abundo y Dustin (4) regula la formación y disposición de los axones, se basaba en un experimento ingenioso é interesantísimo desde otros puntos de vista, pero equivocadamente interpretado.

Otras muchas observaciones serían inexplicables con este criterio preformista. Una acción mecánica cualquiera puede originar los neuroblastos invertidos descubiertos por Cajal (5), es decir, con el polo de crecimiento dirigido á la cavidad ventricular en vez de mirar á la periferia; pero no aclara por qué el axón, después de revueltas más ó menos complicadas, llega á incorporarse, en la mayor parte de los casos, á sus compañeros no desviados. Lo mismo ocurre con los neuroblastos y axones caídos en el ventrículo (fig. 1.^a); con las fibras arciformes que en el cerebelo salen de la sustancia blanca, cruzan toda la corteza y después de un trayecto paralelo á la zona de los granos superficiales regresan á la sustancia blanca (6); con las fibras extraviadas de la porción originaria del patético que descienden por dentro del fascículo longitudinal posterior para retroceder de nuevo

en busca de la raíz (fig. 2.^a) (1); con los axones extraviados y perforantes que vimos nosotros, después de la sección del nervio, salir de la capa de las fibras del nervio óptico ó de las plexiformes (fig. 13) (2), atravesar la retina á veces hasta la pigmentaria, y volver en ocasiones á la capa primitiva, confirmadas por Leoz y Ortín y Arcaute (3), y por Cajal y Muñoz Urra (4) en el desarrollo normal.

Finalmente, nuestros injertos de nervios y medula de saúco con sustancias neurotrópicas en la corteza cerebral del conejo (5), haciendo crecer las fibras de la sustancia blanca dentro de las antiguas vainas del nervio (fig. 4.^a) ó por los huecos de la medula de saúco (fig. 9.^a), demuestran cómo fibras que no salen normalmente de los centros nerviosos pueden hacerlo cuando son excitadas y encuentran un terreno apropiado, sirviendo de confirmación en el conejo joven á los nerviecitos que Lewis veía salir del cerebro de la rana embrionaria cuando producía lesiones. En los centros nerviosos, lo mismo que en los nervios, el crecimiento y morfología de las expansiones neuronales débese más á la influencia de los elementos circundantes que á las energías intrínsecas de la célula.

Driesch (6), que somete á una cuidadosa crítica los estímulos formativos de Herbst (*formative Reize*) (7), concediéndoles escasa ó ninguna participación en la génesis de la forma total de los animales, pone de relieve la influencia de los impulsos formativos interiores, considerando como tales las acciones de una parte del embrión sobre otras; cuando la diferenciación no es una verdadera evolución de dentro á fuera, ¿de qué otra manera puede ser ocasionada más que por la *influencia mutua* de las partes? Verdaderamente, cada parte embrionaria puede considerarse en cierto modo como causa posible de efectos morfógenos sobre cualquiera otra; en esto estriban las propias raíces del epigénesis. Conklin (8) cree, como la mayor parte de los biólogos contemporáneos, que el desarrollo es el resultado de la endogénesis y la epigénesis á la par; pero así como en la determinación de la forma exterior del cuerpo juega el principal papel la primera, en la morfogénesis interior predominaría la interacción entre los diferentes elementos.

DIFERENTES ASPECTOS DEL CRECIMIENTO NEURONAL.— Aunque en el estado actual de nuestros conocimientos sobre el metabolismo y la diferenciación celular sea imposible saber si los fenómenos íntimos del crecimiento son los mismos siempre, podemos diferenciar, en el de las neuronas, dos modos distintos: uno lento, que llama la atención preferentemente como aumento de volumen, y otro rápido, que se

(1) G. D'ABUNDO: «Di nuovo potere rigenerativo del prolungamento midollare dei ganglii intervertebrali nei primi tempi della vita extrauterina.» *Riv. ital. di Neurop. Psichiatria e Elettrot.*, vol. II, 1909.—«Dottrina metamerica e rigenerazione consecutiva allo strappo contemporaneo del prolungamento midollare di molteplici ganglii intervertebrali nei primi tempi della vita extrauterina.» *Riv. ital. di Neurop. Psichiatria e Elettrot.*, vol. I, 1903, pág. 353.

(2) S. RAMÓN Y CAJAL: «Observaciones sobre la regeneración de la porción intramedular de las raíces sensitivas.» *Trab. del Lab. de Invest. biol.*, tomo VIII, 1910, pág. 177.

(3) Los grabados correspondientes que se van mencionando se publicarán al final de este trabajo.

(4) DUSTIN: «Le rôle des tropismes et de l'odogénèse dans la régénération du système nerveux.» *Arch. de Biol.*, 7, xxv, 1910.

(5) S. R. Y CAJAL: «Nouvelles observations sur l'évolution des neuroblastes avec quelques remarques sur l'hypothèse neurogénétique de Hensen-Held.» *Trab. del Lab. de Invest. biol.*, tomo V, 1910, pág. 169.

(6) S. RAMÓN Y CAJAL: «Apuntes para el estudio del bulbo, cerebelo, etc.» *Anales de la Sociedad Española de Historia Natural*, 1895, pág. 25.

(1) S. RAMÓN Y CAJAL: «Las células estrelladas de la capa molecular del cerebelo y algunos hechos contrarios á la función exclusivamente conductriz de las neurofibrillas.» *Trabajo del Laboratorio de Invest. biol.*, tomo IV, 1905, pág. 46.

(2) F. TELLO: «La régénération dans les voies optiques.» *Trabajo del Lab. de Invest. biol.*, tomo V, 1907, pág. 237.

(3) LEOZ Y ORTÍN Y L. R. ARCAUTE: «Procesos regenerativos del nervio óptico y retina con ocasión de injertos nerviosos.» *Trabajo del Lab. de Invest. biol.*, tomo XI, 1913, pág. 239.

(4) S. RAMÓN Y CAJAL: «La desorientación inicial de las neuronas retinianas de axón corto. Algunos hechos favorables á la concepción neurotrópica.» *Trab. del Lab. de Invest. biol.*, tomo XVII, pág. 65.

(5) F. TELLO: «La influencia del neurotropismo en la regeneración de los centros nerviosos.» *Trab. del Lab. de Invest. biol.*, tomo IX, 1911, pág. 123.

(6) H. DRIESCH: *Philosophie des Organischen*, 2.^a edición, Leipzig, 1921.

(7) HERBST: *Formative Reize in der tierischen Ontogenese*, Leipzig, 1901.

(8) E. G. CONKLIN: *Heredity and Environment*, 4.^a edición, Princeton, 1922.

manifiesta en el cambio de lugar y de 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 protoplasma, el rápido recae de preferencia en determinados puntos del soma cuando el crecimiento se inicia, y después en el extremo de la expansión formada. En los cultivos *in vitro* de Harrison se veía perfectamente que el espacio comprendido entre el cuerpo celular y la primera bifurcación se alargaba poquísimamente en el tiempo en que el extremo había recorrido un largo trecho y se había ramificado repetidamente, y esto mismo se observa en el desarrollo ordinario; entre la emergencia de la medula de las radicales motrices de las extremidades y su primera división crecen las fibras lentamente al compás del incremento total del cuerpo, mientras que progresa con rapidez a lo largo de los miembros que se están formando, pudiéndose repetir esta operación en todo el sistema nervioso periférico. Una vez detenido el crecimiento rápido por haberse formado las conexiones definitivas, todavía continúa la otra forma de crecimiento, que podemos llamar trófica, hasta que los elementos alcanzan el estado adulto, y cuando éste ha llegado, ambos quedan en estado latente, para reavivarse tan pronto como una pérdida de sustancia solicita un nuevo crecimiento. Pero 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 de la influencia del soma una porción mayor ó menor de una expansión, la parte aislada degenera rápidamente.

Este influjo, fácil de comprender dentro de un pequeño radio de acción, no aparece tan claro al espíritu cuando ha de extenderse á largas distancias; en el primer caso, lo mismo pueden intervenir transportes de materias de transmisiones de energías; á medida que el camino se alarga, la circulación de sustancias se dificulta, pudiendo ser solamente, como dice Heidenhain, de *naturaleza dinámica* (1).

Cajal (2) ha procurado resolver el problema en el terreno experimental, estudiando la regeneración de los nervios ligados (fig. 3.^a): una ligadura en la mitad del cabo central de un nervio seccionado, suficientemente apretada para que se deje sentir su efecto sobre el nervio, pero no tanto que produzca la degeneración de las fibras, muestra que éstas se adelgazan notablemente al atravesar la zona comprimida, señalando las dificultades existentes para el paso de materias, y, en cambio, los fenómenos regenerativos al nivel de la sección se verifican del mismo modo y en idénticos plazos en ambas mitades, ligada y no ligada, como si la acción trófica que llega desde el soma no encontrara el menor obstáculo en su marcha, por tratarse de una transmisión de energía.

Tal energía lleva constantemente á todos los ámbitos celulares la influencia del soma, necesaria para el cumplimiento de la asimilación; pero la intensidad de ésta, y correlativamente del crecimiento, se halla subordinada á la acción de todos los elementos que rodean á la neurona.

EL CRECIMIENTO DE LAS CÉLULAS NERVIOSAS CONDICIONADO POR ACCIONES EXTRÍNECAS EN EL NEUROTROPISMO. — A Cajal se debe la identificación de los fenómenos de cre-

cimiento y emigración de las neuronas con los tropismos y tactismos, respectivamente. Ya en su primera descripción de las mazas de crecimiento, en 1890 (1), dice: «Otras ofrecen prolongaciones triangulares, laminosas, que parecen insinuarse entre los demás elementos, fraguándose á viva fuerza un camino por el cemento intersticial»; pero en su estudio de la retina de los vertebrados, en 1892 (2), es donde expone por primera vez su pensamiento con toda precisión. Los trabajos de Massart, Bordet, Buchner y Metschnikoff, acababan de aplicar al movimiento de los leucocitos los admirables experimentos de Pfeiffer con los espermatozoides de las criptogamas, y Cajal, con intuición genial, advirtió que los numerosos desplazamientos que observaba en las células nerviosas y la semejanza que advertía entre su crecimiento, sobre todo al nivel de la maza terminal, y el amiboidismo de los leucocitos, no podían menos de tener una explicación semejante; y, en efecto, atribuye á las células nerviosas movimientos amiboides y una sensibilidad quimiotáctica que las capacita para apreciar sustancias procedentes de otras células nerviosas epiteliales ó mesodérmicas, y proceder en consecuencia. Es decir, que aplica á las células embrionarias los descubrimientos efectuados en elementos adultos, y trata de explicar por esta propiedad el desarrollo de órganos tan altamente diferenciados como los nerviosos.

Estudios posteriores de otras escuelas, que nos ocuparán después, parecen demostrar que el movimiento amiboide de los neuroblastos responde también á estímulos mecánicos y físicos; pero el quimiotactismo es una realidad, sobre todo al nivel de la ramificación terminal, como anunciaba nuestro maestro en aquel trabajo; y según afirma Kappers (3) «á él corresponde el mérito de haber afirmado el carácter tropístico de aquel proceso y el influjo propístico de los elementos nerviosos». Forsmann (4), seis años después, explicó la regeneración de los nervios por idéntico mecanismo y le dió el nombre de *neurotropismo*, que ha tenido gran aceptación porque indica la esencia del proceso sin prejuzgar la naturaleza del estímulo; Kappers, que lo ha aplicado brillantemente al esclarecimiento de los cambios de situación de los núcleos nerviosos durante la filogenia, lo llama *neurobiotaxis* por la misma razón.

La idea de aplicar los tropismos á la explicación del desarrollo embrionario ha ganado progresivamente terreno; Loeb los demostró en el movimiento hacia los vasos de los cromatóforos de la vesícula vitelina del pez *Fundulus*; Driesch, en la emigración de las células mesenquimatosas de *Echinus*, y Herbst, en otros muchísimos casos; después, las observaciones se han acumulado, y Conklin (5), dice: «Reflejos y tropismos de células germinales y embriones son observados en los movimientos de los espermatozoos, en los del protoplasma de las células del huevo y del embrión, en las células y masas de células en la formación de la gástrula, tubo digestivo, sistema nervioso y otros órganos. En efecto, el proceso entero del desarrollo, esté ó no acompañado de movimientos visibles, puede ser considerado como una serie de respuestas automáticas á los estímulos.»

(1) S. RAMÓN Y CAJAL: *Loc. cit.* en la pág. 12 de este discurso.

(2) S. RAMÓN Y CAJAL: «La retina des vertébrés.», *La cellule*, tomo LX, 1892, pág. 121.

(3) C. U. ARIENS KAPPERS: *Die Vergleichende Anatomie des Nervensystems der Wirbeltiere und des Menschen*. Haarlem, 1920, pág. 58.

(4) FORSMANN: «Ueber die Ursachen, welche die Wachstumsrichtungen der peripheren Nervenfasern bei der Regeneration bestimmen.», *Beiträge zur Path. Anat. und z. allg. Pathologie.*, Bd. 24, 1898, pág. 56. — «Zur Kenntnis der Neurotropismus.», *Beitr. z. Path. Anat. u. z. allg. Path.*, Bd. 27, 1900, pág. 407.

(5) CONKLIN: *Loc. cit.*

(1) M. HEIDENHAIN: *Plasma und Zelle*. Jena, 1911.

(2) S. RAMÓN Y CAJAL: «Influencia de las condiciones mecánicas sobre la regeneración de los nervios. Nota preliminar.», *Trabajos del Lab. de Invest. biol.*, tomo X, 1912. — *Estudios sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso*. Moya. Madrid, 1913.

II.—Estímulos del neurotropismo.

Expuesto en las anteriores páginas el amplio concepto actual del neurotropismo, veamos cuáles pueden ser sus estímulos. No deben ser distintos de los estudiados por la biología general como agentes de los tropismos, á saber: mecánicos, químicos y físicos, aunque de estos últimos, los térmicos, y luminosos, por la índole especial de los elementos en que se verifica el neurotropismo, tengan menos importancia. Por otra parte, pueden obrar por contacto ó á distancia, y en el estado actual de nuestros conocimientos, estimamos este criterio el más acertado para su exposición.

ESTÍMULOS Y TUTORES DEL NEUROTROPISMO POR CONTACTO.—FACTORES MECÁNICOS.—A nuestro modo de ver, desempeñan un papel secundario en el modelamiento de las neuronas, limitándose á favorecer ó contrariar la acción de los estímulos químicos y físicos de un modo completamente pasivo; solamente en la regeneración podemos encontrar casos en que actúen como estímulos formativos.

1.º *Cortedad de las distancias.*—Sea cualquiera la idea que se tenga sobre las fuerzas que orientan el crecimiento de las células nerviosas hacia su área terminal, la actuación resultará tanto más favorecida cuanto más cortas sean las distancias que las fibras tengan que recorrer, y como hizo observar Lenhossék (1), «temprano están unidas las fibras por contacto con la región en que han de terminar, en un período en que todo está muy próximo». Si se compara, en efecto, el largo trayecto recorrido por las fibras nerviosas en la regeneración de los nervios por la cicatriz, aun en los casos más favorables, y en los cultivos de Harrison y sus continuadores, con las pequeñísimas distancias que separan, por regla general, los órganos en los embriones cuando estas conexiones se establecen, se comprenderá lo fácil que ha de ser á las fibras atravesarlas, aun con estímulos de escasa intensidad. Held ha dado extraordinario relieve á esta condición, elevándola, sobre todo para el desarrollo del sistema nervioso periférico, á la categoría de principio (*Prinzip der kleinsten Entfernung*), y cuantos se ocupan en los últimos años de estas cuestiones reconocen su importancia; pero no debemos exagerar su influencia.

Es indudable que en cuanto se forman las raíces espinales, el miotomo está en contacto con el tubo neural ó separado por una escasa cantidad de mesénquima, según la especie animal, y que una vez establecida la relación entre ambos, las fibras nerviosas ya no hacen otra cosa que seguir la sucesiva evolución y emigraciones del miotomo en la formación de los músculos del tronco y de las extremidades sin perderse más la relación, resultando más fácil comprender cómo una sola célula produce la fibra que va desde la medula lumbar hasta los músculos de la planta del pie, que considerar como célula única el huevo de avestruz (Lenhossék). También se encuentra favorecida por la escasa distancia la formación de los nervios branquiales y del hipogloso; al establecerse la relación entre las raíces motrices y las masas premusculares del arco maxilar del facial y del hipogloso, y entre los ganglioblastos, los neurómeros y las placodas ó las primitivas áreas de distribución, se puede ver todo el trayecto del nervio en un solo campo del microscopio; más tarde se estiran y ramifican los nervios correspondientes con el crecimiento y la fusión de los arcos, pudiendo resultar el recorrido tan complicado y largo como el del pneumogástrico y el del nervio lateral de los peces (2).

(1) M. V. LENHOSSÉK: *Der feinere Bau der Nervensystems im Lichte neuester Forschungen*. Fischer, Berlin 1893.

(2) R. G. HARRISON: «Experimentelle Untersuchungen über die Entwicklung der Sinnesorgane der Seitenlinie bei den Amphibien.» *Arch. f. mik. Anat.*, Bd. 63, 1904, pág. 85.

Pero ya en la formación de los nervios encontramos casos en que resulta imposible invocar la cortedad del camino; las expansiones periféricas de los ganglioblastos espinales que han de formar los nervios cutáneos no marchan directamente al ectodermo, á pesar de su proximidad, sino que van en busca de la raíz anterior, y, una vez formados los nervios mixtos, después de trayectos más ó menos complicados, alcanzan el área cutánea de distribución. Lo mismo ocurre con los nervios motores del ojo; la masa premuscular de los músculos oculares se encuentra separada del núcleo de origen del motor ocular común por una buena cantidad de mesénquima, que forzosamente han de atravesar las fibras antes de alcanzarla; esta distancia se acrecienta para el abductor que se forma algo después, y sobre todo para el patético, que además tiene un largo recorrido intracentral.

Las vías centrales raramente se encuentran favorecidas en su formación por la proximidad de la célula de origen y el área de distribución; aun para la primera vía de asociación que se establece, el fascículo longitudinal posterior, el camino es largo; pero esta longitud adquiere proporciones enormes cuando se forman las vías correspondientes á los órganos nerviosos tardíos en su desarrollo.

En la regeneración de los nervios también tiene influencia la longitud del camino que tienen que recorrer las fibras en su crecimiento; mas en este caso, la distancia que hemos de tener en cuenta es la que hay entre el punto del cabo central donde comienza el avance ó ramificación de las fibras y su entrada en el cabo periférico, pues una vez que han penetrado en éste encuentran un cauce seguro hasta su terminación. En igualdad de otras condiciones, la menor distancia favorece la regeneración; y aun en los casos más favorables, la retracción de los nervios seccionados hace que la distancia sea relativamente grande.

2.º *Obstáculos desviadores; menor resistencia.*—Para las fibras marcharán en línea recta hacia su área de distribución en tanto no encuentren obstáculos en su camino; vasos, cartílagos y hasta partes espesadas de los tejidos pueden desviar las fibras que crecen y provocan la división de los nervios; el neurospongium de los centros formaría una serie de conductos determinantes de la marcha de las fibras. Nosotros, que como el gran embriólogo observamos por todas partes perfecta armonía en el desarrollo de los órganos, no hemos podido comprobar estos obstáculos desviadores durante el establecimiento de las conexiones; en este momento, los primitivos órganos del embrión, tubo neural, miotomo, ectodermo, placa lateral y endodermo, se hallan separados por escasísima cantidad de mesénquima, por el que las fibras marchan sin la menor dificultad, casi en línea recta, desde el tubo neural hasta la primitiva área de distribución; los vasos capilares que circulan por el mesénquima no pueden constituir un obstáculo, ni por su situación ni por su calibre. Cuando los cartílagos se forman, el conectivo se dispone en membranas y cordones y los vasos se engruesan hasta poder constituir obstáculos, las conexiones llevan mucho tiempo de establecidas y sólo pueden estirar los nervios ya muy adelantados en su formación, haciéndoles describir caminos flexuosos. A estas dislocaciones del trayecto contribuye notablemente el progresivo movimiento de la masa premuscular ó cutánea, con quien se conecta desde el primer momento, siendo ésta la razón principal, si no la única, de las divisiones de los nervios.

Si observamos, por ejemplo, el desarrollo del facial en el ratón blanco, veremos que, hasta en el embrión de 5 milímetros de longitud, llega en línea recta desde el bulbo hasta la masa premuscular del segundo arco branquial ó hioideo; en cuanto se ha verificado la soldadura de los dos

primeros arcos, la masa premaxilar invade los procesos mandibular y maxilar, para formar la *Platysma faciei*, es decir, todos los músculos de la expresión del rostro, y en su marcha hacia la cara arrastra la extremidad del nervio, estirándolo, incurvándolo y dividiéndolo, porque el tronco se encuentra fijado por el sucesivo desarrollo del oído y por la rama que se dirige a los músculos cervicales. La completa evolución del oído acabará de darle las torceduras que tiene el adulto.

Los casos típicos de división merced a un obstáculo serían para H^s (1) la del hipogloso en ramas descendentes y lingual por el encuentro con la vena yugular y la del maxilar inferior en lingual y mandibular por la influencia del cartilago de Meckel. Estudiando la evolución de los nervios en el ratón blanco y en el pollo, en trabajos que tenemos en preparación, hemos tratado infructuosamente de comprobar estas afirmaciones. En el embrión de ratón de 5 milímetros se encuentran perfectamente marcados los nervios lingual y mandibular de la tercera rama del trigémino, sin que haya diferenciación histológica apreciable del cartilago de Meckel; y cuando en embriones de mayor longitud aparece claramente visible, aunque se halla bastante próximo, se comprende que no hay la coincidencia necesaria para que podamos atribuir la división a su presencia. En el caso del hipogloso tampoco hay una coincidencia precisa; al contrario, en el momento de la división, el nervio es casi paralelo al trayecto del vaso. Pero, por otra parte, en los contados casos en que un nervio en su marcha se encuentra de lleno con un vaso, las fibras pasan por ambos lados y con el tiempo resulta un ojal, como el formado por el aurículo-temporal en su encuentro con la meníngea media.

Todavía resulta más difícil de comprender la influencia del neurospongium en los centros. Como hace observar Cajal, no está formado por tubos, sino por amplios huecos comunicantes debidos a las expansiones laterales de las células epiteliales primitivas, y además aparece tardíamente, cuando se han iniciado ya buen número de vías longitudinales, acomodándose el epitelio a las neuronas y no las neuronas al epitelio (2).

(Se continuará.)

SOBRE LA PATOGENIA DE LA LIATISIS BILIAR *

POR EL

DR. CARLOS BLANCO SOLER

(Memoria presentada para aspirar al grado de doctor.)

Enferma núm. 20 (1922). — Angela C., treinta y ocho años, natural de Benijama. A los quince días de tener el cuarto hijo se asustó; a las veinticuatro horas apareció una ictericia y a los veintidós días el primer cólico. Hipotiroides. Estreñida antigua. Está embarazada de cuatro meses y ha tenido cuatro ataques. Vesícula palpable. Dolor en cólico y dorsal.

Enferma núm. 22 (1922). — Señora O., de treinta y un años, natural de Toledo. Ardor de estómago hace seis años «desde que tuvo la segunda nena». Once meses después de la tercera el primer cólico con pericolecistitis y seria reacción pe-

ritoneal. Hipoteroides. Estreñida. Pesaba 82 kilogramos antes de la enfermedad, llegando a 55 kilogramos y volviendo a subir a 62 kilogramos actualmente. Hace unos meses no tiene fase alguna de agudeza. Puntos dolorosos: cólico, epigástrico y cuello.

Enferma núm. 28 (1922). — Carmen G., treinta y tres años, natural de Sagunto. Su padre obeso, su madre reumática. Tuvo un disgusto catorce días antes de aparecer el primer cólico. Hipotiroides. Estreñida sin exageración.

Enfermo núm. 27 (1922). — Vicente C., cuarenta y un años, natural de Quart de Poblet, albañil. Hace cuatro años le gastroenterostomizaron por úlcera de estómago; año y medio después el primer cólico con dolor intenso en el hombro derecho, espalda, epigastrio y cólico. El dolor del hombro le molesta extraordinariamente durante cada una de las fases agudas que se repiten con frecuencia. Perforación de la vesícula y fallecimiento. Su padre bebedor, su madre de una obesidad exagerada. Temperamento endocrino difícil de investigar por el estado en que se encontraba.

Enferma núm. 29 (1922). — Señora de A., cuarenta y ocho años, natural de Valencia. Un hermano suyo murió de colecistitis perforada. Con frecuencia padecen los de su familia ictericia; a los pocos días de su último hijo se quejó de un dolor en el estómago, dolor violento que siguió repitiéndose durante doce años hasta que hace nueve meses sufrió un dolor intenso en la espalda que se irradiaba por la cintura hacia el cólico y epigástrico. Ha tenido dolor en el hombro derecho siendo tratada por reuma. Sensaciones de ahogo que empiezan en el esternón y que acompañan a la fase aguda de la enfermedad. En muchas digestiones nota dolor en punto dorsal. Fácilmente padece urticaria por el frío.

Enferma núm. 30 (1922). — Juana B., cuarenta y ocho años, natural de Sueca. Su madre murió de la misma enfermedad: pericolecistitis. Dilatación gástrica con hipoacidez. Estreñida inveterada con descargas diarreicas. Atonía intestinal y gran cantidad de gases. Nerviosa, irritable. Febrícula vespertina. Canosa prematura. No tiene temperamento endocrino definido. Hace dos meses no padece ataque alguno, y hace seis le apareció el primero.

Enferma núm. 31 (1922). — Dolores H., veintiocho años, natural de Sueca, soltera. Su padre murió de hemorragia cerebral. Hace dos años tuvo el primer ataque, repitiéndose éste ocho veces en doce meses. Hace diez no padece ninguno. Vientre, bien. Hiper de tiroides. Dispepsia antigua. Color amarillento desde la infancia. Cree que su enfermedad proviene de la gripe, porque a raíz de ésta se inició el dolor en el lado derecho.

Enferma núm. 35 (1922). — Antonia M., treinta y seis años, natural de Nules, cuatro hijos. Tifus a los catorce años. Pulmonías a los veinticuatro y a los treinta y tres. Hipotiroides. Estreñida inveterada. Tuvo hace dos años un aborto, después del cual padeció un ataque de ictericia sin dolor alguno. Recuerda también unos días de ictericia durante una de sus pulmonías. Hace diez y ocho meses, el primer ataque con dolor dorsal, que se irradiaba hacia epigastrio. Hace nueve meses, un cólico nefrítico.

Enfermo núm. 41 (1922). — José T., veintisiete años, natural de Burriana. Venía padeciendo una molestia en el estómago, sin llegar a dolor, que disminuía con la comida. Estreñimiento antiguo relacionado con las molestias del estómago. Temperamento endocrino indefinido. Un sobresalto inició la fase aguda de la colelitiasis.

Enferma núm. 43 (1922). — Amparo F., treinta años, natural de Alcira. Un hermano, exageradamente obeso; otro, gastrópata. Sus padres, bien. Gripe a los veintitrés años. Hace siete meses nació la primera y única hija. Tres meses

(1) W. His: «Die Entwicklung der ersten Nervenbahnen beim menschlichen Embryo. Uebersichtliche Darstellung.» *Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abt.* 1888.

(2) S. RAMÓN Y CAJAL: *Textura del sistema nervioso del hombre y los vertebrados*. Madrid, 1899.

(*) Véase el número anterior.

después se inició la coleditiasis. Durante el embarazo, glucosa en la orina (422), que desapareció en el balneario de Oriteniente. Distiroidea. Estreñimiento discreto. Diarrea prandial muchas veces. El dolor durante el cólico atraviesa en barra desde el punto dorsal al epigastrio. Hace cuatro meses no padece ninguno. Puntos dolorosos: dorsal y cuello.

Enferma núm. 44 (1922).—Encarnación G., cuarenta y dos años, natural de Benimaclet, cinco hijos. Su madre, cancerosa de matriz. Dispéptica antigua, habiendo padecido con frecuencia dolor en el hombro derecho. A los quince días del último parto, el primer cólico. Fué siempre bien de vientre hasta iniciarse la enfermedad, y con ella el estreñimiento. Temperamento hipotiroides muy ligero. Puntos dolorosos: epigástrico, cístico, dorsal y cuello.

Enferma núm. 48 (1922).—Antonia A., cuarenta y dos años, natural del Grao, casada, 10 hijos. Tuvo un disgusto hace seis meses, y le apareció una tristeza difícil de combatir, frío, y al año, dolor en el epigastrio, con irradiación hacia la columna vertebral y hombro derecho. Fué laparotomizada, estimándola enferma de matriz, sin resultado alguno. Temperamento hipo de tiroides. Estreñida con la enfermedad. Cefalalgias. Picores.

Enfermo núm. 83 (1922).—Pelayo L., cuarenta años, natural de Valencia. Cuatro hijos. Su padre canceroso de lengua. Gastrópata antiguo. Diarreas con frecuencia hasta que le apareció un ataque de ictericia sin causa justificada. A los pocos meses el primer cólico con dolor epigástrico que atravesaba, en barra, hacia la espalda. Disfuncional de tiroides.

Enfermo núm. 94 (1922).—Vicente M., cincuenta y un años, natural de Alcaer. Siete hijos. Hace cinco meses, un disgusto le hizo amanecer con amarillez en la esclerótica y la orina teñida de obscuro. A las veinticuatro horas, dolor en hueco supraesternal que descendió lentamente hasta el epigastrio y que rodó después hasta la espalda donde quedó fijo. La ictericia no ha desaparecido aún. Se ha repetido tres veces el ataque. Vientre bien. Puntos dolorosos: cístico, levemente en epigástrico y cuello.

Enferma núm. 86 (1922).—Asunción B., treinta y cinco años, natural del Cabanil. Dos hijos. Su padre murió de cáncer de lengua. Hace ocho años tuvo un susto y se notó poco después malestar gástrico. A los tres meses quedó embarazada apareciendo, treinta días después de iniciarse la gestación, un cólico típico. Después le han repetido. Distiroidea, canosa prematura, sequedad de piel, exoftalmos discreto, etc. No estreñida. El estómago no le volvió a molestar, aunque por palpación tiene un punto doloroso epigástrico.

Enferma núm. 174 (1921).—Señora de E., treinta y nueve años, natural de Valencia. Dos años antes de casarse, el primer ataque de litiasis que no volvió a repetir hasta los quince días después del primer aborto (no ha tenido hijos) y a los veintitrés días del segundo. Hipotiroides, bradicárdica, canosa, trastornos ováricos, ligeramente estreñida.

Enferma núm. 115 (1922).—Pepita L., treinta y seis años, natural de Valencia. Dos hijos. Embarazada de la segunda hija, tuvo un disgusto fuertísimo y a los veinte días le apareció el primer ataque de coleditiasis. No fué nunca estreñida, ni gastrópata. Pero desde su enfermedad estreñimiento. Los dolores empiezan en el epigastrio, siguen hacia cístico, llegando a la espalda hacia la derecha rodeando la cintura hasta el punto de origen y volviendo después hacia el cuarto espacio intercostal, donde aparece un dolor compresivo como de cinturón que rodeara el tórax. Hipertiroides.

Creemos inútil seguir describiendo historias clínicas por su gran afinidad con las anteriores.

Las que llevamos expuestas parecen ratificar nuestras conclusiones.

Bibliografía.

1. Bordt.—Arch. Nerl. de Phy. tomo VI, núm. 3, 1922.
2. Citado por Bravo Coronado.—Indic. Q. ir. de la Litiasis biliar, Madrid, 1910.
3. Comunicación oral á Urrutia.—Monog. Calp. pág. 16, Madrid 1922.
4. Yagüa Espinosa.—Anal. de la Acad. Med. Q. ir. Esp., Enero 1922.
5. Blanco Soler.—Contrib. al Estud. de la Lit. Biliar. Plus Ultra, números 29 y 30, Diciembre 1920.
6. Citado por Balthazar.—Manual de Pat. Med. Madrid, 1915, t. II, pág. 22.
7. Grasset. Fisiopat. Clinic. t. III, pág. 945.
8. Savy.—Manual de Prac. Med., 1920, pág. 617.
9. Flandin. Pathogenie de la Lit. Biliare. Arch. des Maladies de L'Appareil Digest. 1913, pág. 259.
10. Galeotti.—Patol. gen., t. I, pág. 144, 1922.
11. Pittaluga.—Manual de Med. Int. de Hernando y Marañón, t. III, pág. 164.
12. Citados por Galeotti.—Loc. cit., pág. 147.
13. Grasset. Loc. cit.
14. Piza y Marinoni.—Las bebidas alcohólicas. Manuales Gallat. Barcelona, pág. 136.
15. Banco Soler.—Arch. Esp. de Enf. de Ap. Digest. y Nutric., Febrero 1922.
16. Charl. Flandin.—Loc. cit., pág. 261.
17. Band-Sutton.—Calculs Biliaires et Affections des Voies Biliaires, Londres, 1910.
18. Solieri.—Sur la Pathogenie de la Colique Biliaire dans certaines formes de Cholecystite non douloureuse Clinic. Chirurgique, 1912, pág. 40.
19. Citado por Flandin, pág. 260.
20. Arnsperger.—Rapp. entre la fièvre typh. et la lit. biliaire. Arch. des malad. de l'app. digest., 1911, pág. 339.
21. Luis Agote.—La Litiasis Biliar en la República Argentina, Buenos Aires, 1920.
22. Berad et Fayol.—Lit. Biliaire, Vesi, Cole, etc. Société Nation. de Med., Lyon, 21 de Janvier, 1920.
23. Lignac.—Colel. et Radiog. Theses, Paris, 1918.
24. Heyd.—Amer. Jour. of Med. Scien., Mai 1918.
25. Arredondo.—Acad. Med. Q. irg. Esp., Enero 1922.
- 26.—Citados por Banco Soler.—Plus Ultra, 1920.
27. Gouget.—Kyst. hydat. du foie, etc. Press. Med., 26 Septiembre 1918, pág. 502.
28. Langley.—Contrib. al Est. de la Lit. Bil. Tomado de EL SIGLO MEDICO, Nov. 1917, pág. 893.
29. Devé.—Kyst. hydat. du foie et lit. bil. Com. Rendu, Soc. de Biol., Paris, 1919, pág. 419.
30. Devé.—Le coliq. hep. hidat. sa valeur semiologique, Com. Rendu, Soc. de Biol., Paris, 1919, pág. 232.
31. Blanco Soler.—Arch. Esp. de Enf. del Ap. Digest., Febrero 1922.
32. Brigh.—Gay's. hop. Raports, V. 301, 1840.
33. Cäner.—Darmatonie, Münch. 1906, págs. 141 y 164.
34. Schiff.—Citado por Ocaña. Fisiol., 1919.
35. G. Ocaña.—Comunic. al Cong. A. E. B. C., Zaragoza, 1908.
36. A. Schunbach.—Naber den Einfluss der Galle auf die Bamegun des Danundarmes, Zeit. f., experimentelle, Path. med. T-pp., 1908.
37. A. Berti.—Azzioni delle Bili sui Movimenti Ritmiche e sul tono de l'intestino. Arch. d'Fisiol., vol. VI, F. IV, págs. 306 á 314, Mayo 1909.

38. —Loc. cit. Arch.
39. Urrutia.—Enfermedades de los Intestinos. Madrid, 1921, pág. 82.
- 40.—Citado por Urrutia, pág. 79.
41. Deyfrus Crisac.—Citado por Rut. Plüger. Beiträge zur Klinischen. Chirur. 69, B1., 2 Heft, 1910, págs. 275 y 285.
42. Cauffard.—Leçons sur le lit. bil. París, 1914.
43. Grigaut.—Thess. París, 1913.—Citado por Laroche en la obra de Schaffer: Les glandes a secre. int., págs. 100 y 101.
44. Brulé.—Invest. recient. sobre las ict., pág. 92. París, 1920. Traduc. Parrizas.
45. Blanco Soler.—Cont. al Est. de la Lit. Bil. Madrid, 1922, pág. 7.
46. Brulé.—Loc. cit., pág. 71.
47. Orero y Domínguez.—Acción de las aguas minerales en la lit. biliar. Tesis. Madrid, 1921, pág. 15.
48. Chauffard, Laroche et Grigaut.—Les dépôts locaux de cholestérine. Rapp. entre la cholestérine circul. et la cholest. fixée. Anal. de Med., t. VIII, núm. 5. Noviembre 1920, París.
49. Citado por Urrutia.—Manual de Med. Int. Hernando, t. I.
50. Undechill, Soiki.—Jour. Biol. Chemi, 1908, pág. 225.
51. Falta.—Erkrank der Blutdrüsen, 1913.
52. Parhon.—Jour. de phisiol. et pat. gen., t. XIX, número 2, 1921.
53. Janssey, Ysaacson.—Arch. Int. Med. Agosto, 1920.
54. Blanco Soler.—Anal. de la Acad. Med. Quir. Esp. Abril, 1921.
55. Dubois.—Arch. Int. Med. Mayo 1915 y Junio 1916.
56. Mc- Casekey. — Journal of the American Med. Assoc., vol. 73, núm. 4, 1919.
57. Slose. — Bol. de la Acad. Roi de Med. Bélgica 1913.
58. Menard.—Comun. Cong. Med. de Londres, 1913, y Tesis de París, 1906.
59. Massalouge.—Ref. Med., 1914.
60. Grigaut.—Lecc. del Hosp. de Charité, 25 Enero 1922.
61. Simonini.—Citado por Pende. Endocrinología, Milán 1922.
62. Mc. Crudden.—Citado y descrito por Abderhalden. Practic. de Fisiol., 1917, pág. 41. Traducc. Pi Suñer.
63. G. Arrese. —Anal. de la Acad. Med. Quir. Esp., Enero 1922.
64. Hosley.—Citado por Geikie Cobb., Los Org. de sec. inter., Barcelona 1919, Trac. Montaner, págs. 22 y 23.
65. Massaglio.—T. Inter. secret. of Landstroem's Glands, Endocrinolgi, V, 309-324, 1921.
66. C. W. Crile.—The relation of the thyroid and the adrenals of the electric conductivity of othr tissues, Endocrinologi, IV, 523-326, Octubre y Diciembre 1920.
67. Minoret.—Corresp., thyroid et intestin, Tesis, París 1911.
68. Hernando.—Disc. inaugural de la Acad. Med. Quir. Esp., 1919.
69. Itaki.—Cuaterley, Jour. of exp. phisiol, XI, 1917.
70. Blanco Soler.—Resultados glucémicos en animales normales y con perturbaciones endocrinas, Prog. de la Clin., núm. 124, 1922.
71. Achúcarro.—Investig. sobre el gan. cerv. sup., Revista Cajal, 1914.
72. Blanco Soler.—Contrib. al est. de la lit. bil., Madrid, 1922, pág. 11.
73. Deust.—Med. Wochen., XXXIV, 1, 1916.
74. Hernando.—Congreso de Bilbao, 1919.
75. Oliver Pascual.—Archiv. de Med. y Cirugía, 1.º de Abril 1922.
76. Arthur, Hertz.—La costip et les troubles intes. quis'y ratt., París, 1912.
77. Forneaux Jordan.—Brit. Med. Jour., tomo I, página 621, 1879.
78. Blanco Soler.—Anal. de la Acad. Med. Quir. Esp., Abril 1921.
79. Munaret.—Citado por Hernando.
80. A. Medina.—EL SIGLO MÉDICO, Noviembre 1917, página 352.
81. Makenzci.—Los síntomas y su interpretación, Barcelona, 1914, pág. 114.
82. Roger.—Digestion et nutrition, París, 1910, pág. 266.
83. Citado por Balthazar en su Manual de Med., tomo III, pág. 252.
84. Roger.—Loc. cit., pág. 270.
85. Tomado de Urrutia.—Lec. de Pat. abd., Madrid, 1921, pág. 276.
86. Star.—The Jour. of the Amer. Med. Asso., 15 Julio 1921.
87. Grigatu, Laroche, Chauffard.—Anal. de Med., París, tomo VIII, núm. 2, 1920.
88. Berard et Fayol.—Loc. cit.
89. Gley et Quinquand.—Jour. de Pat. et de Phy., t. XVII, núm. 95, pág. 807, 1918.
90. Gley.—Cuatro lecciones sobre secrec. inter., Barcelona, 1919.
91. Canon.—Bodily changes in pain hunger fear and rage.
92. Marañón.—EL SIGLO MÉDICO, 1919.
93. Marañón.—Conferencia en el Ateneo de Madrid 1921.
94. Sergi.—La Emoción, trad. de Besteiro, 1906.
95. N. Mariscal.—La Higiene de la Inteligencia, Madrid, 1903, pág. 129.
96. Negrín y Hernández Guerra.—Com. al Cong. de Fisiol., París, 1920.
97. Cervera.—Traballs de la Societat de Biol. de Barcelona, 1917, pág. 330.
98. Negrín y Sopeña.—Com. al Cong. de Fisiol. de París, 1920.
99. Pearlman and Swale Vincent.—Endocrinology, tomo VIII, núm. 2, 1919.
100. Mc. Nee.—Citado por Novoa Santos, Fat. gral., t. II, pág. 463, 1920.
101. Lephne.—Citado por Hernando. Las Ictericias, páginas 18 y 19, 1921.
102. Brulé.—Soc. Med. des Hôp., París, Diciembre 1910, libro cit.
103. Croisant.—These de París, 1913.
104. Bordoní Posse.—Medicina Ibera, Noviembre 1918, pág. 144, núm. 53.
105. Gilbert et Lereboullet.—Lôpsiurie dans les malad. du foi, Arch. des malad. de l'app. dig. et nut., 1912, pág. 1.
106. Widál.—Press Med., 11 Diciembre 1920.
107. Rosenvitz.—Rev. Cien. Med., Buenos Aires, 15 de Agosto 1921.
108. Castaigne.—Loc. cit., pág. 26.
109. Carro.—Trab. del Dispen. de Apar. diges. del Instituto Rubio, 1918, pág. 71.
110. Sabatini.—II Policlinico, Julio 1918.
111. Baude.—These, París, 1919.
112. Lemierre et Brulé.—Soc. Med. des Hôp., París, Diciembre 1910.
113. Roger.—Press Med., 18 Mayo 1916.



114. Triboulet.—Soc. Med. des Hôp., París, 12 Mayo y 28 Abril 1911.
115. Whipple.—John. Kepkins. Hôsp. Bull., Noviembre 1913.
116. Carrasco Cadenas.—Apéndice á las Lec. de Pat. Abd., Madrid, 1921, pág. 639.
117. Loeper.—Leçons de Pathol. digest., París, 1910, página 217.
118. Hernando.—Citado por Urrutia.
119. Yagüe y E-pinosa.—Comunicación oral, 1922.
120. Horner.—Jour. of the Amer. Med. Asso., 8 Diciembre 1917.
121. Ohly.—Arch. de Boas, 1915.
122. Rucaldoni.—Forma sialorreica de la lit. bil., tomado de Los Prog. de la Clin., 1920, pág. 59.
123. Véase Novoa Santos.—Cap. Nutrición en el tomo II del tratado Ibero Americano.
124. Bombard.—Cit. por Novoa, cap. de diabetes, tratado Ib. Amer., tomo II, pág. 154, 1922.
125. Citados por Arch. de Med. Cirug. y Esp., pág. 595, 1922.
126. Boulet.—Comp. Rend. de la Soc. de Biol., 1919, página 1.047, París.
127. Haus-Kehr.—Arch. des Med. de l'app. dig. etc., 1910.
128. Travel.—The Amer. Jour. of the Med. Scien., CLIX, Abril 1920, pág. 512.

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Nuevas nociones sobre el herpes: su relación etiológica con la encefalitis letárgica, por el profesor Gourgerot.—La cuestión del herpes ó, mejor dicho, de los herpes, ha sido estudiada recientemente desde puntos de vista originales que han acarreado consecuencias prácticas interesantes.

En orden á la naturaleza infecciosa del herpes se desprende de tales investigaciones, en primer término, que al menos la mayoría de ellos son debidos á un virus filtrante particular, y, en segundo término, que dicho virus guarda una muy estrecha similitud con el de la encefalitis letárgica. A primera vista sorprende que una afección tan común y tan benigna, como el herpes, sea debida á la misma causa que una enfermedad tan rara y tan grave como la encefalitis, pero, aparte de que estos hechos no son excepcionales en patología, es lo cierto que se ha demostrado, por diversas experiencias, que si se inocula la serosidad de un herpes de la córnea en el encefalo de un animal, éste presenta los accidentes de la encefalitis letárgica, é inversamente, que el virus de la encefalitis provoca queratitis análogas á las determinadas por inoculación de serosidad herpética. Lo que pone de manifiesto que el elemento causal de ambas afecciones es semejante, existiendo solamente diferencias de adaptación.

Se ha registrado también la existencia de portadores de gérmenes (del herpes y de la encefalitis), comprobándose, no sólo la persistencia del virus en los enfermos curados, sino también su presencia en algunos individuos sanos.

«En resumen, dice el autor, el herpes, cutáneo ó mucoso, de la boca, de los labios ó de los órganos genitales, proviene de un virus filtrante idéntico al de la encefalitis letárgica é

idéntico también al que se encuentra en la boca de varios sujetos sanos (llamado virus salival). La experiencia ha establecido que estos virus son transformables».

Con esta teoría etiológica del herpes, el papel del pneumococo, del meningococo y aún algún otro diplococo, señalados por distintos observadores como en íntima relación de causalidad con dicha afección, quedaría reducido al simple papel de gérmenes de infección secundaria.

Otro concepto influenciado también por la noción del virus filtrante, es el de la significación de los herpes que acompañan á algunas enfermedades, como la neumonía y la meningitis cerebroespinal, constituyendo hasta un elemento de diagnóstico. También se presenta el herpes á consecuencia de un enfriamiento brusco, de un shock anafiláctico ó de un trastorno catamenial. ¿Deben ser considerados estos herpes como una reacción cutánea de las enfermedades en cuestión, ó como infecciones herpéticas reactivadas por aquéllas? El autor se inclina por esto último.

Estas nuevas teorías envuelven también un criterio científico para diferenciar el herpes de las enfermedades similares (zona, pénfigo, eczemas, edema neuroartrítico), cuya diferenciación venía haciéndose, hasta aquí, por simple examen objetivo. El virus del zona inoculado al conejo no determina queratitis y lo mismo ocurre con el pénfigo y las dermatosis polimorfas. En cuanto al problema de la fiebre herpética, se explica como una forma generalizada de la infección debida al virus filtrante.

Para terminar esta lección (explicada en el Hôpital Saint-Louis y recogida por el Dr. P. Lacroix), el autor pasa revista á los tratamientos más acreditados del herpes en sus diversas formas y localizaciones, á cuya curación espera poder llegar por medio de las vacunas y la seroterapia (*Le Concours Médical*, núm. 35, 27 de Agosto de 1922).—T. R. Y.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Adenoflemón de origen dentario.—D. Alfredo García publica el siguiente caso clínico:

Don N. N., de Aranda de Duero, de veintiocho años de edad, se presenta en la consulta con una gran inflamación en el lado izquierdo del cuello y cara. Según me indican las personas que le acompañan, desde hace varios años y repetidas veces había tenido dolores en la boca, sin poder indicar el sitio donde se localizaban, por irradiarse al oído, y en general, á todo el lado correspondiente de la cara. Con remedios caseros y algún nervino que le prescribían, cedían los síntomas por completo, hasta que después de meses enteros de calma, volvían á repetirse con mayor ó menor intensidad.

Ultimamente, hacía unos quince días que empezó á observar que se le inflamaba la cara y que no podía abrir bien la boca, notando también dificultad al deglutir, sobre todo al pasar la saliva, cuyo acto le era doloroso. Que en los primeros días notaba que salía de la encía como una aguja de mal sabor, pero que después aumentó la inflamación y se le cerraron las mandíbulas, de tal forma, que le impedían tomar alimentos y decidió venir á Valladolid para consultar con un especialista.

El estado actual es como sigue: Se aprecia en la parte externa del cuello y cara del lado izquierdo, una tumefacción pastosa que altera poco el color normal de la piel y que se extiende en sentido vertical desde la región geniana hasta la clavícula, alcanzando por delante hasta cerca de la región infrahioidea, quedando enclavado el ángulo de la mandíbula dentro de la inflamación por detrás, la cual rechaza al

lóbulo de la oreja hacia adelante. Por la palpación no se encuentra punto alguno de fluctuación.

La boca cerrada y enclavijados los dientes por una intensa miositis, impiden hacer la exploración, y únicamente deslizando un dedo á lo largo del vestíbulo, nos da la sensación de encontrar una caries del primer gran molar con destrucción de parte de su corona, y al llegar al fondo del vestíbulo aqueja el enfermo dolor que se acentúa al insistir en hacer el tacto de los tejidos blandos.

Con algo de trabajo consigo percutir los molares sin notar sensación dolorosa en ellos, únicamente en el último se acentúa algo más, lo que es explicable por lo contigüidad á la zona inflamatoria.

De la boca se exhala olor malísimo, que cada día ha sido aumentado por los detritus alimenticios y epiteliales retenidos por falta de limpieza.

Debido á la imposibilidad de tomar otra alimentación que líquidos, y aun éstos en pequeñísimas cantidades por la disfagia, que es intensa, el estado general del enfermo deja bastante que desear, estando depauperado y decaído hasta el extremo de serle penosa la marcha por la debilidad y gran cansancio que nota. La temperatura era de 38,7, con 110 pulsaciones.

Diagnóstico. --Adenoflemón retromaxilar del lado izquierdo por trastornos de erupción de la muela del juicio.

Hago la asepsia oral en cuanto es posible, dado el estado del trismo, lavando todo el vestíbulo con solución de perborato de sosa seguido de una embrocación de glicerina yódica.

Le inyecto 2 c. c. de vacuna polimicrobiana de Mayoral-Landete, recomendándole el hacerse un abundante lavado intestinal para eliminar toxinas, y seguidos de pequeños enemas alimenticios.

El segundo y tercero día sigo igual tratamiento de lavados y vacuna, añadiendo fomentos calientes sobre la región inflamada. La fiebre desde el segundo día ha disminuído, teniendo en el tercero 37,5, el pulso pequeño y frecuente llega á 90 pulsaciones.

El trismo tiende á reducirse, alcanzando ya un espacio de dos centímetros de separación entre las arcadas dentarias; la disfagia disminuye, permitiendo al enfermo alimentarse casi sin molestias.

Hago otra exploración ya más completa del lado enfermo, y al llegar á la región donde se implanta el cordal ó muela del juicio, no encuentro rastro ni señal que indique la existencia de este molar, si bien es verdad que los tejidos están inflamados y el tacto sigue siendo doloroso.

Durante los días sucesivos, hasta el octavo, siguiendo el mismo tratamiento, los síntomas en general disminuyen, así como la inflamación cérvico-facial, la cual ya está limitada exclusivamente en el ángulo.

Se confirma la falta de la quinta muela que no ha brotado al exterior, pero pensando en su existencia se hace una radiografía.

En ella observamos un pequeño molar casi rudimentario, impactado en el ángulo y raíz ascendente del maxilar, recubierto de tejido óseo, menos condensado en la línea gingival correspondiente al ángulo, lo que nos hace sospechar que hay principios de osteomielitis, que viene á relacionarse con el líquido que decía el enfermo le salía de esa región en diversos ataques de inflamación.

Se hace la sección de la encía, resecando después un trozo de tejido óseo, terminando con la exodoncia del molar enquistado, causa y origen de todos los trastornos apuntados.

En razón á la brevedad no me extiendo en la técnica

operatoria, por poderse encontrar ésta en los tratados de Estomatología, como asimismo paso por alto las reflexiones á que dá lugar el estudio de este caso, y la ayuda eficaz que para su resolución nos ha prestado la radiografía, haciendo evidente un diagnóstico incierto, y el valor de las vacunas polimicrobianas, de lo cual, sobre todo de estas últimas, me ocuparé en otros artículos, si es que pueden interesar á mis colegas. (*Clínica Castellana*, Julio de 1922.)

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Niño ó niña á voluntad. La elección del sexo del futuro hijo, por Tu-Se-ka-Ri.—Con este último título ha aparecido, recientemente en las librerías de París, una obra en la que se afirma que la mujer embarazada puede traer al mundo una criatura del sexo que prefiera con sólo *saberlo querer*.

El fondo del método reposa sobre la obediencia de la materia á las órdenes del pensamiento. Según el autor, *el que quiere, puede*, siendo la voluntad capaz de imponer sus dictados al conglomerado de glándulas y de fibras que constituyen el feto, en el cual el sexo se fija según las directivas que se le imprimen desde su formación. Ahora bien; la voluntad, á su vez, no es más que un instrumento al servicio de la imaginación, especialmente en una época determinada del embarazo...

Pero dejemos á un lado el vano intento de resumir todos los fundamentos teóricos de la doctrina de Tu-Se-ka-Ri, para imitarnos á su aspecto práctico.

Ya es sabido que la determinación del sexo se produce en el feto hacia el final de la sexta semana del embarazo, en cuyo momento es precisamente cuando la que va á ser madre puede elegir lo que quiera. Para ello le basta con pronunciar las siguientes palabras: YO LLEVO DENTRO DE MÍ UN EMBRIÓN MASCULINO (ó FEMENINO, *ad libitum*). «Esta frase, dice el autor, debe ser pronunciada, de la sexta á la novena semana inclusive, todas las noches antes de dormirse, con los ojos cerrados y el espíritu también cerrado á toda otra sugestión exterior; pero articulando bien las palabras con los labios, con la lengua y con los dientes, debiendo hacer lo mismo por la mañana en el momento en que se disipan las brumas del embotamiento nocturno».

Estas dos afirmaciones, completadas por otras repetidas en el curso del día, durante el plazo señalado, produjeron un resultado tal, que de 1.950 casos observados por el autor, 1.925 fueron seguidos de éxito: las mujeres han obtenido hijo ó hija á su elección.

Esto muy bien pudiera ser tomado como una broma ó como una inocentada, si el autor por sus trabajos y obras anteriores no tuviese lo suficientemente acreditada su seriedad, pues se trata de un eminente filósofo japonés, metafísico, psicólogo y matemático, que ha sido durante muchos años director de la Colegial de Tokio, equivalente á nuestra Academia de Ciencias. (*Le choix du sexe de l'enfant futur*, Nilsson, editor, Rue Halevy, núm. 8.)—T. R. Y.

Excipiente inerte.

Un mismo sol les dió la vida á todos, un mismo sol se la designa. Bien podrá hacer lo mismo el autor de la nuestra, pues es más poderoso que el sol.

(Zabaleta.)

Ver las bajezas es elevarse, padecer el dolor es sentir el estímulo de la vida, trabajar por que dé sus frutos tempranos el árbol desnudo es llevar en las manos la poma de oro.

(Zozaya.)

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 Carlán.—Paseos de un solitario, por Carlos María Cortezo.—En la Facultad de Medicina de Barcelona: Homenaje á Pasteur.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina: Programa de premios y socorros para 1923 y 1924.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Actividad académica.—Propaganda.

Conforme otras veces tenemos que lamentarnos de la vida perezosa que arrastran las Corporaciones y Sociedades más ó menos oficiales en que se cultivan en Madrid las ciencias médicas y en que se trabaja por la solución y el avance de los problemas profesionales y administrativos, hoy nos toca consignar gustosos la complacencia que produce el espectáculo de actividad de estos mismos Centros é Instituciones. Casi todos ellos se reúnen semanalmente para escuchar las comunicaciones y los trabajos de una juventud laboriosa é inspirada por un espíritu de indagación y de progreso que tiene significación bien halagüeña y cierta para el porvenir de nuestra Ciencia nacional.

A la escasa proporción de escritos leídos ó de comunicaciones orales en que antes se consignaban aspectos puramente personales de observación de casos prácticos, va sucediendo hoy la incitación al estudio de problemas de aplicación más amplia, que estimulando á los oyentes, tanto como á los comunicantes, van produciendo en el ánimo de unos y otros convencimientos útiles y provechosos en el presente para los que en su investigación intervienen y en lo porvenir para el acervo común de que han de aprovechar las generaciones venideras.

Las actas de estas Sociedades, muchas de las cuales publicamos y todas las cuales quisiéramos que nos fuesen remitidas, podrían producir al cabo de año un interesante volumen de conjunto, cuya iniciativa correspondería de modo indisputable á la ya histórica y siempre gloriosa Academia Médico-Quirúrgica Española, la que, puesta de amistoso acuerdo con todas las Sociedades de especialidades que colaboran al alto fin de nuestro progreso, prestaría un verdadero servicio á la ciencia nacional. Piense en esto el Sr. Sánchez Covisa, discreto y celoso presidente de la simpática Institución aludida, y si en algo cree que nosotros podemos contribuir á la realización de tal pensamiento, cuente con ella en la forma en que podamos prestarle nuestra ayuda, siempre sobre la base del más absoluto desinterés.

Las actas de la Real Academia de Medicina

ven la luz en su boletín con tan deplorable como inexplicable retraso, y nosotros procuramos dar un avance de ellas, que creemos no carece de oportuna utilidad.

En la sesión celebrada el último sábado, el público, cada vez más numeroso, pudo ver con aplauso que el cambio del carácter de las discusiones va experimentando en la docta casa, al sustituirse las comunicaciones largas y eruditas por otras breves, sobrias y encaminadas á consignar estados actuales ó movimientos progresivos en puntos interesantes de la observación médica. En las sesiones anteriores los Sres. Mollá, Pulido Martín y otros marcaron esta tendencia, que en la sesión á que nos referimos tuvo nueva confirmación en una nota leída por el Dr. Marañón, acerca de la *mancha roja tiroidea*, y otra en que el catedrático de Terapéutica y especialista de enfermedades del estómago D. Teófilo Hernando dió cuenta de varios casos por él observados de *dilatación aguda del estómago*. Ambos oradores oyeron espontáneos aplausos, á los que siguieron felicitaciones merecidas una vez terminada la sesión.

También intervinieron en ella con oportunas aclaraciones los catedráticos Sres. Maestre y Simónena y el infatigable Dr. Espina, todos ellos atentos á puntualizar el tema tratado, al propio tiempo que á estimular la actividad de los oradores.

—
Marcan también una nota característica en estos días las reuniones de propaganda que, generalmente en las mañanas de los domingos, se vienen celebrando en algunos teatros en favor de la *abolición reglamentaria intervencionista de la prostitución*. El no haber tenido noticia ni invitación previa para tales actos, y en temor de incurrir en omisiones injustas ó en referencias inexactas, nos veda por hoy de poder dar extensa cuenta á nuestros lectores de lo que para otro día reservamos; pero por de pronto, juzgando por lo que en la prensa general leemos, quisiéramos que en estos actos no se diese muestra, no siempre reflexiva, de aplauso á las personalidades políticas que á ellos galantemente asisten, desfigurando sus intervenciones bien intencionadas, pero poco afortunadas en un

problema cuya historia nos es á todos conocida.

Es necesario ante todo que no se confunda el concepto de la *abolición reglamentaria de la prostitución*, con el abandono de toda inspección profiláctica de las enfermedades venéreas y de la sanción penal, con la responsabilidad moral que significa en muchas ocasiones el delito sanitario de su propagación.

El suprimir por una Real orden improvisada todo reconocimiento y vigilancia profiláctico, dejando, en cambio, el servicio bajo la célula policia-coadministrativa de una autoridad no técnica, no es ni nadie puede estimarlo como un acto abolicionista de la prostitución, sino un abandono punible de la acción tutelar técnica, sin obtener otro efecto que el de propagar del modo lamentable que en alguna ocasión se ha comprobado las enfermedades á que nos referimos que minan la salud de nuestros jóvenes y carcomen el fundamento material de nuestra raza.

A los que crean que hablamos de memoria, les invitamos á que pregunten á las autoridades militares que con mando de unidades nutridas de jóvenes sanos y robustos, pudieron notar los resultados de cierta famosa Real orden, contra cuyos efectos reclamaron á las autoridades sanitarias.

DECIO CARLÁN

PASEOS DE UN SOLITARIO

POR

CARLOS MARÍA CORTEZO

HOSPITAL DE LA PRINCESA

II

Caigo hoy de nuevo en las mismas ideas que ayer me preocuparon durante mi paseo. No puedo resistir á su insistencia representativa.

Aquel desengaño y disgusto que sufrí con mi destierro del hospital fué, sin duda alguna, el mayor de mi vida profesional y política. Nada amé tanto en esta esfera de mi actividad como aquel modesto asilo, en el que hallaba yo medios y estímulos constantes para una laboriosidad incansable, alicientes de estudios que deleitaban mi entendimiento y me llevaban á ocupar todas las horas del día y algunas que robaba al sueño, incentivos para manifestar vanidosamente en las Academias, en el Ateneo y en la Prensa el fruto de aquella actividad, que no era para mí trabajo, sino deleitosa ocupación. Aparte de esto, la atmósfera de cordial amistad en que allí vivía en un Cuerpo formado por compañeros que comenzando con los que conmigo entraron, continuaba con Simarro, Mariani, Miguel y Viguri, Lázaro Adradas, Alejandro Auber, todos jóvenes, todos brillantes, todos llenos de esperanzas, que fueron realidades, excepto para Lázaro y Auber, á

quienes la muerte arrebató en edad prematura. Morales nos había ya dejado para desempeñar su cátedra de Barcelona, y todos actuábamos constantemente; en los certámenes de oposición para cátedras, en los debates de la Academia Médico-Quirúrgica, en la Prensa científica, que por entonces estaba principalmente representada por el siempre glorioso SIGLO MÉDICO por *Anales de Medicina*, que dirigía Simancas Larsé *El Anfiteatro Anatómico*, que dirigía Pulido, y por la recién nacida y ya muy estimada *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, que fundó Rafael Ulecia y que adquirió tan justa como grande reputación entre el Cuerpo médico español.

Mis aficiones al periodismo científico se manifestaron desde los primeros pasos de mi carrera, pues ya en 1871 fundé con Manuel Arnús, José Ustáriz, José Camó y Joaquín Huelves la *Revista Médico-Quirúrgica*, que sólo vivió dos años, y en la que publiqué los primeros trabajos de información acerca de los procedimientos operatorios de Lister, motivo por el cual encontraba yo deficiencia en los procedimientos operatorios de nuestros cirujanos, de los cuales los unos los desconocían por completo, los otros los ridiculizaban y motejaban con escepticismo, como hace siempre la ignorancia, y los más los desdeñaban ó atendían de modo muy imperfecto.

Desde las primeras horas de la mañana acudía yo á mi hospital, en donde me esperaban alumnos muy adictos, muchos de los cuales formaban parte del personal de internos de la casa, y luego han sido médicos famosos, catedráticos distinguidos, cuando no literatos y políticos más ó menos renombrados; díganlo Ceferino Palencia, José Francos Rodríguez, Alvaro de Blas, Modesto Sánchez Ortiz, Luis y Eduardo del Río y Lara, Antonio Oliver, Mommeneu y un centenar de otros que no acuden en este momento á mi memoria, y que, unidos á los que ya eran catedráticos y antes habían sido alumnos, constituían para mí una verdadera familia, en que mi espíritu se solazaba y mi corazón se sentía en agradable deleite.

Terminada la visita y discutidos los casos, minuciosamente examinados en la sala misma, pasábamos, unas veces á mi *laboratorio clínico*, creado y sostenido á mis expensas, y en donde se analizaban orinas, esputos, productos patológicos, etc., etc.; y otras veces pasábamos á la sala de conferencias en donde, ó yo explicaba alguna lección, ó los alumnos mismos discutían algún caso práctico.

Todo esto me ocupaba desde las nueve á las doce de la mañana, y entonces salía precipitadamente para cumplir con mi clientela particular, que cada vez iba siendo más numerosa, y cada vez se me iba siendo menos agradable. Pero... era preciso vivir, *pene lucrando*, y entre aquellas visitas, mi almuerzo y mi consulta, ocupaba hasta las cinco de la tarde, en que después de un breve paseo volvía á mi hospital para ver los casos nuevos del día y los que por su gravedad necesitaban visita doble. Y añádanse á esto las operaciones mías en la sala de distinguidos ó las de los compañeros, cada vez más hábiles cirujanos, y las auptosias, y el despacho de

los menesteres administrativos que de mí dependían, como jefe facultativo que era, y se comprenderá lo que antes afirmaba: que aquel hospital constituía más de la mitad de mi vida, y no menor parte de mis afectos y mis amores.

Refiero esto, para que se comprenda el efecto que en mi ánimo susceptible é impresionable produciría el brusco cambio efectuado en el empleo de mis actividades y de mis aficiones; exagerado y vehemente, como siempre soy y he sido (¡gracias á Dios y por mucho tiempo se al) no encontré otra manera de consuelo que el abandonar completamente Academias, estudios especiales, escritos científicos, é interrumpir la publicación de mis «Lecciones de Patología y Clínicas Médicas», que el público había acogido con favor tan señalado.

No influyó poco en mi desaliento el ver que el personal que fraternalmente compartía conmigo los trabajos de aquella casa inolvidable, ni me amparó en mi desgracia, ni siquiera me visitó por cortesía. Ellos que habían querido oponerse con medios y protestas de violencia á la instalación de la famosa clínica de alta cirugía, ellos mismos cuando vieron que quien les aconsejaba prudente templanza era víctima de una intriga vulgar, se contentaron con hacer aspavientos y protestar entre amigos, pero nada quisieron arriesgar en público... ¡por si acaso iban mal dadas!

Véase cómo no exageraba al decir que mi vida profesional se truncó por aquel entonces. Continué cultivando amistades y clientela, frecuentando el trato de los hombres políticos, y esperando á que por el camino por ellos seguido me fuese más agradable el empleo de mis facultades.

Yo bien sé, que de lo que entonces me ocurrió fui yo el principal responsable, como lo he sido de tantas otras cosas que en mi vida me han sucedido; pero yo no puedo ser sino como Dios me ha hecho, y si hoy comenzase á vivir, tengo la certeza de que incurriría en las mismas torpezas y presentaría blanco fácil á las mismas ingratitudes y deslealtades.

Al salir de aquel amado hospital, con las lágrimas en los ojos, ocultas por pudor y por soberbia, y acompañado de mi ya buen amigo Pepe Francos, que pobre estudiante, aunque ya fundamento de esperanzas legítimas, hizo conmigo dimisión de un cargo (el de practicante mayor) que para él representaba entonces un importante medio de vida y de estudio, al salir, decía, juré, para dentro de mí, no volver á poner los pies en aquella casa, ni siquiera para ningún linaje de revancha, aunque para ello me presentasen ocasión mis futuros auges y los probables acontecimientos.

Cumplí esto tan religiosamente, que hoy, transcurridos cuarenta y dos años, no paso una sola vez por delante de aquel edificio sin sentir emoción; algunas veces, en los principios, sin verme lágrimas á los ojos, pero aquel umbral nunca le he traspasado, ni siquiera cuando por el desempeño de cargo político que á ello me autorizaba, podría haberme dado el gusto pueril de entrar como vencedor. No entré yo, entraron los beneficios que pude hacer, aprovechando en favor

de aquella casa los medios que mi posición política me procuraba.

No digo esto en mi elogio; dejeme, sin duda, llevar de la mala pasión del despecho, y quizás, quizás por algún rencor y asomo de venganza. Como si confesara, declaro el ruín pensamiento, en el que me hizo amainar una providencial enseñanza del Cielo, por un acontecimiento sencillo y vulgar que voy á permitirme referir:

Vivía yo todavía en el núm. 1 de la calle Ancha de San Bernardo; sería esto por el año 93, y ejecutaban unos operarios una obra de revoco y restauración en el patio de la finca. Un día, á tiempo que mi hijo Carlos volvía del colegio, que entonces dirigía mi luego fraternal amigo y siempre inolvidable por su gran corazón y su gran inteligencia, D. Eloy Bejarano; al volver, digo, del colegio mi hijo mayor, oyó referir en el portal que un albañilito, de catorce ó quince años, había caído de un andamio desde no grande altura, pero, al fin, desde la bastante, para producirle una fractura y una aparatosa conmoción.

Emocionado mi hijo, subió á casa llorando, y en estado de nerviosidad y de aflicción indescriptible. Entre su natural generoso, su corazón incomparable, y las lecturas de su preferencia, fomentadas por los consejos de Bejarano y los míos, habíase constituido en mi desgraciado hijo una naturaleza susceptible, impresionable á la desgracia ajena y emotiva, que no varió hasta que me le arrebató la muerte de un modo tan cruel como inesperado.

(Concluirá.)

EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

HOMENAJE A PASTEUR

En el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina se celebró el día 14 de Diciembre último el anunciado homenaje á Pasteur, con motivo de su centenario.

Desde mucho antes de las doce, el salón se hallaba atestado de personalidades, buen número de señoras y señoritas y estudiantes.

En la galería alta del anfiteatro se instaló la banda municipal, que amenizó el acto, tocando escogidas composiciones y que fué objeto de grandes ovaciones.

Frente á la mesa presidencial se había colocado un busto de Pasteur, sobre un damasco amarillo, de flores naturales, enviado por la sociedad de mutilados é inválidos de la guerra.

También figuraba debajo del busto un autógrafo muy cariñoso de Pasteur al que fué catedrático de esta Facultad de Medicina Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez.

A las doce en punto las autoridades pasaron á ocupar la mesa presidencial, no pudiendo hacerlo el rector de la Universidad, marqués de Carulla, por haber sufrido un desvanecimiento y un ataque de asma, cuando se disponía á hacerlo, retirándose á la dirección del Hospital Clínico, donde fué convenientemente asistido.

Presidió el acto el decano de la Facultad de Medicina Dr. D. Andrés Martínez Vargas, al que acompañaba

ban en el estrado, entre otras personalidades, el alcalde marqués de Alella, el presidente de la Mancomunidad de Cataluña, el inspector provincial de Sanidad doctor Trallero, el médico de Sanidad Militar Dr. Soler Garde, M. Petit, en representación del Instituto Pasteur de París; el catedrático Dr. Pi Suñer, el cónsul general de Francia y el director del Instituto Francés M. Beltrán.

La casi totalidad de los catedráticos de la Facultad de Medicina asistía vistiendo toga, muceta y birrete.

El Dr. Martínez Vargas empezó su discurso lleno de emoción recordando la fiesta que los escolares en 1884 hicieron en la cátedra de Higiene para festejar al Dr. Rodríguez Méndez regalándole el busto de Pasteur y un álbum. Enviada una relación de la fiesta al doctor Pasteur con un mensaje, Pasteur contestó con una carta de gratitud al profesor español y á sus alumnos; y en el momento en que el orador hizo una invocación á Pasteur ante el busto y la carta, estalló una salva de aplausos y la banda municipal tocó la Marsellesa mientras los mutilados arrojaron flores ante el busto de Pasteur.

El momento fué solemne y conmovedor. Hecho el silencio, el Dr. Martínez Vargas dijo que la vida de Pasteur ha sido tan fecunda que es imposible abarcarla en poco tiempo; muy pocos sabios, mejor, ninguno ha realizado tantos y tan variados descubrimientos. Tenía una intuición y una clarividencia tales, que acertaba al instante en el punto por donde debía llegar más pronto á la verdad. Enumera la revolución que introdujo en la Física, en la Química, en la Biología, en la Patología, en la Cirugía, en la Obstetricia y en la Higiene social. Describe en Pasteur dos personalidades, y al ensalzar una y otra dice que es preciso poner á Pasteur como modelo á las generaciones presentes necesitadas como están de lecciones de hombres y de lecciones de cosas. En el estado actual del mundo, estas biografías son elemento de educación nacional. Sólo los espíritus mezquinos menosprecian el culto del pasado y se abstienen ante los grandes patriotas. Describe á Pasteur afectivo, educador, patriota (citando varios hechos de su vida, y cuando exclamaba después de la guerra: «hay que amar más á la patria cuanto más desgraciada es»), Pasteur laborioso, investigador, y cita las ocasiones en que se estremeció de entusiasmo ante las conferencias de sus maestros y su severidad é independencia por defender la verdad tenazmente. A continuación reseña la labor científica y cita uno por uno los descubrimientos de preparación del fósforo, cristalografía, fermentación, generación espontánea, enfermedades humanas de los vinos, de las cervezas, enfermedades de los gusanos de seda, infecciosas, cólera de las gallinas, carbunco y vacuna anticarbuncosa, mal rojo y la rabia. Da una idea somera de cada uno de estos descubrimientos con las estadísticas, los beneficios prestados á la agricultura, á las diversas industrias y singularmente á la Medicina.

Los descubrimientos de Pasteur han salvado millones de vidas y han ahorrado á la humanidad inmensos, incalculables dolores. Hoy, merced á las medidas profilácticas, por él inspiradas, la duración de la vida

humana después de la época pasteuriana, se prolonga en esta segunda y actual época una mitad más. La vida misma se desarrolla con menos sufrimientos que antes. Además de los beneficios que proporcionan al hombre en la conservación de su salud y en su rescate cuando enferma, le han proporcionado muchas ventajas con los progresos que han introducido en muchas industrias. Por la protección higiénica, muchas regiones del globo antes mortíferas, inhabitables, son hoy parajes paradisíacos; y el hombre ha abierto nuevas vías al comercio, nuevos caminos á la producción y se han mejorado las prescripciones del deber social.

Por sus trabajos Pasteur tuvo, es cierto, muchos honores, pero sufrió también muchos sinsabores; amargaron su vida los adversarios, esos eternos sayones de la malquerencia y de la envidia, las *lepras-furias* de la humanidad.

¡La gloria tiene sus torturas!

Yo no sé si la satisfacción de los descubrimientos y de los honores llegó á compensar en Pasteur el dolor de los ataques y de las decepciones. En la vida social activa, muchas coronas que parecen de gloria á los ojos atónitos de las multitudes, son de espinas para quien las lleva. Lo que sí sé es que Pasteur merece la gratitud universal á través de los siglos.

Termina con un saludo al Dr. A. Petit que trae del Instituto Pasteur de París el alma del sabio inmortal, y glosando una frase de Biot, añade: Pasteur ha sido el sol de la Medicina, ha inundado de luz el horizonte, ha disipado las nubes de la ignorancia y sigue alumbrando los senderos del porvenir.

El notable discurso del Dr. Martínez Vargas, fué muy aplaudido.

A continuación pronunciaron elocuentes discursos, el director del Instituto Francés Sr. Bertrán, que se ocupó de la vida de Pasteur; el catedrático Dr. Pi Suñer, que estudió la obra científica del homenajeado y, finalmente, habló el Dr. Petit, del Instituto Pasteur, siendo todos ellos muy aplaudidos.

Antes de darse por terminado el acto, se dió cuenta de un telegrama que los reunidos acordaron enviar al Instituto Pasteur.

El Sr. Petit hizo entrega de una insignia del citado Instituto al decano Dr. Martínez Vargas y de otro á un estudiante.

Tan solemne acto terminó á las dos menos cuarto de la tarde.

(De La Vanguardia.)

Exciplente inerte.

El hombre honrado que á la tierra vino
con noble corazón y suerte ingrata,
se parece á un camino
que al mismo que lo pisa y lo maltrata
le señala su rumbo y su destino.

(M. del Palacio.)

¿Qué logra el pobre leño,
despojo inútil de la mar bravía,
sino hacer más pesadas sus congojas
recordando las hojas
que le vistieron de verdor un día?

(Núñez de Arce.)

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Programa de premios y socorros para 1923 y 1924

PREMIOS DE LA ACADEMIA

Esta Corporación abre concurso sobre los temas siguientes:

I. *Proyecto de organización de la lucha antipalúdica, con aplicación á las condiciones hidrográficas y agrícolas de las distintas regiones de España.*

II. *Estudio crítico y práctico de la técnica y los métodos empleados para el ensayo biológico de los medicamentos complejos.*

Para cada uno de estos puntos habrá un premio, un accésit y las menciones honoríficas que se acuerden.

El premio consistirá en 750 pesetas, medalla de oro, diploma especial y título de Académico Corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si, no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones de los Estatutos; el accésit, en medalla de plata, en igual forma, y diploma especial, y las menciones honoríficas, en diploma especial.

Las que obtengan el premio se publicarán por esta Corporación, si sus dimensiones no fueran excesivas, entregándose á sus autores doscientos ejemplares, y las favorecidas con accésit ó mención honorífica se imprimirán, si la Academia lo estimare procedente, reservándose la facultad de publicar las láminas ó grabados acompañados al texto que le parecieren oportunos.

PREMIO IGLESIAS Y DÍAZ

Tema: *Influencia que han ejercido en las interpretaciones de la patología cardíaca los modernos descubrimientos histológicos y fisiológicos del miocardio.*

Para este asunto habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 1.000 pesetas y diploma especial; el accésit y menciones honoríficas, en diploma especial.

• • •

Las Memorias optando á los premios anteriores deberán estar escritas en español y á máquina (nada en color carmín), y el trabajo se presentará encuadernado. Aquellas se remitirán á la Secretaría de la Corporación antes de 1.º de Julio de 1924, de once de la mañana á una de la tarde, y sus autores no las firmarán ni rubricarán, distinguiéndolas con un lema igual al del sobre cerrado, que remitirán adjunto, el cual contendrá el mismo lema, el nombre y apellidos del autor, sin abreviatura, y su residencia. Las Memorias presentadas no podrán retirarse del concurso, las cuales serán propiedad de la Academia.

Los premios y distinciones anunciados se conferirán, en la sesión inaugural de 1925, á los autores de las Memorias que, por su valor científico absoluto, los hubieran merecido, á juicio de la Academia, y si al abrir los sobres aparecieran dos ó más autores, ó la designación de Corporaciones ó colectividades, se entregará únicamente la parte metálica del premio.

Los sobres de las Memorias no premiadas se inutilizarán en la primera sesión de gobierno que se celebre después de la inaugural.

PREMIO RÖEL

Tema: *Geografía ó Topografía médica de un partido ó de un término municipal de la provincia de Madrid.*

Quedan excluidos los siguientes trabajos, que ya han

sido premiados: con premio, Villanueva de la Cañada, Villa del Prado y distrito municipal de Móstoles, y con accésit, Navalagamella, Villaviciosa de Odón, Villamanta y Villamantilla.

Para dicho asunto se concederán un premio y un accésit. El premio consistirá en 1.500 pesetas, y el accésit, en 500 pesetas.

Las Memorias premiadas se publicarán, si sus dimensiones no fueran excesivas, á juicio de la Academia, entregándose á sus autores doscientos ejemplares, y reservándose la Corporación la facultad de publicar ó no las láminas ó grabados que puedan acompañar al texto.

Según lo dispuesto por el fundador, se advierte la conveniencia de que las Memorias estén redactadas de un modo claro y conciso, y que tengan carácter eminentemente práctico.

A estos premios podrán optar no sólo los médicos que se hallen en el ejercicio de la profesión, sino los alumnos de la Facultad de Medicina de las Universidades españolas.

Los trabajos se remitirán á la Secretaría de la Academia hasta las cuatro de la tarde del 31 de Octubre del corriente año de 1923, con los requisitos señalados anteriormente, y los premios se entregarán en la sesión inaugural de 1924.

PREMIO SARABIA Y PARDO

Consistirá en 500 pesetas, que se otorgarán al mejor trabajo sobre Pediatría que, desde 1.º de Diciembre de 1922 á 30 de Noviembre del año actual, ambos inclusive, se haya publicado en la Prensa profesional ó política ó en conferencias, monografías, folletos, libros, etc.

El plazo de admisión de las publicaciones remitidas bajo instancia terminará el 1.º de Diciembre del corriente año, á la una de la tarde, y el premio, si se otorga, se entregará en la sesión inaugural de 1924.

FUNDACIÓN DE SAN NICOLÁS: PREMIOS, RECOMPENSAS Y SOCORROS RODRÍGUEZ ABAYTUA

I. Dos recompensas de 300 pesetas cada una á los dos artículos merecedores del galardón, por el concepto filosófico, el estilo literario y la veracidad descriptiva de los publicados por la Prensa diaria, política ó gráfica, antes de la sesión inaugural del curso académico próximo venidero, con ocasión de notificar la recepción de nuevos Académicos, las sesiones necrológicas de los mismos, las sesiones inaugurales de curso ó cualquier otra solemnidad celebrada por esta Real Academia ó la Academia Médico Quirúrgica Española residente en Madrid.

Cada uno de estos donativos se adjudicará al artículo que mejor relate uno de los actos solemnes de entre los realizados en el presente año por ambas Corporaciones.

Los concursantes remitirán á esta Academia, antes de 1.º de Noviembre de 1923, el número del periódico en que se inserten los artículos.

II. Tres premios de 1.000 pesetas cada uno para el pago de los derechos de expedición del título de Licenciado en Medicina y Cirugía, de los tres estudiantes que durante el año precedente al de la inauguración del académico se hubiesen revalidado en las Universidades de Santiago de Compostela, Valladolid y Madrid, y presenten la mejor hoja de estudios.

Cada uno de los rectores de dichas Universidades remitirá á esta Academia, durante la primera quincena de Octubre de 1923, extracto-copia de tres expedientes de los que, á juicio de aquéllos, puedan aspirar al premio.

III. Un premio de 1.500 pesetas al autor de la mejor tesis de doctorado aprobada durante el curso de 1922 á 1923.

El decanato de la Facultad de Medicina de Madrid remitirá á esta Academia, antes del 31 de Octubre de 1923, las tres tesis que el Claustro de profesores hubiese conceptuado como de más culminante mérito, para que la Corporación informe á cuál ha de darse el premio.

IV. Un donativo bienal de diez cartillas, de 500 pesetas cada una, á cinco alumnas y cinco alumnos de las escuelas públicas municipales de Madrid que, no teniendo edad menor de ocho años ni mayor de once, hubiesen sobresalido más en los exámenes de fin de curso, verificados con verdadera seriedad docente en dichas escuelas. Para este efecto, el Magisterio de las mismas remitirá á esta Real Academia los nombres de las alumnas y de los alumnos que hayan conseguido los tres primeros puestos en dichos exámenes en cada una de las escuelas, reuniendo las condiciones antedichas de edad, y expondrá, además, las condiciones sociales de los examinandos, siendo condición de preferencia la mayor escasez pecuniaria de la familia. Las relaciones de alumnos se remitirán á esta Academia antes de 1.º de Noviembre de 1923. Este donativo de cartilla se repetirá para el bienio de 1924-25 y se entregará en la inaugural de 1926.

V. Dos socorros anuales de 2.000 pesetas cada uno para los dos médicos que acrediten la más precaria situación por edad avanzada ó por enfermedad crónica.

Para optar á dicho socorro presentarán á esta Academia, antes de 1.º de Noviembre de 1923, los siguientes documentos: instancia fijando la edad y su domicilio, presentación del título, certificación facultativa en que se acredite la enfermedad que les imposibilite ejercer la profesión, certificación del alcalde de barrio y del cura de la parroquia de que carecen de recursos para vivir, y cuantos documentos consideren oportunos los interesados, como certificación de los pueblos donde han ejercido, etc.

VI. Un premio de 2.500 pesetas, recompensatorio de la mejor monografía sobre un punto, á la libre elección del autor, de Fisiología, de Patología ó de Terapéutica, estudiada individual ó colectivamente, del aparato digestivo, excluyendo boca, lengua, fauces, esófago y recto, ó de sus conexos biliar y pancreático.

Los concursantes podrán presentar sus trabajos, sin firma alguna, escritos á máquina (nada en color carmín), hasta el 1.º de Julio de 1923. Cada autor lo distinguirá con un lema, el mismo que figurará dentro de un sobre cerrado y lacrado, y, además, contendrá el nombre y los dos apellidos, sin abreviatura, y su residencia habitual.

VII. Un premio de 5.000 pesetas al mejor trabajo publicado ó inédito escrito durante el quinquenio de 1922 á 1926, ambos inclusive, sobre un estudio analítico crítico de Deontología médica, ya en su conjunto, ya en alguno ó en varios de los factores que la integran. Este concurso es extensivo á Francia.

Se optará á dicho premio por instancia dirigida á la Corporación (acompañando el trabajo) hasta el 1.º de Octubre de 1926; y el premio, de otorgarse, se adjudicará en Madrid en la sesión inaugural de la Real Academia Nacional de Medicina del año 1927.

Los premios, recompensas, cartillas y socorros anunciados dentro del plazo de este programa se entregarán á los interesados en la sesión inaugural de 1924.

PREMIO DEL DR. D. PEDRO MARÍA RUBIO

Se conferirá un premio de 1.080 pesetas á los médicos españoles, autores de las obras originales de Ciencias médicas de mérito más sobresaliente, cuya primera edición se haya publicado en los años de 1911 y 1922, entendiéndose

como año de publicación el que conste en la portada del último tomo, ó en la parte final de la obra.

A falta de obras originales, podrán recaer los premios en el inventor español de algún método curativo ó remedio evidentemente provechoso, de algún procedimiento operatorio conocidamente ventajoso ó de algún aparato ó instrumento comprobadamente útil.

Se optará á estos premios por instancia, extendida en papel sellado correspondiente, ó por petición firmada por tres académicos.

Las instancias, acompañadas de las obras originales, ó en su caso de los documentos justificativos de los inventos de métodos curativos, remedios, procedimientos operatorios ó instrumentos, se remitirán á la secretaría de la Academia hasta la una de la tarde del 31 de Diciembre del corriente año, y el premio se conferirá en la sesión inaugural de 1924.

No se adjudicará este premio al que haya obtenido otro igual en concursos anteriores.

PREMIO CALVO Y MARTÍN

Consistirá en la cantidad de 250 pesetas, pudiendo optar á él los médicos de partido encargados de la asistencia de los pobres, con asignación que no pase de 1.000 pesetas, casados y con hijos.

Los aspirantes deberán escribir una Memoria cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.º, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan asistido, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa, y de no ser esto posible, describirán las enfermedades más notables á que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando de estas cualidades el alcalde y el cura párroco de la localidad.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del cura párroco, en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como la indicada Memoria, se remitirán á la secretaría de la Academia antes del 1.º de Diciembre del corriente año de 1923, y el premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1924.

No pueden aspirar á este premio los que hayan obtenido otro igual en concursos anteriores.

SOCORROS PÉREZ DE LA FANOSA

En fecha oportuna, de primeros de Noviembre, la Academia anunciará en la *Gaceta de Madrid* y prensa noticiara los socorros que se acuerde repartir según la renta de que se pueda disponer. Podrán optar á ellos los médicos y familias necesitadas presentando los siguientes documentos:

Instancia dirigida á esta secretaría, la edad y el domicilio. Los médicos acompañarán copia simple del título de licenciado en Medicina y Cirugía, certificación facultativa del padecimiento que le imposibilita ejercer la profesión y cuantos documentos consideren de interés referentes á las localidades donde hayan ejercido. Las viudas ó huérfanos acompañarán á la instancia certificación de matrimonio y de defunción y copia simple del título del causante; certificación de pobreza firmada por el alcalde y cura de la localidad, y si tuvieran hijos menores de catorce años, certificación de su nacimiento y relación de la edad de los demás hijos. Podrán acompañar también aquellos documentos relativos al ejercicio de médico titular.

Los que hayan obtenido anteriormente socorros ó donativos de esta Academia por cualquier concepto, no podrán solicitarlos de nuevo.

Los socorros se entregarán en la Pasea de Navidad del presente año.

Advertencia.—Los interesados deberán recoger los premios, etc., en el acto de la sesión inaugural, que se anuncia rá en la *Gaceta de Madrid*, ya personalmente ó por representación, cuya firma garantice el juez municipal de la localidad. La falta injustificada de persona que recoja los premios, recompensas y socorros se entenderá como una renuncia.

Madrid, 7 de Enero de 1923.—El presidente, *Carlos María Cortezo*.—El secretario perpetuo, *Angel Pulido*.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Sanidad.

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

13

Medios de cultivo.—Cultivo de las bacterias. — Idem de los protozoarios.—Medios comunes y medios especiales.

14

Técnica general para la recogida de productos normales y patológicos en el hombre y en los animales de experimentación, y marcha general á seguir en la investigación en los mismos de gérmenes patógenos.

15

Esterilización en bacteriología.—Desinfección.—Asepsia.—Antisepsia.—Agentes químicos desinfectantes.—Su acción.

16

La experimentación en los animales aplicada á la bacteriología y á la parasitología.

17

Biología general de las bacterias.—Sus funciones y modo de reaccionar frente á los agentes físicos, químicos y biológicos.

18

Biología general de los protozoarios.—Sus funciones y modo de reaccionar frente á los agentes físicos, químicos y biológicos.

19

Inmunidad.—Su mecanismo.

20

Inmunidad natural y predisposición.—Fagocitosis.—Alexinas.

21

Toxinas.—Antitoxinas.

22

Aglutininas.—Precipitinas.—Opsoninas.—Bacteriotropinas.

23

Lisinas.—Reacción de Bordet y Gengou.

24

Inmunización activa.—Técnicas para la preparación y dosificación de vacunas.

25

Inmunización pasiva.—Técnica para la preparación y valoración de los sueros.

26

Anafilaxia.—Enfermedades del suero.

(1) Véase el número 3.606.

27

Antianafilaxia.—Los fenómenos anafilácticos aplicados al diagnóstico de las infecciones.

28

Teoría de Abderhalden.—Quimioterapia esterilizante de Ehrlich.

29

Cólera.—Su etiología.—Estudio del germen colérico.—Diagnóstico bacteriológico del cólera.—Investigación del germen colérico fuera del organismo.

30

Cólera.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico.—Pronóstico.—Tratamiento.

31

Epidemiología y profilaxis del cólera.

32

Peste.—Su etiología.—Estudio del germen de la peste.—Diagnóstico bacteriológico en el hombre y en los roedores.

33

Peste.—Su patogenia.—Anatomía patológica.—Formas clínicas: sus síntomas.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.

34

Epidemiología y profilaxis de la peste.

35

Fiebre amarilla.—Etiología.—Trabajos de Noguchi en la investigación del agente causal de la fiebre amarilla.—Patogenia.—Anatomía patológica.

36

Fiebre amarilla.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 699,4; ídem mínima 696,2; temperatura máxima, 17°,5; ídem mínima, 0°,5; vientos dominantes, N. NNE.

El estado atmosférico ha sido en esta semana completamente característico de invierno clásico madrileño: días claros, soleados y serenos; noches frías con heladas de tres y cuatro grados bajo cero. Los efectos de este estado climático se han significado por inflamaciones agudas, catarrales de la laringe, la tráquea y los bronquios y por estados congestivos é inflamatorios de la pleura y del parénquima pulmonar. También se han observado numerosas pleurodinias, neuralgias y cinesalgias.

En los niños siguen siendo frecuentes las anginas y los catarros bronquiales.

Crónicas.

Excursión cultural.—Como habrán visto nuestros suscriptores en el número del 13 de Diciembre último, con la Lotería Nacional cuyo sorteo ha de celebrarse el día 11 de Mayo próximo, sorteamos un billete de ferrocarril de 1.ª clase, el cual da derecho á viajar por las poblaciones de Burdeos, París, Bruselas, Lieja, Berlín, Francfort, Ginebra, Basilea, Lyon, Montpellier, Barcelona, Zaragoza á Madrid.

Todo suscriptor que tenga abonada su anualidad del corriente año, tiene derecho á reclamar los diez números que le corresponden para tomar parte en dicho sorteo, así como los que la abonen antes de fin del corriente mes de Febrero.

Los que quieran conservar los números en su poder, al reclamarlos, le rogamos incluyan el franqueo correspondiente para podérselos remitir. Los que así no lo hagan se le comunicarán sus números por medio de la sección de co-

responsabilidad, los cuales reservaremos en esta administración a disposición siempre de los interesados.

Después del nombre de cada suscriptor que reclame sus números irá, entre paréntesis, otro, que corresponderá al de su suscripción, el cual deben hacer constar, siempre que nos escriban.

Conferencias del Dr. Pittaluga.—Invitado por el decano de la Facultad de Medicina de París, profesor Roger, saldrá en los primeros días del actual mes de Febrero el catedrático de la Universidad Central Dr. Pittaluga para dar dos conferencias fijadas para las fechas del 6 y 8 en el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina de la capital francesa.

La primera conferencia versará sobre el tema «Las hemodistrofias» (estudio clínico de un grupo de enfermedades de la sangre). En la segunda se ocupará el Dr. Pittaluga de «Los problemas actuales de la lucha antipalúdica y de la campaña contra el paludismo en España».

Lleva el profesor Pittaluga la representación de nuestra Facultad, que se propone, además, en el mes de Abril próximo devolver oficialmente a la Universidad de París la visita que hicieron a España el año pasado un grupo de profesores de Medicina franceses.

Dos hospitales para Canarias.—En Santa Cruz de Tenerife se reunió el día 18 el Cabildo insular con objeto de discutir el proyecto de presupuestos para el próximo ejercicio económico. Al discutirse los capítulos para obras insulares se produjo un debate que duró algunas horas, y se acordó aprobar la consignación necesaria para construir dos nuevos hospitales en los pueblos de Icod y Puerto de la Cruz.

Traspaso urgente de negocio para médico.—Se traspasa en 40 000 pesetas en Madrid, Centro acreditado. Hace diez años establecido, relacionado con la enseñanza, con Sanatorio y Consultorio. Ingreso anual 130.000 pesetas; utilidad libre 48 000 pesetas anuales. Tomando el traspaso antes de Marzo, puede hacerse con solo el desembolso de 25.000 pesetas. No se admiten intermediarios y se exige absoluta reserva. Dirigirse por escrito a D. Carlos Cañadilla. Lista de Correos.

Curso de Psiquiatría jurídica.—El claustro de la Facultad de Derecho de la Universidad Central ha invitado al Dr. D. José M. de Villaverde para que dé un curso de extensión universitaria, sobre las modernas cuestiones del Derecho penal en sus relaciones con las enfermedades mentales.

El sábado 27, a las doce de la mañana, tuvo lugar la primera conferencia sobre «El concepto psiquiátrico de la responsabilidad».

Las conferencias sobre cuestiones del Moderno derecho penal y de la importancia que en la manera de comprenderlas tienen las últimas orientaciones de Patología mental, tendrán lugar todos los sábados a las doce de la mañana, tratando de un punto que se anunciará con anticipación.

Junta provincial de Sanidad.—Presidida por el gobernador civil de la provincia, se reunió el día 19 la Junta provincial de Sanidad.

El gobernador dirigió un saludo a los reunidos y ofreció emprender nuevas campañas en defensa de la salud pública, para lo cual solicitó la cooperación de la Junta.

Expresó su deseo de que se formulase por los elementos que la integran un programa mínimo, para empezar la campaña de labor que se proponía llevar a cabo, y que ya había iniciado en relación con la vacunación obligatoria, la organización del servicio especial de profilaxis de las enfermedades específicas, la supresión de la venta de medicamentos en la vía pública, el régimen de ciertos Mataderos, etc., etc.

Entre otros asuntos de menor interés se resolvió el nombramiento de subdelegado de Veterinaria, en propiedad, del partido de San Martín de Valdeiglesias; el de subdelegado de Farmacia, en propiedad, del partido de Getafe; los expedientes de pensión de doña Gabriela Gascón, viuda de don Valentín González; doña Mercedes García Viñuelas, viuda del Dr. Fatás, y solicitudes de D. Rosendo Castell, D. Rafael Juste y D. Ramón Puyou, para simultanear el ejercicio de la Medicina y la Farmacia.

También se trató de unas obras de defensa de las márgenes del Jarama.

Pensiones en el extranjero para alumnos y catedráticos de la Facultad de Farmacia.—La Secretaría de la Facultad de Farmacia de esta Universidad ha enviado a la prensa la siguiente nota:

«Asignada a esta Facultad de Farmacia en la distribución hecha por la Universidad del crédito señalado a la misma del consignado en la vigente ley de Presupuestos, capítulo X, artículo único, concepto 3.º,

«Para pensiones en el extranjero de alumnos y catedráticos en las Universidades a propuestas de los claustros», la cantidad de 5.000 pesetas, la Junta ha acordado destinarla íntegra en el curso actual de 1922 a 1923, para una pensión de alumno en el extranjero, que se adjudicará mediante concurso entre licenciados y doctores en Farmacia que hayan terminado sus estudios en los dos cursos últimos de 1920 a 1921 y 1921 a 1922.

Los aspirantes deberán solicitarlo por instancia en papel de una peseta, dirigida al ilustrísimo señor decano, que presentarán en la Secretaría de esta Facultad, a partir de la fecha de este anuncio hasta el 25 del actual mes de Enero, que quedará cerrado el plazo de admisión; debiendo hacer constar en ella los estudios que se proponen realizar, el Centro y la población del extranjero donde, para poder efectuarlo, deseen residir, y tener la preparación científica para verificarlo y conocimiento del idioma del país, reservándose la Facultad poder comprobar estos dos últimos extremos sometiendo a los aspirantes a un examen.

Los pensionados deberán presentar en la Facultad una Memoria acerca de los trabajos que hayan realizado en cumplimiento de la obligación que contraen, la cual será objeto de estudio y calificación como de mérito en su carrera.

Los pensionados quedan sujetos a la observancia de los acuerdos de la Junta de la Facultad referente al régimen para el disfrute de las pensiones.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 10 de Enero de 1923.—El catedrático-secretario, *Fernández.*»

Impresos baratos.—Diez millares de prospectos, 20 pesetas; mil recetas, mil recibos y mil tarjetas, 25 pesetas. *E. Peraita, Montera, 35.*

Excipiente inerte.—Las estrellas no temen parecer gusanitos de luz.

(Tagore.)

Yo no comparo el gusano de luz a una estrella fija; pero sí le estimo más que a una luna, porque al fin su luz es propia.

(Ich.)

Oposiciones a 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.

Metranodina Serono.—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.

Limol Churchill.—Al presente número acompañamos una literatura del producto Limol Churchill (Pharmacie Swann, 12, Rue Castiglione, París), cuya lectura recomendamos.

PAPELES YHOMAR

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**
Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, cañes, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

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