

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

### REDACTORES:

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

### PROGRAMA CIENTIFICO:

*Olomota 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: Ideas clínicas, por el Dr. G. R. Gonzalo.—El problema de la tuberculosis, por Angel Pulido.—Ictericias quirúrgicas, por el Dr. Stocker.—El exudado uterino (loquios) en la endometritis puerperal, por el Dr. Luis G. Gree.—Ideas actuales sobre el neurotropismo, discurso del Dr. S. F. Tello.—Bibliografía, por el Dr. A. Pulido Martín.—Periódicos médicos.

## IDEAS CLINICAS CONSIDERACIONES GENERALES

FOR EL

DR. G. R. GONZALO

### EXPLORACIÓN Y JUICIOS CLÍNICOS

El examen cotidiano de enfermos, la exploración detenida de los mismos, la valoración de síntomas, los juicios clínicos, las consideraciones pronósticas, las deducciones terapéuticas, y en general, las operaciones manuales, intelectuales y deductivas, que á diario practicamos todos con nuestros enfermos en la clínica y en nuestras visitas y consultas, sugieren evidentemente una porción de problemas de órdenes y naturaleza distintos é infinitamente variados, y en general vistos, enfocados é interpretados desde puntos de vista diferentes y á veces opuestos por los diferentes clínicos.

Esta especial y distinta manera de enjuiciar de cada uno, lejos de ser perjudicial á la claridad del diagnóstico, como á primera vista pudiera parecer, sirve no obstante para aclararlo más; y del estudio y contraste de cada uno de ellos, aceptando aquello que de más racional, sencillo y lógico posee cada cual, resulta la base y el fundamento para la formación del juicio y el criterio propio de cada uno en tan áridos y difíciles asuntos.

El objetivo, pues, de esta serie de artículos es exponer con sencillez, aquellas ideas que derivadas directamente de la Clínica, puedan ser el punto de vista especial, la manera personal, la orientación total, digámoslo así, de cómo cada uno puede sintetizar en acabados juicios clínicos, el gran cúmulo de datos, signos, síntomas, antecedentes, etc..., recogidos directamente del enfermo y conducentes todos ellos al fin último y único que el médico siempre se propone, á saber: *la verdad de un exacto diagnóstico y la sencillez de una terapéutica eficaz.*

Más adelante, mis escritos se concretarán y ceñirán más á asuntos varios y determinados, propios de mis especiales aficiones clínicas, pero sin perder de vista nunca, que el estudio é interpretación de un signo, para su conversión en síntoma, mediante un juicio, y su valoración consiguiente para el fin diagnóstico, no basta nunca por sí sólo para deducir éste, el cual ha de brotar casi espontáneamente, por así decirlo, de la *gran síntesis mental* efectuada por el médico, después de una profunda meditación, sobre la totalidad de los múltiples datos recogidos mediante una exploración concienzudamente efectuada.

Tiempo precioso en verdad es el perdido, en la inmensa mayoría de los casos, aquél que en muchas ocasiones empleamos en escuchar pacientemente al enfermo sus largas é inútiles disertaciones sobre asuntos y antecedentes que en nada nos han de interesar á nuestro fin, aunque á veces, es desgraciadamente el propio



clínico quien las provoca con sus inadecuadas é impertinentes preguntas, ó no cortando á tiempo la verborrea natural de algunos enfermos.

El clínico debe siempre ahorrar tiempo y conversaciones inútiles clínicamente con el enfermo. A este fin, basta sencillamente hacer preguntas concretas, á ser posible que el enfermo pueda contestarlas con monosílabos afirmativos ó negativos.

El orden sistemáticamente seguido en ellos debe de ser siempre el mismo, á ser posible, pues es la única manera de no olvidarse de ninguno. Cualquiera es bueno, pero siempre será el mejor el más breve, completo y sencillo, por ejemplo, aquel que se limita á averiguar en primer lugar los *antecedentes familiares* (enfermedad de los padres, hermanos, hijos, esposa, etc.); los *antecedentes personales* propios del enfermo después (sus anteriores enfermedades, independientes de la actual; su clase, naturaleza y huellas posibles que dejaron, edades y épocas de la vida en que las padeció, etc., etc.); lo relativo á su *enfermedad actual* luego (cuándo y cómo empezó, primeros síntomas notados por el enfermo, etcétera, etc.), y finalmente, el *estado funcional de los demás aparatos*, distintos á aquél en que sospechamos se encuentra la lesión que será objeto de un interrogatorio más detallado y detenido.

Así verificada la anamnesis y con los datos por ella recogidos, pásese á la exploración por aparatos, comenzando siempre por aquel en que sospechemos radica la lesión á juzgar por los antecedentes, exploración que ha de ser lo más detenida y detallada que nos sea posible, empleando para ello cuantos medios y aparatos podamos poseer á nuestro alcance.

Hecho esto, hágase una exploración ya más ligera y superficial, cual se hizo con el interrogatorio, de los demás aparatos orgánicos, y uniendo ahora, mediante una gran *síntesis mental*, los datos que el interrogatorio nos proporcionó con aquellos más numerosos, importantes y valiosos obtenidos con la exploración, es cuando entra el verdadero trabajo psíquico del clínico, el momento más transcendental de la labor médica, lo que verdaderamente le da á la Medicina su carácter genuinamente científico, la elaboración de ideas mediante su asociación lógica y causal, trabajando sobre hechos, noticias, antecedentes, observaciones, datos y demás elementos que antes nos proporcionaron una exploración clínica seriamente efectuada y un interrogatorio hábil y cuidadosamente dirigido.

Si así lo hicimos, la dificultad en la formación de nuestros juicios quedará enormemente reducida á una serie de reflexiones clínicas, eminentemente lógicas y naturales en sus deducciones, y á una total comprensión del enfermo, tan completa y acabada, que en todo momento nos permitirá explicar lógicamente los más insignificantes detalles y pormenores, no sólo de su actual estado, sino de los sucesivos accidentes y novedades que pudieran ir presentándose en el curso de su padecimiento.

A este fin, conviene comenzar, en primer lugar, por formar un claro concepto de *quién es el enfermo*; es decir, qué clase de naturaleza posee el sujeto enfermo.

Sus taras hereditarias, sus huellas lesionales, el predominio de tal ó cual sistema, el funcionalismo exagerado de este aparato ó deficiente de aquel otro, sus defensas orgánicas generales y locales, su constitución, en una palabra, la especial manera de ser del organismo enfermo, en cuanto esto ha de influir sobre los juicios clínicos sucesivos, será siempre el primer concepto clínico formal que hemos de formar.

Y se comprende que así sea, pues es extraordinariamente lógico, que antes de formar nuestros juicios diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, comencemos por conocer á nuestro enfermo, no como *tal enfermo*, sino como *organismo humano*, en el que en la actualidad asienta una enfermedad, sobre la que necesariamente tiene que influir, imprimiéndola caracteres peculiares, las condiciones todas de aquel organismo, sus luchas pasadas, sus profundas cicatrices viscerales, sus reliquias lesionales, sus características funcionales, etc., etc... ¿Quién duda, por ejemplo, la enorme diferencia pronóstica de un pneumónico, según existan o no en su organismo, antiguas huellas lesionales de riñón? Una tifoidea en un cirrótico hepático, en un simple artrítico, sufre evidentemente modificaciones en sus modalidades clínicas; no es lo mismo la aortitis de un sífilítico, que la endocarditis de un reumático; ni el ántrax de un simple polaquíúrico, que el pequeño forúnculo de un diabético.

Es, pues, la clínica, y ésta exclusivamente, la que nos enseña la transcendental influencia que sobre lo patológico ejerce de manera positiva y evidente, la constitución y manera de ser especial de cada sujeto en sus modalidades anatómicas y funcionales propias de cada cual. Influencias, que si son innegables y ciertas en lo *macroscópico*, digámoslo así, son tan hondas, tan profundamente misteriosas y desgraciadamente tan poco conocidas hasta hoy día, en lo humoral, en lo biológico-químico, en lo que de enigmático poseen esas misteriosas y ocultas defensas microscópicas orgánicas, contra todo lo extraño al organismo, que su estudio ha de ser la llave misteriosa que abra un día á la luz de la ciencia, el arcano secreto y maravilloso de la *terapéutica biológica*, ideal científico hacia el que caminamos y por cuya senda apenas si hemos comenzado á dar los primeros vacilantes pasos, siquiera alguno de ellos tenga ya el carácter de gigantesco, dentro de su propia inconsistencia.

Conocido, pues, el organismo sobre el cual recae la enfermedad, lógico es pasar á estudiar ésta, es decir, lo que el *enfermo padece*.

A dicho fin, eliminados ya mediante el interrogatorio y el resultado de la exploración, aquellos aparatos en la actualidad indemnes, y obtenidos por idéntico procedimiento los antecedentes y signos más importantes de aquél en que la enfermedad radica, *enfocamos*, por decirlo así, toda nuestra atención sobre ellos y, racionalmente, con perfecta lógica médica, sin exageraciones imaginativas, vamos valorando los diferentes signos recogidos, y en su consecuencia, convirtiéndolos en síntomas preciosos, que así enjuiciados han de llevarnos fatal y lógicamente á un juicio clínico y éste á una



deducción natural, que en la inmensa mayoría de los casos ha de ser el diagnóstico exacto de la afección, si aquél enjuiciamiento y aquéllas deducciones las hicimos con escrúpulo y cuidadosamente, como corresponde á la seriedad de un buen clínico y al equilibrado razonar de un profundo patólogo internista.

Toda la labor diagnóstica, pues, ha de recaer sobre la valoración de los signos recogidos, para su conversión en síntomas, catalogando, ordenando y clasificando éstos en orden á su importancia y valor clínicos por sí mismos, y por su relación con otros, lo cual, en ocasiones, hace adquirir á un síntoma un valor especial, que por sí solo no tendría de presentarse aislado.

Conocida ya la naturaleza del enfermo y el diagnóstico de su enfermedad, resta al clínico, para completar sus juicios y acabar de conocer totalmente al paciente, el comprender el *modo y manera cómo*, precisamente aquél enfermo, *conlleve su enfermedad* y las *razones, motivos y causas que tuvo para enfermar* y para enfermar precisamente de la lesión diagnosticada.

Es también la clínica precisa y exclusivamente, la que nos enseña á formar el juicio clínico que vamos á exponer; y su enseñanza es tan elocuente, su estudio tan profundamente fructífero en consecuencias, que si lo hacemos con cierta escrupulosidad y cuidado, es el juicio clínico que más nos alecciona para la práctica diaria y corriente de la clínica.

Pone la clínica de manifiesto con tanta claridad la manera especial que cada enfermo tiene de llevar su enfermedad, que con razón se ha dicho que no son *enfermedades* lo que en ella vemos, sino *enfermos*; y enfermos tan distintos, tan varios, tan distanciados á veces, no obstante su común diagnóstico, que solamente una razonada explicación de la manera de padecer cada uno, es lo que nos ha de hacer comprender aquéllas diferencias, dentro de una misma enfermedad.

Dejando aparte las formas clínicas numerosas y variadas de cada afección y debidas á condiciones etiológicas de germen y terreno, quedánnos aquellas fisonomías especiales de cada enfermo, impresas á la evolución de la enfermedad, por la especial manera de ser y conllevar la enfermedad cada uno de ellos.

Todo clínico algo experimentado, es indudable que ha tenido infinitas ocasiones de apreciar la distinta manera de llevar una misma enfermedad, varios enfermos; es la neumonía lobar aguda de pneumococo, por ejemplo, una de aquéllas en las que más resaltan aquéllas diferencias; y á diario en efecto vemos todos, enfermos pneumónicos de gran disnea, abundante expectoración hemoptoica, escasa orina, elevada temperatura, gran agitación, pulso frecuente y deprimido, contrastando con aquellos otros, que afectados de la misma dolencia, llevan su enfermedad con un pulso rítmico, lleno, pausado, coincidiendo con una moderada temperatura, una disnea apenas perceptible de no contar el número de inspiraciones, abundante orina, escasa tos, poca expectoración, y en general una tan escasa intensidad en todos sus síntomas, que apenas si hacen pensar en la dolencia.

Y entre estos dos casos extremos, una serie infinita

de enfermos pneumónicos tan distintos, tan aparentemente distanciados, que en ocasiones pueden desorientar al clínico, máxime si alguno ó algunos de los síntomas adquiere relieve extraordinario.

Pues bien: estas diferencias, estas especiales maneras de como cada enfermo lleva su enfermedad, y en este caso concreto cada neumónico su neumonía, son perfectamente explicables en clínica, y en cada caso hemos de procurar hacerlo, teniendo en cuenta la fisiología patológica del órgano enfermo, y el funcionalismo especial de cada uno de los órganos que en la neumonía pone á contribución y á prueba su fisiológica función (riñón, corazón, cerebro, etc.).

Lo dicho del neumónico es perfectamente aplicable á la totalidad de los enfermos, y aparte lo lesional propio del órgano afecto en cada caso, la forma de conllevar la enfermedad depende, sobre todo, del estado funcional del resto de los aparatos; y si las funciones renales se verifican bien, y el corazón posee en su miocardio energías suficientes, y el sistema nervioso no se deja invadir por lo tóxico, y el resto del pulmón indemne de lesión suple las deficiencias del lesionado, y el aparato digestivo desempeña sus peculiares funciones, siquiera sea con cierta imperfección, y en una palabra, si los aparatos todos tienen las suficientes energías para desempeñar sus respectivas funciones, aunque sea de modo precario, durante el septenario que dura la virulencia pneumocócica, el neumónico llevará su infección pulmonar con extraordinaria facilidad, y llegado aquél, la crisis se presentará, terminando la infección de modo favorable, después de conllevada del modo ideal que una neumonía puede llevarse, curándose por sí sola en muchas ocasiones, ayudada del médico en algunas, á pesar de nuestras intempestivas intervenciones terapéuticas en otras.

Finalmente, y al objeto de no alargar más éstas cuartillas, no obstante prestarse el asunto que venimos tratando á muy extensas y sabrosas consideraciones, que el propio lector sabrá hacer, meditando sobre lo ya expresado, abordemos el último de los cuatro juicios clínicos que completa y totaliza la comprensión acabada de un enfermo.

Refiérese á las razones, causas, motivos y circunstancias por las cuales el enfermo padece, y padece precisamente de aquella enfermedad y de aquel órgano.

Es el historial clínico del enfermo, mejor dicho, la historia patológica y á ser posible la fisiológica toda de la vida del enfermo bien recogida y valorada por el médico en su justo valor, lo que en la inmensa mayoría de los casos ha de proporcionarnos los valiosos datos para explicarnos á satisfacción el juicio clínico de que tratamos.

Y así en efecto vemos en la clínica, que el aparato orgánico que más trabajó ó padeció en el curso de la vida; el órgano en el que sucedieron episodios fisiológicos ó patológicos más ó menos intensos y repetidos; la viscera más fatigada en su función más ó menos hipertensivamente congestionada en su habitual ó repetido hiperfuncionalismo, suelen ser siempre el sitio preferido, como lugar de menos resistencia, para en él



localizarse la causa etiológica de enfermedad (germen, diátesis, tóxico, etc.). Y si ésta lesionó en ocasiones otra diferente, aquellas razones nos servirán para comprender el funcionalismo anormal de los demás órganos, que á la curación de la dolencia han de contribuir.

Lógico, pues, es en clínica, esa especial apetencia y predilección que al parecer tienen ciertas infecciones é intoxicaciones por determinados órganos y aparatos; pero no en el sentido de una existencia real de dicha predilección y apetencia, sino que en cada caso particular y concreto, existirán razones, del orden que acabamos de exponer en términos generales, que justifiquen, comprueben y demuestren, el *por qué* de aquella localización.

Ejemplos clínicos numerosos pudieran confirmar cuanto decimos; pero el temor á ser demasiado extenso y la facilidad con que al lector han de ocurrírsele, á más de que en sucesivos artículos y casos clínicos que he de exponer será ocasión de realizar prácticamente, esta manera de enjuiciar en clínica, me disculpa el no detenerme en este sitio con su exposición.

Las ideas clínicas que en cuanto llevo dicho quedan expuestas en estas breves y sencillas consideraciones generales; los cuatro *juicios clínicos* sobre todo, que como resumen y condensación psíquica médica, debe hacer todo clínico si desea formar un concepto claro, acabado, total y completo del enfermo; son ideas y conceptos, no míos personales, sino, como ya lo habrán adivinado sus discípulos, si alguno lo leyó, ideas y enseñanzas de aquél gran maestro y cariñoso amigo de sus alumnos, el eminente clínico é insustituible profesor de Patología médica, nunca bastante llorado y querido en el Colegio de San Carlos, D. Manuel Alonso Sañudo, quien con aquella su natural elegancia en el decir y peculiar manera de enseñar, sabía sintetizar, compendiar y resumir, después de investigar, analizar y explorar con detenimiento, el concepto clínico todo de un enfermo, en aquéllos *cuatro clínicos juicios* que al final de toda historia clínica formulábamos, con los consabidos interrogantes: *¿quién padece?*, *¿qué padece?*, *¿cómo padece?*, *¿por qué padece?*; y cuyo desarrollo y profunda interpretación clínica en cada caso concreto, arrojaba aquella luminosa enseñanza que tan prácticas deducciones pronósticas, diagnósticas y terapéuticas, hacían deducir del conocimiento total, acabado y completo, que aquellos juicios permitían formar del enfermo.

Sirvan, pues, estos pobres y primeros renglones, escritos á manera de introducción, como filial testimonio dedicado á la memoria de tan insigne, querido é inolvidable maestro, por uno de sus más modestos discípulos.

## EL PROBLEMA DE LA TUBERCULOSIS

CARTA-ARTÍCULO AL DR. D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Distinguido y muy querido compañero y amigo:

He venido á Barcelona á ver al maestro Ferrán, quien se halla en cama hace más de un mes, y he tenido la satisfacción de encontrarle mejorado en términos notables, y justificando la esperanza de que no ha de tardar en restablecerse,

volver á sus trabajos de laboratorio, y dirigir el concurridísimo consultorio de los sábados; adonde como usted sabe, asisten falanjes de enfermos que, en algunos días, exceden la cifra de 1.200: hecho que no se da, que yo sepa, en ninguna otra de las clínicas de España. Y sabe usted también que esta es labor completamente gratuita, y que en ella se recogen numerosísimas observaciones de todas clases, lo cual permite ir formando un acervo, ó depósito, de hechos interesantes que habremos de aprovechar convenientemente en su día.

Y le escribo á usted esta carta desde Barcelona, aunque pasado mañana he de hallarme en Madrid, porque deseo darme la satisfacción de registrar inmediatamente el contento que me ha producido la lectura de un opúsculo que ha puesto en mis manos el Dr. Ferrán, quien lo estaba leyendo: me refiero al trabajo de usted publicado en EL SIGLO MÉDICO sobre «La reacción de fijación del complemento en tuberculosos tratados con la vacuna antialfa del Dr. Ferrán», del cual mi entrañable amigo el Dr. Cortezo ha tenido la feliz idea de hacer una tirada especial; obsequio que me parece muy plausible siendo estudio al cual hay que reconocer, en debida justicia, gran mérito, por sus enseñanzas y su oportunidad.

Que yo sepa, aparte de otras referencias de usted orales y escritas—es decir, pronunciadas é impresas—acerca de sus observaciones sobre la doctrina de la tuberculosis del doctor Ferrán y el empleo contra ella de la vacuna antialfa, este es el tercer estudio hecho con la minuciosidad, el esmero y la conciencia clínica que caracterizan las publicaciones de usted; y tal circunstancia me sirve para que yo, que es bien notorio vengo siguiendo con mucha atención cuanto se refiere á este orden de investigaciones, quiera fijar esa atención, de modo singular, en lo que arroja de importante el citado trabajo, porque cada día me afirmo más en mi creencia, muchas veces expuesta públicamente, de que cuanta labor se haga persiguiendo el fin trascendental de realizar sólidos progresos en la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis, especialmente dentro del género de los estudios que podemos comprender en lo que ha calificado Ferrán de «La Gran Higiene», es decir, la que se desenvuelve en el campo de la inmunización y de los medios curativos que la naturaleza emplea contra esta enfermedad terrible, debe merecer nuestro más profundo y respetuoso estudio, y la ayuda de quien pueda prestársela: por las condiciones sociales en que se halle, por los medios de que disponga y por las asistencias clínicas á que su profesión le obligue. Sus dos anteriores fueron: primero, aquellas impresiones que recogió usted y hubo de dar á luz cuando se hizo el ensayo de Alcira el año 1919, y segundo, el estudio que usted hizo en los 200 casos de enfermos, de hombres y mujeres, tratados durante un año en el Sanatorio de Valdelatas: el haber enriquecido su contribución con otro nuevo folleto, de índole más especial, atento á estudiar algunas de «las reacciones biológicas de carácter específico» para ver si se podría descubrir variantes sobre la acción terapéutica de la vacuna antialfa, y si las características de la inmunidad con ella obtenidas coinciden con las que son propias de la inmunidad natural, obtenidas con otros productos natural ó artificialmente, constituye el tercero que en la mano tengo.

Permítame usted que, expresándome con esa sinceridad, y, hasta si se quiere, con *lo ingenuo* que caracteriza todos los trabajos míos, lo mismo en el orden oratorio que en el de la publicidad, le diga que me ha conmovido, y me ha llevado al agradecimiento, una vez más, el buen deseo y la intensa labor que veo aplica usted á la ilustración de esta doctrina.



El número de los profesores de reputación que van colocándose en ese mismo terreno donde usted fijó su sentido clínico y sus afanes publicistas, desde hace cerca de cuatro años, está aumentando ya considerablemente; y como los clínicos distinguidos se van presentando en muy distintas naciones de Europa y América, debo considerar tan lógica como legítima la esperanza de que, sobreponiéndose á la bullanga, el desorden y la confusión que sistemáticos adversarios y polemistas de mala fe, producen para que no se haga luz en tan importante materia, esta va rompiendo obscuridades, va salvando resistencias, la luz se está haciendo y por consiguiente no pasará mucho tiempo sin que podamos llegar á deducir aquellas conclusiones fundamentales, que han de estimarse como suficientes, para exponer, con carácter incontrovertible, el valor práctico que pueda ofrecer este descubrimiento, que señaló, ya hace un cuarto de siglo, el autor de otros muchos, parecidos en su naturaleza y en su valor trascendente.

Prescindiendo de unos cuantos puntos y afirmaciones que en el opúsculo me han impresionado, me voy derecho á la tercera parte, donde expone usted los «resultados obtenidos». Como de pasada, y antes de penetrar en su texto, es mi gusto tributar un homenaje de buen recuerdo á los doctores Blanco, González Gutiérrez, Benlloch, Montesino y Such, quienes, en grado más ó menos importante, aparecen también ayudando á usted é interviniendo por consiguiente en la ilustración del problema acometido. En estos resultados expone usted todo lo hecho en 17 casos de enfermos varones, y 24 de enfermas, ya mujeres, y crea usted que aquella columna final donde después de condensar lo referente á las variantes en la fijación del complemento observadas, las dosis de vacuna que en cada caso se emplearon, los días de estancia en el Sanatorio y los análisis bacilares hechos en los esputos, cierra usted exponiendo los resultados terapéuticos conseguidos, me ha conmovido: primero, por el interés honrado que usted ha puesto en averiguar y consignar lo que ha hecho y lo que con su actuación se ha conseguido. Y segundo, por el valor proporcional y el carácter concreto de estos mismos resultados: todo lo cual considero digno de fijar en ello mi atención, y exponiendo aquí la enseñanza que recojo, incorporar este registro á las otras notables enseñanzas que he cuidado de consignar en esas obras mías que están circulando por el mundo.

El adjetivo *honrado* que he usado, con relación á la pureza con que usted ha procedido, no es una caprichosa lisonja que yo empleo para hacerle sonreír: es sencillamente que nada levanta tanto mi espíritu, endulza mis amarguras y alienta mis esfuerzos como el que vea un fisiólogo del gran renombre y de la sabiduría y profunda experiencia clínica de usted, cuando acomete, cumpliendo deberes estrictos, el estudio de esta magna y agitada cuestión de la doctrina de Ferrán sobre la tuberculosis, cómo se despoja de malevolencias y apasionamientos, aplica todas las luces de su saber á la exploración de la verdad, y propaga, más tarde, con perfecta corrección aquello que sus observaciones, bien llevadas, le han proporcionado: porque esta conducta desgraciadamente no es la que siguen muchos de nuestros fisiólogos, ya que hechos y referencias que provocarían escándalo público, si se dieran á conocer tales como son, acreditan que los hay que miran con verdadero odio cuanto se refiere á las investigaciones serias en esta materia, y condenan sin oír, apartándolos completamente y reduciéndolos al silencio, aquellos colegas que, habiendo hecho con tranquilidad y calma serios estudios, quieren exponerlos. No es esto que digo crítica falsa, porque yo siempre fui juez severo para mis dichos y actos, sino expresión de sucesos que á diario llegan á mi conocimiento, y que me hacen deplorar con frecuencia

el que no se haya llevado á la ley penal una sanción para castigar esta clase de delitos: la de los que se oponen, por todos los medios posibles, al remedio de los males públicos, y á la satisfacción de necesidades imperativas en los sufrimientos humanos. Recordando uno de los casos que yo he de presentar como de los más sencillos, ya que quiero apartar la vista y el recuerdo de otros que considero verdaderamente delictuosos, he de referir el de un especialista, quien en ciudad andaluza muy renombrada, visitando los dispensarios, donde eran tratados enfermos de pecho, y haciendo el reclamo y las alabanzas de esas tuberculinas cuyo uso y abuso lo mismo se presta á los juicios buenos que á los juicios malos, al aplauso que á la punición ó castigo, cuando un profesor serio quiso aportar los resultados de la experiencia que le habían dado los casos en que había empleado la vacuna anti-alfa, hubo de atajarle, no dejándole expresarse, con las siguientes frases: «¡Fuera, eso sirve para todo menos para la tuberculosis!», y con este *manotazo oral* (valga la frase), procuró arrojar al suelo y apagar aquella luz que, en problema que se estaba estudiando, quería aportar quien tenía conocimientos y experiencia para hablar sobre la materia: elementos de juicio de que carece en absoluto quien cometió con él tal grosería. Y no es esto lo peor, sino que como de ordinario sucede, ante aquella reprobación hubieron, según se nos dice, de variar su conducta algunos que venían estudiando esta medicación. Y tal manera de proceder, es la que debiera ser severamente juzgada, y en caso de manifiesto error, duramente reprimida, si los hechos acreditaran luego, según sucedió con la vacuna Jenner, con la vacuna anticolérica, con la antitífica... y con otras semejantes, cuando sus geniales creadores les dieron á luz, que se había producido el inmenso daño de haber mantenido en todos sus estragos, dolencias terribles que mataban millones de seres, cuando ya se había resuelto el problema de su inmunidad y de su curación.

En su «resultado de los varones» aparecen 17 casos cuyas historias se resumen, seis curados, cuatro muy mejorados, uno que no era tuberculoso, otro que fué destinado en el curso de su tratamiento á una sala de cirugía para tratarse de un proceso quirúrgico; tres altas que fueron dadas en verano y se supone de individuos curados, pero que por la estación en que salieron del sanatorio los enfermos, no se pudo comprobar con todo rigor la exactitud de la curación. Solamente un individuo de los sometidos á observación salió empeorado, porque su dolencia, tratada durante doscientos diez días, se resistió á los 8  $\frac{1}{2}$  c. c. de vacuna anti-alfa que, en diferentes días, y en pequeñas dosis, se le inyectaron.

El cuadro de las mujeres comprende 24 historias y el resultado no deja de ser menos impresionante. Trece fueron dadas de alta, curadas, cuatro salieron mejoradas, dos igualmente salieron con alta en carácter de curadas pero en verano, por lo cual no se da como puntualizada con un reconocimiento esmerado la situación ó estado en que salieron, aunque es lógico atribuir la resolución de esta salida á que se hallaban bien. Hubo una alta pedida por enferma que estuvo solamente cuarenta y siete días, y á quien no se aplicó en todo este tiempo más que  $\frac{1}{2}$  c. c. en una inyección, de la cual, sin duda alguna, por la molestia que la ocasionaba, hubo de resolverla á pedir el alta. Tratábase de enferma que había perdido 11 kilos de peso, que tenía algo de tos, escasa expectoración, fatiga, en la que no se halló el bacilo de Koch, y presentaba una infiltración en el vértice derecho. Cuatro enfermas salieron habiendo empeorado; una de ellas estuvo ciento doce días; se le puso una cantidad de 1,9 c. c. en cuatro inyecciones; había entrado muy mala, con hemoptisis abundante, mucha fatiga, pérdida de peso y de fuerzas, expectoración purulenta, y hubo de dársele el alta porque empeora-



ba. La segunda enferma no se le puso más que 1 c. c. en cinco dosis con estancia de ciento diez y siete días, y en vista de que no mejoraba se le hizo una inyección diaria de suero antialfa durante treinta y cuatro días. Como no mejoró, porque empeoraba su estado, se la dió de alta. La tercera estuvo ciento once días, se le pusieron nueve inyecciones que en total sumaban 2,6 c. c. de vacuna, y como empezase á empeorar se le dió el alta. La cuarta estuvo sesenta y siete días, se le puso 1 c. c. en cinco inyecciones en el transcurso de un mes, y porque siguieran los fenómenos y síntomas graves con que entró y se advirtiese que aumentaban, se le dió también el alta.

Sirven estos datos—confirmatorios de aquellas mismas observaciones que en cifras más considerables ha expuesto usted en las ocasiones anteriormente citadas— para demostrar, con su autoridad y su independencia, la seriedad clínica y exactitud informativa de los partidarios, hoy ya en número de miles, que tiene la doctrina de Ferrán. Por esto, cuantos pretenden destruir los fundamentos de nuestras comprobaciones utilizando con aquellas y sinceras declaraciones que Ferrán—carácter verdaderamente austero como pocos, según ya he tenido buen cuidado de consignar en mis obras—ha hecho, hace y hará siempre que se le presente ocasión, de que él no ha propagado su doctrina y su vacuna como un remedio curativo de la tuberculosis, no hacen más que acudir á las artes de los que le discuten con mala fe. Ferrán no se ha cansado de decir en sus monografías, notas y discursos, y yo he llevado á mi libro «Vae Inventori bus Magnis» (véanse págs. 441 y 442) que se lamentaba con frecuencia de que sus colegas, por no fijarse bien en el fondo de estas cuestiones, y no conocer su doctrina, experimentasen lamentables extravíos cuando discurren en el terreno de la clínica. Una vacuna constituida por bacterias no ácido-resistentes, transmutables en bacilos ácido-resistentes, no puede curar las alteraciones peculiares de la tuberculosis confirmada, producidas por las toxinas lipoides de este bacilo. Resulta absurdo é ilógico pretender que con antígenos que no sean bacilos de Koch, pueda prevenirse ó curarse el daño que sólo él puede ocasionar y produce con esas toxinas. Y más todavía: desde el momento en que dichas toxinas lipoides no dando origen á anticuerpos correlativos, poquísima confianza cabe tener en que las alteraciones que producen puedan curarse con sueros y vacunas. No hay que olvidar la ley fundamental de que los antígenos patógenos solo curan, produciendo anticuerpos, aquellas alteraciones que son capaces de ocasionar cuando son virulentos. Y advierte que pocos se han percatado de que un agente terapéutico, por capaz de producir una hidrólisis rápida de los tubérculos, del pus caseoso, de los tejidos esclerosados y del bacilo de Koch, en tal grado y modo agudizaría, intensa y bruscamente, la enfermedad, que el remedio sería más desastroso que la enfermedad misma.

Y si esto explica lo que se quiere desconocer, sobre lo cual él insiste porque constituye una derivación obligada de su doctrina que los nuevos antígenos bacterianos por él descubiertos, y que previenen la tuberculosis inmunizando contra las bacterias agentes de las infecciones pretuberculosas, no pueden reparar el daño ocasionado por aquella acción nefasta de las toxinas lipoides: añade, además, que si se producen beneficios, según ha observado usted en su abundantísima clínica y profundos estudios, con la vacuna, es porque modera en lo posible las inflamaciones perifocales; y si muchos de estos individuos curan radicalmente, débese á los diversos grados de la ácido-resistencia que determinan las diferentes virulencias tuberculógenas.

Pero, saliendo al encuentro de estas críticas que hacen

sus adversarios, Ferrán ha dicho que, en la influencia sobre los procesos tuberculosos, él respondía de que la vacuna antialfa produciría proporcionalmente mayores beneficios que todas las tuberculinas conocidas, y los hechos vienen confirmándolo; sobre este particular hay que recordar lo que dijo el profesor Kolle, en la última de sus conferencias dadas en Madrid, cuando se expresó así: «hace falta que reconozcamos la necesidad de emprender nuevas orientaciones para resolver este gran problema, pues incluso la quimioterapia que constituía una esperanza, ha fracasado». Y cuando estas autorizadas condenaciones se escuchaban, y los hechos por todas partes hablan elocuentemente, ¿qué juicio vamos á formar de la afirmación que registra, en un libro sobre la tuberculosis, un sañudo adversario, cuando dice que de los tuberculosos por él tratados con la tuberculina ha obtenido 88 por 100 de curaciones ó más? La comprobación de esto, severamente practicada, habría de convencernos á todos de quién era el verdadero propalador de un «Bluff», cuya desahogada propaganda no puede menos de hacer soltar la carajada á los tisiólogos; quienes habrían de reclamar que, á ser exacta semejante afirmación, el problema de la tuberculosis estaría ya resuelto, la humanidad se hallaría de enhorabuena, y toda la superficie de la tierra sería poca para cubrir la de monumentos en honor de esta segunda divinidad salvadora del hombre.

Por no alargar más esta carta, ya demasiado extensa, he de decirle que, leyendo yo, y comentando, aquellas discretas consideraciones que usted hace sobre «las irregularidades en el resultado de la fijación del complemento, y los defectos que, por consecuencia de ellas, encuentra en este método biológico, para fundamentar en él, así el diagnóstico del proceso como del cambio humoral representativo de la inmunidad», he de escucharle explicaciones que, con maravillosa lucidez y elocuencia, me expuso, dándome una pequeña conferencia que, á ser yo taquígrafo, hubiera recogido con solícito empeño, como deben ser tomadas siempre las enseñanzas de los maestros investigadores. La variedad de razas bacterianas que dan origen á distintas especies de bacilos de Koch; la diversidad de los animales y de los órganos de que proceden, imprimen carácter más ó menos variado á las reacciones. Sería curioso—dice Ferrán—repetirse el Dr. Blanco las experiencias de fijación del complemento valiéndose de animales de una misma especie, tuberculizados todos ellos con un mismo virus tuberculoso, dotado de su máxima virulencia; es decir, con un virus de virulencia fija, esto es, lo que se llama *virus ad maximum*; entonces sería lo más probable que todas esas discrepancias se borrasen. He de recordar á usted, que estas consideraciones se hallan ampliamente estudiadas, y con toda claridad expuestas, en monografías suyas, de las cuales yo hice lecturas en Santander, en Zaragoza, en Lérida y en la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, con ocasión de darles conocimiento de su precioso estudio sobre las paradojas científicas de la tuberculosis, el teorema de Hazen... y otros que no recuerdo. No olvidaré la impresión que hubo de producir, en nuestra Academia, aquella sutileza maravillosa de su experimentación y de su raciocinio, al extremo que algunos de nuestros más conspicuos compañeros, hubieron de decirme, cuando se terminó el acto, y vinieron á felicitarme, que la doctrina que había presentado inducía á pensar en profundos y muy importantes estudios.

Perdóneme, querido Codina, esta disertación á que me han llevado, insensiblemente, dando largas con mi desproporción característica, unas cuantas impresiones que me ha producido su precioso trabajo. Penetrado, como usted sabe, y en nuestras conversaciones muchas veces he expuesto,



del mérito de un venerable maestro, cuya ejecutoria constituye un pasado tan indiscutible, que difícilmente se encontrará quien lo pueda presentar semejante, habrá de disculpar que recoja, con gratitud, aquella su coparticipación con mis sentimientos tantas veces expresados. Yo aplaudo las hermosas manifestaciones con las cuales usted empieza su exposición, cuando dice que los trabajos que usted lleva publicados acerca de la vacuna antialfa entrañan, cuando menos, dos conclusiones en la opinión de usted sobre ella: 1.<sup>a</sup>, que usted es un admirador de la lógica que encierra la revolucionaria teoría de la bacteriología de la tuberculosis, procedente de uno de los más fecundos y geniales bacteriólogos de nuestro tiempo, y 2.<sup>a</sup>, que dicha teoría, por la referida lógica de que está impregnada, y por la autoridad universalmente reconocida del autor, merece ser contrastada en la imparcial y serena región del laboratorio, y en el campo fecundo y amplio de una clínica seria y rigurosa; no en esa polémica extracientífica y pública, donde los epítetos más entusiásticos y los conceptos más molestos sólo sirven para oscurecer y para despistar la verdad. Esta es la tesis que viene sosteniendo y la conducta que desea ver seguida, su siempre afectísimo amigo, que le admira y quiere,

ANGEL PULIDO.

Barcelona, 13 de Febrero de 1923.

## ICTERICIAS QUIRURGICAS

Extracto de la Conferencia dada en el Ateneo de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina, por el Dr. Sloker.

Después de agradecer la invitación que me ha hecho el Ateneo de Alumnos Internos, del que mi padre, que también fué mi maestro, fué uno de los fundadores, de dar una conferencia, paso á exponer un tema que después de recapacitar sobre la transcendencia que pudiera tener por su amplitud y dado el exiguo tiempo que tengo para desarrollarle, podía dejar reducido á términos tan modestos como los de «Una conversación acerca de algunos puntos de la cirugía de las vías biliares». Seguramente no podré decirles nada nuevo, y menos en este lugar, sería osadía en mí, y me limitaré al recuerdo de aquéllos casos más interesantes de mi práctica que se hayan salido algo de la vulgaridad y que pueden tener alguna enseñanza con sólo recordarlos. Con el objeto de abreviar expondré profusamente esquemas, fotografías y piezas, que ahorren palabras y á ustedes exceso de atención de la que no puedo abusar.

La ictericia mecánica es siempre producida por una obstrucción de las vías biliares, bien por la oclusión de los conductos principales y por causas intrínsecas, extrínsecas ó por defectos congénitos ó adquiridos, de la desembocadura del colédoco en el duodeno, como ocurre en la estrechez cicatricial ó en la procedente de úlceras del propio duodeno ó de las que produjeron cálculos, que aun expulsados, hicieron una erosión y su cicatriz determinó una estrictura.

La antigua ictericia catarral, que después de la época pasteuriana se llamó con demasiada liberalidad ictericia infecciosa, pudo ser determinada por aquél «tapón de moco» que entonces y luego se vino describiendo, por pus, por sangre, por cálculos, etc. Es indudable que las bacterias, infectando por vía ascendente los

conductos biliares, pueden determinar inflamación, estancamiento y obstrucción, y la albúmina del moco y de los exudados favorecer la precipitación de la coles-terina y más directamente la del biliruminato de cal, principal constituyente de los cálculos más opacos de las vías biliares. Lógico es que las inflamaciones, tumores, quistes de la cabeza del páncreas, del píloro, del duodeno y del hígado, puedan comprimir por fuera y determinar también la obstrucción.

Tanta importancia como la ictericia producida por cualquiera de los mecanismos que hemos expuesto, la tiene la ocasionada por el pinzamiento ó ligadura que inopinadamente puede practicar el cirujano durante la extirpación de la vesícula biliar y á la que pudiéramos llamar, no sólo ictericia quirúrgica, sino también «ictericia operatoria». Requiere la intervención del cirujano en ocasiones y no con mucha frecuencia, es cierto, pero por la misma apremiante necesidad, la persistencia de fistulas, por herida del colédoco ó el hepático. Un ligero recuerdo de Anatomía nos explicará claramente de qué modo llega una fase quirúrgica de un enfermo de vías biliares y cómo los órganos próximos, estómago, duodeno y páncreas, pueden sus lesiones originar ictericia ó cómo pueden enfermar como consecuencia de la litiasis biliar.

La segunda porción del colédoco que pasa tocando el páncreas, al hacerlo, ó descansa sobre la cabeza, ó hace un surco sobre la misma ó perfora el parénquima, para penetrar en la cara posterior del duodeno y desembocar en la ampolla de Water. Esta desembocadura se puede hacer de muy diferentes maneras anatómicas, que ya recordó el Dr. Cervera, ilustre cirujano del Instituto Rubio, en sus conferencias á propósito de «Litiasis biliar y sus asociaciones gastro-duodeno-pancreáticas». Unas veces esta ampolla de Water forma hacia la luz del duodeno un largo espolón que á modo de dedo se insinúa y queda flotante en la luz duodenal, llevando conjuntamente el conducto colédoco, el pancreático y en ocasiones el accesorio de Santorini.

Las distintas modalidades corresponden á una reducción de esta descrita ampolla que es de menor tamaño, y aun llega á más, á formar una excavación ó seno en la pared duodenal en cuyo fondo con un esfínter más ó menos definido se verifica la desembocadura de los conductos citados, siendo más aptos para la infección de las propias vías biliares los tipos anatómicos que menos papila aparente tienen. A partir de este momento, fácil es comprender cómo los cálculos, que en la ampolla de Water se detengan al propio tiempo que determinan la estancación biliar, ocasionen subsiguientemente la pancreática, que con la colangitis siempre concomitante se asocia naturalmente á los fenómenos inflamatorios del lado del páncreas, que por sí no es infrecuente ver determinen sin cálculo la ampolla también compresiones del colédoco, que á menos de desembocar de una manera independiente (como se han descrito casos) no determinen ictericia.

La infiltración fosfática, como el cáncer de la cabeza del páncreas primitivo ó propagado del píloro, determina igualmente estancaciones, y las ligeras lesio-



nes de dicha cabeza la determinarán también con mayor ó menos facilidad según el colédoco pase, canalice ó perfore esta cabeza del páncreas. Prescindiendo por el momento del síndrome que acompaña á la ictericia, agudo ó crónico, es forzoso llegar á un diagnóstico preciso para no tener al enfermo indefinidamente enmarañado en las redes de un tratamiento médico, cuya eficacia nunca llega, y expuesto á todas las contingencias de la retención biliar y pancreática, y tal vez á la incurabilidad, perdiendo el oportuno momento en que una intervención pueda ser curativa y salvadora.

De momento únicamente diremos algo del diagnóstico de la litiasis biliar por radiografía.

Creo haber sido el primero que en España, y mucho antes de que en la Sociedad Radiológica el Dr. Piga presentara radiografías de cálculos, obtenidas directamente de los extraídos en las autopsias, hiciera á la Real Academia de Medicina una comunicación á propósito de un caso de expulsión por vómica de cálculos biliares, después de una colecistitis supurada y que obtuve colocando sobre una placa seis ú ocho de los mismos, obteniendo una débil opacidad. (Por aquél entonces la Sociedad de Radiología no estaba aún constituida, según creo.) Allí intervinieron los Dres. Calatayud, Azpeitia y Navarro, no llegando á más conclusión que la de la dificultad que existe de obtener imágenes radiológicas puras de cálculos biliares, sobre todo en individuos gruesos, conclusión á la que llegó también el Dr. Carro en un artículo de *Los Progresos de la Clínica*.

La absorción de rayos secundarios, el espesor de las paredes, las dificultades de colocar el compresor en enfermas, por ejemplo embarazadas, contribuye á no poder obtener imágenes claras. Sin embargo, sombras de vesícula biliar con colecistitis, ya se obtienen lo mismo en el extranjero que en España y pueden servir para un diagnóstico diferencial, siempre que haya infección en vesícula. No podríamos decir lo mismo de un cálculo del colédoco sin ictericia para distinguirlo radiográficamente de cálculos renales ó ureterales. La manera cómo se agrupan las lesiones de los órganos próximos gráficamente la expuso Cervera con cuatro círculos que representaban el estómago, el duodeno, el páncreas y el hígado, que pueden entrar en contacto dos de ellos, los tres ó los cuatro, según las modalidades de lesión que puedan presentarse. Por ejemplo, una úlcera duodenal, que deja una cicatriz en la papila hace enfermar al hígado, al páncreas y al duodeno. El estómago con una úlcera en su cara posterior que se perfore, ocasiona una pancreatitis aguda probablemente gangrenosa y que exige una intervención inmediata, y en ocasiones también una colangitis que exige un desagüe biliar.

Finalmente, en los casos de colecistitis con ó sin litiasis del colédoco, estamos obligados á intervenir y nos encontramos, en ocasiones, con que al formar el pedículo inferior de la vesícula biliar formado por el cístico y los repliegues peritoneales que llevan la arteria ó las arterias císticas, al momento de cogerlo con la pinza si es muy corto, y hacemos gran tracción, no es difícil seccionar el propio conducto colédoco que por el pronto

queda cogido con una ligadura, que fácilmente luego se suelta y deja persistente una fistula biliar de dicho conducto. Las anomalías del nacimiento y trayecto de las arterias císticas influyen mucho en este accidente operatorio, según vayan al lado del cístico ó por delante ó por detrás de él y que forman mayor ó menor relieve, pues en ocasiones, hasta se pueden ligar aisladamente, como se ha propuesto y conseguido Gosset, para luego tirar hacia arriba de la vesícula cogida por el cístico y desprenderla suavemente de su lecho hepático dejando por delante y por detrás cuanto peritoneo sea dable dejar, con el objeto, si es posible, de suturar los dos labios al final, contribuyendo á disminuir, en lo posible, la hemorragia del parénquima hepático.

Otras veces la lesión operatoria sobre el colédoco tiene más importancia, pues al hacer tracción sobre el cístico tiramos del colédoco en tal manera que se forma un ángulo, y al seccionar con la tijera entre las dos pinzas, hemos hecho una doble sección del colédoco, que de comprobada inmediatamente nos obliga á practicar una sutura, bien á lo cofey en el uréter, ó como hace Soullivan, colocando entre los dos extremos suturados un tubo en T que asegura la comunicación entre los dos extremos que se suturaron, y al propio tiempo al exterior de la salida de la bilis. Otras veces esta sutura resulta un poco tirante, y sin recurrir á artificios de autoplastia con venas, aponeurosis, etc., es suficiente el refuerzo de un capuchón circular con un trozo de epiploón libre reforzado con suturas y colocación del mencionado tubo.

Alguna anastomosis se verá el cirujano obligado á practicar del colédoco con el duodeno, cuando al deshacer adherencias de los grandes procesos que ocasionarían una peritonitis adhesiva que engloba brutal y ciegamente órganos próximos, y si tiene la suficiente longitud como hace Mayo para terminar, yo he tenido ocasión de practicar una duodenostomía anterior, para hacer una incisión de la ampolla de Water y extraer un cálculo, y después de hacer las suturas correspondientes de la dicha ampolla y del duodeno, sobrevenir una estenosis cicatricial que determinó una ictericia que hubo que tratar con nueva duodenostomía y colocación de un tubo permanente en la ampolla de Water y conducto colédoco que en un enfermo ha sido expulsado después de ocho meses y seguido de curación, y que en otro persiste *in situ* después de cuatro meses.

Hay ocasiones en que la litiasis determina lesiones elementales en la vesícula biliar caracterizadas por aumento de volumen, retención de moco y ligeras molestias por compresión, cuadro que se denomina hidropesía de la vesícula biliar y en el que constantemente se encuentra un cálculo enclavado en el cístico, que impide el aflujo de la bilis á la vesícula, y, en cambio, retiene el moco vesicular que distiende su cavidad.

El tamaño contrasta como ustedes ven con el de una vesícula afecta de colecistitis calculosa que es espesa de paredes, opaca, teniendo adherencias y un tamaño reducido, así como en la hidropesía es transparente, blanquecina, de delgadas paredes, y como dijimos en un principio, de un tamaño enorme. En algunas oca-



siones este tamaño la hace simular un quiste hidatídico y he tenido ocasión de ver una enferma diagnosticada de tal, en la que juzgué se trataba de una hidropesía vesicular por haber tenido un cólico único por el tamaño enorme, ligerísima fiebre (no había ictericia) y disminuía de cuando en cuando sin causa apreciable, permitiéndome estos cambios de tamaño, sin esperar á los análisis de sangre; eliminar el quiste hidatídico.

La vesícula biliar con cálculos infectada puede al agudizarse esta infección tender á la perforación, bien hacia el estómago, al duodeno ó al riñón, ó al intestino delgado ó grueso. En este último en ocasiones determinando los cálculos biliares de gran tamaño, que son un molde de la vesícula, una oclusión intestinal por taponamiento de la luz, que exige una intervención.

Cuando son varios pueden darse varios casos; ó se eliminan todos, ó se elimina parte de ellos por el intestino, y en otras ocasiones, formando un flemón que se adhiere á la pared, al abrirle sale pus, y detrás cálculos. Así me aconteció en una enferma operada hace año y medio, que después de haber rehusado la intervención por haber disminuído la fiebre y los síntomas dolorosos, se reprodujo la colecistitis aguda, haciéndose purulenta, con flemón parietal y signos de peritonitis que se localizaron, y después de eliminar en una deposición un grueso cálculo esférico, al intervenir salió con el pus un cálculo cóncavo por la cara, que estuvo en contacto con el eliminado primeramente y con la forma de la vesícula en el resto de su configuración.

En ocasiones la vesícula biliar afecta de pericolecistitis en el proceso de adherencias, que día por día van extendiéndose y comprimiendo, llegan á hacerlo en píloro, cuya estenosis puede ser tan acentuada, y cuyos signos clínicos enmascaran el verdadero proceso de colelitiasis, que el enfermo en clínica parece un afecto de estómago. Así tuve ocasión de operar una colecistitis antigua con estenosis de píloro, que me obligó á quitar la vesícula biliar y á practicar una gastroenterostomía. En otras circunstancias, y separándonos de los casos corrientes de litiasis de las vías principales, se nos presentan en la clínica enfermos cuyo estado de marasmo y cuya ictericia bronceada es tal, que el enfermo parece un adissoniano, y cuyos trastornos afectan á célula hepática de una manera intensa.

Casi siempre suelen ser estos enfermos los que tienen cálculo enclavado en la ampolla de Water, y que son objeto de historias clínicas muy accidentadas, como ésta que en breves rasgos expondré á ustedes:

Una enferma con ocho años de litiasis y tres de ictericia permanente, la opero en el Instituto Rubio después de la previa preparación que sigo en todos estos enfermos de aplicar suero normal de caballo, cloruro de calcio y aceite alcanforado. Practico la colecistectomía, y para poder extraer el cálculo de la ampolla de Water tengo que practicar una duodenostomía anterior, que me permite incindir la ampolla de Water, extraer el cálculo de gran tamaño, suturando por separado los labios de dicha ampolla; luego el duodeno, con

sutura transversal, y cuando la enferma después de quince días está en convalecencia, deposiciones coloreadas y bastante disminuía la pigmentación de la piel, vuelven las evacuaciones albinas y se consolida el cuadro nuevamente de ictericia con retención, fiebre, etcétera. Poco después, pensando que se ha obstruído la ampolla por la cicatriz de la incisión de la ampolla, á la que ha contribuído la de la ulceración de tanto tiempo de permanencia del cálculo, vuelvo á abrir, deshago la sutura del duodeno y le coloco un trozo de sonda de Nélaton del núm. 19 en la desembocadura del colédoco hasta la luz intestinal, tubo que dejo abandonado y suturado con catgut: nueva sutura duodenal. A los tres días la herida está húmeda, sueltos los puntos de la pared, y compruebo la existencia de una fístula duodenal, que rápidamente se ensancha y que imposibilita la nutrición, pues cuantos alimentos ingiere salen por la herida.

Esperando el consentimiento de su esposo transcurren cuarenta y ocho horas más en un estado de gravedad extrema, y por fin me decido por mí á intentar nueva operación y la practico una exclusión de píloro y disecando la pared del duodeno, suturándola por tercera vez y reforzando esta sutura con epiploón la enferma poco á poco se repone, no vuelve la fístula duodenal, y en la actualidad está la enferma curada sin ictericia, y practicada una radiografía el tubo ha sido eliminado ya. Cosa semejante pero sin fístula duodenal me ha pasado en otro enfermo cuya radiografía presento á ustedes, y en la que se ve todavía el tubo en el duodeno que ha permitido no se reproduzca la ictericia y el enfermo se encuentre curado. Espero que como en la enferma anterior, este tubo sea eliminado sin inconveniente y tenga el mismo resultado favorable definitivo que en la señora á que antes me refería.

Como han visto ustedes por estos esquemas, piezas y fotografías en color que hemos proyectado, se salen la mayor parte de los casos de la vulgaridad, y cuando ya tiene uno larga experiencia en estos asuntos, se presentan casos cuyas resoluciones hay que ir imaginando en cada uno, y que en realidad no están en los libros más que en la preparación clínica de cada cirujano, contribuyendo en ocasiones, aparte su habilidad técnica, su firme resolución y hasta valentía para afrontar situaciones difíciles que de otro modo quedarían sin resolver. Hoy ya se va operando más en nuestro país al enfermo de litiasis biliar y á ello ha contribuído, hay que proclamarlo, un espléndido trabajo premiado por la Real Academia Nacional de Medicina, de D. Juan Bravo, recopilando los casos de cirujanos españoles y aportando su personal experiencia, que ha servido de acicate y estímulo á los que después hemos cultivado con amor esta rama de la cirugía.

Estas conferencias del Ateneo de alumnos internos representan laboriosidad, y yo les felicito á ustedes por ello. Pertenecemos á un país que todavía puede volver á ser grande, y únicamente trabajando puede serlo.



## El exudado uterino (loquios) en la endometritis puerperal

POR EL

DR. LUIS G. GRET

De la Clínica de Julio Méndez (Hospital Ramos Mejía),  
médico de la Clínica Obstétrica y Ginecológica  
del profesor Enrique Zárate, y jefe de trabajo de la cátedra  
de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Plata  
(Buenos Aires).

### I

A continuación del estudio clínico de la endometritis puerperal, agregaremos aquí algunos conceptos, respecto a la secreción uterina en esta afección.

Se conoce por secreción uterina puerperal, ó loquios, ó flujo loquial, a la excreción de un conjunto de residuos desintegrales, trasudaciones y exudaciones, que son el resultado inmediato del proceso de la involución normal.

Los caracteres macro y microscópicos, que ofrece este exudado, en los procesos normales, no nos interesan aquí; por lo que nos concretaremos a enunciar los de las endometritis constituídas, que ha sido el problema que nos ha preocupado.

La denominación de *exudado uterino* ó vaginal en las endometritis, la preferimos a la de *loquios*, debido a que ésta despista un poco el concepto de su verdadera etiología, constitución y función biológica.

Hay que distinguir el exudado uterino, del exudado vaginal, primero, por su constitución, y segundo, por el papel que desempeña cada uno en sus respectivas cavidades.

Por lo tanto, estudiaremos, primero, el exudado uterino, y segundo, el exudado vaginal.

Se considera alterada la secreción uterina, cuando se hace purulenta, ó cuando su olor característico se hace fétido.

La purulencia indica que el endometrio es sitio de un proceso inflamatorio, idéntico al que puede pasar en cualquier otro órgano.

Así, por ejemplo, un germen al irritar un tejido, provoca *in situ* la congestión, luego aparece la exudación, la infiltración leucocitaria, más tarde el pus, que en un simple forúnculo sale mezclado con serosidad y algunas partículas de necrosis celulares, y en el útero sale además mezclado con los productos de desintegración propios de la involución uterina.

Esto es lo que se observa en los casos que reaccionan bien, frente a la enfermedad, no siendo así en los casos donde la reacción orgánica es casi nula é intensa la infección, exactamente igual a lo que sucede en cualquier parte del organismo en condiciones semejantes; son los casos en los cuales el clásico ciclo inflamatorio presenta variantes que han dado lugar a múltiples y equívocas interpretaciones.

La falta de reacción orgánica hace que no se produzcan los exudados inflamatorios que constituyen una parte de la excreción uterina en esta enfermedad.

Por otra parte, la inflamación misma detiene la in-

volución que trae como consecuencia la no expulsión de los productos desintegrales, propios de este proceso, y que constituyen la otra parte del exudado uterino.

Es así, que concebimos perfectamente la formación de las pseudomembranas que recubren la cara interna del útero, encontradas en las autopsias de todas las endometritis graves, y, por lo tanto, sin exudado loquial en vida.

Si en una endometritis grave, el tratamiento provoca una reacción orgánica, trae, por consecuencia, el aflujo de exudado y la reanudación del proceso involutivo, motivando desintegraciones, haciendo estos elementos desprender esas pseudomembranas, que recubre el endometrio.

En estos casos, no pudiendo atribuir a la retención del exudado uterino la mayor gravedad, como aseguran muchos, se nos ocurre preguntar: ¿qué es lo que enferma y mata? He aquí el desconcierto y se habla teóricamente de septicemia, de bacteriemia, de sapremia, de estercoremia, etc., etc., siendo todo esto, a nuestro entender, sólo términos por cuanto ni clínica ni anatomopatológicamente tienen explicación.

En nuestro concepto, la gravedad de estos casos es debida a la virulencia de la lisina (1) puesta en circulación, frente a la falta de reacción orgánica, que constituye el factor más importante.

Decíamos que, además de la alteración purulenta del exudado uterino, se involucra bajo la denominación de «loquios alterados», al cambio de su olor característico, por la fetidez, la que puede ser debida a dos causas; la primera, y por lo general la más frecuente, es causada por retenciones placentarias, las cuales alterándose dan el olor propio de toda putrefacción, lo que termina en cuanto el resto placentario sea eliminado.

La segunda causa, es debida a la proliferación en el endometrio de bacterias, principalmente de colibacilos, los que provocan un olor nauseabundo semejante a las putrefacciones.

Ahora, en cuanto al exudado vaginal no reviste la misma importancia en esta afección, debido a que sus modificaciones constitucionales están dependientes casi absolutamente de las variaciones que efectúe el exudado uterino.

Estudiaremos primero la constitución, el papel biológico y la interpretación del exudado uterino, y luego las de exudado vaginal.

Llama de inmediato la atención al observar enfermas de endometritis, que la cantidad de exudado uterino varía de una paciente a otra.

Así vemos, como ya hemos esbozado ligeramente, gran cantidad de exudado en las endometritis benignas, ó en las que terminan favorablemente su ciclo evolutivo.

Vale decir, resumiendo, que hay gran cantidad de exudado uterino en las enfermas que resisten perfectamente la infección, y, por el contrario, la cantidad de exudado es pequeña ó nula en las endometritis

(1) Véase teoría biológica de la inmunidad de Méndez.



graves, en plena algidez del proceso; manteniéndose con este carácter mientras se agrave la enfermedad, y cambiando para hacerse abundantes con la mejoría de la enferma.

La extracción del exudado uterino se hace fácilmente empleando una sonda Nélaton con una jeringa común.

Macroscópicamente examinado el exudado, llama la atención su color, el que varía según el mayor ó menor lapso de tiempo transcurrido desde el parto; así, en los exudados de endometritis sobrevenidas poco tiempo después de éste, presentan una coloración amarilloverdosa achocolatada, haciéndose menos marrón rojiza y más amarilloverdosa á medida que se distancia la fecha del parto.

En los casos en los cuales la infección ha sobrevenido seis, siete ú ocho días después de comenzado el puerperio, la coloración del exudado es francamente amarilloverdosa, salvo en los casos en los cuales haya retenciones placentarias, las que le dan una coloración amarilloverdosa parda.

La densidad del exudado presenta variaciones importantes, que los autores las pasan por alto ó no las asignan importancia alguna.

Nuestra observación nos ha demostrado que la densidad del exudado tiene una correlación neta, con la gravedad de la endometritis.

Así, en las endometritis graves los exudados son densos y grumosos, coincidiendo con su escasísima cantidad, caracteres que si se acentúan llegan á constituir las pseudomembranas que hemos mencionado.

Por el contrario, en las endometritis benignas el exudado es menos denso, menos grumoso, y es mayor su cantidad, como hemos dicho, acentuándose estas características á medida que la enfermedad marche hacia la curación.

El olor varía, y ya nos hemos ocupado respecto á sus caracteres y causas que lo producen.

Centrifugando el exudado uterino, se divide en dos capas, una superior y otra inferior.

La superior es serosa, de color amarillo rojizo, con variantes respecto á la proporción cuantitativa con la capa inferior, y cuyo examen químico revela albúminas.

La inferior es densa, del mismo color que el exudado centrifugado, siendo generalmente de mayor cantidad que la capa superior; pero, como hemos dicho, la proporción presenta variantes.

La proporción de ambas capas entre sí está en relación perfecta, no sólo con la gravedad de la enfermedad, sino también con su evolución.

Así, en las endometritis graves la centrifugación del exudado uterino lo divide en dos capas, como hemos dicho, una superior cuatro ó cinco veces más pequeña que la capa inferior, acentuándose más esta diferencia á medida que se agrava la enfermedad.

Por el contrario, con la mejoría de la enfermedad, en la centrifugación del exudado uterino aumenta día á día su capa superior, disminuyendo proporcionalmente su capa inferior.

En las endometritis benignas, ó las tratadas convenientemente, la centrifugación del exudado uterino forma sus dos capas como en el caso anterior, pero sus cantidades presentan diferencias menores.

Estas últimas observaciones están en perfecta correlación con la cantidad de exudado que produce cada endometritis, según el tipo á que pertenezca, grave ó benigna, como así también con su aspecto macroscópico. Conocida la constitución de la capa superior, estudiaremos microscópicamente la capa inferior.

Es con pequeñas variantes, iguales en las distintas etapas evolutivas de la afección, estando constituida por gran cantidad de polinucleares neutrófilos bien conservados, de glóbulos de pus (éstos aumentan proporcionalmente á los polinucleares durante la algidez del proceso), glóbulos rojos (tanto más escasos cuanto más larga sea la evolución), fibrina y mucus (en menos cantidad á medida que regresiona la enfermedad), células epiteliales y gran cantidad de gérmenes, cuyo conjunto da el aspecto macroscópico descrito.

Los gérmenes han sido ampliamente estudiados en un artículo anterior (1), y sólo agregaremos aquí que al examen del exudado se los encuentra intra y extracelulares.

Las observaciones presentes son una prueba más de las leyes biológicas que Méndez ha establecido hace muchos años para las pleuresías purulentas, el pus de ciertos abscesos, etc., etc.

En cuanto al exudado vaginal, propiamente dicho, es sumamente pequeño y sin importancia en la endometritis, pero como generalmente se involucra con éste al exudado uterino que ha salido de este órgano y se encuentra en la vagina, sólo agregaremos á lo dicho respecto al exudado uterino, que observamos en él una más rica variedad de gérmenes.

## II

¿Qué papel desempeña el exudado uterino en la endometritis? ¿Es sólo como producto de desecho? ¿Por qué esas variaciones constitucionales en las distintas etapas evolutivas de la enfermedad? ¿Por qué esas variaciones cualitativas y cuantitativas según la gravedad de la afección?

Teniendo presente los conceptos biológicos de Méndez é interpretando la endometritis como un simple y común proceso inflamatorio, es fácil imaginar que el exudado uterino no es patógeno y, por el contrario, es portador de anticuerpos curativos.

Para probar esta hipótesis emprendimos una serie de experiencias de laboratorio que nos han probado la verdad experimental de ese concepto.

Una de las experiencias más sugestiva es la siguiente: se extrae exudado uterino (de más está decir con todas precauciones de asepsia) que se coloca en un tubo de ensayo, que dejamos en la estufa á 37°, veinticuatro horas.

Al mismo tiempo hacemos una serie de cultivos en los medios comunes del mismo exudado extraído.

(1) EL SIGLO MEDICO núm. 3,594, «Etiología de la endometritis puerperal».



Puesto á su vez en la estufa á 37°, al cabo de veinticuatro horas observamos una inmensa proliferación de colonias, imposible de diferenciar una de otra, encontrándose al examen microscópico gran cantidad de diplococos, diploestreptococos de cadenas cortas, colibacilos y estafilococos.

Del exudado uterino que hemos tenido veinticuatro horas en la estufa, hacemos una nueva serie de cultivos en medios comunes y la colocamos á 37° veinticuatro horas y vemos la proliferación de un número infinitamente inferior de colonias, predominando las de diplococos y diploestreptococos, luego las de estafilococos, y la desaparición casi absoluta de las de colibacilos.

Ante esta observación hemos extraído exudado uterino al que hemos centrifugado asépticamente, y conseguida su capa superior, la agregamos á cultivos líquidos y sólidos.

En cultivos así preparados, hemos sembrado en ellos un exudado uterino recién extraído de la enferma, los colocamos veinticuatro horas á 37°, y así vemos la proliferación en todos los medios de cultivo de pequeño número de colonias de diplococos, diploestreptococos, estafilococos y una que otra colonia pequeña de colibacilos.

De más está decir que una serie de experiencias de comprobación sobre estas observaciones nos autorizan á enunciarlas sistemáticamente como lo han sido expuestas.

Resumiendo; tenemos que el exudado uterino tiene una manifiesta acción bactericida para todos los gérmenes intrauterinos y principalmente para el colibacilo.

Todo esto en la práctica clínica nos ha probado brillantemente la verdad de nuestra hipótesis y de nuestras experiencias de laboratorio que llevaron á un fin práctico estas ideas.

Estudios análogos de Perazzi apoyan nuestras observaciones.

Méndez aplica también los exudados inflamatorios para la curación de una serie de otras afecciones, de acuerdo á su conocida teoría de la cavidad cerrada.

Ahora que conocemos y explicamos perfectamente todos estos fenómenos, se nos ocurre preguntar: ¿Cómo pueden explicar los autores la gravedad de las endometritis que no tienen loquios, siendo éstos, según ellos, la fuente de toxinas?

Analizando, vemos que no es el exudado el que enferma, sino lo que produce el exudado mismo constituye la enfermedad, que al mismo tiempo de producir á éste, ha formado á la lisina que aniquila las células orgánicas, impidiendo por esta causa la reacción general en forma análoga que en la difteria, en la cual no es la membrana la que enferma, sino los gérmenes que han obligado al organismo á constituirla.

Vemos que el parecido entre la difteria y la endometritis grave es innegable; sus pseudomembranas constituídas por fibrina, leucocitos, células epiteliales, glóbulos rojos y gérmenes, cubriendo una superficie congestionada, rubicunda, son exactamente iguales en ambas enfermedades.

En la difteria se desprenden las pseudomembranas cuando la exudación y con ellas los anticuerpos (Haptinas) llegan en abundancia hasta ellas.

En la endometritis grave se desprenden las pseudomembranas intrauterinas, cuando la reacción orgánica produce el exudado uterino curativo.

En ambas enfermedades esto es índice de que la reacción orgánica se produce y la mejoría se establece.

Por lo dicho vemos que sólo falta la enumeración de las pruebas clínico terapéuticas, que haremos en otro artículo, próximamente, para dejar sentada la utilidad práctica de nuestra observación.

Junio, 1922.

#### Bibliografía.

Méndez Julio: «Teoría biológica de la inmunidad», *Rev. de Filosofía*, año I, núm 5, Septiembre 1915.

Perazzi: *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, Milán, tomo XLIII, núm. 8, Agosto, 1921.

### IDEAS ACTUALES SOBRE EL NEUROTROPISMO<sup>(1)</sup>

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

Marinesco (2) ha tratado de profundizar más en la físico-química de los fermentos neurotrópicos. Todo fenómeno de crecimiento en las neuronas va acompañado de la multiplicación de las partículas coloidales amicrónicas (*neurobianas* de Cajal) y necesita la presencia del hierro como catalizador; en las células nerviosas adultas, el hierro, que es abundante en el núcleo de las embrionarias, disminuye, haciéndose preciso, para que las fibras nerviosas crezcan, que el sinticio de las vainas de Schwann les proporcionen una oxidasa y una peroxidasa contenida en los núcleos, representada por el hierro coloidal. Este mismo papel podría ser desempeñado por el tejido conectivo, las paredes de los vasos, las agrupaciones nucleares de las placas motrices, de las células de Schultze, etc., atrayendo á las fibras nerviosas en crecimiento.

HIPÓTESIS DINÁMICA.--Fué concebida por Strasser (3) considerando la formación de las raíces anteriores; la convergencia de los axones hacia sitios determinados, más que en la busca de lugares de condiciones nutritivas, favorables, como supone His, para la emigración de las células del gran simpático, le hacían pensar en las trayectorias de las partículas que salen rápidamente de sitios estrechados ó en las tensiones eléctricas que se extienden en los medios conductores desde los electrodos. Los fenómenos electromotores de la materia contráctil del miotomo, ya desde la fase mioepitelial, determinarían una emisión de electricidad positiva por los bordes, al mismo tiempo que en la mitad de su superficie interior se crea un sitio de electricidad negativa ó de menor potencial, hacia el cual se dirigiría la electricidad positiva de los elementos circundantes; las células nerviosas de la medula, excitables en extremo, se estimularían en su

(1) Véase el número anterior.

(2) G. MARINESCO: «Recherches anatomo cliniques sur les neurones d'amputations douloureuses. Nouvelles contributions á l'étude de la régénération nerveuse et du neurotropisme.» *Philos. Trans. of the Royal Society of London*, Serie B, Vol. 203, 1919.

(3) H. STRASSER: «Alte und neue probleme der Entwicklungsgeschichtlichen Forschung auf dem Gebiete des Nervensystems.» *Ergebn. de Anatomie und Entwicklungsgeschichte*, 1892.



desarrollo y dirigirían sus axones hacia el miotomo. Después, estas acciones eléctricas penetrarían cada vez más profundamente en la medula, estimulando otras neuronas próximas, al mismo tiempo que la corriente establecida serviría de estímulo para el futuro desenvolvimiento del propio músculo. Al extender su hipótesis á la formación de otros elementos nerviosos, encontró serias dificultades, que pretendió resolver con gran empeño, aunque poco satisfactoriamente.

Los interesantísimos desplazamientos de los núcleos de los nervios craneales en la serie filogénica descubiertos principalmente por Kappers y su escuela, antes mencionados, hicieron que dicho sabio (1), sin conocer la hipótesis de Cajal y Strasser, pensara en los tactismos ó tropismos para explicar este proceso, al que dió el nombre de neurobiotaxis, sin llegar á decidir si se trataba de un galvanotropismo, de un quimiotropismo ó de algún otro proceso semejante. Las relaciones anatómicas de las dendritas y células serían reguladas por la ley psicológica de la asociación, principalmente en las formas de simultaneidad y sucesión de estímulos. El estudio interesantísimo de su discípulo Bock (2) sobre el desarrollo de las vías nerviosas centrales, en el embrión de pollo, aportó el complemento de la *fibrilación estimulogénica*, según la cual, los nuevos axones proceden de neuroblastos próximos á las vías en función, aunque al principio sin contacto con la vía estimulante, y siguen la dirección de las corrientes que irradian de ésta (perpendiculares al haz), produciéndose la conexión final de la extremidad del axón con la célula en que va á terminar por la correlación originada en la simultánea acción del estímulo.

La explicación del crecimiento de las neuronas por estímulos físicos tropezaba con el serio inconveniente de que un mismo agente produjera expansiones en sentido opuesto: las dendritas *estimulípetas* y los axones *estimulífugos* ó *estimuloconcurrentes* usando los términos de Kappers. El sabio holandés ha tratado de resolver la dificultad comparando los fenómenos bioeléctricos al galvanotropismo; de la misma manera que la presencia de fuertes cantidades de electrolitos cambia en positivo el galvanotropismo negativo de plantas y protozoos y el sentido de la cataforesis, la mayor cantidad de compuestos de potasio, señalada por Macdonald, Maccallum y Menten, en el axón con relación con las demás partes, serían la causa de que las dendritas y el cuerpo celular marchen hacia el polo negativo, representado por vías nerviosas estimulantes, y el axón se aleje de ellas; la presencia de la sustancia de Nissl, de carácter ácido, como derivada de los ácidos nucleicos, en las dendritas y en el soma, y su ausencia en el arranque del axón contribuirían á esta diferencia de comportamiento ante los estímulos eléctricos. Esta sería también la causa de que el cilindro eje sea único y las dendritas, por regla general, múltiples; las dendritas pueden ser atraídas por distintas vías, ya que cada porción del protoplasma celular sentirá con más intensidad la atracción por la que se encuentre más próxima, en tanto que las distintas corrientes anódicas que aquéllas produzcan

en el protoplasma tenderán todas á escapar por la porción del protoplasma, diferenciada de este sentido en el axón como sitio de más fácil conducción. El establecimiento de las conexiones entre la ramificación final del axón y las dendritas se debería á que por el axón marcha una corriente de gran potencial negativo; al llegar á las aglomeraciones celulares, éstas se encontrarían en estado diverso, unas en reposo y otras en actividad, ó sea en disociación electrolítica, atrayendo, por consiguiente, la corriente axónica y sintiéndose atraídas, á su vez, por aquella forma las dendritas.

Child (1), que considera también como el más importante excitante en el crecimiento de las neuronas los fenómenos eléctricos, encuentra varios puntos débiles en la hipótesis de Kappers, que pretende evitar suponiendo que la reacción de los neuroblastos no se debe exclusivamente á las atracciones eléctricas, sino que éstas más bien producirían cambios en las condiciones fisiológicas como resultado de la polarización eléctrica. Para explicar los opuestos resultados de la acción de una misma corriente, en vez de apelar, como Kappers, al diferente estado de disociación electrolítica de las distintas células ó porciones de células, admite dos tipos de polarización si la acción del campo eléctrico se ejerce sobre una célula colocada en un medio continuo y coherente como el tubo neural, los aniones se dirigen al polo positivo del campo y los cationes al negativo; pero si el campo actúa sobre la célula al través de un medio conductor, los aniones marcharán hacia el polo negativo (positivo del medio) y los cationes hacia el positivo (negativo del medio).

Las regiones de más actividad metabólica son al mismo tiempo las de mayor potencial positivo interno; la superficie del surco neural y los bordes de los repliegues que han de cerrarlo dorsalmente son las más activas regiones, y, por consiguiente, las más positivas, de modo que por la acción polarizante del primer tipo, en los cortes transversales, las porciones más electropositivas de los neuroblastos son las opuestas á la cavidad neural y á la región dorsal, siendo en estos puntos donde existe mayor actividad fisiológica y donde se verifica el crecimiento en dirección dorsoventral, produciéndose la primitiva expansión ó axón y una primera emigración de los neuroblastos en este mismo sentido. Aunque los axones abandonen el tubo neural, siguen sometidos á la misma influencia eléctrica; pero á medida que se alejan, la influencia es menor, pudiendo intervenir otras influencias químicas ó la penetración en otros campos eléctricos para el establecimiento de las conexiones terminales. En la producción de las dendritas admite dos fases: una primera, de origen y localización de las dendritas en el cuerpo de la neurona, y otra segunda, de dirección de las dendritas formadas; la primera se debería á las relaciones nutritivas de la célula con lo que la rodea (influencia admitida también recientemente por Kappers) (2) y á un aislamiento del *gradient* cuando los axones han crecido mucho ó han establecido el enlace terminal, en tanto que la dirección de las dendritas se terminaría por una polarización del segundo tipo.

POSIBLE COEXISTENCIA DE AMBOS MECANISMOS.—Hasta ahora no existe prueba alguna que demuestre de modo inequívoco la exactitud de las dos hipótesis descritas.

En tanto que no sean aisladas las materias neurotrópicas, y veamos *in vitro* ó *in vivo* cómo las fibras nerviosas crecen en su busca, los básicos experimentos de Forssmann,

(1) ARIENS KAPPERS: «Further contributions on neurobiotaxis. IX. An attempt to compare the phenomena on neurobiotaxis with other phenomena of taxis and tropism. The dynamic polarization of the neurone.» *The Journ. of. comp. Neur.* Vol. 27, 1917, pág. 261. «On structural laws in the Nervous system: the principles of neurobiotaxis.» *Brain*, vol. 44, 1921, pág. 125. — «Dixième contribution à la théorie de la neurobiotaxis. Le tropisme nutritif des dendrites et son rapport avec les phénomènes neurobiotactiques en général.» *L'Encephale*, 1922.

(2) S. T. BOCK: «Die Entwicklung der Hirnnerven und ihrer zentralen Bahnen. Die stimulogene Fibrillation.» *Folia Neurobiologica*, Bd. IX, 1915.

(1) CHILD: *The origin and development of the nervous system*. Chicago, 1921.

(2) ARIENS KAPPERS: «Dixième contribution à la théorie de la neurobiotaxis. Le tropisme nutritif des dendrites et son rapport avec les phénomènes neurobiotactiques en général.» *L'Encephale*, 1922.



Cajal, etc., sólo demostrarán que los axones se sienten atraídos hacia ciertos elementos vivos, que lo mismo pueden segregarse sustancias atrayentes que crear diferencias de potencial orientadoras. Nosotros tratamos de demostrar en 1911 (1) «la realidad de la secreción de las materias neurotrópicas, llevando á la corteza cerebral estas materias neurotrópicas completamente separadas de las células de Schwann, de las conectivas del nervio y neurilema, y, de una vez, de todo elemento que pudiera dar lugar á otra clase de interpretaciones». A este fin, á los ocho días de haber seccionado el ciático á un conejo para alcanzar la fase secretora de las bandas de Büngner, trituramos fuertemente el cabo periférico con suero fisiológico estéril, sumergimos en el líquido pedazos de medula de saúco con numerosas perforaciones, y los introducimos en la corteza cerebral, previamente seccionada, de otro conejo; á los dos días, algunas fibras de la corteza se habían insinuado por los orificios fraguados por la aguja, al parecer á causa de la presión; pero, sin duda alguna, varias de las fibrillas habían llegado á celdillas más hondas, pasando por los poros naturales de la medula de saúco sin que pudiera invocarse ninguna acción mecánica (fig. 9.<sup>a</sup>, c). Aunque el experimento, por su resultado positivo, no deja de tener valor, es necesario esperar su confirmación para que pueda constituir una prueba evidente de la hipótesis química.

(Continuará.)

## Bibliografía.

LA OPOTERAPIA DEL MÉDICO PRÁCTICO, por el Dr. Lematte.

La Casa A. Maloine, de París, ha publicado un libro sobre la opoterapia del médico práctico, que debe tener excelente acogida, porque en él se exponen muy ordenada y claramente todos los problemas que al médico interesan entre los muchísimos que plantea la opoterapia. Después de unas generalidades sobre la Terapéutica por la administración de órganos, la elección de los animales que lo suministran y los modos de administrar aquellos órganos, después de descubrir los métodos clásicos de preparación de los órganos para ser administrado, expone con gran detalle la nueva técnica para la preparación de extractos líquidos, aprovechando la acción de los rayos ultravioleta, que esteriliza el órgano y no le priva de sus cualidades terapéuticas.

En la segunda parte trata de las indicaciones, de la posología y de las dosis en que se emplean los diversos órganos, desde el cerebro hasta el corazón, desde el timo hasta el intestino, y en la parte tercera expone el lado clínico de la opoterapia, los trastornos que acompañan á las alteraciones de cada órgano y los cuadros clínicos que resultan del defecto de función de uno ó varios de los productos de los órganos que el organismo utiliza.

Toda la clínica pasa por esas páginas y las indicaciones por ellas repartidas, tienen una aplicación constante; por eso recomendamos la lectura del libro de Lematte á todos los médicos. Así comprenderán por qué curan algunos productos opoterápicos y por qué, otros productos opoterápicos no pueden curar. Entretanto y mientras curan algunos, deben ser conocidos por todos. El libro de Lematte es claro y está bien escrito.

DR. A. PULIDO MARTÍN.

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

## Periódicos médicos.

### MEDICINA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de tétanos con terminación rápida.**—El Dr. E. Portu Pereira comunica el siguiente interesante caso clínico:

La niña Amelia E., de nueve años de edad, es traída al Hospital el 19 de Junio, ingresando á nuestro servicio de Medicina.

Procede de los alrededores de la ciudad. Dice la madre que ocho días antes se hizo una ligera erosión en la rodilla izquierda. El día antes de ingresar empezó á quejarse de dolor en la espalda, al mismo tiempo que se ponía rígida y notaba que no podía separar los maxilares.

Al observarla vemos que se trata de una niña grande, bien desarrollada y de aspecto general sano. Se presenta con la cabeza echada hacia atrás, en opistótonos. Tiene rigidez de la nuca y de los músculos vertebrales que no es posible vencer. Trismus, no muy intenso, que le permite separar en un centímetro las arcadas dentarias y sacar la lengua, notándose en su punta una pequeña equimosis, producida al parecer por los dientes.

Los miembros superiores se encuentran flexionados, en contractura ligera. Los miembros inferiores también están en flexión, siendo su contractura de menor intensidad que los superiores; pudiendo la enferma moverlos voluntariamente.

Mientras se la observa no presenta espasmos paroxístmicos. Está completamente despejada; contesta perfectamente á las preguntas que se le dirigen.

Al examen no se encuentran heridas, ni al nivel del cuerpo, ni de las extremidades, que hayan servido de puerta de entrada á la infección. Como se hablaba de una herida de la rodilla izquierda se observa esta parte, notándose solamente una ligera cicatriz puntiforme á ese nivel.

Temperatura 38° 3/5. No hay disnea.

En suma: vemos que se trata de un caso de tétanos, sin que se pueda señalar con certeza el lugar de entrada.

Se ordenan 30 c. c. de suero antitetánico por vía subcutánea. Se le inyectan á las once horas.

El mismo día 19, á las dos de la tarde, la niña se agrava. Bruscamente hace una crisis convulsiva con contractura generalizada al cuerpo y extremidades, quedando rígida. Mientras dura el espasmo se pone cianótica, quedando en apnea. Estas crisis duran algunos minutos, repitiéndose á cortos intervalos.

Los accesos se hacen cada vez más intensos y de mayor duración. La niña se pone rígida, cianótica, asfíxica, en apnea, con fuerte espasmo de la glotis, sucediéndose una crisis convulsiva á otra, casi sin intervalo. En esta forma prolonga la vida hasta las dos de la mañana del día 20, hora en que fallece en uno de estos accesos.

Se trató, como vemos, de un caso de tétanos. La puerta de entrada de la infección tetánica, parece encontrarse al nivel de la rodilla, sin que sea posible afirmarlo. Habiendo sido ésta la causa de la infección, tendría un período de incubación de siete días (desde el momento en que la niña sufrió una caída con rozadura de la rodilla hasta que aparecieron las primeras contracturas).

Dos particularidades importantes son á contar en este caso: 1.<sup>a</sup>, evolución rápida; 2.<sup>a</sup>, agravación súbita é inesperada.

1.<sup>o</sup> En efecto: fué un tétanos que desde la aparición de los primeros síntomas, hasta la terminación fatal, evolucionó en poco más de veinticuatro horas; y

2.<sup>o</sup> Agravación súbita é inesperada, puesto que en el



momento de entrar al servicio presentaba un cuadro que hacía pensar en un tétanos más bien benigno; con contracciones ligeras, muy poco pronunciadas en los miembros inferiores; trismus poco marcado. A pesar de todas las maniobras del examen no hace crisis convulsivas. La fiebre no era muy intensa. No había disnea. Por los antecedentes parece que el período de incubación fué de unos siete u ocho días. Todo hacía llevar hacia un pronóstico relativamente benigno. Bruscamente, sin que fuera provocado por nada (sólo había recibido una inyección de 30 c. c. de suero dos horas antes), brusca é inesperadamente, pues, entra en un período de agravación, con convulsiones intensas, espasmos de la glotis, crisis asfíxicas, etc., hasta la terminación fatal.

Es, pues, lo que queremos hacer resaltar en este caso: que á pesar de haberse presentado con todos los síntomas descritos como de pronóstico benigno, bruscamente se transformó el cuadro, pasando á ser un tétanos de forma sumamente grave, terminado rápidamente por la muerte. (*Revista Médica del Uruguay*, Noviembre 1922.)

### ENDOCRINOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La insulina.**—El Dr. Frederick G. Banting fué el primero que concibió la idea de preparar un potente extracto de páncreas atrófico, idea que llevó á la práctica con éxito, en colaboración con C. H. Best.

Desde hace tiempo se conoce la cuestión del tratamiento de la diabetes por extractos pancreáticos, pero á base de extractos de glándula total. Las investigaciones más recientes de los americanos, han parecido demostrar que en la diabetes experimental, la lesión diabetógena consistía en una vacuolización de los islotes de Langherans y en seguida se propuso la cuestión de aislar la secreción de estas células. La dificultad estribaba en que la función trípica aniquilaba la función insular.

Banting, de Toronto, partió del principio siguiente: Si se ligan los canales excretores del páncreas, los acinis degeneran rápidamente, y, en cambio, los islotes no son afectados. Había que investigar qué efectos produciría el extracto de una glándula así preparada; la experimentación confirmó la hipótesis y se observó una supervivencia prolongada en el perro privado del páncreas y tratado por estos extractos, al mismo tiempo que una disminución notable de la glucemia y de la glucosuria. Reconocida la existencia de la hormona insular, quedaba por realizar su preparación. Banting y Best consiguieron extraerla del páncreas del buey. Este extracto inyectado á un diabético joven, hizo bajar la glucemia un 25 por 100.

Quedaba por preparar en grande este extracto, pero los autores no han juzgado á propósito darnos todavía todo el detalle de su técnica. Pero insisten sobre la necesidad de la dosificación de la actividad de esta hormona. Se basan en la propiedad que posee de hacer bajar la cifra de la glucemia en el conejo normal. En inyección subcutánea elevada progresivamente, llega un momento en que el animal presenta convulsiones y coma bien característicos. Este es el instante en que la glucemia baja hasta la cifra de 0,045. Esta dosis de hormona inyectada, necesaria y suficiente, definirá la *unidad* y se referirá al volumen de 1 c. c. Hagamos notar de paso, que el conejo en el cual han sido provocados accidentes semejantes, vuelve instantáneamente á su estado normal, si se le hace una inyección de dextrosa, estando desprovistos de semejante acción los demás azúcares. Monod (G.).—(*Bull. de la Soc. de Therapeutique*, núm. 10, 13 de Diciembre de 1922.)

Banting, F. G. y Best, C. H. «The internal secretion of

the pancreas». *Journ. of Laboratory and clinical Medicine*, 7, 1922, 251-256.

«La hipótesis que ha servido de base á esta serie de experimentos fué formulada primeramente por uno de nosotros en Noviembre de 1920, al leer un artículo referente á la relación de los islotes de Langherans con la diabetes. En este artículo se expone un resumen de los cambios degenerativos de los acinis glandulares pancreáticos después de la ligadura de los conductos excretores. De aquí, se presentó la idea de que, puesto que los acinis degeneran después de esta operación y no sucede nada al tejido de los islotes, podía aprovecharse ventajosamente este hecho para preparar un extracto activo del tejido insular. La hipótesis tropezaba con el inconveniente de que el tripsinógeno ó sus derivados eran antagónicos de la secreción interna del páncreas. Así se explicaban los fracasos de otros investigadores en este campo.

»Habiendo sido reconocida la posibilidad de la hipótesis por el profesor J. J. R. Macleod, se comenzaron trabajos bajo su dirección en Mayo, 1921, en el Physiological Laboratory de la Universidad de Toronto.

»Primero se ligaron, con anestesia general, los conductos pancreáticos en un cierto número de perros. El extracto se preparó del siguiente modo: Se mata el perro con cloroformo. El páncreas degenerado se separó cuidadosamente y se colocó en un mortero frío que contenía solución de Ringer. Se colocó el mortero en una mezcla frigorífica y su contenido en parte fué congelado. La mitad congelada fué después completamente macerada. Se filtró la solución por papel y después de elevar el filtrado hasta la temperatura del organismo, se inyectó intravenosamente.

»Practicamos diversos experimentos con objeto de eliminar los gránulos de zimógeno del páncreas. Practicamos inyecciones prolongadas de secretina y el estímulo del vago por debajo del diafragma. El primer experimento fué afortunado. En las nuevas tentativas nunca hemos sido capaces de agotar la glándula suficientemente para obtener un extracto libre de los efectos trastornantes de alguno de los componentes del jugo pancreático.

»Los extractos de páncreas de perro normal también reducen la cantidad de azúcar sanguíneo; pero eran menos poderosos que los extractos de glándulas atroficas y eran decididamente tóxicos. Resultados un tanto semejantes se han descrito con los extractos hechos después del agotamiento del páncreas por la secretina y por el estímulo del vago. En general, los extractos preparados con estas glándulas, más ó menos agotadas, producen muchos síntomas de toxicidad que faltan por completo después de las inyecciones de extractos de glándulas completamente degeneradas.»

Los resultados del trabajo experimental referido en este artículo pueden ser resumidos como sigue:

«Las inyecciones intravenosas de extracto de páncreas de perro, extirpado de siete á diez semanas después de la ligadura de los conductos, ejerce invariablemente una influencia reductora sobre el tanto por ciento del azúcar sanguíneo y sobre la cantidad de azúcar eliminada en la orina.

»Las inyecciones rectales no producen este efecto.

»El grado y duración de esta reducción varía directamente con la cantidad de extracto inyectada.

»El jugo pancreático destruye el principio activo del extracto.

»Que la acción reductora no es un fenómeno de dilución se indica por los hechos siguientes: 1.º, las cifras de la hemoglobina antes y después de la administración del extracto son idénticas; 2.º, las inyecciones de grandes cantidades de solución salina no afectan al azúcar sanguíneo; 3.º, can-



tidades semejantes de extractos de otros tejidos no producen una disminución del azúcar de la sangre.

»El extracto hecho un 0,1 por 100 ácido también es eficaz para disminuir el azúcar de la sangre.

»La presencia del extracto facilita á un animal diabético para retener una proporción mucho mayor de azúcar inyectado que en otras condiciones.

»El extracto preparado con solución salina neutra y conservado en un sitio frío, retiene su potencia por lo menos durante siete días.

»El extracto hervido no ejerce ningún efecto sobre la reducción del azúcar sanguíneo.»

Banting, F. G. y Best, C. H. — *Comunicación á la Academia de Medicina* (Toronto). Febrero, 7, 1922.

Después de resumir sus primeros trabajos sobre el asunto, los autores continúan:

«Los resultados ya referidos nos ocuparon hasta mediados de Noviembre, 1921, en que se introdujo una nueva era por el descubrimiento de que el páncreas de ternera fetal de menos de cinco meses de desarrollo no contiene jugo pancreático, pero sí contiene secreción interna.

»El extracto de ternera fetal fué preparado macerando la glándula en solución de Ringer y filtrando hasta obtener una solución clara. Para dar una idea de la potencia del extracto así obtenido, colocamos 50 gramos de tejido en 250 centímetros cúbicos de solución salina, se maceraron y filtraron; 15 c. c. de esta solución fueron después diluidos con 250 c. c. de solución salina. Una dosis de 15 c. c. de esta solución redujo la proporción del azúcar sanguíneo en un perro de 10 kilogramos desde el 0,40 por 100 al 0,15 por 100 en tres horas.

»Hasta entonces, el extracto siempre se administró intravenosamente. Encontramos que si se administra por la vía subcutánea, se obtiene una baja más lenta y más prolongada, pero no menos pronunciada del tanto por ciento del azúcar sanguíneo.

»Con el fin de asegurar un extracto estéril, ensayamos luego el efecto de los preservativos. Encontramos que un 0,7 por 100 de tricresol, que es el doble de la cantidad empleada para conservar la antitoxina diftérica, no perjudica al principio activo. También podía filtrarse el extracto por un filtro Berkfeld, pero por este procedimiento se perdía mucha de su actividad.

»Ensayamos después el alcohol en lugar de la solución salina y encontramos que el principio activo era soluble. Esto fué un hecho importante, porque nos llevó á creer que por el empleo del alcohol podríamos extraer el principio activo de la glándula total. En consecuencia, maceramos un páncreas íntegro de buey inmediatamente después de la muerte del animal en el 95 por 100 de alcohol. Después de dejarlo así durante doce horas fué exprimido el líquido y filtrado hasta transparencia. Esta solución fué evaporada hasta sequedad en una corriente de aire caliente. El residuo que se obtiene, parecido á una resina, se redisuelve en solución salina y lo inyectamos subcutáneamente en un perro diabético. La cantidad de azúcar bajó desde el 0,35 al 0,08 por 100 en tres horas y la orina quedó libre de azúcar. Repetida la experiencia dió iguales resultados. Hemos obtenido así de la glándula total un extracto del principio activo, el cual, cuando se lava con toluol, presenta el aspecto de un polvo parduzco, que puede conservarse estéril, que es soluble en solución salina y que en dosis muy pequeñas (50 miligramos) produce un efecto pronunciado sobre el azúcar sanguíneo.

»En este momento de la investigación, se asoció á ella el Dr. Collip, profesor de Bioquímica en la Universidad de Edmondton, que ha trabajado intensamente y ha obtenido

un extracto muy poderoso, soluble, libre de proteínas, que se está ensayando clínicamente.

»Parece ser que el contenido proteico del extracto ejercía un efecto deprimente temporal, pero pronunciado. Y además el extracto actúa solo ligeramente bajo la anestesia. Parecía razonable sospechar que la función glucogénica del hígado estuviera de algún modo afectada, puesto que el glucógeno no se forma durante la anestesia. No podemos afirmar nada definitivamente, pero algunos de nuestros resultados nos llevan á creer que la presencia de la secreción interna del páncreas es necesaria para que el hígado forme un glucógeno del azúcar.»

Banting, F. G. y Best, C. H., «Extractos Pancreáticos». *Journ of Labor. and Clin. Medic.*, 8, 1922, 464-472.

Banting, F. G., Best, C. H., Collip, J. B. y Macleod, J. J. R., *Transactions of the Royal Society of Canada*, Third series, 1922. Vol. XVI, Section V. Preliminary Studies on the Physiological Effects of Insulin.

1. La preparación de los primeros extractos (F. G. Banting y C. H. Best).

Después de mencionar los extractos en solución de Ringer de páncreas atrófico de perro y de páncreas de ternera fetal y el posterior extracto alcohólico de este último, los autores describen un método de preparación del extracto de páncreas de vaca adulta. El primer paso consiste en picar finamente el páncreas con la adición de un volumen aproximadamente igual de 95 por 100 de alcohol, acidificado por la adición de 0,2 por 100 de ácido clorhídrico. Las grasas pueden separarse mediante un par de lavados con toluol. El alcohol se quita por la destilación al vacío á una baja temperatura. Es mejor evaporar hasta un quinto del volumen, más bien que á sequedad. El extracto acuoso, así obtenido, puede esterilizarse por filtración con Berkfeldt. Los resultados en el hombre diabético, se ha dicho que han sido semejantes á los en el perro sin páncreas, pero, á veces, se forman abscesos estériles debidos á la presencia de proteínas en el extracto.

2. La preparación del extracto que se empleó en los primeros casos clínicos (J. B. Collip).

El mejor método para separar el principio activo de las proteínas, sales y lipoides, se encontró ser el siguiente: volúmenes iguales de páncreas fresco bien picado y 95 por 100 de alcohol se dejaron en contacto durante varias horas agitando de vez en cuando y luego se filtró. Al filtrado se añadieron 2 volúmenes de 95 por 100 de alcohol. Después de dejar varias horas para la precipitación de la mayor parte de la proteína, se repitió la filtración, y este filtrado se evaporó hasta un pequeño volumen en el vacío á una temperatura de 10° á 30° C. Se obtuvo así un extracto acuoso, que fué lavado dos veces con éter en un embudo separador para quitar los lipoides y después fué destilado nuevamente en el vacío hasta lograr una consistencia pastosa. La adición de 80 por 100 de alcohol y la centrifugación, dió lugar á la formación de cuatro capas, á saber: una capa en el fondo de cristales de sales; encima de ella una solución acuosa saturada de sal; encima de ésta una capa floclulenta de proteína y encima de todo una capa clara de alcohol que contiene todo el principio activo en solución. Esta capa superior fué separada por una pipeta y puesta en varios volúmenes de alcohol á 95 por 100 ó, mejor, de alcohol absoluto. Se dejaron varias horas para que el principio activo se precipitase. Entonces fué disuelto en agua destilada, se concentró por la destilación en el vacío, se filtró por porcelana, se comprobó su esterilidad y se entregó para la clínica. Tales extractos, prácticamente libre de proteínas, sales y sustancias solubles en el alcohol, podían hacerse isotónicos é inyectarse subcutáneamente, sin reacciones locales.



# 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.—Conferencias del profesor Pittaluga en París.—Manera de evitar las enfermedades venéreas, por A. Curries.—Profesor Carl von Noorden, de Francfort á Main.—El príncipe huérfano, por Francisco Javier Cortezo y Collantes.—Un éxito científico italiano en Francia, por N. D. R.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, por el Dr. Barrio de Medina.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

### Boletín de la semana.

Recepción académica.—Para el centenario de Jenner.

El último domingo se efectuó, á las cuatro de la tarde, en el local de la Real Academia Nacional de Medicina, la solemne recepción del individuo de número de la misma, Dr. Valle y Aldabalde, elegido á fines del invierno anterior. El acto revistió caracteres de verdadera y simpática solemnidad, por la gran concurrencia de académicos y de público que lo presenció.

Versó el discurso del ilustre médico del Hospital General y especialista en enfermedades mentales y nerviosas, sobre el difícil tema de la *Subconciencia* que el Sr. Valle desarrolló con profunda suficiencia, al propio tiempo que con sobriedad, con su correcto y claro estilo. Fué contestado el nuevo académico por el de número, D. Ricardo Pérez Valdés, quien trató también el difícil tema con gallarda desenvoltura y muestra indiscutible de su competencia. Ambos actuantes recibieron frecuentes y nutridos aplausos, así como cordiales felicitaciones al ser levantada la sesión por el Dr. Cortezo, que presidió el acto.

Mucho puede prometerse la Academia del nuevo miembro que á su seno ha llamado por el procedimiento espontáneo que hasta ahora se ha venido siguiendo en los últimos años. El Sr. Valle y Aldabalde representa toda una historia de inteligente laboriosidad, aplicada al estudio de una especialidad difícil y complicada como ninguna otra é ilustrada por él en la práctica de su clínica y de su numerosa clientela. Este ilustre profesor, cuyo nombre es bien conocido en España por la labor que ha sabido llevar á la prensa profesional en sus perseverantes y eruditas publicaciones, recibió buena muestra del amistoso acogimiento que ha merecido por parte de la juventud médica, de los prácticos envejecidos y de la distinguida y agradecida clientela que tuvo copiosa representación en este acto de su vida profesional, que marca una fecha definitiva en la vida de los hombres del temple y de los antecedentes del Sr. Valle.

La concurrencia salió complacidísima de la solemne sesión, por los antecedentes de ambos actuantes y por el mérito é interés de sus aplaudidos trabajos.

En este año de 1923 se han propuesto varias Sociedades científicas de Europa, de América, y en general, del mundo culto, celebrar con fiestas más ó menos brillantes la conmemoración del centenario del célebre Jenner, uno de los más grandes y más eficaces bienhechores del género humano que con su descubrimiento de la vacuna, como preservativo de la viruela, arrebató á la muerte millones de víctimas que mermaban la juventud más florida sin respeto ni distinción de clases sociales ni aun de razas ni edades. España que cuenta una de sus pocas páginas doradas en la historia de la Higiene con la expedición de nuestro compatriota Balmis, propagando el benéfico virus jennérico por más de medio mundo, en nuestras colonias asiáticas y en nuestras provincias americanas, no podía permanecer indiferente á la demostración del universal homenaje, y la Academia de Medicina ha organizado una sesión que deberá celebrarse el domingo 4 de Marzo, á las cinco de la tarde. Parece que en ella disertarán sobre diferentes puntos los académicos á quienes se ha invitado y los que muestren deseo de hacerlo, desarrollando temas acerca de: La historia de la vacuna, el Sr. Mariscal; España propagadora de vacuna, el Sr. Conde de Gimeno; El porvenir de la vacuna, el Sr. Marañón, y los Sres. Tello y Pittaluga otros temas afines aún no formulados concretamente.

Parece que se invitará al Gobierno de S. M. para que presida el acto y que los académicos asistirán á él de uniforme, de toga ó de etiqueta.

Aplaudimos esta iniciativa, que al fin, tarea fructuosa y ejemplar es el honrar la memoria de los grandes hombres que han dejado abierto el surco del progreso humano fructificando en él sus semillas de innegables beneficios y esperando otras de futuros adelantos.

DECIO CARLÁN



## Conferencias del profesor Pittaluga en París.

Durante su corta estancia en París, el profesor de San Carlos Dr. Pittaluga, ha dado varias conferencias dedicadas á demostrar el desarrollo que han adquirido en nuestro país la Hematología y la Parasitología, desarrollo debido, como todos sabemos, casi por completo á su esfuerzo personal.

El martes, día 6 de Febrero, dió en el Gran Anfiteatro de la Facultad de Medicina su primera conferencia sobre «Las Hemodistrofias», desarrollando magistralmente las razones que le han llevado á reunir bajo esta denominación aquellas hemopatías que tienen los siguientes caracteres comunes:

- 1) El predominio de las alteraciones bioquímicas sobre las lesiones histopatológicas.
- 2) La intervención mayor ó menor del factor neuropático y de los desórdenes endocrinos.
- 3) La herencia, ya directa ó ya indirecta.

Analizó luego las características de las diátesis hemorrágicas y de las policitemias, clorosis y diátesis eosinofílica, para demostrar cómo deben ser colocadas en este grupo, y dió cuenta de los resultados de las pesquisas personales suyas y de su escuela acerca de los problemas de hematología relacionados con las hemodistrofias en general.

A la conferencia asistieron el decano profesor Roger, el consejero de la Embajada de España, marqués de Faura, los profesores Vidal, Vaquez, Leon Bernard, Marcel Labbé, Pettit, Leguen, Brumpt, Langeron, Achard, Bezançon, etc, y numerosos alumnos.

El Dr. Pittaluga, que se expresó con un admirable dominio del francés, fué calurosamente felicitado por todos.

El día 8, por la mañana, dió una conferencia en el servicio del Dr. Vaquez á los asistentes y discípulos de este maestro. Trató del Kala-azar infantil en España mostrando su abundancia en nuestro país, su distribución geográfica y sus características clínicas y etiológicas. Al final se ocupó de su anatomía patológica y diagnóstico, mostrando abundantes preparaciones de punción de bazo, junto con el Dr. De Buen, auxiliar del profesor Pittaluga y colaborador suyo desde hace muchos años.

Fué una interesante lección.

Por la tarde, en la cátedra del profesor Brumpt, el doctor Pittaluga explicó la clase, invitado por el profesor de Parasitología de la Facultad de Medicina de París.

Versó la lección sobre el paludismo en España. Después de una corta exposición de los conocimientos actuales sobre la profilaxia del paludismo en que hizo ver que se trata de un problema teóricamente resuelto, dió á conocer la importancia del paludismo en España, y valiéndose de ejemplos concretos de diferentes zonas de nuestro país, mostró las dificultades, á veces insuperables, que muestra el problema de la práctica. Al discutir los métodos de lucha antipalúdica, explicó los trabajos hechos hasta ahora en España.

La conferencia fué ilustrada con numerosas proyecciones de las zonas palúdicas españolas. Asistieron también á esta lección casi todos los catedráticos de la Facultad de París.

El día 10 habló el profesor Pittaluga un corto rato á los discípulos del Dr. Vidal, en el servicio de este sabio francés, en el Hospital Cochin, acerca de algunas cuestiones hematólogicas, principalmente sobre la citología de las esplenomegalias (paludismo, kala-azar, leucemias) y sobre los monocitos azurófilos.

Las conferencias de Pittaluga en París han sido un positivo éxito personal. Pero, además, debemos agradecer todos al Dr. Pittaluga el haber convencido á sus numerosos y se-

lectos oyentes, de que en España se trabaja cada día más y más seriamente, y este agradecimiento ha de ser tanto mayor cuanto que á él se deben gran parte de nuestros conocimientos sobre hematología y parasitología y la creación de una escuela que, bajo su sugestión, prosigue sus trabajos.

## Manera de evitar las enfermedades venéreas.

Empeño noble—como dice *Decio Carlán*—es el de los adalides de la campaña abolicionista de la prostitución, noble por el fin que persigue, pero tan desacertado que, de obtener esa abolición, las enfermedades venéreas llegarían á ser aún más frecuentes.

Es vergüenza del mundo civilizado, es lacra indeleble é infamante de la civilización, la existencia de esa y de otras enfermedades evitables. Los helenos de la Edad antigua, —aquellos atenienses que iluminaron el mundo—al cuidarse de su perfeccionamiento intelectual, moral y físico, instaurando magníficas escuelas, amplios é higiénicos gimnasios y baños populares, demostraron tener un sentido práctico de la vida, del que no podemos alardear, justamente, en esta época de utopías y de retórica huera.

No quiero abusar de la benevolencia de EL SIGLO MEDICO, y para ello, en vez de permitir á mi pensamiento pobres divagaciones, voy á calcar de unas cuartillas que escribí hace poco tiempo, siendo estudiante, cuya publicación no me atreví á gestionar. En ellas creo exponer un remedio capaz de hacer desaparecer las enfermedades venéreas.

Decía en aquellas cuartillas:

«...Y ya que hablo de una plaga de la humanidad, del alcoholismo, no voy á terminar sin señalar otra tan terrible y que, sin embargo, se combatiría fácilmente, si los médicos promulgasen el remedio y legisasen apolíticamente desde ese indispensable y futuro Ministerio de Sanidad.

Ante todo he de expresar que amo la libertad más que á mi vida, que por nada del mundo cambiaría mi libertad y, por lo tanto, jamás he de aconsejar la tiranía, jamás toleraría mi pensamiento la esclavitud de mis semejantes, al contrario, me agrada ser paladín de la libertad, porque á pesar de reconocer la insignificancia de mi ser, noto en mi Yo un Quijote cervantesco *desfacedor de enredos y de entuertos*. Hago esta aclaración porque voy á exponer los medios que tenemos para combatir esa plaga venéreo sifilítica, y no aconsejaré el aherrojamiento de las pobres prostitutas; no propondré el encarcelamiento de esos seres desgraciados, porque además de no remediar el mal con esa medida draconiana, de llevarse á cabo, se anularía la libertad de esas, pobres mujeres, cuyo único delito consiste haber sido víctimas del engaño y de la sociedad que las arrojó á la calle. La mujer es nuestra hermana, nuestra esposa, nuestra madre, nuestra hija; tiene pasiones como los hombres, debilidades y vicios como nosotros... ¿Por qué, pues, la sociedad ha de proceder tan desigual é injustamente con la mujer? ¿Por qué no ha de disfrutar los mismos privilegios é idénticos derechos que el hombre?

Edúquese en buena hora á la sociedad, perfecciónese la moral humana, castiguese el engaño; pero discúlpese á la infeliz mujer víctima de su amor y exécrese al villano que encendió en el pecho femenino una pasión volcánica privadora del pensamiento; al que despertó la avasalladora sensibilidad sexual para hacer una víctima de insanos apetitos.

No sostengo que, fatalmente, la mujer mancillada tiene que ser ramera, pero afirmo que su moral sufre una degradación que la predispone á serlo.



La mujer de posición no ejercerá el denigrante y triste (1) comercio; pero la infeliz mujer del pueblo será prostituta, salvo honrosas excepciones, tan pronto como experimente los primeros apuros económicos, porque la mujer española de la clase humilde sólo tiene una colocación: el matrimonio; y al padecer lo que llamamos *deshonra*, queda incapacitada para recibir el nombre del varón, ya que la cruel sociedad la repudia injustamente.

¿Qué es, pues, necesario hacer para evitar la prostitución? Lo ideal sería proporcionar á la mujer medios de vida, enseñándola á trabajar y aleccionarla moralmente, desechando esos necios escrúpulos que la vedan percibir la realidad de la vida.

Por eso debemos hacer entender á nuestros gobernantes, lo precisa que es la educación de la mujer, la necesidad de proporcionarla medios de vida para que la pobre pueda gozar de independencia y bienestar.

Pero hasta que se obtengan tales reformas—(y ya sabemos que los Gobiernos españoles proceden de las carcomidas organizaciones políticas)—es preciso evitar la propagación de esas enfermedades. He aquí, á mi entender, un sencillo remedio que reportaría incontestables beneficios:

Los inspectores del servicio antivenéreo expedirían carnets identificadores de la personalidad, donde constaría que el sujeto no padecía enfermedades transmisibles por el ayuntamiento sexual. Se establecerían oficinas donde irían á reconocerse, mensualmente, por ejemplo, todos los hombres mayores de diez y seis años, facilitándose á los no afectados de esas dolencias, certificaciones comprobantes de la salubridad genital que serían estampadas en el carnet. Las prostitutas estarían obligadas á usar carnets análogos que, para tener validez, ostentarían revisiones periódicas de los inspectores médicos.

Cuando un hombre deseara el ayuntamiento con una prostituta, le exigiría la presentación del carnet acreditador de la salubridad genital, y viceversa. De este modo sería imposible el contagio, ya que los médicos, por su fin profesional, altamente humanitario, siempre desempeñarían su delicada misión con un celo elevadísimo y, porque, además, el organismo inspector funcionaría con arreglo á un Reglamento que haría imposible la explotación y el engaño.

Estos carnets podrían exigirse al hombre que fuese á contraer matrimonio y de este modo se evitarían los males conocidos.

Los beneficios de este procedimiento serían inmediatos é incalculables: desaparecerían en breve plazo las terribles enfermedades venéreas, decrecería el número de mujeres estériles, los abortos no serían tan frecuentes... y por ende, aumentarían los natalicios y se detendría en su marcha rápida la degeneración de las razas.

Esto pensaba hace unos años, y ahora, que palpita este problema, sigo pensando exactamente igual, á pesar de que hombres de reconocidos méritos se declaren abolicionistas.

Si no temiera extenderme demasiado, entraría en consideraciones que demostrarían que *Decio Carlán* tiene una visión real de esta cuestión. Por otra parte, serían consideraciones que están al alcance de los que conocen la realidad de la vida, sin que con esto pretenda aludir á los que no piensen como yo, que todas las opiniones son acreedoras á mis respetos.

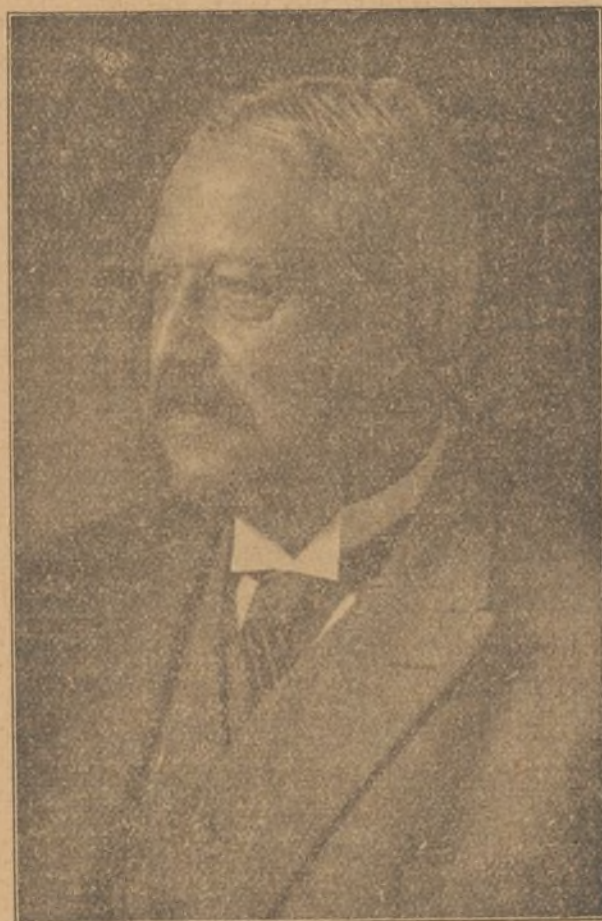
Finalmente, y como corolario de lo expuesto, afirmo que los llamados á intervenir en la solución de este problema somos los médicos, y no la Policía.

A. CURIESES

Arquillos, 12 de Febrero de 1923.

## Profesor Carl von Noorden, de Francfort á Main

Por no tener entonces disponible un clisé del último retrato de este ilustre profesor, no le publicamos acompañan-



do la noticia que de él dimos en su último viaje á Madrid.

Este retrato lo debemos á la amabilidad de D. Camilo Calleja, nuestro redactor recientemente llegado de Franfort.

## EL PRÍNCIPE HUÉRFANO (1)

Narración adaptada á las circunstancias

original de

FRANCISCO JAVIER CORTEZO Y COLLANTES

Leída por su autor

en la fiesta celebrada por el Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos en el teatro de Lara de Madrid la mañana del 23 de Enero de 1923.

—¿Y crees tú, señora, que seremos bastante con tu poder para sujetar los males que nos preparan los genios enemigos mientras el Príncipe nace?

—¡Hombres de poca fe!—gimió la dama.—Miradme á mí.—Y alzando una cortina, mostró en la estancia próxima dos niñas de cortísima edad, de pálido y noble rostro que hacía trágico el severo luto.—Desventurada mujer, vedme entre mis hijas y mi destino, conservando aún fresco en mi recuerdo el espectáculo de mis felices días de juventud; sin vuestra fortaleza para la lucha; cambiado el fondo de mi verde y dulce patria por el áspero acogimiento de esta tierra sobria y ruda, recorrer mi camino con fe inquebrantable, sonando aún en mis oídos el agor de nuestra familia en la epopeya ro-

(1) Véase el número anterior.



mántica de Maximiliano en los campos de Méjico y en las trágicas aventuras de los archiduques, sostener á dos débiles niñas, á un corazón amante destrozado, y á todo un pueblo enloquecido y consarnado que apenas me conoce y que en mí espera. ¡Hombres de poca fe! Esperad conmigo ese Príncipe huérfano que ha de llegar....

Prosternados los tres pastores ante la majestad suprema del dolor y la fe, «¡Es la Reina, es la Reina!», dijeron, y el cierzo helado voló por entre encinas y chaparros, rompiendo el eco de sus voces en miles de miles repetidas que se esparcieron por el reino todo.

\*  
\* \* \*

Al conjuro de la esperanza aquel pueblo maravilloso esperó. Pero no era feliz.

Pocas veces, como en aquellos meses de angustia, el poder de los genios maléficos trastornó más violentamente, con la emboscada de la catástrofe, la tierra y el aire, el agua y el fuego, el alma de los hombres y el espíritu de las naciones en todo el mundo; pero el ánimo de aquella Reina fuerte no se dejó vencer y esperaba.

No por eso cesaron en su labor los malos y los buenos genios.

Un día, voraz incendio arrasaba la estación cercana en emplazamiento al Alcázar de la Reina, para acaso aterrarla con sus llamas.

Otros traían á la corte la noticia de fuertes tumultos obreros en la poderosa Inglaterra, donde los sin trabajo asaltaban tiendas y factorías, como para invitar á la copia de ello por las masas obreras de la nación.

El celo de la triste dama organizaba entonces en la corte los comedores y la tienda-asilo para obreros.

Más tarde se fletaba el vapor *Magallanes* que llevara á los comisionados españoles á los mares de Panamá.

Casábase una infanta en España, y en el país hermano, separado de España... por España, se acordaba casar al Príncipe de Braganza con la hermosa María Amelia.

Salvaba en París un químico francés, llamado Pasteur, á la humanidad, del azote de la rabia, y un modesto periódico profesional, llamado *EL SIGLO MEDICO*, abría en España una suscripción para contribuir á fundar el Hospital Antirrábico de París.

Casi diariamente se anunciaba una catástrofe en el mundo.

Los franceses eran degollados en Tonking. El fuego abrasaba en Brunswig 300 obreros de una fábrica y destruía la Aduana de Buenos Aires. Entre Mónaco y Menton un choque horrible de trenes espantaba á Europa.

La célebre torre de la Giralda en Sevilla se amparaba contra la ira del cielo colocando su primer pararrayos.

En las lejanas tierras de Birmania la dura mano inglesa perseguía á los sublevados.

Los mineros franceses promovían sangrientos alborotos en Decazeville.

También Lieja y Charleroi eran saqueadas por los obreros belgas.

La Reina viuda convocaba entonces unas elecciones generales.

En el parque del Retiro se hacían funcionar por vez primera los modernos servicios contra incendios.

El pastor ingenioso y sabio de la sonrisa y el tupé graciosos alcanzaba el mayor sufragio en el país haciendo voltear entre sus manos el pico reluciente del progreso que espejeaba al sol como un guiño malicioso.

Al cabo comenzaron á florecer los lilos. Luego un Abril espléndido cubrió el país de sol y de flores. La angustia parecía olvidada. Pero el genio malo preparaba un fuerte golpe á aquella mujer tan expuesta al peligro en la emoción.

Fué el Domingo de Ramos; la iglesia principal de la Corte aprestose para la fiesta del día. El sacerdote gobernador de aquellas almas llegaba para officiar en ella revestido de la pompa y autoridad de su cargo. Llamábase el obispo Izquierdo. Al subir las gradas del templo Catedral un desventurado loco, de nombre Galeote, le asesinó cobardemente.

¡Imaginad la emoción para un espíritu tan conturbado! Pero el ánimo de aquella Reina fuerte no se dejó vencer y esperaba.

Mediado iba Mayo y, enloquecido, el Genio de los males intentó aún su golpe más tremendo.

Era la tarde del miércoles 12 de Mayo de 1886. La atmósfera olía á infierno. Flotaba en los aires algo siniestro, amenazador; las nubes se corrían por el cielo cubriéndole con lívido manto; serían las cinco de aquella tarde triste; culebrearon en el horizonte algunos relámpagos; se escucharon truenos, caían gruesas gotas de agua turbia y caliente sobre la tierra estremecida de pavor.

De repente el aire se hizo amarillo de ira. Un viento de fuerza inenarrable, cargado de granizo y electricidad, cayó sobre la Corte, destrozándola, enloqueciéndola en sus remolinos formidables, cubriéndola de polvo, de fuego y de agua, lanzado todo con la energía que el simon las arenas del desierto.

Desbordáronse las aguas encauzadas; arrancados los árboles de raíz, caían pesadamente sobre cosas y personas. Volaban chimeneas, tejas, cornisas y aleros de tejados, trozos de coches y carros,



persianas, maderos y útiles domésticos; volcaron los carruajes y tranvías, los aguaduchos del Prado y la Castellana rodaban por tierra como casas de naipes.

Nada respetaba aquella agresión cruel é inesperada; el cedro de Odara, que tan gallardamente cantara Ros de Olano, el árbol más hermoso de la Corte, cayó por tierra.

La puerta del Colegio de San Carlos fué destruida.

Iglesias y cuarteles, palacios y lavaderos humildes, cementerios y merenderos, murallas y vallados, cañas y encinas, hombres, bestias y cosas, todo fué presa en las garras de la hiena.

En su furia loca no vió la débil casa solitaria que, lejos del bullicio de la urbe, era refugio de un viejecito santo y apóstol, de tez de marfil y barbas de plata y seda que se llamaba Pí y Margall, y la injurió también airadamente.

¡Qué enorme emoción de dolor y de susto para la mujer, la Reina y la madre!

Pero su ánimo fuerte no desmayó, y apenas tomado el tiempo necesario á vencer la oposición de la Facultad de Cámara, aún húmeda la tierra y convulso el aire, salió triste y serena á recorrer los sitios castigados y á consolar con su presencia el duelo de las víctimas.

Pasado el breve espacio de unos días, en la mañana del diez y siete de Mayo, la antecámara del Palacio de Oriente ofrece un bello aspecto de esplendor y de gala. Los más señalados prestigios del reino mezclan su reverencia y su saludo con los delegados de naciones extrañas. El brillo de uniformes y libreas, encomiendas y veneras, armas, bandas y plumajes, sedas y oros, espejuelea al sol de aquella alegre mañana, que entra á raudales por los amplios balcones del suntuoso salón. La espléndida lámpara de tallados cristales se cuaja de irises, en que rompe la luz, como arcos del cielo que anuncien la paz. En el frente preside al lucido concurso el retrato del malogrado Rey Alfonso.

Ved allí al viejo pastor del hablar andaluz, llevando al cuello la preciada Orden de Borgoña, en que se enreda el eterno cordón de sus quevedos, alargar su mano á un extraño personaje de bordada túnica de seda y larga coleta, que se expresa en idioma incomprensible.

Más allá, el cardenal Rampolla habla del Santo Padre León XIII, al caballero francés Gastón Bellé, al alemán conde de Solm y al príncipe ruso Miguel Alejandro.

El Sr. Queipo del Llano, D. Cristino Martos y el marqués de la Habana, forman grupo al lado de D. Benito Pérez Galdós, Sánchez Arjona y Navarro Rodrigo.

D. Juan de la Pezuela, conde de Cheste, Arias

Dávila y el conde de Guaqui, el marqués de Molins, el vizconde de Campo Grande, Alonso Martínez, Moret, Jovellar, Gamazo y Venancio González, el almirante Beranger y más, muchos más cuyo nombre evocaría en vuestra memoria recuerdos de méritos y glorias de la patria, están allí presentes.

Alguien mira al través de los cristales lo que en la calle pasa.

La amplia plaza de Oriente está invadida por inmenso gentío.

Desde lo alto de su caballo de bronce domina el Rey Felipe un mar de cabezas emocionadas que han puesto á su jardín como un anillo oscuro que le oprime.

La fría rigidez de los monarcas visigodos se ve asaltada por los chicuelos desenfadados que cabalgan sobre sus coronas y aun sobre sus narices. De pie ó sentados, sobre bancos y desde árboles, donde cada cual pudo y supo, todo el concurso convierte sus miradas á un punto del tejado del Alcázar donde un desnudo mástil de bandera guarda aún el misterio, y tienden el oído buscando en el aire el eco de las salvas que esperan contar ansiosamente.

Alguien dice dentro ó fuera del Palacio que son las doce y media de la mañana.

En la regia antecámara se ha abierto una roja mampara, y en el hueco aparece el viejo pastor de la barba cana y el tupé gracioso.

Viste un rico uniforme y no sonrío ahora como siempre.

Quiere aplomar su paso con el pensamiento, pero el corazón le hace adelantar su mano, que tiembla, hacia la asamblea cortesana, que guarda un silencio de emoción.

Sagasta habla con voz firme y serena.

Si hubiese callado un segundo sólo, se habría oído el golpear de su corazón contra las cruces que le cubren el pecho.

Mientras habla sus ojos húmedos están fijos en el retrato del malogrado Rey.

—¡Nació por fin un Príncipe... Un Príncipe huérfano...!

En este instante flamea la bandera y sacuden el aire perfumado de Mayo los veintiún cañonazos de las salvas.

—¡Viva el Rey!—grita la inmensa muchedumbre. ....

.....

Así entraba en la vida Alfonso XIII, sostenida la majestad de su cuna por un triste duelo, pero también por una hermosa esperanza, que yo deseo nunca os abandone, ni á los niños, ni á los hombres, ni á las instituciones de este país maravilloso.

Colorín colorado.



## Un éxito científico italiano en Francia.

El prestigioso profesor Bruschettini, de la Universidad de Génova, bien conocido en el mundo científico internacional por los estudios sobre las acciones terapéuticas curativas de las vacunas antituberculosa y antiptógena y por el hallazgo del bacilo de la influenza, cuyo nombre debe ir unido al de Pfeiffer, ha obtenido hace poco en Francia el justo reconocimiento de sus trabajos como descubridor y hombre de ciencias.

El ministro del Interior, después de muchos experimentos en hospitales y clínicas, ejecutados bajo el control de una Comisión oficial especial, presidida por el profesor Vallée, ha autorizado la preparación en Francia de las vacunas antigónocócica y antiptógena polivalente, descubiertas y estudiadas por el profesor Bruschettini.

Esta autorización tiene el valor del reconocimiento de la obra del profesor Bruschettini, puesto que hasta hoy no había sido concedida a ningún extranjero, porque la ley sanitaria francesa sobre los sueros y vacunas exige de un modo terminante la garantía de eficacia absoluta, perfectamente demostrada, y al mismo tiempo la de la inocuidad segura.

Tenemos la satisfacción de participar que dentro de poco tiempo los sueros y vacunas Bruschettini serán presentados también a la clase médica española con numerosas publicaciones sobre casos clínicos y muestras suficientes para convencerse del valor de dichos productos.

## Sociedades científicas.

### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

RECEPCIÓN DEL DR. VALLE Y ALDABALDE EL 18 DE FEBRERO DE 1923.

Ante un público numeroso y selecto fué recibido en la Academia el eminente neurólogo, el Dr. Valle, cuyo solemne acto lo presidió el Dr. Cortez, acompañado de los doctores Fernández-Caro y Pulido, secretario perpetuo de la Corporación. En sus sillones los respectivos individuos de la misma, y otros de distintas instituciones científicas y religiosas.

El Dr. Valle, después de dar las más sinceras gracias por haber sido elegido académico, dedicó sentidas frases al Dr. Iglesias y Díaz, a quien reemplaza en su sitial.

El tema de su discurso es *La subconciencia*; mas, antes de entrar en materia, considera pertinente exponer algunas nociones previas psicológicas y anatomofisiológicas, y dice que es opinión generalmente admitida, y para los creyentes, además, artículo de fe, que el hombre es un ser compuesto de espíritu y materia. Pero en realidad, lo mismo en la hipótesis espiritualista que en la materialista, en lo que sí están todos conformes, es acerca de que en el hombre hay vida fisiológica y vida psíquica, aunque la escuela materialista niegue la existencia de un principio aparte ó diferente para estas dos diversas manifestaciones de la actividad humana.

Expone luego la opinión de los matemáticos, fisiólogos y filósofos respecto al principio de la conservación de la energía universal. La de los matemáticos, como Boussinesq, se reduce á que después de un estudio de altas matemáticas relacionado con las propiedades de las ecuaciones integrales relativas á los movimientos, llega á la conclusión de que la indeterminación de las ecuaciones del cálculo integral no

implica, como consecuencia, la indeterminación de los movimientos del mundo material, que, por lo tanto, pueden variar en uno ú otro sentido sin intervención de nueva energía.

La de los fisiólogos se funda en que las investigaciones del metabolismo nutritivo han demostrado, que á medida que se va perfeccionando la técnica de estos experimentos, va resultando más aproximado á la igualdad el balance de ingresos y gastos de energía, por lo que es de creer que en el cuerpo humano, el alma no significa nada como cantidad de energía. Y oídos á los filósofos, aparece que Aristóteles, por ejemplo, sentó el principio de que todo cuerpo está constituido por materia prima y forma substancial, principio, según el cual, la materia es una y lo que varía es la forma; opinión que sostienen Santo Tomás de Aquino y los escolásticos medioevales y modernos.

Esto da motivo al Dr. Valle á impugnar y refutar la existencia del llamado *principio vital*, en que determinados actos y funciones del organismo humano hayan de ser explicados ó por las fuerzas físico-químicas, ó por la intervención del alma, por lo que se reservan para el referido principio vital aquellas transformaciones y fenómenos que se verifican en el organismo, y que no se pueden explicar por las leyes de la Física y de la Química, siendo así que basta con admitir que el alma no es una fuerza, sino una forma substancial; por lo que no existe hecho ni fenómeno fisiológico que no sea á la vez psíquico, ni fenómeno psíquico, fuera de los relacionados con la inteligencia y la voluntad racional, que no sea á la vez fisiológico, ligado con transformaciones ó modificaciones físico-químicas.

Habla de los dos psiquismos que sienta Grasset: el inferior y el superior; al primero lo localiza en determinados centros cerebrales, y al segundo en los lóbulos frontales.

Con estos antecedentes se fija en lo que debe entenderse por *conciencia*, la cual tiene dos sentidos: uno moral, que significa el conocimiento íntimo que se tiene de obrar bien y evitar el mal; y otro fisiológico, en que se tiene conocimiento de nuestra existencia y de nuestros actos; la *subconciencia* está constituida por la totalidad de los fenómenos psíquicos de que se tiene conciencia; la *inconciencia* resulta de no darse uno cuenta de las percepciones por no haber prestado atención, y la *coconciencia* es aquel estado de conciencia propia con desdoblamiento de la personalidad.

En capítulo aparte se ocupa el Dr. Valle de la sensibilidad orgánica y sentidos especiales, recordando que son cuatro las condiciones que influyen en la percepción de las sensaciones: la intensidad absoluta ó relativa, la duración, la repetición y la atención que se les preste. Expone ejemplos que aclaran estos conceptos para fijar si las sensaciones penetran en el campo de la conciencia ó van á parar á la subconciencia.

Habla de otro aspecto de las sensaciones, según el tono sentimental que las matiza y el de que puedan evocar otras sensaciones, y también lo demuestra por medio de un ejemplo; discurre acerca de las emociones, que las divide en agudas y crónicas: las primeras obedecen á un estado psíquico altamente consciente, y las otras á la modificación del ánimo que reconoce por origen la percepción repetida de imágenes que provocan un estado emocional no muy intenso, pero continuado y siempre igual.

Dedica unos párrafos á la memoria, que comprende el poder de fijación de las imágenes ó de las ideas, el de la conservación de las representaciones ó ideas fijadas, el de evocar los recuerdos, de reconocerlos ó identificarlos, comparándolos con las ideas ó imágenes con que se relacionan, y, por último, la facultad de localizarlos en el tiempo, dando cuenta de la época de nuestra vida á que se refieren.



Estudia lo referente á la imaginación, dividiéndola en retentiva, reproductiva y constructiva, resumiendo su criterio diciendo que la imaginación tiene su representación orgánica probablemente en los centros asociativos, y su labor, consciente en estado de vigilia, aunque no siempre en el mismo grado, si no está sometida á dirección ni freno, y más consciente aún, cuando pensamos y meditamos valiéndonos de las representaciones que la imaginación nos proporciona, es subconsciente en los casos en que aparentemente no trabaja; pero en realidad lo hace de un modo latente para proporcionar á la inteligencia los materiales que ésta utiliza en sus tareas científicas, en sus proyectos ó en sus concepciones artísticas.

Al estudiar los instintos, en el que el Dr. Valle se considera en pleno dominio de la subconciencia, dice que su desarrollo extraordinario en algunos animales, y la circunstancia de que se observe en el niño desde que nace, y en el idiota, son la prueba más evidente de que radica en lo más profundo del psiquismo, y de que, si bien sus manifestaciones en el hombre son conscientes y en muchos casos hasta voluntarias, la raíz ú origen de ellas se encuentra en la subconciencia. Y su pensamiento lo resume diciendo: el instinto tiene por origen psíquico la subconciencia en los aspectos de tendencia á la conservación del individuo y á la conservación y propagación de la especie, y, en cambio, su base somática hay que buscarla, mucho más que en el sistema nervioso, en el metabolismo, ó, como dice Turró, en los procesos tróficos.

Habla después de las pasiones, cuya tendencia es más bien psíquica que orgánica. Expone algunas definiciones que en nuestro idioma tienen dos significaciones, la de padecer y la de impulsar, puesto que el resultado es una anormalidad que interesa á la vez la esfera afectiva y la impulsiva. En las pasiones existe una exageración, acompañada muy á menudo de una perversión de nuestros instintos (ambición, gula, codicia, soberbia, etc.) otras veces intensiva al elemento intelectual (diversiones), el de imitación, etcétera.

El Dr. Valle entra en otra fase de su tema refiriéndose á la inteligencia humana, que es completamente distinta del discernimiento de los animales, puesto que con imágenes y con nociones concretas elabora ideas abstractas y conoce y comprende lo universal, revelándose con esto la distancia inmensa que media entre el animal irracional y el hombre, siendo éste el único ser que posee el lenguaje.

Se ocupa también de la voluntad racional, con el libre albedrío, que distingue al hombre del animal, por lo que la inteligencia y la voluntad racional dan al hombre su superioridad sobre los demás animales. La inteligencia ilumina el campo de nuestra actividad psíquica para que ésta pueda desempeñar más cumplidamente su cometido. La voluntad, como fuerza que obra de un modo virtual y no como energía físico-química, se revela como energía psíquica, no sólo en el hombre, sino en el mismo animal irracional, no obstante tratarse en éste, no de una voluntad racional y libre, sino de una voluntad condicionada.

Otro punto de este discurso se refiere al hábito, que es la modificación que se crea á nuestro psiquismo por la repetición de determinados actos ó fenómenos: En las Bellas Artes y muy especialmente en la Música es donde mejor se pueden seguir los progresos y ventajas del hábito; éste interviene á veces en movimientos de origen no artificial, sino instintivos. También es factor de progreso ahorrando fatiga psíquica y permitiendo á nuestra actividad consciente dedicarse á menesteres más elevados que los de dirigir habilidades puramente mecánicas ó manuales, aun-

que éstas, en ocasiones, estén inspiradas por sentimientos artísticos de altos vuelos.

El Dr. Valle considera de importancia la subconciencia en lo referente á la edad y al sexo. El niño no tiene conciencia de lo que hace; dominan en él los instintos y las pasiones, la subconciencia sobre la voluntad racional, ilustrada por el entendimiento. En el adolescente, no el dominio, pero sí preponderancia de la subconciencia, representada por las pasiones, es causa de que ni la costumbre ni la ley le otorguen los derechos que concede al adulto.

En el desarrollo del tema sobre la subconciencia, el doctor Valle hace entrar en juego los temperamentos que han recibido variados nombres, como los de Galeno en sanguíneo, apático, colérico y melancólico; y otros más hasta el número de trece de que habla el inglés Mercier en su folleto *Temperamentos humanos*.

Se ocupa también con igual objeto del sueño en sus fases de pesadilla, incoherente, razonado y sonambulismo y del ensueño; relaciona el hipnotismo, como sueño artificial; habla de la sugestión, de la que dice no debiera permitirse en espectáculos públicos, del psicoanálisis, del histerismo y doble personalidad; de las obsesiones, alucinaciones é ilusiones, del delirio y enfermedades mentales; y resumiendo en breves palabras cuanto ha expuesto en el discurso, termina diciendo «que el alma humana, como forma substancial del cuerpo interviene en todos los fenómenos y procesos del organismo no como fuerza, sino como dirección; pero que su intervención es más ostensible en los fenómenos llamados psíquicos, que entre éstos, á su vez, lo es mucho más en los conscientes, y que la subconciencia viene á ser puente de comunicación ó lazo de unión entre lo consciente y lo somático ú orgánico, caja de resonancia para las emociones y los sentimientos, fuente de energía psíquica para los instintos y pasiones, caudal de imágenes, de ideas y de asociaciones de las unas y de las otras que yacen latentes en su fondo dispuestas en todo momento para ser utilizadas por el psiquismo consciente, y mecanismo que, por medio del hábito, economiza al psiquismo superior una gran parte de su trabajo».

El notable neurólogo Dr. Perez Valdés contestó en nombre de la Academia al recipiendario, y ampliando cuanto éste desarrolla en su discurso, expone algunos conceptos referentes al idealismo, á la metapsíquica (ciencia de lo inconsciente), citando algunos casos muy curiosos incluidos en la *Telepatía*.

Ambos discursos fueron muy aplaudidos.

DR. CESALDO.

## Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Sesión correspondiente al mes de Enero de 1923, bajo la presidencia del Dr. Covisa.

### Presentación de enfermo.

Dr. Criado.—Vemos nuevamente el enfermo para diagnóstico con la lesión en párpado inferior del ojo derecho. Se trata de un muchacho de veintidós años, de oficio fogonero, que desde hace dos meses comenzando por una lesión foliular en el párpado inferior, se extiende, se hace ulcerosa hipertrófica córnea papilomatosa, invade mucosa y se cubre frecuentemente de una costra. Oscilaba clínicamente el diagnóstico entre un epiteloma, un chancre esporotricósico, una tricoficia profunda y un lupus papilomatoso, en vista de lo cual y para establecer un diagnóstico diferencial se principió por hacer una biopsia, la cual habla francamente en



sentido de que se trata de un epiteloma en globos; atendiendo, pues, á la biopsia es un epiteloma, pero es el caso que el enfermo ha mejorado espontáneamente y sin cura local alguna; de diez días á esta parte no se ha extendido, no existen ganglios á pesar de llevar dos meses, hay una infección de folículos pilosos en párpado inferior correspondiendo á la parte de la lesión del inferior, asegurando el enfermo que así comenzó ésta, síntomas todos que hacen pensar á pesar de la biopsia, que puede no ser un epiteloma. Diagnosticado epiteloma opina que se debe intervenir quirúrgicamente.

Dr. Sanz de Grado.—Clínicamente opina que se trata de una foliculitis ó proceso vulgar, pero dada la biopsia habrá que inclinarse en sentido de epiteloma, creyendo que con radio se curará mejor este enfermo por la deformación que le quedará con la intervención quirúrgica.

Dr. Sicilia.—Considera que no se puede dar siempre demasiada importancia á la biopsia. Este caso puede ser muy bien un pseudoepiteloma, es decir, una dermatitis papilomatosa vegetante con reacción epitelial que tan bien describió nuestro maestro el Dr. Azua.

Dr. Sáinz de Aja.—Opina no debe tomarse la biopsia al pie de la letra, ya que en sentido epitelial se pueden informar procesos banales con reacción epitelial y hasta sencillamente por la manera especial de los cortes; el haber empezado la lesión por cosa folicular, el curso rápido y mejoría rápida indica un proceso banal; por tanto, antes de la intervención quirúrgica considera preciso una cura local antiséptica intensa y repetir la biopsia, y si se confirmase epiteloma es partidario de que se trata con radio.

Dr. Bajarano.—Ha hecho la biopsia en unión del Dr. La Rosa, y cuando vieron que se trataba de un epiteloma á él no le extrañó porque hace días su impresión clínica era la misma, pero dado el curso del enfermo, ahora á pesar de la biopsia no cree se trate de un epiteloma. Considera que las biopsias no pueden ser absolutas aun hechas por anatomopatólogos excelentes; reconoce además que en esta de este enfermo se hizo difícilmente dando un tijeretazo en un melon de la lesión y no pudiendo coger el borde de la lesión como hubiera sido preferible. Cree que con un tratamiento antiséptico se curará.

Respecto á las opiniones en la terapéutica de los epitelomas expone que es preciso tener en cuenta la tésitura de éste, ya que si se trata de un epiteloma espinocelular será preferible la intervención quirúrgica; pero si es vaso celular nos convendría más el radio.

Dr. Covisa.—Diga lo que quiera la anatomía patológica, cree no se trata de un epiteloma; cree es una dermatitis papilomatosa vegetante igual á las descritas por el Dr. Azua. Coincide con el Dr. Bejarano respecto á la terapéutica de los epitelomas.

Dr. Criado.—Rectifica; coincide también que en el día de hoy no cree se trate de un epiteloma, no obstante promete hacerle una nueva biopsia. Respecto á la terapéutica, caso de ser un epiteloma él opinaba en el sentido de la intervención quirúrgica por ser estos epitelomas cuando radican en gente joven, malignos é invasores.

#### Wassermann positivo persistente.

Dr. Aja.—Por unir este caso con otros contrarios ó negativos que después relatará y como curiosidades, relata las siguientes historias clínicas.

Sífilis en 920, diagnóstico clínico por chancro duro, tratado á continuación con 5,40 gramos de neo, descanso de dos meses, Wassermann positivo de dos cruces, clínicamente en esta fecha nada, se pone 2,10 gramos, y al terminar esta cura Wassermann de dos cruces; continúa el tratamiento seguida-

mente poniéndose 4,80 gramos, al terminar esta tanda Wassermann positivo de dos cruces, clínicamente ausencia total de manifestaciones, otra nueva cura con 4 gramos, Wassermann positivo de dos cruces. Quinta cura con 4,80 gramos, Wassermann positivo de dos cruces, y sexta cura con 4,80 gramos, y siete inyecciones de gris y el Wassermann es positivo de tres cruces. Es decir, que se ha puesto en total 26,70 gramos, y el Wassermann continúa positivo de dos cruces, no habiendo tenido clínicamente más que el chancro y sus primeras adenopatías. Le propuso punción lumbar que no fué aceptada.

Como antecedentes, no tiene el enfermo más que una infección intestinal con crisis diarreicas de tipo disenteriforme hace dos años y medio, siendo además el enfermo de un color cetrino. Con la laguna de la punción lumbar que no fué hecha, considera que el Wassermann positivo de este enfermo es debido ó al ataque de la célula hepática por el neo ó á los trastornos hepáticos por su infección intestinal; en la fecha está el enfermo con una cura bismútica y la impresión total del arsénico,

En relación con éste y en sentido contrario lee los dos siguientes casos:

Sífilis 2.<sup>a</sup> florida con sífilide papulosa generalizada, Wassermann negativo sin tratamiento anterior alguno; puesta á la enferma dos de quimbi y dos de neo de 0,15, Wassermann negativo.

El otro enfermo es un sífilítico desde Julio del pasado año en que tuvo varios chancros diagnosticados de venéreos, uno de ellos se infiltra y persiste, le diagnostican de sífilis y le ponen dos neo de 0,45 y 0,60. En Agosto se le presenta una iritis y sospechando sea específica se le hacen varios Wassermann que resultan negativos, á pesar de ello se pone 10 inyecciones de cianuro que le producen mejoría, pero abandonado nuevamente en el sentido específico empeora llegando á perder la visión en el ojo; consultados varios especialistas oculistas les desorienta los Wassermann negativos y sigue de Septiembre á Diciembre con tratamientos no específicos. Vuelve en Diciembre á hacerse varios Wassermann que resultan negativos; viéndole yo en esta época y observando que tiene una sífilide papulosa lenticular diagnosticando en firme sífilis; de modo que es un sífilítico secundario con tres series de Wassermann en Agosto, Septiembre y Diciembre que todos son negativos.

Dr. Sicilia.—Pregunta si el neosalvarsán y el mercurio son suficientes para hacer el Wassermann negativo. Desde luego el neosalvarsán es insuficiente toda vez que ya son muchos los casos en que á raíz de una tanda de neo no han desaparecido unas lesiones mucosas y hasta han salido á veces nuevas, y si esto sucede con una infiltración superficial como las cutáneas y mucosas, qué no sucederá con lo profundo como es el estado serológico.

Habla también de la precisión de que se estudie si el Wassermann depende del treponema exclusivamente ó influye el terreno.

Dr. Covisa.—Lo interesante es no coleccionar un caso más de Wassermann persistente; él esperaba del Dr. Sáinz de Aja nos hubiese dicho qué causa es la que ha de obligar en estos casos á seguir ó no el tratamiento; cree que en un enfermo con Wassermann positivo persistente y punción lumbar negativa no se debe continuar el tratamiento; en estos enfermos se debe intensificar el tratamiento, pero suspenderle en cuanto se haga esto, ya que, á su juicio, los Wassermann resultan positivos por una cualidad especial de los sueros desconocidos hasta ahora.

Respecto á los Wassermann negativos, cree son casos excepcionales; de unas 3.000 reacciones que ellos llevan



hechas, tan sólo han encontrado un Wassermann negativo equivalente á los relatados por el Dr. Sáinz de Aja. Ahora bien: ¿quita valor á la reacción de Wassermann estos casos y debemos no tenerla en cuenta ó dejarla en un lugar secundario? Por lo mismo que son excepcionales estos casos, considera dan más valor á la reacción, lo cual no quiere decir que los métodos todos de laboratorio sean infalibles.

El Dr. Aja rectifica, contestando al Dr. Sicilia que está conforme en que á veces el neosalvarsán en una sola tanda no es suficiente; pero el caso relatado por él no es lo mismo, ya que en dos años y medio no ha tenido ninguna lesión clínica, achacando sus Wassermann positivos á lo hepático.

Respecto á los Wassermann negativos, también es de opinión que no quitan valor ninguno á la reacción; pero conviene que se dé cuenta de estos casos.

#### Sífilide pigmentaria en un heredosifilítico.

Dr. Sáinz de Grado.—Nos presenta la fotografía de un enfermito heredosifilítico afecto de una sífilide pigmentaria localizada á cuello y tórax, haciendo la advertencia que fué diagnosticado de heredosífilis al consultarle las alteraciones pigmentarias; con este motivo hace algunas interesantes manifestaciones, exponiendo algo relacionado al vitiligo con la heredosífilis.

#### Fagedenismos venéreos y sus tratamientos.

Dr. Sicilia.—Hace resaltar las diferentes clases de fagedenismos, especialmente las de origen sífilítico y venoso, para sacar conclusiones distintas respecto á las indicaciones terapéuticas.

Como el objeto principal de su comunicación son los venéreos, se limita á éstos, diciendo que el mejor medio de combatirlos son los cáusticos á gran saturación, como el iodo, percloruro de hierro, permanganato y ácido fénico puro; en toques asociados á curas húmedas de las mismas medicaciones.

DR. BARRIO DE MEDINA.

### SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 1922

Extracto de las comunicaciones del Dr. Márquez.

#### 1.ª Un caso de agudeza visual extraordinaria.

Se trata de un individuo, soldado de Africa, que acudió quejándose tan sólo de «moscas volantes».

Reconocido, no se encuentra lesión ninguna exterior ni interior.

La agudeza visual (medida con la escala del autor), es superior á la media normal  $V = 1,50$  á  $1,75$  difícil en cada ojo.

Corregido un astigmatismo ligero, resultante de la casi neutralización de dos astigmatismos (biastigmatismo del autor), en cada uno de los ojos, se obtiene aún una visión de  $V = 2$ , muy fácil, con cada ojo. El no existir optotipos más pequeños que el correspondiente á  $V = 2$  impidió el determinar exactamente la agudeza visual, pero haciendo dibujos á pluma aun más pequeños y haciéndoselos ver al enfermo á 5 metros, adquirí la convicción de que en cada ojo la agudeza era aproximadamente  $V = 2,50$  y con ambos á la vez,  $V = 2,75$  á 3, es decir, una agudeza visual ¡entre el doble y el triple de la normal!

Acaso por tener tal agudeza visual el sujeto veía las «moscas volantes», que para un ojo de agudeza corriente hubieran pasado inadvertidas, mas no para este ojo con sensibilidad tan aumentada, llegándose así á la conclusión paradójica, de que el caso era patológico por exceso de normalidad.

El caso demuestra, también, que la mayor de las escalas corrientes son incompletas y que no debemos darnos por satisfechos en la exploración con que un sujeto tenga la visión normal  $V = 1$  porque ésta puede ser en él patológica y alcanzar agudeza aún mayor corrigiendo los pequeños defectos ópticos de que adolezca el sujeto.

#### 2.ª Cuerpo extraño intraocular. Enucleación.

El día 20 de Octubre, pasado se me presenta el enfermo A. E., de treinta y cinco años, al que un distinguido compañero estaba asistiendo desde quince días antes.

Por los antecedentes y el estado del enfermo, iridociclitis dolorosa, con siderosis, sin percepción luminosa y una herida lineal ya cicatrizada en la parte interna de la esclerótica como un milímetro del limbo corneal, no cabía duda de que existía un cuerpo extraño intraocular.

La exploración con el electroimán había resultado ya por dos ó tres veces, en manos del compañero antes aludido, negativa, á pesar de lo cual insistimos en la existencia clínicamente de síntomas de cuerpo extraño intraocular.

Una radiografía, que fué hecha por el Dr. Piga, demostró plenamente la existencia del cuerpo extraño, que además se apreciaba por radioscopia ser movable con el globo.

No ofrecía dudas la intervención; se trataba de un ojo perdido y con posibilidad de producir la oftalmía simpática y era preciso enuclear.

Así se hizo, encontrando el cuerpo extraño en la parte interna y anterior del vítreo, rodeado de tejido fibroso. Esto último, y el estar en región carente de nervios, explicaba el resultado negativo del electro imán.

Otras veces, por el contrario, la radiografía da resultado negativo, y positivo el electroimán. Otras veces, en fin, ambos son negativos; mas en todos los casos, los síntomas clínicos (restos de herida de penetración, iritis, catarata traumática á veces, etc.), existen claramente.

Consecuencia: El examen radiográfico y el del electroimán, si son positivos tienen valor; si negativos, no pueden interpretarse como falta de cuerpo extraño, si hay los síntomas clínicos de penetración ya citados. *Estos son, sin duda, los más importantes.*

#### Discusión.

Dr. Jenaro González.—Para hacer algunos comentarios sobre el caso de «Agudeza visual» y mostrarse conforme con el Dr. Márquez en cuanto á no aceptar como definitivo el resultado negativo de la exploración de un cuerpo extraño intraocular, por medio de radiografías ó por el electroimán.

Dr. Carreras.—Al referirse al caso de «Agudeza visual» señala deficiencia de las teorías fisiológicas actuales para explicar la visión.

Dr. Mansilla.—Indica con motivo del cuerpo extraño intraocular, la posibilidad de que un cuerpo extraño no sea intraocular, sino que esté alojado en el tejido intraocular.

Dr. Celada.—Hace comentarios sobre ambos casos y opina que es muy difícil que se escape un cuerpo extraño intraocular á la exploración radiográfica si se combina la radiografía frontal y lateral.

Dr. Marín Amat.—Hay muchísimos casos de agudeza visual, superior á la normal; observándose con mayor frecuencia en la gente del campo y en sujetos emétopes ó ligeramente hipermetropes. Además, hay que distinguir entre la agudeza visual sin corrección óptica, y la que se obtiene por medio de los cristales apropiados. Algunos casos de ametropías ligeras alcanzan con la corrección conveniente agudezas visuales superiores á la que se toma por unidad.

(Continuará.)



## Sección oficial.

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

## Dirección general de Sanidad.

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

5 Inspección general de Instituciones sanitarias.—Funciones que le están encomendadas.—Organismos que de ella dependen.

6 Organos consultivos de la Sanidad.—Real Consejo.—Juntas provinciales y municipales de Sanidad.—Real Academia de Medicina.

7 Función que á los gobernadores civiles encomienda el Reglamento de Sanidad exterior vigente, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920.—Atribuciones sanitarias de los gobernadores y alcaldes en lo que afecta á Sanidad interior.

8 Directores de Estaciones sanitarias de puertos y fronteras.—Su jurisdicción, funciones y atribuciones.—Inspectores de Distritos sanitarios marítimos.—Inspectores de puertos habilitados.—Deberes y atribuciones del personal médico, administrativo y subalterno de las Estaciones sanitarias de puertos y fronteras.

9 Inspectores provinciales de Sanidad.—Su jurisdicción, funciones y atribuciones.—Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria.—Inspectores municipales de Sanidad.—Subinspectores provinciales de Odontología.

10 Instituto de Higiene de Alfonso XIII.—Real decreto de 3 de Octubre de 1916.—Brigada sanitaria central.—Real orden de 18 de Noviembre de 1921.—Brigadas sanitarias provinciales.—Real orden de 28 de Julio de 1921.

11 Ley Orgánica de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855.—Parte de ella que debe considerarse prácticamente como vigente.

12 Reglamento de Sanidad exterior de 3 de Marzo de 1917, reformado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920.—Objetos y principios generales de los servicios de Sanidad exterior.—Dirección y organización de la Sanidad exterior.

13 Reglamento.—Distritos sanitarios.—Lazaretos: Real orden de 7 de Agosto de 1915.—Estaciones sanitarias y puertos habilitados.—Funciones sanitarias de los cónsules, vicecónsules y agentes consulares españoles.

14 Reglamento.—Patentes.—Certificados consulares de Sanidad.—Visados.

15 Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre higiene y salubridad de los barcos.—Policía sanitaria referente á los barcos durante su permanencia en puertos.

16 Reglamento.—Medidas sanitarias referentes á los barcos á la salida de los puertos.—Circular de 13 de Enero de 1919.—Medidas sanitarias durante la travesía.—Medidas sanitarias en las arribadas, escalas y comunicaciones.

17 Reglamento.—Medidas sanitarias en los puertos de llegada.—Clasificación de buques desde el punto de vista sanitario.

18 Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por enfermedades infecciosas.—Circular de 29 de Mayo de 1916.—Real orden de 27 de Marzo de 1918.—Real orden de 2 de Febrero de 1920.—Circular de 9 de Mayo de 1920.—Real orden de 25 de Mayo de 1920.

19 Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por peste.—Real orden de 17 de Noviembre de 1921.—Real orden

(1) Véase el número anterior.

de 23 de Febrero de 1922.—Real orden de 31 de Julio de 1922.

20 Reglamento.—Régimen sanitario de barcos por cólera.

21 Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por fiebre amarilla.—Circular de 4 de Mayo de 1915.

22 Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre vacunación antivariólica de tripulantes y pasajeros.—Real orden de 27 de Septiembre de 1921.

23 Reglamento.—Sanidad de fronteras.—Organización y funcionamiento de las estaciones sanitarias terrestres.—Servicios sanitarios permanentes de ferrocarriles.—Idem en casos de epidemia.

24 Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre desinfección, importación y tránsito de mercancías y equipajes.—Derechos sanitarios en relación con los servicios de Sanidad exterior.

25 Reglamento.—Contratación de servicios, infracciones y penalidad.

26 Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre reconocimiento y análisis de substancias alimenticias en régimen de importación.—Circular de 11 de Enero de 1922.—Real orden del Ministerio de Hacienda de 18 de Septiembre de 1922.

27 Disposiciones vigentes sobre importación, circulación y exportación de trapos.—Real orden de 3 de Mayo de 1922.

28 Disposiciones sobre declaración de las enfermedades infecciosas.—Régimen á seguir en Sanidad exterior é interior.—Disposiciones vigentes sobre aislamiento de enfermos y observación y vigilancia de sanos.—Real decreto de 10 de Enero de 1919.

29 Disposiciones sobre profilaxis antivenérea en España.—Bases aprobadas por Real orden de 13 de Marzo de 1918.—Real decreto de 25 de Febrero de 1919.—Circular de 22 de Abril de 1922.—Tratamiento de tripulantes afectos de enfermedades venéreas.—Real orden de 27 de Mayo de 1922.

30 Disposiciones vigentes sobre adulteración, falsificación y alteración de las substancias alimenticias.—Real decreto de 22 de Diciembre de 1908.—Real orden de 5 de Marzo de 1920.—Real decreto de 17 de Septiembre de 1920.

31 Disposiciones vigentes sobre policía mortuoria.

32 Ley de Epizootias de 18 de Diciembre de 1914.—Real decreto de 15 de Mayo de 1917.—Real decreto de 30 de Agosto de 1917.

33 Ley de Emigración y Reglamento para su ejecución.—Relaciones de Sanidad exterior con emigración.

34 Organización y funciones de los servicios médicos en la Marina de guerra española.—Idem en la Marina mercante.—Real orden de 20 de Mayo de 1920.

35 Convenios sanitarios internacionales anteriores al de París de 1903.

36 Convenios sanitarios internacionales de París de 1903 y 1912.

37 Oficina internacional sanitaria de París.—Comité y Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones.—Organización internacional de la Cruz Roja.

38 Consejos sanitarios internacionales de Egipto, Constantinopla, Tánger y Teherán.

39 Convenio sanitario entre España y Portugal, que empezó á regir en 1.º de Agosto de 1921.—Organización sanitaria de Portugal.



40

Nociones sobre la legislación sanitaria de los principales países de Europa.

41

Nociones sobre la legislación sanitaria de los principales países de América.

Madrid, 31 de Octubre de 1922.—El director general, Manuel M. Salazar.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 698,8; ídem mínima 695,2; temperatura máxima, 19°,8; ídem mínima, 0°,4; vientos dominantes, N. SSO.

Sigue en creciente proporción presentándose los catarros más o menos generalizados de los órganos respiratorios, los reumatismos musculares y articulares, las neuralgias y parálisis periféricas. Las inflamaciones parenquimatosas del pulmón, aunque con carácter menos infeccioso, se presentan en el mismo número que todos los años, sin producir gran mortalidad.

En los niños abundan las bronquitis poco graves.

## Crónicas.

**El Dr. Pascual y Ríos, catedrático.**—Por la Prensa recibimos la satisfactoria noticia de que nuestro compañero de Redacción, el conocido médico forense y exayudante del profesor Marión, de París, D. Salvador Pascual y Ríos, ha triunfado en las oposiciones que se venían verificando para cubrir las Cátedras de Medicina legal en las Universidades de Barcelona, Sevilla y Santiago, con el número uno de la propuesta.

El Dr. Pascual sabe con cuánta alegría se reciben en EL SIGLO MEDICO las noticias de sus éxitos.

Enhorabuena cordial.

**Bodas de oro.**—En Nieva de Cameros se ha celebrado el día 9 de Febrero el homenaje que el Colegio Médico de Logroño y el Ayuntamiento de Nieva tributaban al doctor D. Lucas Abad y Garofía, con motivo de celebrar sus bodas de oro con la profesión.

El Dr. Abad, que en sus cincuenta años de médico mereció el reconocimiento de sus sacrificios por la juventud española, al recibir el premio «Pro infantia» y la Gran Cruz de Beneficencia, ha podido saborear también el cariño de su pueblo que designa con su nombre el de una de sus calles principales.

EL SIGLO MEDICO se asocia de corazón al homenaje y envía su enhorabuena al Dr. Abad.

**Clínica y Laboratorio, de Zaragoza.**—En el mes de Enero ha reaparecido en Zaragoza, y bajo la dirección acertada del Dr. Ricardo Horno Alcorta, la Revista mensual de Medicina y Cirugía, *Clínica y Laboratorio*, que había suspendido su publicación al comenzar la guerra.

El propósito de esta publicación, que merece todos los elogios por su contenido y su presentación, es el de dar idea del trabajo médico nacional, constituyéndose en portavoz de todos los médicos laboriosos españoles.

Deseamos una próspera vida al colega y desde éstas columnas le damos la bienvenida.

**Centenario de Eduardo Jenner.**—El día 26 de Enero se ha celebrado el primer centenario de la muerte (no del nacimiento, como dice un parte de la T. sin H.) del célebre médico inglés Eduardo Jenner, que se puede considerar como uno de los bienhechores de la Humanidad.

Nació en Berkeley (Glocester) en 1749 y descubrió la vacuna en 1776 en su mismo pueblo natal, donde ejercía la medicina; pero no hizo público su descubrimiento hasta veinte años más tarde, 1796, espacio de tiempo en el que no cesó de investigar y observar en los numerosos casos que se le presentaban, los efectos de su invento, porque hay que recordar que por aquel tiempo, la viruela era un azote de la Humanidad.

Discutida en un principio la eficacia de la vacuna pronto se extendió por todo el continente su empleo y se proclamaron sus éxitos.

El Parlamento inglés votó un crédito para premiar al sabio Jenner con 20.000 libras esterlinas.

De Jenner ha quedado: *Inquiry into the causes and effects of the variola vaccinae (cow-pox)* y numerosos é interesantes trabajos sobre ornitología.

N. de la R.—El mejor homenaje que España podía hacer a la memoria de Jenner sería no ofrecer la resistencia que en algunas regiones se hace a la vacuna, obligatoria por preceptos legales.

**Instituto Príncipe de Asturias.**—Esta benéfica fundación creada por la Dirección general de Sanidad, para el tratamiento y curación de las enfermedades cancerosas, y dirigida por el Dr. Goyanes con la asistencia de los Dres. Noya y Gutiérrez, ha publicado un prospecto encaminado a estimular la caridad de los pudientes para que el número de camas con que hoy cuenta se vea aumentado.

Hasta la fecha han contribuido a subvencionar camas S. M. la Reina Cristina y el Dr. D. Misael García Fernández.

La asistencia de pago es sumamente económica: 12,50 pesetas diarias para todos los gastos (operaciones, camas, aplicaciones eléctricas, alimentación, etc., etc.).

Para la dotación de una cama el donante deberá entregar 3.000 pesetas anuales y si quiere hacerlo permanentemente, un capital de 75.000.

**Cruz Roja Española.**—Desde el 1.º de Enero último hasta el día 18 del corriente ha recibido la Cruz Roja de Madrid los siguientes donativos:

De la Sociedad Inglesa de Tennis en Santa Cruz de Tenerife, por el marqués de los Ríos, 140 pesetas; de la Unión de Residentes de Ayuntamientos de Buenos Aires, 399; de Jesús Calvo, de El Ferrol, 5; de la Casa Peele, en Madrid (de la hucha), 24,80; de la Compañía de Coches Camas (de la hucha), 9,50; de la Embajada de Bélgica, producto de la fiesta «Soirée d'art», organizada por M. Barneza (4.755 francos), 1.902,60 pesetas; de madame Mingo, de Biarritz (100 francos), 39 pesetas; de la Sociedad Española de Socorros Mutuos de Casilda (República Argentina), 237,60; un donativo de M. G., 200. Total, 2.957,50 pesetas.

**Damas enfermeras.**—El 6 de Marzo próximo, a las once de la mañana, dará comienzo el curso de damas enfermeras en el Hospital de San José y Santa Adela (avenida de la Reina Victoria).

**Excursión cultural.**—Como habrán visto nuestros suscriptores en el número del 13 de Enero 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 a viajar por las poblaciones de Burdeos, París, Bruselas, Lieja, Berlín, Francfort, Ginebra, Basilea, Lyon, Montpellier, Barcelona, Zaragoza a Madrid.

Todo suscriptor que tenga abonada su anualidad del corriente año, tiene derecho a reclamar los diez números que le corresponden para tomar parte en dicho sorteo, así como los que la abonen antes del 17 de Marzo próximo.

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

Por la acumulación de pedidos que hay de los números que dan derecho a tomar parte en el sorteo del billete antes referido, rogamos a nuestros suscriptores no consideren como olvido lo que es solo falta material de tiempo para poderles complacer. Por esta misma causa, trasladamos la fecha del vencimiento para el pago del año corriente, hasta el 17 de Marzo próximo.

**Del homenaje a Cajal.**—Sabido es que por muchas Sociedades científicas extranjeras se ha rendido con motivo de la jubilación del profesor Cajal, el justo homenaje del reconocimiento de sus méritos. A la enumeración de estos actos debemos añadir el muy singularizado de que la Universidad de Burdeos le haya designado como su primer doctor *honoris causa* de nacionalidad extranjera.

Este acuerdo de la Universidad de Burdeos, que hace honor a toda España en la persona del más eminente de sus catedráticos, tuvo solemne efectividad en el acto celebrado el día 12 en la Embajada de Francia en el que M. Pierre París, miembro del Instituto de Francia y director de la Es-



cuela de Altos Estudios Hispánicos, representando á la Universidad otorgante, entregó á D. Santiago Ramón y Cajal el honroso Diploma.

**Aviso á los médicos.**—El Colegio de Médicos de Madrid recuerda á los colegiados su obligación, con arreglo á la ley, de presentar declaraciones juradas de ingresos profesionales obtenidos desde 1 de Abril de 1920 hasta fin de Diciembre de 1923.

Para redactar esas declaraciones, en la Secretaría del Colegio (Gran Vía, 8) se facilitará á los interesados un impreso, acompañado de una carta del presidente en la que se aclaran conceptos y se resuelven dudas acerca de tal procedimiento tributario.

**De Sanidad Militar.**—El ministro de la Guerra hablando el día 9 con los periodistas, les manifestó:

«Como es sabido, las plantillas de oficiales de dicho Cuerpo están tan escasamente nutridas, que apenas si se cuenta con elementos para una buena organización de los servicios sanitarios. Una de las mociones tienden á aumentar la oficialidad de complemento; con ella, y con los médicos militares retirados que están en condiciones de prestar servicio, se atenderá á nutrir las plantillas. Y en la segunda moción se dan normas encaminadas á facilitar la provisión de los destinos en Africa, pero reservando, porque así lo han pedido expresamente, los puestos de honor y de mayor peligro para los oficiales del Cuerpo de Sanidad.

Con arreglo á estas dos mociones se dictarán las Reales órdenes en que habrán de desenvolverse para su exacto cumplimiento.»

**Conferencia.**—El martes próximo, á las seis y media de la tarde, el Dr. D. Angel Pulido y Fernández dará una conferencia en el Ateneo de Madrid, acerca del Dr. González Velasco.

Como hemos dado cuenta, los temas que se vienen desarrollando en dicho Centro literario (acerca de personalidades médicas del siglo pasado, ya fallecidas, son escuchados con gran atención por numeroso público, pues que en ellos se trata del recuerdo á compañeros ilustres; á los disertantes no hemos de alabarlos, pues que son bien conocidos.

El hecho de haber sido el orador el ayudante y amigo íntimo del Dr. Velasco y la relevante y poco conocida personalidad de este sabio filántropo, promete dar extraordinario interés á esta conferencia.

**Sensibles pérdidas.**—Cerrado ya nuestro número recibimos las tristes noticias de haber fallecido el padre de nuestro queridísimo amigo y redactor D. César Juarros, á quien enviamos la más sincera expresión de nuestro dolor, y el médico forense y del Hospital del Niño Jesús, D. Julián Fuentes.

Era este último un expertísimo médico legista tan culto como modesto, y sobre todas sus relevantes condiciones científicas tenía la estimable moral de ser un hombre intachable en su conducta privada y profesional. Nos es imposible ampliar en este momento la expresión de nuestro ánimo respecto al Dr. Juarros y á la familia del Sr. Fuentes.

**Hospital Anglo-Americano en Madrid.**—El día 3 de Febrero tuvo lugar la inauguración en Madrid del Hospital Nursing Home, situado en la Dehesa de la Villa.

Asistieron al acto los embajadores de Inglaterra y de los Estados Unidos cuyas distinguidas esposas son las presidentas de la Asociación que con la cooperación de las colonias de sus países, han puesto en práctica el benéfico propósito que preside la institución.

Este hospital que hoy tiene cuatro pabellones, será ampliado tan pronto lo exijan las necesidades de sus beneficiarios que no solamente lo pueden ser súbditos americanos é ingleses, sino los españoles y personas de otras nacionalidades que deseen utilizar sus servicios.

Los Dres. Grey, Luque y Pages han ofrecido gratuitamente sus servicios á la dirección del establecimiento.

Los invitados fueron obsequiados con un té después de visitar las salas del hospital.

**Farmacia.**—Se vende una bien surtida y con numerosa clientela en Fonsagrada, provincia de Lugo. Facilidades para el pago.

Para informes, dirigirse á D. Domingo Cadahia, Farmacia, Fonsagrada (Lugo).

**Premio fundación Marqués.**—La «Sociedad Económica Barcelonesa de Amigos del País», ha adjudicado en el año actual el diploma honorífico y la dotación de 800 pesetas de la fundación del Dr. Ramón Marqués, al joven don Tomás Morató Pou, por haberse distinguido en los estudios de la Facultad de Farmacia, y tener las condiciones señaladas en aquella.

**Excipiente inerte.**—Hay culpas tan dichosas, que gozan el premio de los méritos.

(Juan de Zabaleta.)

Multa renascentur  
quæ jame cecidere, cadentque  
quæ nunc sunt in honore

Esta máxima que el viejo Horacio aplicaba á los vocablos, es igualmente exacta respecto á los remedios.

(Ich.)

**La llamada ENCEFALITIS LETÁRGICA**, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan ocho ejemplares de esta monografía. Pedidos á la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

**Sanidad de la Armada.**—Convocadas estas oposiciones en la Gaceta del 27 de Diciembre último, con plazo de instancias de noventa días y con nuevo programa; la Editorial Campos, Princesa, 14, ha dado comienzo á la publicación de las Contestaciones al mismo, que se adquieren por suscripción y estarán terminadas antes de los ejercicios.

## PAPELES YHOMAR

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



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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1