

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.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASQUAL Y RIOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTIFICO:

Oleología española.—Archivo é inventario del Tesoro Oleológico, 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 Oleológicos de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: El reumatismo de origen dentario, por G. Marañón.—El problema de la tuberculosis, por José Codina.—Goma sífilítica de la comisura palpebral interna que simulaba un epiteloma, por el Dr. Manuel Marin Amat.—Las enfermedades espiroquéticas consideradas desde el punto de vista inmunológico, por el doctor W. H. Hoffmann.—Ideas actuales sobre el neurotropismo, discurso del Dr. S. F. Tello.—Bibliografía, por Emilio Luengo Arroyo.—Periódicos médicos.

El reumatismo de origen dentario ⁽¹⁾

POR

G. MARAÑÓN

Médico del Hospital General de Madrid.

El asunto que voy á exponer esta noche en colaboración con mi amigo el Dr. Tapia, del Instituto de Alfonso XIII, es uno de los de mayor actualidad en la Medicina.

Sabido es que desde los principios de la Medicina, se han preocupado los médicos de la importancia de la dentadura y de la boca, para las diversas afecciones viscerales, y hay muchos estudios, tanto de médicos como de odontólogos, que se ocupan de la semeiología general de la boca en las diferentes afecciones viscerales. Este concepto clásico se refería principalmente á trastornos generalmente mecánicos, es decir, á las alteraciones de la masticación por el mal estado de la dentadura, y á los trastornos de la digestión y de la nutrición consecutivos. También se han estudiado muchos de los estados neurálgicos, especialmente de la cabeza, consecutivos á lesiones dentarias, y últimamente también, la semeiología de la boca en relación con el desarrollo del organismo.

Pero todos estos conceptos han quedado subordinados al de la importancia de la boca, como punto de partida de las infecciones, que se localizarán en diversas vísceras y partes del organismo, dando lugar á distintas enfermedades, y entre ellas el reumatismo.

(1) Comunicación presentada en la Real Academia Nacional de Medicina.

He dicho al empezar que este asunto es de mucha actualidad, y no es exacto porque las primeras observaciones de estados reumáticos, dependientes de la infección de la boca, son muy antiguas, de comienzos del siglo XIX, cuando Benjamín Rush publicó algunas observaciones que están reproducidas en el libro sobre Sepsis Oral de Duke, traducido por cierto al español, recientemente por Pons; los cuales se leen con agrado porque son un modelo de penetración clínica. Desde entonces el asunto quedó en silencio, reducido á las expresadas nociones sobre los trastornos digestivos de origen mecánico á que hacía antes referencia.

En los últimos años del siglo XIX y en lo que va del XX, es cuando los odontólogos, primero americanos, y después ingleses, han estudiado de manera detallada este otro aspecto de la cuestión, es decir, la infección de la boca y su importancia en Medicina general; y ahora es uno de los temas más importantes y de más actualidad, hasta el punto de que en las Revistas inglesas y americanas apenas hay número sin un artículo sobre la sepsis oral y su trascendencia en Medicina general.

Sin embargo, este asunto de tanta resonancia en los países de lengua sajona, en Europa es muy poco conocido. En Francia, de donde se ha nutrido la cultura médica española hasta ahora, está casi por estudiar. En los grandes tratados médicos franceses (á pesar de antecedentes interesantes como los de Guyot, Gallipe y otros) no se habla del reumatismo de origen focal, ni, desde luego, del de origen dentario, y sólo en las Revistas de Odontología y en alguna general se inician artículos de crítica de la cuestión. Así sucede también en Italia, en cuyos tratados no se habla de la cuestión, ni siquiera en el ya clásico de Sangregorio acerca

del reumatismo articular crónico, en donde no cita ni el focal ni el dentario. Una cosa semejante pasa en Alemania, en cuya literatura de estos diez años, que he revisado cuidadosamente, los datos son muy pocos. En los grandes tratados no se toca tampoco el tema, y únicamente en el de Brugsch y Kraus, en el capítulo de enfermedades de la boca en relación con la Medicina general, se cita un solo caso como hecho rarísimo de reumatismo de origen dentario. Los médicos de Viena, los de la escuela de Falta principalmente, se han ocupado, en cambio, mucho del asunto, y a sus trabajos nos referiremos muchas veces, singularmente a los publicados por Czepa y Antonius en los *Wiener Archiv für innere Medizin*, del año 1921.

En España el asunto está en el mismo estado; a pesar del gran nivel cultural de nuestros odontólogos, los trabajos acerca de la materia son muy escasos. Yo no he hecho una revisión absoluta de las Revistas profesionales; pero en las colecciones de estos últimos años sólo he encontrado algunos trabajos puramente críticos del Dr. Marta, del Dr. Landete y otros, a los que hay que añadir la citada traducción de Pons del libro de Duque, en la cual ha añadido algunos comentarios propios muy acertados e interesantes. No quiere esto decir que los odontólogos españoles no estén perfectamente impuestos de la cuestión; y yo he podido hablar con los Dres. Landete, Subirana, Aguilar, Valderrama, y todos siguen al día la cuestión, y alguno de ellos, por ejemplo, el Dr. Aguilar, tiene algunos casos muy bien estudiados y tratados en este sentido.

El Dr. Simonena, en su discurso de entrada en esta Academia, hacía referencias a la importancia de la infección bucal en la producción de ciertas endocarditis, y éstas y el reumatismo son fenómenos de la misma índole. Siento que no esté presente, porque nos hubiera ilustrado con su gran autoridad acerca de la cuestión.

¿Qué es el reumatismo de origen dentario? Hasta hace muy poco tiempo se consideraba al reumatismo crónico como una enfermedad de origen interno, endógena. Claro que de las diferentes enfermedades que se englobaban dentro de este diagnóstico de reumatismo articular crónico, hay ciertamente algunas de origen endógeno seguro; por ejemplo, el reumatismo de tipo gotoso y pseudogotoso; pero al lado de estas formas hay otras variedades, como el reumatismo articular deformante propiamente dicho, cuya patogenia era desconocida, y la interpretación endógena, metabólica o neurógena era completamente arbitraria. Se sabía que había reumatismos de tipo agudo, de origen infeccioso; desde luego, el poliarticular agudo. Y se estudiaron también algunas formas de reumatismo crónico de origen infeccioso, pero refiriéndose principalmente a los de origen tuberculoso o sifítico. Después se empezó a ver que, además de la sífilis y de la tuberculosis, otras infecciones, principalmente las estreptocócicas, podían dar lugar a formas reumáticas de tipo subagudo o crónico.

Es sabido que en las septicemias y otras afecciones agudas, como la escarlatina principalmente, en ciertos casos se producen localizaciones articulares que evolucionan de un modo agudo; pero además de estas septicemias agudas, de estas septicemias de marcha muy aparatosa, con fiebre muy alta, con mal estado general, se descubrió que había un gran número de septicemias en las que el síndrome febril es extraordinariamente poco manifestado, no pasando la fiebre de 38° y con tan gran escasez de síntomas generales, que ni el propio enfermo se da cuenta muchas veces de su enfermedad. Pues bien; en este tipo de septicemias crónicas y larvadas, se producen también localizaciones articulares muy frecuentemente; lo que ocurre es que la sintomato-

logía articular domina a la febril, considerándose el enfermo como reumático y pasando, en cambio, desapercibido el síndrome infeccioso, tanto al médico como al enfermo. Los dentistas fueron los primeros que relacionaron los dos fenómenos, la pequeña septicemia y los síntomas articulares; pero después el asunto ha empezado a ser estudiado por los médicos generales, y actualmente, la literatura médica general de los Estados Unidos y de Inglaterra, acerca del asunto, es formidable, hasta el punto de que no intentaré hacer ni un resumen de ella, limitándome solo a citar los trabajos fundamentales para el esquema que voy a trazar esta noche.

De todos los autores médicos que se han ocupado del asunto, es Billing el de mayor autoridad; no solamente se ha dedicado al estudio de este asunto, sino que ha hecho una organización médica, que le ha proporcionado el estudio de un gran número de casos, siguiéndoles durante un gran lapso de tiempo, diez y siete años, lo cual avalora mucho sus afirmaciones, porque son estos enfermos la mayoría de las veces ambulantes, y siendo el curso de la enfermedad muy interesante, es muy difícil el recoger la historia, completarla con los datos del curso ulterior.

Billing ha estudiado los reumatismos crónicos desde este punto de vista, y concluye que la inmensa mayoría de las poliartritis crónicas, hasta ahora consideradas como de origen endógeno, metabólico o nervioso, son, en realidad, de origen infeccioso, y, más concretamente, estreptocócico.

Las infecciones primitivas de los focos de origen, que producen, según él, este tipo de reumatismos, son los siguientes, citados por orden de frecuencia: 1.º, de orden faríngeo (faringitis crónicas difusas, amigdalitis crónicas repetidas, con ataques de anginas); 2.º, infecciones de la boca (piorrea dentaria, abscesos apicales, todo el grupo de las infecciones englobadas por los americanos en el concepto de sepsis oral); 3.º, infecciones del útero y de las trompas; 4.º, infecciones de los senos, principalmente los frontales; 5.º, infecciones de la vesícula biliar, enterocolitis, apendicitis crónicas, y 6.º, supuraciones crónicas de oído.

Sin embargo, los autores de la escuela de Viena, a que antes me he referido, que han estudiado este asunto de modo concienzudo, haciendo la radiografía dentaria de todos los enfermos del Elisabeth Spital, de Viena, han llegado a la conclusión de que las infecciones bucales de origen dentario son más numerosas aún que las faríngeas; y, por tanto, que la infección inicial, en la inmensa mayoría de los casos, en un 66 por 100 de los mismos, es de origen bucal.

¿Cuál es el mecanismo de estos reumatismos de origen dentario? El siguiente:

El enfermo tiene una lesión infectada de la boca, una piorrea, un absceso apical, etc. Para el médico general es la piorrea la lesión que se ofrece de una manera más sensible; una piorrea alveolo dentaria, que en un buen número de casos se complica con abscesos apicales o paradentarios, con las distintas variedades de infección focal que conocemos todos. Los gérmenes contenidos en estos focos pasan a la sangre, originándose así verdaderos estados septicémicos, que como antes decía, son desde el punto de vista de la sintomatología general muy poco manifestos, hasta el punto de que los enfermos no se dan muchas veces cuenta de que tienen fiebre, y creen estar sanos. Otras veces el síndrome septicémico se reduce a esas ligeras febrículas, generalmente vespertinas. Sin embargo, en este período tan poco aparente, clínicamente, el estado septicémico puede demostrarse bacteriológicamente, y Richard ha hecho un gran número de hemocultivos en estos casos con resultado positivo en un tanto por ciento bastante considerable (14 casos entre

104 investigados). Nosotros sólo hemos logrado un hemocultivo positivo.

El hecho es que los estreptococos circulan por la sangre y se localizan en las articulaciones del enfermo. El acceso a éstas, según los estudios de Nichols y Richardson que han hecho investigaciones admirables, se verifica por las arterias de los tejidos periarticulares y los ramos terminales de la nutricia del hueso que van a la diáfisis, y que en las preparaciones anatomopatológicas están casi siempre ocluidas por émbolos de microbios. Una vez llegados a la articulación los estreptococos producen un estado de inflamación aguda de la misma, y ya está el reumatismo en marcha.

Hasta aquí, las nociones de los odontólogos y de los bacteriólogos. Pero nosotros, los médicos internistas, encontramos alguna dificultad para comprender cómo un ataque infeccioso puede dar lugar a las alteraciones anatómicas tan enormes del reumatismo crónico deformante. Nosotros podemos explicarnos que una localización estreptocócica provoque las serositis y edemas periarticulares característicos de estas lesiones agudas, pero no nos damos fácil cuenta de cómo una acción microbiana puede dar lugar al estado de hipotrofia y de atrofia del cartílago, a la osificación no sólo de éste, sino de los tejidos limítrofes y a todas las deformidades anatómicas que se ven en la mesa de autopsias, y aun sin necesidad de la autopsia, en las radiografías de estos enfermos.

Es para nosotros muy verosímil que en la patogenia de estas artritis de origen infeccioso juegue un papel importante el estado de predisposición del enfermo, un estado humoral que podríamos por el momento seguir llamando «artritis», según la denominación clásica de la escuela francesa. Nosotros, desde que hicimos nuestros primeros estudios en este sentido, tendimos siempre a demostrar que aun en el caso de lesiones articulares del origen infeccioso más puro, había también estigmas de ese estado humoral artrítico en el enfermo, y en efecto, después hemos tenido ocasión de leer los estudios de un clínico norteamericano, que ya citaba con elogio en mi discurso de entrada en esta Academia, Pemberton, uno de los médicos norteamericanos más perspicaces, cuyos puntos de vista coinciden muy justamente con los míos. Él admite también que un gran número de reumatismos crónicos deformantes son de origen infeccioso; pero cree que debe haber una predisposición que se manifiesta por los trastornos clínicos del artritis, por trastornos del metabolismo basal y de la tolerancia hidrocarbonada y por pequeños síntomas de naturaleza endocrina.

La bacteriología de estas afecciones articulares de origen infeccioso, es casi siempre estreptocócica. Los estudios más importantes en este sentido, fueron los del americano Rose now, que encontró, tanto en el pus de la sepsis oral, como en el líquido de las articulaciones infectadas, casi siempre el estreptococo. El tipo de estreptococo a que se achacaban antes estas lesiones, era el viridans, y durante mucho tiempo se ha aceptado como un hecho inconcuso, la preponderancia de este germen; pero los estudios de estos últimos años han puesto de manifiesto que no siempre es así. Baland, por ejemplo, entre 35 casos, ha encontrado en ocho el viridans, y en los demás el estreptococo hemolítico; dando nuestras observaciones la misma proporción, pues de 13 casos analizados, en ocho hemos encontrado el hemolítico y en cinco el viridans.

Es sabido, sin embargo, que la bacteriología de las infecciones bucales es complicadísima, no reduciéndose al estreptococo. No quiero entrar en detalles, pero los odontólogos que se dedican a bacteriología, han hecho en estos últimos años una gran cantidad de trabajos, extraordinarios por su

número y por su mérito. Actualmente, hay la seguridad de que en las sepsis bucales juegan gran papel ciertas especies de espirilos, y el mismo Noguchi, el maestro en estas cuestiones, describe un espirilo característico de la sepsis bucal. Perrín, nuestro compatriota que trabaja en Méjico, ha descrito tres ó cuatro variedades de espirilos de origen bucal, y bacteriólogos franceses, principalmente de Burdeos, se ocupan de la cuestión y dan gran importancia a la intervención de diferentes formas de espirilos, en la producción de la sepsis bucal. Pero la infección espirilar tiene para el médico general una importancia secundaria. Es evidente que el tipo de purulencia bucal está condicionado por la existencia y variedad de los espirilos, pero las consecuencias generales de la purulencia bucal en el organismo se deben casi exclusivamente al estreptococo, y la parte espirilar nos tiene menos en cuidado a los médicos generales que la estreptocócica.

¿Cómo se hace el diagnóstico de estos casos de reumatismo crónico de origen focal? Insisto mucho en el diagnóstico, porque en este asunto de las lesiones articulares de origen infeccioso, como en todas las novedades de la Medicina, ha habido un espíritu de exageración muy grande. Desde hace algunos años el concepto de reumatismo de origen focal y dentario se ha divulgado de tal manera en América é Inglaterra, que apenas había caso de reumatismo de cualquier origen y forma que fuese, en que no se hiciesen operaciones mutilantes muy grandes de la boca. Era muy frecuente el ver enfermos que tenían una lesión articular relativamente de muy poca importancia y de naturaleza muy dudosa, a los cuales, sin embargo, se les extirpaba la dentadura y se les ponía una postiza. Yo he visto algunos casos de este género, casos tratados fuera de España, en Inglaterra, y citaré el de una señora española, que tuvo un ataque de reuma subagudo de tipo gotoso muy claro: era de familia gotosa, tenía una diátesis artrítica evidente y sus lesiones habían empezado por el dedo gordo del pie. Era, pues, convincente la naturaleza gotosa de su padecimiento. Esta señora, tratada aquí por diferentes médicos, tuvo que ir a Inglaterra; yo, medio en broma, le advertí que tuviese cuidado si consultaba con alguien, porque le quitarían los dientes, y así fué, en efecto; pues en cuanto consultó con el primer médico, la convenció de que su reuma era dentario; le hicieron la extracción total de la dentadura, que aparentemente era perfecta, y la volvieron a España sin dentadura y con reumatismo. Es este un asunto que hay que enjuiciar con prudencia, y afortunadamente, aun en los Estados Unidos y en Inglaterra, el espíritu de reacción se está formando, y tanto dentistas como médicos, han equilibrado el criterio, y ahora sólo se operan los enfermos que se deben operar.

Estos casos de reumatismo crónico de origen dentario tienen una sintomatología particular, y estudiándolos con atención se llega al diagnóstico con bastante seguridad. En primer lugar, los enfermos suelen relacionar bastante el comienzo de su afección con alteraciones de la sepsis oral. Además, las lesiones articulares suelen ir casi siempre precedidas de estos períodos de febrícula, muchas veces inadvertida, pero otras no cuando se trata de individuos muy cuidadosos de su salud y que se están siempre observando. Estas lesiones articulares de origen focal se suelen localizar de preferencia en las articulaciones pequeñas, como las de la muñeca y la mano; también es frecuente la localización en el cuello, y asimismo los reumatismos musculares, muy dolorosos. Claro que todo esto no es una regla absoluta, porque yo he visto casos de reumatismo de origen focal, seguro en las grandes articulaciones (rodilla, cadera, etc.). El primer caso de Benjamín Rush que he citado, era precisamente de la articulación de la cadera.

Una vez recogidas estas primeras impresiones por el examen clínico del enfermo, debe procederse inmediatamente a la exploración del foco inicial. Claro que no hay que limitarse a la boca, sino que hay que examinar todos los posibles focos antes citados. La garganta del enfermo, en primer lugar: ver si hay infección crónica de la faringe, ó de las amígdalas, ver si hay supuración crónica de los senos, apendicitis ó salpingitis antiguas, etc., etc.

En general, toda supuración de la boca, todas las formas de la sepsis oral son capaces de producir estos reumatismos, pero los autores que se han ocupado de estos asuntos están conformes en que el mayor contingente de casos lo dan los abscesos apicales. Claro, que la piorrea es muchas veces origen de dichos abscesos, y esta piorrea se diagnostica con facilidad; en tanto que los abscesos apicales pasan la mayoría de las veces desapercibidos, pues son indolores, no producen trastornos en la función de la masticación, y por ello el enfermo no se da cuenta de que los tiene.

Los estudios radiográficos han comprobado que estos abscesos se presentan de preferencia en los dientes desvitalizados, en los dientes enervados para empastarlos, etc.; y ello ha dado lugar a un movimiento de los dentistas americanos, que tienen una tan gran influencia en la odontología mundial, en contra de la cirugía conservadora de los dientes, que hasta hace poco se consideraba como el sumum del arte dentario; y así como antes los dentistas procuraban a toda costa salvar los dientes, a partir de estos estudios se tiende a evitar que los enfermos tengan dientes desvitalizados, porque casi seguramente servirán de entrada, de punto de origen a esos abscesos apicales, de tan gran transcendencia. Este criterio exagerado se ha modificado, y hoy sabemos que los dientes desvitalizados pueden ser ó no origen de los abscesos, según la minuciosidad y el arte con que han sido curados. Es este un problema que depende de muchas circunstancias, que se deben mirar sin exageraciones, viendo el pro y el contra de cada una de aquellas. Pero su desarrollo no me compete a mí.

De todas maneras, el hecho interesante es que no hay que fiarse sólo de la existencia de los grandes abscesos peridentarios y de la piorrea, para diagnosticar el foco dentario, sino que es preciso buscar la existencia de los abscesos apicales, que sólo se encuentran por la radiografía, la cual da una imagen muy clara, en que se ve el vértice del diente, con la línea neta normal sustituida por la sombra borrosa del absceso. Los gérmenes de este absceso se comprende que no teniendo salida al exterior, buscan la misma por las vías linfáticas y sanguíneas, produciendo la septicemia con mayor facilidad que los abscesos abiertos y la piorrea, en los que el pus tiene un escape fácil al exterior, y es más difícil que pase a la sangre dando lugar a todas las consecuencias de la septicemia. En nuestra práctica hemos confirmado este modo de ver, tan lógico científicamente, pues hemos visto que en los enfermos con piorrea muy grande, pero simple sin abscesos, estas localizaciones articulares ó las demás viscerales son menos frecuentes que en los enfermos que además de piorrea tienen abscesos apicales.

El diagnóstico se funda en este examen clínico, y desde luego, en el hallazgo del foco inicial, pero hay otros medios para apañarle en los casos de duda. Uno es el propuesto por Daland de la fórmula leucocitaria. Es un artículo de fe en la Medicina, que las infecciones estreptocócicas dan reacción leucocitaria, caracterizada por leucocitosis y polinucleosis, y de tal modo esta creencia está arraigada, que en los casos de duda, en que se sospecha la existencia de un foco purulento oculto, si no se presentan aquellas reacciones (leucocitosis y polinucleosis), el médico desecha ó pone en

duda la existencia del foco. Sin embargo, nosotros hemos comprobado la frecuencia con que se encuentra la fórmula leucocitaria normal, y aún inversa (mononucleosis ó linfocitosis), en estos casos de pequeñas septicemias de origen focal.

Por su parte, Daland ha hecho gran número de exámenes hemáticos en los enfermos de sepsis oral y llega a la conclusión de que no solamente no es raro encontrar linfocitosis, sino que es un hallazgo tan constante, que permite el diagnosticar los casos dudosos. Las investigaciones de Daland son muy prolijas y están muy bien recogidas y merecen, por ello, toda nuestra atención. Nosotros hemos examinado últimamente la fórmula leucocitaria en 5 de estos casos, y en ellos hemos encontrado linfocitosis; 33, 37, 38, 39 y 46 por 100 del total de leucocitos. No son estas linfocitosis extraordinariamente intensas, pero sí tienen un valor, porque en todos estos casos se trataba de enfermos ya adultos, algunos hasta viejos, en los cuales la reacción de tipo linfocitario es mucho menos frecuente que en los jóvenes; y, sobre todo, son datos significativos porque contrastan con la idea previa de que se va a encontrar polinucleosis, en virtud de la purulencia inicial.

También ha sido empleada con fines diagnósticos la desviación del complemento con antígenos estreptocócicos. Richard ha hecho numerosas pruebas, logrando 68 resultados positivos. Nosotros la hemos investigado en cuatro casos con antígeno de estreptococo viridans. En dos de estos casos la desviación fué positiva, y en ellos el examen del pus dentario nos dió también el viridans; en un tercer caso en que no pudimos hacer comprobación bacteriológica del pus, la desviación de complemento fué también positiva para el viridans; y en el cuarto enfermo, en que habíamos encontrado el estreptococo hemolítico en los dientes, hicimos la desviación de complemento con antígeno mixto (viridans y hemolítico), con resultado negativo.

Dos palabras sobre el tratamiento: hasta ahora estos enfermos estaban condenados a soportar su reumatismo durante toda su vida, ó casi toda, siendo sometidos a tratamientos que no les mejoraban, haciéndose crónicas sus lesiones. En la actualidad, haciendo el diagnóstico del foco inicial, se puede mejorar y aun curar al enfermo. El primer punto en el tratamiento es, pues, la eliminación del foco; mientras ésta no se haga de una manera completa, el reumatismo no se curará a pesar de emplear todos los medios que queramos. Por lo tanto, en el reumatismo de origen bucal hay que hacer una desinfección rigurosa de la boca. Hay que sacar los dientes que no se puedan salvar de la infección, y cuantos me escuchan saben lo tenaces que son las piorreas alveolo-dentarias; casos que el dentista acaba por enviar al médico, diciendo que son de la competencia de éste; pero que mientras no se haga la asepsia rigurosa de la boca extrayendo los dientes dañados, el enfermo casi nunca se cura. En cambio, haciéndola, el reumatismo mejora de manera instantánea; el enfermo que apenas se podía mover, que estaba lleno de dolores, con las articulaciones hinchadas, al cabo de cuatro ó cinco días se encuentra muy bien; y hasta llega a curarse.

Los que han estudiado estos asuntos y han seguido después mucho tiempo a los enfermos, como Billing, llaman la atención sobre el hecho de que cuando la infección dentaria persiste durante mucho tiempo, llega a producir focos secundarios, y puede suceder que ni la desinfección más completa ni la misma extracción de la dentadura, curen; porque quedan focos secundarios que son nuevas fuentes de estreptococos. El cita muchos casos, y yo recuerdo uno, de un hombre con reumatismo crónico, en quien se hizo el diag-

nóstico de causa oral, se desinfectó la boca, se extrajeron los dientes, pero no se curó; poco tiempo después empezó á tener accesos de apendicitis y se dibujó el cuadro de la colecistitis crónica; inmediatamente se pensó que esta era un foco secundario de la infección bucal, que seguía manteniendo el reumatismo; se eliminó el foco por la operación y el enfermo se curó.

Nosotros, y también otros autores, además del tratamiento quirúrgico, es decir, de la eliminación del foco, hemos empleado en nuestros enfermos la vacunoterapia; hemos hecho siembras de los estreptococos del pus dentario, con las que hemos preparado vacunas generalmente en un medio lácteo, y hemos tratado á los enfermos, al mismo tiempo que quirúrgicamente, por la vacunoterapia, y aun algunos con ésta sólo, habiendo obtenido en general buenos resultados.

Claro que, como antes he dicho, en este caso, ó por lo menos en la mayoría, hay que tener siempre en cuenta la existencia de un factor humoral, que probablemente influye en que la localización de estos gérmenes se haga en las articulaciones, y no en otro sitio, por lo cual hay que hacer á la vez un tratamiento dietético, aplicando los remedios de cierta utilidad empleados hasta ahora.

Los casos que hemos estudiado en estos últimos tiempos son 19: 11 mujeres y 8 hombres, de treinta y cinco á sesenta años de edad. Cuando se hizo la investigación del pus, en 13 casos encontramos el estreptococo hemolítico, y en cinco el estreptococo viridans, como ya antes he dicho. En uno de los casos no se hizo esta demostración; pero la desviación del complemento fué positiva para el viridans: también lo hemos referido ya.

Estos casos han sido tratados por la vacunoterapia y por los odontólogos. En cinco casos hemos hecho tratamiento por la desinfección operatoria, realizada por el odontólogo, sin vacunoterapia. En un caso el resultado ha sido negativo: era un enfermo con grave infección bucal, en quien se hizo la extirpación completa de la dentadura, sin lograr la menor mejoría. En los otros cuatro el resultado ha sido excelente; todos han mejorado, y tres pueden decirse curados. En uno de ellos, tratado por el Dr. Aguilar, el resultado fué verdaderamente brillante. Era un enfermo que apenas se podía mover, que tenía una localización articular en una rodilla y en la columna vertebral, y ocho ó nueve días después de la operación estaba transformado, andaba por la calle, etc. En dos casos hemos tratado al enfermo con el método quirúrgico y la vacunoterapia, ignorando su curso posterior. En cuatro casos sólo hemos empleado la vacuna, y de ellos se han mejorado mucho dos, y los otros dos no se han modificado. Un caso tratado por el dentista y el atofán ha mejorado mucho. Y otro, por fin, sólo con el filacógeno de Schäffer, ha mejorado también.

En los demás casos de nuestra estadística, hasta 19, no hemos podido seguirlos el tiempo suficiente.

Las conclusiones que podemos sacar de este asunto, que he procurado exponer de la manera más breve y esquemática, son las siguientes:

En el grupo del reumatismo crónico en que antes se englobaban una porción de afecciones diferentes, y de patogenia á veces desconocida, hay que hacer la separación de un gran grupo en los que existe seguramente un origen infeccioso. En estos casos de origen infeccioso, focal, la infección dentaria tiene una importancia extraordinariamente grande, probablemente, según los estudios de Czepa y de Antonius, la más importante de todas.

Sin embargo, nosotros no admitimos únicamente el origen infeccioso: creemos que el ataque infeccioso es la causa de

terminante, pero hay que tener también en cuenta el estado humoral y metabólico de los enfermos.

De todas maneras, para los médicos actuales, la desinfección de la boca debe ser fundamental. Ningún médico puede ver á ningún enfermo sea el que sea de Medicina interna y consentirle que tenga su boca infectada. No solamente las afecciones reumáticas citadas, sino una porción de localizaciones viscerales se pueden originar por estas infecciones, que soportan muy bien los enfermos, sin darse cuenta de ellas, y sin concederles trascendencia en su organismo. No solamente se pueden localizar los gérmenes en articulaciones, en endocardio, en riñón, sino que un individuo afecto de una infección bucal permanente, aun sin localizaciones viscerales, propiamente dichas, puede sensibilizarse para todo ataque infeccioso de una manera tan grande, que puede decirse que su resistencia está permanentemente disminuída.

Claro que estos casos expuestos, en comparación con las estadísticas de los autores americanos, que llevan decenios en el estudio de la cuestión, no son importantes; pero como se trata de un asunto en embrión, no sólo en España, sino en Europa, me ha parecido conveniente traerlo aquí para llamar la atención sobre él y excitar la colaboración de médicos y de odontólogos, porque sin ella, la eficacia de nuestros esfuerzos será mucho menor.

EL PROBLEMA DE LA TUBERCULOSIS

Excmo. Sr. D. Angel Palido.

Mi querido, ilustre y cariñoso amigo: Bien ganados se tiene usted los tres adjetivos con que le saludo, por las nobles empresas y entusiastas campañas que su prodigiosa y fecunda pluma siempre ha enriquecido toda suerte de publicaciones.

Sin meditación previa, sin reflexión preliminar, después de leer atentamente la cariñosa carta que tiene la bondad de dirigirme en EL SIGLO MÉDICO, juzgo que nunca se encontrará ocasión más oportuna como la presente, para encabezar una carta con dichos adjetivos. Persona que me quiere y que se le corresponde con la misma intensidad que se produce públicamente con manifestaciones de tan acendrado cariño, que si no fuera por el curtido de los años, me saldrían los colores á la cara, é ilustre por más de un concepto y, sobre todo, por su historial y su ejecutoria, que son ejemplos vivos de laboriosidad, de altruismo y de honradez sin la más pequeña mácula, representan características tan relevantes, que forzosamente un modesto obrero, como yo, engolfado en las labores de su clínica, rehuyendo toda manifestación pública extracientífica, se ha de sentir verdaderamente abrumado y agobiado por los elogios personales que brotan á borbotones en su mencionada carta, si no se viera, por fortuna mía, que el encomio está inspirado en nuestra buena amistad y en nuestro cariño, y sobre todo, persigue fundamentalmente un elevado ideal, á cuya propaganda ha sido siempre dócil y prolífica su bien cortada pluma, como es el ideal de hacer justicia y de un modo particular á un hombre sabio y bueno que tan injustamente ha sido tratado por muchos de sus contemporáneos.

¿Para qué voy á hacer yo protestas, por muy sinceras que sean, de que mi trabajo no merece los honores de la excelsa pluma de usted? Si todo el que lo lea verá que no tiene, por muy buena disposición que tenga para juzgarle, ni más ni menos valor que toda otra clase de investigación clínica del mismo género. Sí, amigo Palido, si la carta de usted merece

ser detenidamente leída, tanto por el público médico como por el público en general, no es ciertamente porque tengan valor extraordinario mis investigaciones, ni por lo que pueda ó merezca ser cotizado mi nombre desde el punto de vista científico, sino simple y llanamente por los inmensos merecimientos, en parte desconocidos, en parte inconscientemente desvirtuados, y en la restante proporción premeditada y odiosamente descalificados del hombre insigne, del gran patriota que más vidas ha salvado con sus descubrimientos, desde el retiro conventual de su laboratorio.

Con seguridad que del gran número de campañas que usted ha sostenido con su valiente pluma, ninguna habrá sido tan honrosa para usted, como merecida por la persona á quien va destinada, que la que usted sostiene con tanto empeño desde algún tiempo á esta parte, como la campaña que bien podríamos llamar *pro Ferrán*.

Perdóneme si en esta mi humilde contestación, no hablo de casos clínicos, ni de investigaciones, ni de conceptos, ni de juicios respecto del trascendental descubrimiento de la vacuna antialfa del Dr. Ferrán. Por ahí andan mis publicaciones acerca de la materia que podrá leerlas quien lo desee; en mis clínicas y en mi gabinete de trabajo hállanse en incubación proyectos de otros estudios, comunicaciones y conferencias acerca del mismo tema; pero poco versado en la propaganda y en el apostolado de las ideas, al contrario de lo que le ocurre á usted, perdone—repito—si en la presente me limito á darle, casi sonrojado, las más expresivas gracias por las bondades y la prueba de arraigada estimación que me da en las cariñosas palabras que me dedica en la suya, y le felicite calurosamente por haber sabido aprovechar la coyuntura de la publicación de un trabajo mío, aunque por desgracia del noble móvil, mío haya sido el trabajo, para poner de relieve una vez más la importancia práctica y la trascendencia extraordinaria que tienen las ideas del gran maestro é insigne bacteriólogo Dr. Ferrán, acerca de la teoría etiológica y patogénica de la tuberculosis.

Queriéndole siempre muy de veras, le envía un fraternal abrazo su buen amigo,

JOSÉ CODINA.

Goma sifilítica de la comisura palpebral interna que simulaba un epiteloma Curación por la medicación específica (con presentación del entermo) ⁽¹⁾

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Ayudante de Oftalmología de la Facultad de Medicina,
Académico C. y laureado de la Real y Nacional de Medicina.

La patología de la comisura palpebral interna y de sus proximidades, pudiéramos decir, en tesis general, que está reducida principalmente á afecciones profundas procedentes del saco lagrimal, dacriocistitis, dacrioelectasia, mucocoele, pericistitis, fistula lagrimal; y en segundo término, á lesiones superficiales, procedentes de la misma piel, como el epiteloma; sin embargo, en ocasiones se presentan otras afecciones que por lo mismo que son muy poco frecuentes, al mismo tiempo que por presentar algunos síntomas comunes con las antes

mencionadas suelen producir la confusión, habiendo necesidad de acudir á reconocimientos detallados y á reacciones biológicas para que pongan en camino del verdadero diagnóstico. Estas afecciones menos frecuentes son, de una parte, el forúnculo de la región prelagrimal, y de otra, el goma sifilítico de la misma región.

A un examen superficial, la pericistitis no muy violenta y el forúnculo de la región prelagrimal pueden prestarse á confusión, pero se sale pronto de dudas con una simple inyección exploradora de las vías lagrimales.

No sucede lo mismo con una afección rarísima (al menos en los tiempos actuales en que la lúes es diagnosticada y tratada mejor) que va presentando sucesivamente en su evolución caracteres distintos, que le pueden hacer simular una dacriocistitis, un forúnculo de la región prelagrimal ó un epiteloma; me refiero al *goma sifilítico* de la región prelagrimal.

De esta afección es el caso que presentamos (ya curado) á esta Sociedad, en el que el verdadero diagnóstico lo hizo (ni siquiera la reacción biológica), si no el tratamiento que por intuición habíamos empleado y después de ser varios los que no conocimos, la naturaleza de la afección.

Nosotros presentamos á la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, en la Asamblea de Granada (Septiembre de 1920), una comunicación acerca de los chaneros sifilíticos de los párpados y de la conjuntiva (1) y en nada hacíamos referencia á los gomas de los párpados por ser afección que desconocíamos por completo.

Ahora, y con ocasión del caso que presentamos, hemos rebuscado sobre el particular en la literatura oftalmológica que poseemos y solamente hemos encontrado en el tomo II, pág. 82, del Tratado de Enfermedades de los ojos, de Wecker (edición castellana de 1870), un caso de goma sifilítica del párpado superior, y en el tomo V, pág. 414, de la Enciclopedia Francesa de Oftalmología, otro caso relatado por el Dr. Terson; sin embargo, este último autor en el capítulo [de afecciones de los párpados de dicha Enciclopedia, recuerda que en las obras antiguas de Sifiliografía y de Oftalmología se publicaban numerosos trabajos de esta afección.

Al consultar lo poco que hemos encontrado sobre este particular (2), se ve que los gomas sifilíticos del párpado coinciden, de ordinario, con otros que radican en distintas regiones; siendo algunas veces bilateral y simétrico. Los gomas únicos son con frecuencia cutáneos, pudiendo las formas tórpidas simular el epiteloma.

Y por extraña coincidencia, actualmente concurre á la consulta de Oftalmología de San Carlos, del profesor Márquez, una mujer que presenta varios gomas del párpado superior izquierdo y de la frente, á la vez que una exoftalmía del ojo izquierdo con atrofia del nervio

(1) Contribución al estudio de los chaneros sifilíticos de los párpados y de la conjuntiva. *Revista Cubana de Oftalmología*, 1921, pág. 78.

(2) Los dos anteriores y "Tratado Elemental de Oftalmología", del Dr. Mansilla, pág. 245.

(1) Comunicación á la Sociedad Oftalmológica de Madrid, sesión del 21 de Diciembre de 1922.

óptico, por goma de la órbita ú osteoperiostitis gomosa (con Wassermann positivo), que va mejorando con el tratamiento específico.

Nuestro caso reúne todas estas circunstancias: rareza extrema de la afección; dificultad en el diagnóstico (fuimos varios los equivocados); marcha tórpid y destructora y el obedecer al tratamiento específico, principalmente al neosalvarsán; razones todas por las que lo damos á conocer.

Observación.—A. C., de treinta y tres años, empleado, natural y vecino de Madrid, fué á nuestra consulta privada el día 18 de Abril de 1922.

Antecedentes.—Nos refirió que hacía unos cuantos días le había aparecido un bultito en la comisura palpebral interna del ojo izquierdo y que consultando sobre el particular le dijeron que era una rija, que se pusiera fomentación caliente, y que si no se eliminaba espontáneamente el pus, habría que dilatárselo. Efectivamente, el pequeño abultamiento resistió á la fomentación caliente y tuvieron que dilatárselo practicando una incisión, pero á pesar de ello eliminaba poca cantidad de pus y no se le curaba.

A nuestra exploración encontramos una pequeña tumoración rojiza y superficial del volumen de un guisante, en la comisura palpebral interna del ojo izquierdo, al nivel y un poco por debajo del ligamento palpebral interno. Esta tumoración presentaba una pequeña abertura vertical por donde se veía el contenido de la misma: una substancia rojiza en la que se destacaban varios puntos grisáceos, amarillentos, en un todo igual al que ofrece el forúnculo de esta región. Las molestias no eran muy grandes y no existían infartos ganglionares. Una inyección exploradora de las vías lagrimales (estaban perfectamente permeables) nos afirmó más en el diagnóstico de forúnculo prelagrimal. Además, la introducción de un estilete demostraba su naturaleza no perforante. Suprimimos el típico parchecito negro que los enfermos usan en los casos de fístula lagrimal, practicamos una buena limpieza de la región y colocamos un apósito antiséptico.

Al día siguiente la lesión estaba en igual estado y repetimos la misma cura en la esperanza de que se hubiese eliminado el contenido para la sucesiva, pero no fué así; por lo que, y creyendo se trataba de un forúnculo prelagrimal (afección de la que hemos tenido varios casos), le practicamos con una pequeña cucharilla cortante el vaciamiento del magma semipurulento que contenía, haciéndole la misma cura antiséptica.

Nuestra sorpresa fué grande al ver que en los días sucesivos, lejos de curarse la lesión, se iba paulatinamente agrandando, especialmente en superficie, y ya pensamos en una causa general que explicase la falta de curación. Se la mandó hacer un análisis de la orina, una cutirreacción y un Wassermann y todos resultaron negativos, y la ulceración de bordes perfectamente netos, como cortados á pico, seguía su marcha triunfal, destruyendo toda la piel de la comisura palpebral interna, hasta las inmediaciones del dorso de la nariz y de la ceja; simulando un verdadero y extenso epitelioma.

De nuevo insistimos en el interrogatorio, que con anterioridad había sido negativo, y ya nos confesó el paciente que cuando joven había tenido una llaguita en sus órganos genitales, para la que le mandaron unas fricciones de pomada mercurial, con las que curó perfectamente.

Con estos datos comenzamos á ponerle una inyección intravenosa cada día de cianuro de mercurio de un centigramo, y después de varios, la lesión no sólo mejoraba, sino que iba progresivamente empeorando; decidiéndonos á enviar el enfermo al Dr. Sanz de Grado, dermosifiliógrafo, para consultarle si con el aspecto de la lesión, con el Wassermann negativo, con los antecedentes del sujeto y la falta de acción del cianuro, le parecía bien el que se utilizase el neosalvarsán.

La respuesta del Dr. Sanz de Grado fué de que nada se perdería con ponerle unas inyecciones de neosalvarsán alternando con las de cianuro. Entonces convini-mos en que él le pondría una inyección semanal de neo y yo una diaria de cianuro. Así lo hicimos y la mejoría no se hizo esperar: á la primera inyección del compuesto arsenical se detuvo la marcha progresiva de la ulceración, y con las sucesivas la mejoría fué en aumento, hasta llegar á estar completamente curada aquella enorme ulceración á la sexta inyección, sin quedar cicatriz.

En fin de Junio dábamos de alta, por curación, á este enfermo.

Como se ve por la descripción que antecede, no hay que perder de vista la posibilidad de que existan lesiones solitarias sifilíticas terciarias (gomas) en la piel de los párpados, que una vez reblandecidos y eliminado su contenido, se conviertan en úlceras de bordes marcados y cortantes, de marcha invasora y destructiva que simulen verdaderos epiteliomas.

Por ello es necesario en los casos de dudas, de atender no sólo á las reacciones biológicas de sangre, con tuberculina, examen citológico, etc., sino además, á reconocimientos é interrogatorios prolijos que en ocasiones pueden servir (como en este caso) de verdaderos asideros para instituir el tratamiento curativo de la afección.

Este es un caso muy demostrativo que viene á exhumar los numerosos de las publicaciones antiguas.

Excipiente Inerte.

Todas las aristocracias están animadas de un espíritu estrecho, espíritu de ave de rapiña, que se agarra á frivolidades, cuando se despeñan por la influencia de las ideas nuevas se las va la esencia, y es que en su ceguera creen siempre en la vuelta de los antiguos tiempos, sin advertir que la ley de la humanidad es marchar adelante en la vida de la igualdad y de la libertad.

(Laurent.)

A esta reflexión de Laurent cabe añadir que esta ilusión necia é inverosímil de las aristocracias en la restauración de sus privilegios, es tanto más infundada, cuanto que aun suponiendo que la Humanidad volviera á gritar un día hacia el régimen de las oligarquías, no serían los individuos que representan las que fueron los que gozaran de tal renacimiento, sino los acreedores de aquel nuevo régimen restaurado.

(Ich.)

Las enfermedades espiroquéticas consideradas desde el punto de vista inmunológico ⁽¹⁾

POR EL

DR. W. H. HOFFMANN, Habana.

(Del Laboratorio de Investigaciones de la Secretaría de Sanidad de la República de Cuba.)

OTRAS ENFERMEDADES ESPIROQUÉTICAS

En las otras enfermedades espiroquéticas, como la espiroquetosis genital del conejo, la esclerosis en placas, la úlcera tropical, la estomatitis ulcerosa, la bronquitis espiroquética, la disentería espiroquética, la enfermedad de la mordedura de ratas, la fiebre de siete días, no están completamente estudiados hasta ahora los fenómenos de inmunidad, aunque ya se ve la gran importancia que en ellas tiene también la inmunidad para la curación, el tratamiento y el diagnóstico.

RESUMEN

Con eso hemos acabado los hechos esenciales que conocemos hasta ahora acerca de la naturaleza y los efectos de los inmunocuerpos en las enfermedades espiroquéticas.

La inmunidad se muestra en las diferentes enfermedades de una manera muy distinta. En algunas hay una susceptibilidad distinta en diferentes razas humanas y en diferentes edades. También los distintos órganos y tejidos tienen la susceptibilidad muy diferente. Como una singularidad especial de esas enfermedades tenemos que mencionar la falta de una protección, de la cual padece, probablemente por causas anatómicas, el sistema nervioso central, y que es la causa de que en muchas enfermedades espiroquéticas las afecciones graves y gravísimas del sistema nervioso central formen una parte esencial y más peligrosa.

Generalmente no existe una inmunidad individual de un hombre á diferencia de otros. Puede ser aparente, si se trata de una infección pasada en la niñez no apercibida, ó bien si aún existe en una forma larvada sin síntomas, pero no curada. Tienen esos casos la más grande importancia para la epidemiología.

Una transmisión hereditaria se conoce solamente en la espiroquetosis de las gallinas; también puede ser aparente si el feto ha pasado una infección en el útero ó nace infectado.

En el curso clínico se muestra muchas veces un carácter especial de las enfermedades espiroquéticas en la formación de los anticuerpos, la cual es insuficiente y se desarrolla muy tarde para impedir el progreso ó el éxito fatal de la enfermedad. Resulta de eso, que muchas veces el curso de las enfermedades es de larga duración y, especialmente, caracterizado por muchas recaídas después de remisiones.

La inmunidad que se desarrolla en el curso de la infección ó pasada la enfermedad, es diferente en las distintas espiroquetosis.

En la fiebre recurrente los anticuerpos se desarrollan bastante pronto y en cantidades tales, que en pocas horas los espiroquetes desaparecen casi instantáneamente de la sangre, aunque los anticuerpos á menudo solamente después de diferentes accesos tienen bastante fuerza para matar todos los espiroquetes y curar así la enfermedad. En la enfermedad de Weil y la fiebre de siete días se encuentran las condiciones semejantes. Los anticuerpos pueden mantenerse por más ó menos tiempo en la sangre, y en la fiebre amarilla quédase atrás una inmunidad contra nueva infección para toda la vida.

En otros casos el desarrollo de los inmunocuerpos es muy inferior. Hay un cierto grado de inmunidad, en cierto modo una semiinmunidad, que depende de la infección no completamente curada aunque no mostrando síntomas manifiestos. En ese caso, el efecto protector de los inmunocuerpos es tan exiguo que no son matados todos los espiroquetes, y que las recaídas son frecuentes y típicas para el cuadro clínico. El ejemplo mejor conocido de esas infecciones, es la sífilis; y hay condiciones semejantes en la framboesía, la enfermedad de la mordedura de las ratas y en la esclerosis en placas. Si esas enfermedades son completamente curadas por medio de los medicamentos, no permanece ninguna inmunidad.

En las diferentes afecciones locales causadas por los espiroquetes la formación de anticuerpos es tan débil, que no se desarrolla una inmunización general del cuerpo.

Las sustancias protectoras y defensivas, producidas en el cuerpo como reacción á la infección espiroquética, son específicas para las diferentes especies y por eso tienen una importancia extraordinaria para el diagnóstico de las enfermedades; sobre todo, dan el medio más fino para separar los espiroquetes de relaciones tan cercanas, que no pueden distinguirse de ninguna otra manera. Ese era el caso con los espiroquetes de la sífilis y de la framboesía, de las diferentes variedades de la fiebre recurrente y de la espiroquetosis de las gallinas, con las leptospiras de fiebre amarilla y de enfermedad de Weil.

También fué probada en muchos casos la significación etiológica de los espiroquetes por medio de las reacciones inmunológicas. Tienen una importancia fundamental para la patología, como el cuadro polimorfo de la sífilis en su totalidad fué reconocido solamente por los grandes progresos de la ciencia inmunológica.

Tienen las enfermedades espiroquéticas una importancia sobresaliente para la ciencia inmunológica, que fué fecundizada por los nuevos hechos de una manera singular. Fueron imaginados un número de procedimientos ingeniosos para encontrar en cada caso el método más conveniente para ganar por medio de las diferentes sustancias de inmunidad un juicio seguro sobre la presencia de una infección, lo que en muchos casos es posible años después de pasada la enfermedad. De un diagnóstico seguro resultan sin más ni más los grandes progresos para el tratamiento de las enfermedades y al mismo tiempo para su profilaxis como

(1) Véase el número anterior.

epidemias. Especialmente en las infecciones crónicas, como la sífilis, los nuevos métodos son indispensables para cada acción racional del médico.

Hemos aprendido también a usar de la manera más efectiva para el tratamiento las sustancias defensivas producidas por el cuerpo. En muchos casos esas sustancias son bastantes para la curación, como en la fiebre recurrente, la enfermedad de Weil, framboesía, fiebre de siete días, enfermedad de la mordedura de las ratas. En otros casos el suero de los convalecientes, ó bien el suero de animales artificialmente inmunizados, pueden usarse con mejor éxito para el tratamiento de los enfermos, como en la fiebre recurrente, fiebre amarilla, enfermedad de Weil. En la fiebre recurrente ese tratamiento no es inferior al salvarsán. En las infecciones leptospíricas el tratamiento por el suero es superior a todos los otros medicamentos. En otras enfermedades, como la sífilis, que necesitan sobre todo un tratamiento medicamentoso, sin embargo, vemos un efecto esencial del tratamiento químico en el aumento de las fuerzas naturales defensivas del cuerpo. Es natural que un tratamiento eficaz con la esterilización más pronta del cuerpo es uno de los fundamentos esenciales de cada medida sanitaria contra las epidemias.

Pueden usarse los inmunosueros también con buen éxito para la profilaxia. Sirven no solamente al individuo para protegerlo contra la infección fatal, sino que tienen su importancia mucho más grande para las acciones sanitarias, como por ejemplo, en la fiebre amarilla. Sería una de las tareas más grandes que se reserva a la humanidad del futuro, la de hallar una vacunación profiláctica contra la pandemia más cruel y perniciosa que castiga al género humano, la sífilis.

Creo que he mostrado la gran importancia que pertenece a los fenómenos de inmunidad en el gran grupo de las enfermedades espiroquéticas. Tienen esas enfermedades un papel como pocas otras, conteniendo un número de afecciones contagiosas, que por su carácter maligno ó por su propagación universal han hecho daños incalculables a las fuerzas sanas de los pueblos y hoy mismo lo hacen. Con la aclaración de su causa han perdido mucho de su terror misterioso, siendo por eso reconocidas como enfermedades que pueden evitarse y que tienen que evitarse. La ciencia inmunológica de hoy da un número de medios importantes para el diagnóstico, tratamiento y profilaxia de las infecciones espiroquéticas. De la investigación futura de esos fenómenos y sobre todo de sus fundamentos teóricos, como la cuestión de la formación de toxinas específicas, pueden esperarse otros medios que nos permitirán pensar con éxito en la reducción energética ó la extirpación de muchas de esas enfermedades, como casi hemos logrado, por la primera vez en la historia de la humanidad, en una de ellas, la fiebre amarilla.

IDEAS ACTUALES SOBRE EL NEUROTROPISMO

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

8.º En la formación del simpático, en nuestros estudios sobre embriones de pollo y ratón, todavía pendientes de publicación, hemos podido comprobar en líneas generales, las observaciones de His (jun.), convenciéndonos de que al lado de todos los estímulos físicos de que venimos ocupándonos, deben ejercer una gran influencia en la distribución de los elementos nerviosos los factores químicos. Desde el tercer día de la incubación del pollo, en que comienzan a verse diferenciadas las primeras células simpáticas en el ganglio ciliar y en la cadena del tronco, se aprecia su relación íntima con los vasos; más tarde siguen apareciendo nuevos acumulos de elementos simpáticos, siempre siguiendo a los vasos en sus emigraciones, como si necesitaran algo que les llega por el torrente circulatorio y que sin duda alguna debe ser algo químico. ¿Serán en este caso, como en el de la formación de los nervios motores de los músculos estriados, guiadas las fibras simpáticas que crecen en las células que emigran por los elementos musculares lisos? En todo caso, el influjo llegará a los elementos nerviosos por intermedio de las fibras musculares; pero unas y otras se encontrarán dirigidas por la formación de los vasos.

9.º Así como en los primeros momentos del desarrollo parecen dominar las acciones físicas en el neurotropismo, en la regeneración nerviosa, que de ordinario acaece en órganos en plena diferenciación, parecen ser los estímulos químicos lo que preferentemente orientan las fibras nuevas hacia el cabo periférico. La atracción recíproca entre las fibras nerviosas y los elementos mesodérmicos, antes mencionada, parece hacerse más intensa a medida que se habitan a la simbiosis; cuando se secciona un nervio, todos los elementos mesodérmicos que forman, además del axón, su cabo periférico y la zona necrótica del central, se encuentran sin el estímulo que están acostumbrados a recibir por la función nerviosa, y sufren una desdiferenciación, entrando en multiplicación activa y recobrando su primitiva condición amiboide. Las sustancias que todas estas células (células de Schwann, endoneuro, etc.) vierten en el medio interno, se encuentran fácil acceso al cabo central, por la cortedad de la distancia, dirigen rápidamente el crecimiento de las fibras hacia el cabo periférico; a medida que la distancia y los obstáculos dificultan el que estas sustancias se pongan en contacto con el cabo central, las fibras pasan por una fase cada vez más larga de desorientación, sometidas a acciones menos intensas, como la de los elementos mesodérmicos, no nerviosos, de la cicatriz que comienza; si se prolonga demasiado, las sustancias neurotrópicas son llevadas por las propias células mesodérmicas del cabo periférico, que en virtud de su movilización emigran en busca de las células homólogas del cabo central que marchan acompañando a las fibras nerviosas nuevas; por último, si se han opuesto al crecimiento de las fibras nerviosas tales impedimentos que la neurotización se hace imposible, llevan a ponerse en contacto los elementos mesodérmicos de ambos cabos, formándose un largo y delicado cordón conectivo que los une.

En la regeneración nerviosa, como en la formación de los nervios, creemos perfectamente demostrado que las fibras pueden crecer completamente libres, no necesitando en esencia ni neurodesmos, ni caminos preestablecidos; pero

(1) Véase el número anterior.

de ordinario progresan más fácilmente apoyadas sobre los elementos conectivos, que les deben prestar una ayuda no despreciable en su nutrición, y se encuentran favorecidas en su marcha hacia el cabo periférico, sobre todo en los casos de regeneración algo retrasada, por los caminos que dichos elementos establecen, sobre los que Dustin ha tenido el mérito de llamar la atención con el nombre de *hologénesis*.

Pongamos, por fin, punto á esta fatigosa exposición de hechos y presunciones; he abusado demasiado de vuestra atención y condescendencia, y aunque he procurado mantenerme en el mundo de los fenómenos, observo con terror que me extravié con exceso por el camino de la imaginación, olvidando los sabios consejos del maestro; creo, sin embargo, haber procedido con lealtad señalando lo real y lo hipotético, y esto puede aminorar mi falta.

He dicho.

Contestación del Excmo. Sr. D. Santiago Ramón y Cajal.

Señores académicos:

Ofrenda de amor y de justicia es consagrar, con motivo de la recepción de un nuevo académico, un recuerdo piadoso á su ilustre antecesor. En el jardín de Academo ningún árbol llega á centenario. Pasear por él, saboreando la doctrina de los doctos, constituye honor que, por tardío, suele ser fugaz. Tal ocurrió á nuestro llorado compañero el profesor Chacón, modelo de elocuentes y celosos maestros y de chispeantes conversadores. Para él parece escrita la máxima: *in minimis perfectio*. Exiguo de estatura, gozó de magno entendimiento. El talento parecía desbordar de aquella noble, simpática y blonda cabeza como precioso licor escanciado generosa y descuidadamente en diminuta copa. Su verbo siempre espontáneo, cortés y donairoso, no se apagó ni aun bajo la sombra de la catarata senil, ese tul blanquecino con que Dios suele piadosamente velar á los viejos las bellezas del mundo para que les sea menos doloroso abandonarlo.

Ofrendada esta humilde siempreviva en el altar de la amistad, procede ahora que, en nombre de la Academia, dirija la bienvenida á su ilustre sucesor.

Desde hace mucho tiempo merecía el Dr. Tello la medalla con que hoy, llegado á la plenitud de sus méritos científicos, le condecoramos y galardonamos.

De recia contextura espiritual y de múltiples aptitudes —ocultas al gran público como suelen serlo las que brillan en la atmósfera casi conventual de los laboratorios—, viene consagrándose desde hace veintiún años, con celo, sagacidad y entusiasmo dignos de admiración, al esclarecimiento de los más arduos problemas anatómicos, singularmente de los histológicos é histogénicos.

Para adquirir sólida y amplia preparación no ha desperdiciado el Dr. Tello ningún recurso docente. Alumno interno de la cátedra de Histología y Anatomía patológica primero, auxiliar después por oposición de estas asignaturas, amante por igual de la célula y el microbio, una vez absorbida la modesta dosis de cultura que España podía proporcionarle, pasó pensionado al extranjero para estudiar fundamentalmente la Bacteriología con el profesor Lentz y la Anatomía patológica con los grandes maestros Orih y Benda, de Berlín. Pero antes, para prepararse seria y concienzudamente para las difíciles empresas de la investigación, había adornado su espíritu con el conocimiento del dibujo y el dominio de las lenguas extranjeras, singularmente del alemán y del inglés.

Sus excepcionales conocimientos en las citadas disciplinas bacteriológica é histológica, junto con su energía indomable y su talento organizador, le llevaron después, por

derecho propio, á la Jefatura de la *Sección de Epidemiología*, y más tarde á la Dirección del *Instituto Nacional de Higiene*, una de las más felices y fecundas creaciones de nuestro ilustre presidente. En todos estos cargos ha desarrollado el Dr. Tello iniciativas importantes y prestado á la salud pública servicios inolvidables.

Permitidme, aunque no sea más que para amenizar la solemnidad de estas sesiones, un poco rituales y ceremoniosas, relatar cómo descubrí yo al Dr. Tello. Corría, si mi memoria no me es infiel, el año 1902, cuando cierto día se me presentó en el Laboratorio de San Carlos un joven robusto, de mirada inteligente y de ademanes enérgicos y decididos. Todo denotaba en él la voluntad resuelta tenazmente á triunfar. Había nacido en Alhama, y crecido junto á las riberas del Jalón, ese pequeño Nilo fecundante, cantado por Marcial, y cuyos murmullos arrullaron la cuna de muchos hombres ilustres, entre ellos del profundo pensador é insuperable estilista Baltasar Gracián y del gran estadista, desgraciadamente poco escuchado, conde de Aranda.

Expresóme que, acabada la carrera, y destinado como alumno interno al departamento de Histología, hallábase firmemente resuelto á trocar las doradas perspectivas de la Clínica por las severas y poco productivas empresas del Laboratorio. Tal decisión en un médico brillante, de quien guardaba yo excelente recuerdo, prodújome verdadero asombro y casi estupor. Pero mi admiración subió de punto cuando añadió que, con las últimas reliquias de la hijuela paterna, había adquirido un microscopio Reichert gran modelo é instalado en su casa un pequeño laboratorio, á fin de pasar las interminables veladas invernales en íntimo coloquio con la naturaleza viva, explorando concienzudamente células y microbios.

Excusado es decir que le acogí con efusión, que puse en sus manos, con los recursos técnicos del laboratorio oficial, mis mejores preparaciones, y que le inicié en los métodos histológicos más difíciles. A mi acogida correspondió el joven Tello con una aplicación, celo y espíritu de continuidad nunca desmentidos.

He hablado de *estupor*, y esto merece una aclaración. Y contando con vuestra bondad inagotable, me perdonaís que os cuente una vulgar anécdota, que acaso desdiga de la solemnidad de esta fiesta académica.

Por aquel entonces corría entre los estudiantes de San Carlos una clasificación pintoresca y muy expresiva de los catedráticos. Agrupábanlos en *catedráticos de sótano y catedráticos de principal*, ó, dicho de otro modo, *los de arriba y los de abajo*.

Los *docentes de arriba* —lo habréis adivinado— eran los clínicos, cuyas salas estaban en su mayoría en el piso principal. Distinguíanse al más somero examen, por su fastuosa indumentaria, por lucir coruscantes alhajas, gozar de pingüe clientela, vivir en suntuosas mansiones, gastar coche y, en fin, salir triunfalmente de cátedra escoltados por pléyade cerrada de frenéticos admiradores. (¡Oh, qué gracioso libro podría escribirse considerando el automóvil como el estimulante supremo de la aplicación escolar!...)

Los *profesores de sótano*, es decir, los pobretes que explicábamos en las cátedras húmedas y subterráneas de la planta baja (sirvan de ejemplo los inolvidables Olóriz y Hernando), ó, en otros términos, los fisiólogos, histólogos, patólogos generales, terapeutas, etc., carecíamos, salvo alguna excepción que todos recordaréis, de clientela, atraída por el cimbel de las consultas gratuitas ó de los éxitos resonantes de hospital; gastábamos gabanes raídos y casi prehistóricos, nos alojábamos en cuartos de 15 á 20 duros, salíamos de clase sudorosos y fatigados, á causa de la formi-

dable perorata gritada ante muchachos distraídos recién venidos del Instituto, y, en fin, emprendíamos melancólicamente y sin escolta de pegajosos admiradores, la áspera cuesta de la calle de Atocha. A causa de esta preterición—profundamente humana—vivíamos en una especie de ostracismo sentimental, por igual alejados de ingenuas veneraciones y de halagos más ó menos interesados.

Nadie vea en esta inocente anécdota el menor asomo de desdén hacia las grandes lumbreras de la Clínica. La Medicina—huelga declararlo entre vosotros—es ciencia eminentemente social. Movidos más que por la necesidad por el imperativo del deber, casi todos los médicos deben consagrarse al ejercicio profesional. Tal es, además, su sacrosanta é ineludible misión. Por donde resulta no sólo natural, sino loable, que la inmensa mayoría de los estudiantes, sin más horizontes que la práctica médica, reverencien y aun lisonjeeen á quienes, además de poseer las áureas llaves de la notoriedad, pueden guiar y adoctrinar á los novicios en los arduos problemas que á diario plantea el ejercicio médico.

Ahora comprenderéis por qué me asombró que un joven de gran talento y de excelente preparación patológica, que pudo haber aspirado, como otros muchos, y acaso mejor que muchos, á cultivar suculenta especialidad médica ó quirúrgica, se declarara de repente devoto fervoroso de la ciencia teórica, que es como hacer voto perdurable de estrechez económica y de tácita abnegación. ¡Y de qué ciencia! De aquella que uno de nuestros queridos presidentes calificaba, no sin gracejo, aunque sí con desenfado delicioso, *Anatomía celestial*.

Y ahora permitidme decir algo de la obra personal del nuevo compañero. Prescindiendo aquí de sus trabajos bacteriológicos y seroterápicos, y cifándonos á las investigaciones de índole puramente anatómica, histológica y anatomopatológica, merced á las cuales ha sido elegido para la Sección anatómica de este Instituto, nuestro nuevo colega cuenta en su activo más de 20 monografías, casi todas extensas y primorosamente ilustradas y, por de contado, llenas de descubrimientos positivos que le han granjeado, no sólo en España, sino en el extranjero, prestigio y autoridad incontestables. He aquí algunos de estos trabajos:

Por los caminos misteriosos del azar (Providencia de los humildes laboriosos) acababa yo de hallar un sencillo recurso tintorial del armazón del protoplasma de las neuronas y axones, armazón en gran parte desconocido, no obstante las iniciativas de Apathy, de Bethe y de Simarro, cuando, aplicando la nueva técnica á los reptiles invernantes, descubrió Tello un hecho singular: que bajo la acción del frío las sutiles hebras intrasomáticas se aproximan y conglutinan, convirtiéndose en compactos cordones colosales, los cuales se resuelven en sus componentes al llegar la primavera ó cuando los animales son calentados en estufa. Semejante hecho, confirmado por varios observadores, y que pudo ser observado hasta en los mamíferos refrigerados artificialmente, fué el punto de partida de numerosos hallazgos similares, desde la producción de neurofibrillas gigantes señalada en la rabia por García Izcarra y por mí, hasta el llamado *fenómeno de Alzheimer*, característico de la demencia senil y de la decrepitud.

Siguió á esta interesante exploración otro trabajo, donde Tello, sometiendo á la nueva técnica las neuronas de gran número de vertebrados, adujo cantidad considerable de detalles morfológicos del armazón neurofibrilar, señalando en algunas especies animales peculiaridades estructurales de no escaso valor.

Otro de los temas que desempeñó con su habitual acier-

to y maestría fué la estructura del *cuerpo geniculado externo* de los mamíferos, donde, según es notorio, tienen su estación terminal la mayoría de las fibras del nervio óptico. A decir verdad, en esta inquisición le había precedido mi hermano Pedro, cuyos hallazgos fueron confirmados por Edinger, Van Gehuchten, etc.; pero á la descripción fragmentaria de dichos autores, sustituyó Tello una presentación exacta y completa de la disposición de las arborizaciones ópticas terminales, así como un estudio preciso de las células con quienes entran en contacto, y de las cuales surge, conforme es sabido, la vía visual secundaria acabada en la corteza occipital interna.

Muy bello también y copioso en aportaciones originales, fué su trabajo sobre los nervios de los *pelos táctiles* en los roedores, y de los pelos comunes en el hombre (incluyendo las pestañas). Este estudio, cuyo carácter analítico y gran extensión no consiente el resumen, completa y corrige muy felizmente las ya antiguas investigaciones de Arstein, Bonnet, Ranvier, Van Gehuchten y Retzius. Baste expresar que los numerosos datos nuevos que contiene han sido confirmados, consciente ó inconscientemente, por Lefebure, Szymonowicz, Botezat, y, recientemente, desde el punto de vista neurogénico, por mí.

El que esto escribe había iniciado en 1904, á la luz de los métodos neurofibrilares, el análisis estructural de la arborización nerviosa incluida en la placa motriz. Ciertamente, la morfología general de las terminaciones motrices conocíase de antiguo; mas se ignoraba la fina textura de las ramas nerviosas y de los bulbos finales. El resultado del trabajo de Tello, aparte la revelación de muchos tipos de placas, fué demostrar la estructura reticular de dichas ramas al nivel de sus espesamientos de trayecto y bulbos terminales, y la observación de que las más finas ramillas constan de una sola neurofibrilla acabada por sutilísimo anillo. Estos hallazgos fueron confirmados por Boeke y otros autores que, acaso por desconocimiento del español, suelen considerar como fruto de propia cosecha el limpio grano de los hispanos trojes.

No contento con los reseñados triunfos, acometió nuestro académico la resolución de un problema de extraordinaria dificultad, ante el cual, faltos de recursos técnicos suficientes, se habían detenido todos los sabios ó se habían perdido en vanas tentativas. Aludo al modo de regeneración de las placas motrices cuando es seccionado, con veinte ó más días de antelación, el cordón nervioso de que dependen. El laconismo que nos hemos impuesto, á fin de no fatigar vuestra atención, me prohíbe enumerar los muchos y trascendentales hechos nuevos contenidos en esta investigación, acaso la más meritoria de nuestro recipiendario, y, desde luego, la más pródiga en sugerencias teóricas. Algo dice su autor de ella en el discurso que acabáis de oír. Yo me concretaré á hacer resaltar que desde los veinticinco días en adelante los retoños nerviosos caminan por las viejas vainas de Schwann de los nervios degenerados, precedidos de diminutas mazas de crecimiento, y que, al abordar la fibra estriada, los núcleos de la vieja placa motriz ejercen sobre los retoños misteriosa influencia atractiva, reteniéndolos en las reliquias de la materia granulosa y suscitando en ellos abundantes ramificaciones; fenómenos todos sólo explicables por un acto de quimiotacismo ó nurotropismo ú otra influencia similar ejercida á distancia y de naturaleza específica. El mismo proceso de atracción específica se da en los *husos de Kühne*, cuya regeneración fué objeto de una monografía especial. Excusado es decir, que los sabios extranjeros, entre ellos el holandés Boeke, comprobaron los interesantes encuentros de Tello, y yo mismo tuvo ocasión

de verificarlos en mis estudios sobre la *Degeneración y regeneración del sistema nervioso*.

No menos fructuoso en datos objetivos originales y en inducciones teóricas fué su indagación acerca de la regeneración de los nervios ópticos seccionados. En ella probó que, aunque fugaz é incompleto, se da un retoñamiento del cabo retiniano del nervio, en continuación con su centro trófico representado por las células retinianas; mas en mi sentir, el hecho más importante (al cual Tello alude de pasada en su discurso), fué la demostración perentoria é irrecusable de que numerosas fibras ópticas neoformadas, que no acertaron á ganar la papila, corren extraviadas al través de las capas retinianas, perforándolas á menudo normalmente, á pesar de los recovecos y obstáculos del camino, y terminándose, á veces, en la *membrana corioidea*. Esta observación fué un golpe de muerte contra la tesis de Held, de que todo cilindro-eje recién formado crece y progresa envainado en tubos ó tutores preformados, y eso tanto durante el proceso de regeneración como en la neurogénesis embrionaria. En cambio, este hecho singular confirmado por Leoz y Ruiz Arcaute, nosotros y Urra, armoniza bien con la doctrina clásica del crecimiento libre de los retoños por los intersticios celulares.

Seguió á este trabajo, tan fecundo en perspectivas teóricas, otro sobre la estructura del *bulbo* de los peces teleósteos, rebosante de nuevos detalles, y que, por su especialísima naturaleza, debemos pasar por alto.

Poco después, y no sin porfiadas tentativas, dió el nuevo compañero cima á una hazaña experimental jamás realizada por nadie: la prueba decisiva de que las fibras nerviosas del cerebro, incapaces, según es notorio, de crecer y regenerarse después de una interrupción traumática, son susceptibles de acrecerse enormemente y aun de abandonar en su éxodo la substancia blanca, con tal de establecer, merced á técnica habilísima, en las inmediaciones de la herida, focos de poderosa acción neurotrópica, tales como trozos de cabo periférico de nervios en vías de degeneración ó fragmentos de medula de saúco empapados en jugo extraído de los mismos. Algo expone acerca de esta proeza experimental el nuevo académico. Yo me limitaré á sacar una consecuencia, á saber: que la irregenerabilidad de las vías nerviosas centrales no depende de condiciones intraprotoplásmicas, inmanentes, fatales é ineluctables, sino de la ausencia en el ambiente que deben recorrer los axones centrales, de catalizadores ó de otros agentes susceptibles de estimular la nutrición, crecimiento y orientación de los conos terminales. La presencia eventual de *células de Schwann* transformadas y, por tanto, de fuentes neurotrópicas potentes, vencería la inercia del cabo central de las fibras nerviosas, orientándolas en el sentido del radio de difusión de la materia ó energía que sirve de excitante.

Yo mismo tuve ocasión de corroborar sobre la base de experimentos de diversa índole, esta incapacidad meramente accidental de retoñamiento de los axones centrales, suscitando al efecto, mediante traumatismos de las raíces anteriores de la medula, la secreción de encimas ó catalizadores neurotrópicos. En tales condiciones, muchas fibras nerviosas del cordón anterolateral, como sobreexcitadas, emiten colaterales robustas que se precipitan impetuosamente en las raíces motrices. Prodúcese de esta suerte el fenómeno paradójico de transformar los tubos cordonales ó asociativos en fibras motrices ó radiculares, que marchan extraviadas en dirección de los músculos.

Por orden cronológico, sigue un interesante estudio de las células nerviosas frescas sometidas á los rayos ultravioletados. El fruto más valioso de esta iniciativa fué demostrar

definitivamente la preexistencia de los *grupos de Nissl* y la de las esférulas del nucleolo; organitos que algunos autores habían supuesto producto artificial de los reactivos colorantes.

Por contener un hecho nuevo de gran valía, que después fué confirmado y ampliado para muchos epitelios por el malogrado Achúcarro, y, sobre todo, por Río-Hortega, merecen también un aplauso los estudios de Tello sobre la *hipófisis* humana, efectuados con el método de tanino y plata amoniacal. Aparte el encuentro de terminaciones nerviosas específicas ignoradas de los sabios, demostró nuestro compañero que los elementos epiteliales de esa glándula de secreción interna encierran sutilísimo retículo, muy semejante al de las células nerviosas, y al que, ulteriormente, señaló Río-Hortega en los corpúsculos del cáncer. Aquí, como en otros muchos temas, Tello fué afortunado iniciador. Aunque con técnica diferente, ha demostrado también, en reciente trabajo, la existencia de complicado esqueleto en las células mesodérmicas del embrión. Por donde puede colegirse que toda célula posee una urdimbre de fibras finas anastomosadas, compuesta de unidades vivientes ultramicroscópicas, urdimbre delicadísima que además de otras funciones, desempeña la de prestar á la célula una configuración específica y la aptitud de crecer en determinadas direcciones.

Imposible es exponer, ni aun en la forma concisa y casi telegráfica de que me sirvo, todos los últimos descubrimientos de Tello: vuestra fatiga y la mía se sobrepondrían á mis fervientes deseos.

Me limitaré tan sólo á enumerar escuetamente algunos hechos: el encuentro en los tumores y en ciertas células gigantes del granuloma artificialmente provocado, de legítimos y muy especiales aparatos de Golgi; la invención de un método de impregnación del tejido conectivo fresco aplicable á los cadáveres humanos; los experimentos tan poco conocidos como ricos en sugerencias prácticas sobre el injerto de nervios previamente conservados *in vitro* y en soluciones salinas indiferentes, experimentos muy anteriores á los similares de Nageotte, y, en fin, uno de sus últimos y más importantes trabajos, traducido recientemente al alemán, en donde con paciencia de benedictino y sagacidad insuperable, sigue paso á paso la génesis en el embrión de gran número de terminaciones nerviosas, sensoriales, sensitivas y motrices, probando la acción excitadora y diferenciadora que, sobre los corpúsculos mesodérmicos generadores de los aparatos terminales, ejerce la llegada de las fibras nerviosas jóvenes.

Esperaréis, sin duda, de mí que, de acuerdo con la costumbre consagrada, luego de presentar al nuevo académico y justificar el acierto de vuestra elección, añada algo de mi cosecha acerca del tema del neurotropismo, tan brillantemente explanado por nuestro compañero. Aunque mi precaria salud no me vedara ahora el enfrascarme en largas lecturas sobre un tema al cual he consagrado algunos folletos y libros, estimo, salvo excepciones honrosas, que semejante conducta tiene algo de irreverente. Por seguirla con excesiva fidelidad, muchos excelentes discursos de contestación producen el efecto de un torneo de erudición y de crítica, cuando no resultan una fe de erratas y omisiones, aunque envuelta con el velo de la más exquisita cortesía.

Mas yo, respetando este criterio, me limitaré solamente á declarar que la teoría, algo sincrética, del Dr. Tello acerca de las condiciones actuantes, á partir de las fases iniciales del desarrollo del *conducto medular*, hasta el perfeccionamiento de las terminaciones nerviosas intra y extracentrales (acciones dinámicas, estereotropismo sobre los corpúsculos mesodérmicos, atracciones de índole quimiotáctica al orga-

nizarse el aparato terminal, influjo estimulante y diferenciador de las ramas nerviosas finales, etc.), constituye una concepción general que dilucida bastante satisfactoriamente todos los complicadísimos procesos de las asociaciones nervioso-nerviosas, nervioso-epiteliales y nervioso-mesodérmicas. Tal doctrina representa, en mi sentir, un avance notable en el esclarecimiento del misterio de los misterios, es decir, de la forma y conexiones de las neuronas, ante el cual se han detenido ó extraviado geniales investigadores. Ni debe extrañarnos su relativa complicación, ya que se trata de explicar un conjunto de fenómenos diferentes y aun contradictorios. Inverosímil parece que procesos tan diversos como la emergencia de las raíces medulares, la organización de vías intracentrales, el modelamiento de los aparatos terminales y, en fin, el mecanismo de la regeneración de los nervios y de los centros obedezcan á un factor único. Ante la maravillosa é inextricable máquina de la vida, toda hipótesis simplista suele ser fruto de la inexperiencia y del candor especulativo.

(Continuará.)

Bibliografía.

SYPHILIS. PALUDISME. AMIBIASIS. TRAITEMENT D'ATTAQUE ET LES TRAITEMENTS SECONDAIRES (*preventif, abortif et d'entretien*), por el Dr. Paul Ravaut.—Segunda edición, corregida; un vol. de 214 páginas (Masson et C^{ie} Edit.).—Precio, 9 francos.

Sífilis, paludismo, amibiasis; cada una de estas tres enfermedades cuenta con un remedio específico, por decirlo así, seguro, eficaz, terminante; y no obstante, la experiencia dice bien claramente lo difícil que resulta en la práctica obtener la curación definitiva, permanente, de los enfermos de estas afecciones. Es posible que este aparente fracaso de los remedios obedezca á la mala calidad de los mismos ó á su preparación deficiente; pero también es posible que no se obtengan los resultados que corresponden á un medicamento que se llama específico, por exceso de confianza en la significación del calificativo, que conduce á la administración del remedio un tanto á la ligera, sin considerar previamente las condiciones que regulan su dosificación y la duración del tratamiento.

El libro de Ravaut está hecho precisamente para puntualizar el modo de empleo del mercurio, del arsénico, de la quinina y de la emetina en las tres enfermedades que dan título á su obra. El tratamiento de estas afecciones puede sujetarse en cierto grado, á reglas fijas que aseguren un resultado por completo satisfactorio. Sin embargo, una vez determinada la acción terapéutica de un medicamento, es preciso fundamentar su empleo en el conocimiento de la evolución de la enfermedad á que ha de ser aplicado; principalmente tiene importancia este detalle en las tres enfermedades indicadas, semejantes entre sí por su evolución característica, resultado del comportamiento del protozoo causal de cada una de ellas; el estudio clínico enseña que las tres enfermedades en cuestión tienen la misma evolución; son esencialmente crónicas, presentando de vez en cuando brotes agudos. Durante varios años los parásitos pueden no dar lugar á ningún síntoma exterior apreciable clínicamente, y, en cambio, de repente manifestar su existencia por la producción de un accidente que nadie podía prever. Este carácter especial obliga á ser muy prudentes en la apreciación exacta del momento de la curación. No obstante, si la clínica sola no es capaz de revelar estos focos latentes, disponemos de los procedimientos de laboratorio

para descubrirlos; su utilidad para este fin no puede ser puesta en duda.

El autor del libro no es solamente un investigador que ha contribuido en gran parte al progreso de las cuestiones que en aquél se exponen, sino que es un práctico que da á conocer á los lectores los hechos de importancia práctica indudable, adquiridos por él en su larga experiencia sobre el tratamiento de aquellas enfermedades.

En cada una de ellas expone Ravaut, ante todo, unas nociones generales sobre las indicaciones y la dirección del tratamiento; luego se ocupa de la elección de la naturaleza y de la forma de administración de los medicamentos correspondientes; á continuación indica con gran detalle el empleo de dichos medicamentos en los diferentes períodos de cada una de las enfermedades, especificando cómo debe practicarse el tratamiento preventivo, el abortivo, el de ataque y el de entretenimiento ó de seguridad. En otro capítulo de la primera parte, que corresponde á la sífilis, escribe acerca de los incidentes y accidentes que pueden presentarse durante el tratamiento, indicando sus causas y los medios de remediarlos. Termina cada una de las tres partes del libro con la exposición de las guías que deben servir para la dirección del tratamiento y unas enseñanzas técnicas sumamente prácticas relativas á las manipulaciones especiales que exige la aplicación de algunos métodos de tratamiento (inyecciones intravenosas en el adulto y en el niño, inyecciones intraglúteas, etc.).

Se trata, en resumen, de un libro eminentemente práctico y, por consiguiente, de utilidad inmediata para todo médico. Las vacilaciones que lógicamente se presentan al ánimo de éste cuando tiene que tratar un caso de sífilis, de paludismo ó de disentería, al considerar los tan numerosos métodos de tratamiento aconsejados, á pesar de estar todos fundados en el uso del medicamento específico, desaparecen cuando se han leído las indicaciones de Ravaut, cuya experiencia se pone claramente de manifiesto en las páginas de su obra.

EMILIO LUENGO ARROYO

Periódicos médicos.

UROLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Procedimientos actuales de exploración renal.**—El Dr. Manuel Barragán publica un interesante artículo sobre tan importante tema, y establece las siguientes conclusiones:

1.^a Antes de explorar el riñón es preciso darse cuenta del grado de sensibilidad de los reflejos renal, uretral, vesical é ilíaco, para orientarse en el reconocimiento.

2.^a La exploración directa del riñón sólo da síntomas de presunción.

3.^a La agitación provocada—*ballonnement*—es siempre negativa en riñones normales, puede apreciarse en las retenciones agudas y es muy útil para el diagnóstico precoz de las neoplasias renales.

4.^a La palpación bimanual, acompañada de dolor renal, es muy significativa en las nefritis agudas y crónicas, en los casos de cálculos, cuerpos extraños y tumores.

5.^a La palpación puede ser negativa aun en el período hematórico.

6.^a La radiografía del riñón como medio de exploración renal es admirable para revelar los cálculos primitivos y secundarios del riñón; también es útil para apreciar el volumen

y los cambios de estática y dar certeza á la presunción obtenida por el examen directo.

7.^a El urólogo debe saber interpretar las sombras radiográficas para evitar errores; no basta con que se le presente una radiografía perfecta desde el punto de vista técnico y científico; es preciso dar el valor que realmente tienen á las sombras radiográficas, si es de un cálculo ó de otro cuerpo del organismo.

8.^a El riñón, por su especial riego sanguíneo, es más opaco á los rayos X que los demás tejidos de la región.

9.^a La investigación de la toxicidad de la orina y de la sangre en conjunto ó la del coeficiente urotóxico aislado, poco nos enseña sobre la permeabilidad renal, como no sea comparando sus resultados con otros procedimientos, así como la densimetría y la cantidad de orina emitida en las veinticuatro horas, el análisis químico global y la albuminuria.

10. La prueba del azul de metileno para apreciar la función renal, como la de todas las sustancias que se emplean para la eliminación provocada, no pueden ser interpretadas siempre de una manera razonable y evidente: para que así fuera necesitábamos saber el sitio y el mecanismo de la eliminación del azul por el riñón, á pesar de la opinión de Castaigne, que sostiene que el azul se transforma en un leuco derivado en la sangre, llega en este estado al riñón, pasa á través de los glomérulos y el epitelio tubular, transformándose de nuevo por oxidaciones sucesivas del leuco-derivado en azul, el cual se absorbe en parte para eliminarse el resto.

11. Lo que pasa al azul á través del riñón no depende sólo de la permeabilidad de éste, sino de la cantidad de azul destruida en el organismo; la prueba no tiene en cuenta más que el coeficiente de eliminación, deja á un lado el coeficiente de destrucción, de donde resulta una causa de error.

12. La prueba de la albuminuria provocada delata las lesiones latentes del riñón, y particularmente su debilidad funcional, pero nada nos dice de la localización, si es el derecho ó el izquierdo; para esto es preciso el cateterismo ureteral doble é investigar por separado la albúmina de cada una de las orinas recogidas.

13. La eliminación del yoduro potásico es muy sensible para investigar el estado de la permeabilidad renal y de mucha utilidad para las nefritis médicas; en el orden quirúrgico, como no indica la diferencia de eliminación en los distintos tiempos, tiene poca utilidad; lo mismo puede decirse de la prueba por la diatasa.

14. El valor clínico de la poliuria experimental es grande; pero hay muchos casos en que la diferencia de eliminación entre el riñón sano y el enfermo no son apreciables, y otros en que el riñón enfermo es poliúrico y su eliminación es muy semejante á la del sano.

15. La eliminación del agua ingerida por el riñón no depende exclusivamente de éste; actúan en ella otros órganos extraños—intestino, hígado y sistema nervioso—antes de filtrarse por él.

16. La glucosuria experimental es muy poco precisa para determinar el valor de la función renal; sin embargo, cuando ésta es débil y otros procedimientos de exploración nos dicen que la eliminación da pocos datos sobre la permeabilidad, la falta absoluta del azúcar en la orina indica trastornos renales; pero como no conocemos de un modo preciso cómo se genera la glucosuria floridzínica, la ausencia de su eliminación nada nos dice del sitio y naturaleza de la lesión como no se asocie al cateterismo ureteral.

17. La fenolsulfonaftaleína es un reactivo excelente para investigar la permeabilidad renal; su técnica es sencilla y al

alcance de todos; la dosis empleada es tan débil que no se aumenta el trabajo renal y la toxicidad, así como la irritación local es nula.

18. La gran ventaja de ser eliminada la fenolsulfonaftaleína totalmente por el riñón en muy poco tiempo, y sin cambios químicos, tiene un valor muy grande, puesto que se puede precisar tiempo y cantidad eliminadas, factores suficientes para apreciar la permeabilidad global.

19. En las nefritis, aunque existen casos de eliminación ligeramente disminuida, no hay ninguno en que esté exagerada, ya sea aguda ó parenquimatosa.

20. Los resultados obtenidos con la fenolsulfonaftaleína en los casos de obstrucción de las vías urinarias inferiores son excelentes, así como en las lesiones quirúrgicas unilaterales del riñón, cálculos, tuberculosis; pero en esta última el doble cateterismo ureteral suministra datos más precisos é inestimables.

21. Aunque el método es excelente para apreciar las diferencias de la permeabilidad renal en conjunto, nada revela sobre la unilateralidad ó bilateralidad de la lesión renal; hace falta para ello asociarlo al cateterismo ureteral.

22. La disminución de la cantidad de urea eliminada por el riñón en las veinticuatro horas, revela una retención azoada y, por consiguiente, insuficiencia renal.

23. El coeficiente azotúrico disminuye en los casos de insuficiencia hepática, aun con riñones normales.

24. Para parénquima renal igual, el gasto ureico depende del aumento de la urea en la sangre.

25. Para una misma concentración de urea en el suero el riñón es capaz de eliminar mayor ó menor cantidad de urea según la mayor ó menor concentración.

26. Las variaciones en las cantidades de urea que llegan á la sangre implican una modificación en la cantidad de urea en la orina, sin que esta alteración indique variación en el estado del filtro renal.

27. En las azotemias considerables, la dosificación de la urea en la sangre es suficiente para conocer la insuficiencia renal; pero en las ligeras, que son las que se presentan en mayor número en los enfermos quirúrgicos, no es prueba suficiente; hace falta comparar la urea que entra (urea de la sangre) con la urea que sale (urea del riñón), cuyos resultados nos indicarán las variaciones del funcionamiento renal ureico.

28. La constante de Ambard y Moreno expresan con bastante exactitud el estado del filtro renal; á menor constante corresponde mayor cantidad de tejido renal inservible, de tal modo, que con ella se puede calcular aproximadamente la cantidad inutilizada de tejido renal.

29. La constante Ambard y Moreno tiene un valor diagnóstico indiscutible en todos los procesos congestivos inflamatorios y neoplasias del riñón.

30. En las tuberculosis unilaterales clínicamente demostradas, que no permiten el cateterismo ureteral, puede hacerse la nefrectomía contando con una buena constante.

31. Todos los medios expuestos de exploración renal, respecto á su función, la hacen en conjunto; el internista y el cirujano general podrán contentarse con esto, y aun el urólogo, cuando se trate de lesiones que radiquen en las vías de excreción de la orina; pero cuando el proceso patológico es renal y sobre todo fímico, ya no es suficiente, hace falta comprobar si la lesión es unilateral ó bilateral, y en este último caso, cuál es el grado de permeabilidad de cada riñón.

32. Para darnos cuenta del grado de permeabilidad de cada riñón disponemos de tres métodos: separación de las orinas de los dos riñones, cistoscopia sola y cistoscopia seguida de cateterismo ureteral.

33. La cistoscopia y la separación de las orinas en la generalidad de los casos, no son suficientes y muchas veces dan lugar á interpretaciones falsas.

34. La exploración renal más positiva, de más fuerza y menos expuesta á errores para la exploración funcional del riñón, y para diagnosticar la unilateralidad ó bilateralidad de las lesiones, es el cateterismo ureteral doble, asociado al análisis químico y microscópico de las orinas recogidas durante dos ó más horas, porque se examina la función de cada riñón en el mismo tiempo y en las mismas condiciones.

35. La investigación química de la cantidad de urea, cloruros y fosfatos en las muestras de orina recogidas por cateterismo ureteral de cada riñón, son los datos más valiosos para hacer un diagnóstico y sentar un pronóstico.

36. La proporción de urea de un riñón depende del valor anatómico y funcional de las células de los tubulis, las cuales trabajan con verdadera lujuria para extraerla de la sangre, y su cantidad está, como es consiguiente, en razón directa de su integridad anatómica y fisiológica, é inversa de su destrucción.

37. Cuando el cateterismo ureteral no es posible por el estado de la vejiga, así como la separación endovesical de la orina, haremos el cateterismo ureteral precedido de talla hipogástrica, ó la exclusión del riñón enfermo que permita recoger la orina del sano, la exploración del sano y de la orina que él segrega, y, por último, la exploración del riñón supuesto sano, y

38. De todos estos procedimientos, el de elección es indudablemente el cateterismo ureteral, previa abertura de la vejiga, siempre que sea factible. (*Revista Española de Urología y Dermatología*, Noviembre de 1922.)

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Profilaxia de los desgarros del periné en el parto, por el Dr. Giuliano Perondi.**—Los desgarros del periné entrañan múltiples inconvenientes; desde la puerta abierta á la infección, hasta el peligro de prolapso genital, de donde la necesidad de una profilaxia lo más cuidadosa posible.

Aun en los partos mejor asistidos, los desgarros del periné son de una gran frecuencia si hemos de dar fe á las estadísticas: 116 casos de 1.020 partos en la Clínica Obstétrica de Roma.

Dejando á un lado las excoriaciones superficiales de los labios de la horquilla ó de la vagina, multitud de factores favorecen la producción de los desgarros perineales, á saber: la arquitectura de la pelvis (defecto de expansibilidad del sacro-coxis, estrechez de la arcada subpubiana), el volumen excesivo de la cabeza y de los hombros, la osificación avanzada de la cabeza, las dimensiones exageradas de la mano del tocólogo, la tonicidad insuficiente ó rigidez pronunciada de las partes blandas vulvo-perineales (singularmente en las primíparas de edad), la expulsión demasiado rápida del feto.

En general, todos estos factores se reducen á un hecho esencial: desproporción entre los diámetros de la parte á atravesar y del cuerpo que debe franquearla. Para salvar esta desproporción la Naturaleza se las compone haciendo girar la parte fetal, tal y como nosotros hacemos girar un botón para hacerlo pasar por el ojal.

Se comprende, pues, el peligro de la expulsión precipitada en la que los movimientos de adaptación no han tenido tiempo de efectuarse.

El autor considera como mala la posición clásica de la mujer en decúbito dorsal, prefiriendo el decúbito lateral izquier-

do, que limita la acción de los músculos abdominales y pone las partes blandas del periné en plena evidencia. La antigua estadística de Schröder es á este respecto demostrativa: 25 por 100 de desgarros en decúbito dorsal; 3,7 por 100 solamente en decúbito lateral.

Dos procedimientos de protección permanecen como clásicos: 1.º, el *sostén manual*, en el que el periné es reforzado por la mano que modera la salida de la cabeza; pero este es un procedimiento inocente que, según Depaul, no sirve para otra cosa que para tapar los desgarros con la mano; 2.º, la *maniobra de Schulze*, que consiste en empujar fuertemente la cabeza hacia el ano como para exagerar la flexión; esta maniobra tiene por objeto presentar al desprendimiento los diámetros sub-occipitales, que son de 2 á 3 centímetros más cortos que los occipitales.

Es una maniobra muy sencilla que no ofrece más que ventajas y que convendría ensayar también en la extracción del fórceps, para lo que bastaría la inclinación previa de los mangos hacia abajo. La seguridad será más grande todavía si la mujer está colocada en posición lateral; en tal forma, aun quizá sería posible aplicar el fórceps en *O. S.* en las primíparas, sin tener que realizar la gran rotación en *O. P.*

Para el desprendimiento de los hombros, á poco voluminosos que ellos sean, el autor recomienda la siguiente maniobra que le es personal: después del desprendimiento del hombro anterior, en lugar de desprender en seguida el posterior por enderezamiento del feto, como hacen los clásicos, se da un giro al diámetro bi-acromial de 180º, de tal suerte, que el hombro posterior llegue á hacerse anterior y se desprenda como tal. Así serían evitados muchos desgarros del periné debidos al paso de los hombros. (*Riv. d'Ostetricia e Gin.*, núm. 1.)—T. R. Y.

DERMATOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La queratosis blenorragica, por P. Blamontier.**—Es una lesión muy rara de la piel, caracterizada por una hipertrofia considerable de las capas córneas de la epidermis con dermatitis papilar superficial, localizada preferentemente en los miembros inferiores y presentándose en sujetos, de ordinario en estado de gonococemia, con artritis blenorragicas de evolución subaguda y no anquilosante. La historia de la queratosis blenorragica ha pasado por dos fases: una en la que la afección fué considerada como un trastorno trofoneurótico, y otra segunda, que comienza con las investigaciones de Chauffard y que establece su naturaleza gonocócica. La queratosis puede pre-entarse en cualquier período de la gonococia y á su aparición contribuyen sobremanera las maceraciones epidérmicas. Su frecuencia es muy rara: en 1919 se contaban 52 casos publicados; las estadísticas arrojan una cifra de 10 por cada 40.000 blenorragicos. Puede decirse que sólo se ha encontrado en el hombre, entre los veinte y cincuenta años, tanto en blancos como en negros. Para explicar la patogenia de esta afección córnea singular, se han emitido dos teorías: la *trofoneurótica*, sostenida por los primeros observadores, en vista de la presencia de síntomas que revelaban una alteración medular (zonas de hipestesia cutánea, exageración de los reflejos, uñas quebradizas y estriadas). La medula que sufre la acción de las toxinas gonocócicas, sería para ellos la intermediaria entre la blenorragia y la distrofia tegumentaria. Actualmente, se admite por todos la teoría infecciosa. Los blenorragicos queratósicos están en estado de gonococemia; la abundancia, la variedad de las lesiones de orden septicémico que presentan, hablan en favor de esta patogenia; se trata de in-

dividuos caquéticos con manifestaciones articulares gonocócicas graves, pudiendo presentar nefritis, oftalmías internas, lesiones aórticas. Para Gougerot y Clara, la queratosis blenorragica es una lesión toxi-infecciosa local, una especie de piodermitis seca hiperqueratósica, producida por los raros gonococos presentes en la lesión, y, sobre todo, por las toxinas segregadas. Quizá los factores nerviosos influyan en la localización de las lesiones cutáneas. Las lesiones anatómopatológicas se resumen en una dermatitis papilar superficial resolutive, acompañada de hiperactividad formadora y queratinizante del epitelio de Malpighio. Clínicamente, el estado general de los enfermos que presentan esta afección, está muy debilitado; se trata de verdaderos caquéticos. Sobre este terreno, los elementos queratósicos se presentan bajo dos formas: un elemento redondeado, el cono córneo; y una formación difusa, las placas ó suelas plantar ó palmar, y á veces la balanitis queratósica. La evolución de la queratosis blenorragica se hace por brotes sucesivos, sin que se produzcan modificaciones del estado general del sujeto. Las lesiones se desarrollan en algunas semanas y al cabo de un tiempo variable (mes y medio, ó dos meses, por término medio), los fenómenos articulares desaparecen, mejora el estado general y se borran las producciones cutáneas. Las formas clínicas varían, según el estado general del enfermo, según la extensión é intensidad de las lesiones y según la localización. El pronóstico no depende tanto de la queratosis en sí, como del estado septicémico sobre el que evoluciona esta complicación. El diagnóstico es muy fácil de establecer en los casos típicos. Para Jacquet, la triada sintomática de la afección estaría determinada por queratosis, signos variables de septicemia gonocócica y artropatías crónicas, no anquilosantes. Pero hay que buscar siempre la uretritis, porque puede pasar desapercibida. Puede confundirse esta afección con la *queratodermia simétrica de los adultos*, con las *queratodermias profesionales*, con la *queratosis arsenical*, el *eczema queratósico*, el *psoriasis palmar y plantar*, el *liquen plano*, las *sifilides plantares y palmares* y la *pitiriasis rubra-pilosa*. El tratamiento puede ser profiláctico y curativo. El primero, consiste en la observación de la limpieza más exquisita por parte de los blenorragicos, para evitar los sudores, que favorecerían las maceraciones epidérmicas. Como curativo, localmente se han ensayado tópicos variados; polvos de talco, aplicación de limimento oleo-calcareo, jabonamientos frecuentes de las regiones atacadas con jabón negro, curas húmedas con agua hervida alcoholizada, con el objeto de favorecer la caída completa y definitiva de las producciones córneas. Duchas frías sobre el raquis. Habrá que cuidar, sobre todo, la blenorragia, causa inicial, por los lavados uretrales, prescribir balsámicos variados, á los que se podrá añadir urotropina. La vacuna antigonocócica ha dado buenos resultados y lo mismo la hétero ó autovacuna-terapia. Deberán tratarse paralelamente las articulaciones enfermas por las duchas de aire caliente. Algunos autores han preconizado la acción favorable de las inyecciones intravenosas de electrargol ó de lantol. Esta terapéutica de choque por los metales coloidales, puede aconsejarse, pues sólo puede ejercer una acción favorable sobre enfermos septicémicos, como son los afectos de queratosis blenorragica. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 2, 11 de Febrero de 1922).—E. LUENGO.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Nota sobre un caso de otitis media gripal supurada, complicada de mastoiditis, tratado por la vacuna del

Delbet.—El Dr. E. Conde Flores ha presentado á la Academia de Medicina de Caracas el siguiente caso clínico:

El día 11 de Octubre próximo pasado se presentó á mi clínica la señora M. de Q., de cuarenta años de edad, natural de Valle de la Pascua, casada y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Acusaba intenso dolor en la región mastoidea derecha que se encontraba edematosa y salía pus en abundancia por el conducto auditivo. Los signos de mastoiditis eran bastante clásicos. Hecho el interrogatorio, me manifestó que desde el 14 de Septiembre se encontraba enferma con una fuerte gripe que comenzó con fiebre alta, cefalea intensa y abundante secreción nasal; que el 26, después de dos ó tres días de dolor de oído, se le había presentado supuración, la que trató con irrigaciones borricadas calientes y agua oxigenada. Como la supuración aumentaba y había notado hinchazón en la región mastoidea resolvió venir á mi clínica.

Hecho el examen le manifesté que se trataba de una otitis media gripal complicada de mastoiditis y le aconsejé que debía practicarse una operación sin pérdida de tiempo. Le prescribo instilaciones tibias de glicerina fenicada al 8 por 100. Dos días después se presentó en unión de su esposo y me manifestaron que era inútil pensar en la operación, pues jamás se la practicaría. Insistí reiteradas veces en ello sin lograr convencerlos. En vista de la obstinada resistencia pensé en la vacunoterapia y llamé á mi muy apreciado amigo y colega Dr. Julio García Álvarez para que preparase, como ya en otra ocasión lo había hecho, una autovacuna. No encontrándose aquél en Caracas procedí á inyectarle un centímetro cúbico de la vacuna de Delbet (bouillon Delbet), aunque la mayoría de las escuelas la recomienda sólo después del acto operatorio.

Previamente se hizo el examen de la orina que no reveló nada anormal. El corazón se encuentra en buen estado, según informes de su médico el experto clínico señor doctor J. V. López Rodríguez.

La reacción fué de 37°,8 en las noches acompañada de intenso dolor de cabeza que se calmó con una dosis de 20 y 25 centigramos de piramidón.

Practicóse la inyección el 14 á las nueve de la mañana, el 16 vino nuevamente á la consulta y encontré que la supuración se hallaba muy disminuída y que el edema había desaparecido casi por completo; el dolor á la presión en el punto central y en la punta era insignificante. Entusiasmados con esto me pidieron le practicase una nueva inyección, lo que hice al día siguiente empleando 3 c. c. En la noche la temperatura ascendió á 38°,9 con el mismo intenso dolor de cabeza de la vez anterior, que cedió también al empleo del piramidón; la reacción local en el punto de la inyección fué bastante intensa. A los tres días había desaparecido completamente todo signo de mastoiditis, como también la supuración.

Aun cuando en este caso se obtuvo un resultado tan halagador, me adhiero á la opinión de los que sostienen que debe siempre intervenir quirúrgicamente y emplear como coadyuvante la vacuna, ya sea la autovacuna ó la de Delbet (*Gaceta Médica de Caracas*, 15 de Noviembre de 1922).

Excipiente inerte.

«Dejar á los niños que vengan á mí.» Dijo el Maestro Divino. No dijo: Traerme á los niños, ni obligarles que vengan á mí. No olviden ésto los pedagogos si quieren que los niños vayan á Cristo; con no impedírsele basta, el imponérsele es contrario á la eficacia del propósito de la palabra de Dios.

(Ich.)

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. —El centenario de Jenner en París, por Jacinto Mejías. —En Nueva York se celebrará un Congreso internacional de Higiene mental en Abril de 1924, por R. Comenge. —Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Ossalio. —Sociedad Oftalmológica de Madrid. —Protección Médica. —Academia de Medicina de París. —Sección oficial: Ministerio de la Gobernación. —Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. —Ministerio de Gracia y Justicia. —Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. —Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. —Crónicas. —Estafeta de partidos. —Vacantes. Correspondencia. —Anuncios.

Boletín de la semana.

La peste bubónica de Málaga. — Otra conferencia en el Ateneo. — Real Academia Nacional de Medicina. — Banquete á un joven maestro.

El asunto médico que ha preocupado durante estos últimos días de un modo preferente, ó cuando menos, de un modo que ha debido ser preferente á la atención pública, ha sido la alarma producida por la noticia de haberse presentado algunos casos de peste bubónica en el puerto y en la ciudad de Málaga. El movimiento comercial de aquella población marítima y la concurrencia de viajeros que á ella llevan en esta época del año la hermosura de su cielo y la dulzura de su clima, han producido sin duda un efecto desproporcionado con lo que en sí misma representaba la noticia, contribuyendo sin duda alguna, en no escaso grado á su exageración, las condiciones meridionales del carácter de sus simpáticos habitantes y de su Prensa local, que han desproporcionado á nuestro juicio la importancia del asunto.

En Málaga ha sucedido estos días ni más ni menos que lo que en otras varias poblaciones de nuestras costas y de nuestras posesiones se ha observado en los últimos treinta años.

Cuando en 1899 se produjo la justificada y enorme alarma de la peste de Oporto, que cogió á nuestro país absolutamente desprovisto de todo arsenal de materiales y de toda organización sanitaria, se obtuvo con un éxito por nadie agradecido, un resultado de defensa que sólo mereció elogios de las Corporaciones competentes extranjeras. Sin embargo, algo se consiguió, y fué este algo, la comprobación de que, descubierta y declarada en sus principios una epidemia de peste, puede asegurarse con casi completa certeza que se domina con facilidad, hasta el punto de poderse considerar á aquel terrorífico azote de otros tiempos, como uno de los más inofensivos en la actualidad.

Consienten hacer esta, al parecer atrevida aserción, los brotes observados y aniquilados desde esa fecha de 1899; en Marsella en 1900; en Canarias en 1904 en que el inolvidable Luis Comenge luchó con

valentía y éxito contra una seria invasión, obteniendo ruidosas manifestaciones de aplauso de los habitantes y la formación de un expediente por el *agradecido* Ayuntamiento de Barcelona que no podía consentir que un funcionario suyo hubiese prestado servicios humanitarios fuera de la ciudad condal.

Esta fué á su vez teatro de la invasión pestífera, en casos aislados durante un período de tres á cuatro años, sin que ni su puerto ni su población se percataran de las medidas eficaces con que se combatió el amenazador azote. Lo mismo ha sucedido por espacio de algún tiempo en Larache y en otros puntos de Africa ocupados por nuestras tropas; en una palabra, puede asegurarse, sin riesgo de pasar por atrevidos, que hoy es la peste, advertida á tiempo y combatida científicamente, una epidemia de las menos temibles.

Lo ocurrido en Málaga es, comparativamente con los casos que anteriormente hemos citado, todavía más insignificante, y por nuestra parte no tememos el señalar como principales causantes del injustificado pánico á ciertos elementos locales, poco reflexivos, que no han considerado que el principal propagador de una alarma es el que con desproporcionados aspavientos y medidas ruidosas ayuda á los interesados de puertos inmediatos ó de encontrados intereses á fomentar el pánico.

Repetimos que nuestros informes, que tenemos por auténticos, son de tal manera tranquilizadores, que podríamos demostrarlo con algún hecho de índole absolutamente particular y familiar, que no creemos discreto hacer público, pero que sería prueba concluyente de nuestro convencimiento optimista.

Lo que se ha hecho en el bello puerto andaluz es lo mismo que se ha hecho en Larache, en Barcelona, en Santa Cruz de Tenerife y en todos los sitios donde se han comprobado casos de peste y en ellos no se ha alborotado como ahora, y en ellos como ahora se ha obtenido un resultado, que bien merecería aplauso en vez de actitudes airadas, dignas de alborotos medioevales de carácter mercantil. Serían de oír las cosas que dijera Málaga si los casos hu-

biesen ocurrido en Almería y las autoridades sanitarias no hubiesen adoptado ninguna precaución, y quien dice Almería, dice Cádiz ó Sevilla.

Pero, á la verdad, no habíamos caído en un dato de fecha al que no queremos dar importancia, pero que conviene no olvidar, y es este, el período electoral y quizás quizás, la significación política innegable de las personas que capitanean la protesta.

¿Pero es suspicacia nuestra? *¿Chi lo sa?*

El martes último, siguiendo la afortunada serie de conferencias biográficas médicas que vienen celebrándose en el Ateneo, ocupó la tribuna de esta famosa casa el catedrático de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid, D. Manuel Márquez, quien disertó acerca del catedrático inolvidable de Terapéutica D. Benito Hernando, de quien Márquez era discípulo predilecto y á quien sustituyó en aquella enseñanza en los primeros años que siguieron á su muerte.

El éxito de la conferencia igualó á los obtenidos por las que la antecedieron, demostrando el interés que despiertan este género de memoraciones de nuestras grandes figuras médicas, que parecían olvidadas y desdeñadas dentro del movimiento infantil é iconoclastico que parece exaltar los ánimos de una parte de nuestra juventud.

Otra consideración se desprende de la serie de estas sesiones, y es el carácter que por todos los oradores se viene dando á los retratos por ellos dibujados, atendiendo muy principalmente á las condiciones de persona social, de inteligencias cultas y de elementos patrióticos que concurrían en todos los que son objeto de tales descripciones. Teniendo en cuenta el sitio en donde tales conferencias se realizan, tiene esto una significación que no puede pasar inadvertida para nadie, y que es tanto más de apreciar cuanto que ha resultado sin propósito expreso de los autores de tales trabajos.

El Sr. Márquez, que fué escuchado con profunda atención, recibió muchos y merecidos aplausos.

Sigue siendo muy numeroso el público que acude á las sesiones de la Real Academia de Medicina. Explica tal concurrencia, además del interés de los temas que este año son objeto de la discusión, la forma un tanto enérgica y siempre atractiva á que en algunos momentos han llegado los debates.

En la sesión del sábado último siguió tratando el Sr. Espina del asunto de la receta, tan esperado y anunciado con misteriosos pronósticos por un colega farmacéutico, quien suponemos que estará ya convencido de que nadie más que el mismo señor Espina tenía interés en el retraso de la discusión,

y con esto y con ella suponemos que el colega estará satisfecho.

El sábado pasado se reunieron en casa Tournié cerca de 300 médicos y amigos, para rendir homenaje de respeto y simpatía al Dr. D. Salvador Pascual, por haber ganado justamente en reñida oposición la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Sevilla.

Sentáronse en la mesa presidencial, el festejado y los Dres. Maestre, Olivares, Marañón y Alonso Martínez.

Al destaparse el *champagne*, el Dr. Coca dió lectura de las numerosas y valiosas adhesiones recibidas.

A continuación leyó Hernando unas cuartillas de Pittaluga.

Agradeció el homenaje el Dr. Pascual en términos que revelaban al orador sereno, templado en las lides de la elocuencia, a guerrido en el difícil arte de la exposición.

Prometió dedicar todas sus fuerzas á la investigación científica, para corresponder de este modo á la benevolencia de sus compañeros y amigos. El final del discurso del Dr. Pascual fué premiado con grandes aplausos.

El Dr. Maestre (D. Tomás), con vibrante acento y palabra elegante, enalteció al festejado y dedicó á los padres del Dr. Pascual tiernas frases de elogio y parabién, que emocionaron á los presentes. También dijo que el festejado entró casi niño en el Instituto de Criminología y que allí se formó y modeló. El Dr. Maestre dijo también que el mayor orgullo de su vida consiste en asistir al triunfo merecido de sus alumnos.

Una salva cerrada de aplausos que se prolongó largo rato premió el discurso del sabio, bordadoso y simpático director del Instituto de Criminología y catedrático de Medicina Legal.

DECIO CARLÁN

EL CENTENARIO DE JENNER EN PARÍS

En París se ha celebrado solemnemente en la Academia de Medicina el Centenario de la muerte de Jenner, uno de los hombres á quien la humanidad no ha hecho aún verdadera justicia por su grandiosa é inmensa obra, quien con su intuición y constancia en el estudio, dió un remedio para salvar de la muerte ó de las horribles señales para toda la vida, de haber padecido la viruela.

La principal ceremonia tuvo lugar en la Academia de Medicina con asistencia del ministro de Higiene de Francia, Mr. Staruss. Presidió el acto el profesor Mr. Chauffard, presidente de la Academia de Medicina,

Mr. Achard, secretario general de la misma, profesor Vidal, etc. El presidente Mr. Chauffard hizo una elocuente alocución al acto que se iba a celebrar en honor del gran Jenner, diciendo y señalando el busto de Pasteur, que en lugar predilecto ocupaba en el salón de sesiones, que pocos días hacía que en aquel mismo lugar se había rendido homenaje a otro sabio que se le podía considerar como el más genial de los hombres. Acto seguido dió la palabra a Mr. Lucian Camus, director del Instituto Superior de Vacunación, que hizo una brillantísima disertación sobre Jenner y la vacuna, acompañada de interesantísimas proyecciones. Continuaron con otras comunicaciones los profesores Pierre Teissier, Jeanselme, D'Espine, P. R. Blaxall, disertando sobre la historia de la viruela y fases porque ha pasado ese terrible azote de la humanidad, epidemias sufridas, concepto a que se le atribuían, etc.; manera como se prevenían de la viruela antes de la afirmación de Jenner. También trataron sobre la evolución que ha experimentado el estudio de la vacuna e influencia del descubrimiento de Pasteur sobre la misma, aislamiento y purificación, métodos para lograrla. Historia detalladísima de la vacuna y medios utilizados para propagar remedio tan prodigioso por todo el mundo. En este sentido nuestros colegas olvidaron en la multitud de datos citados, el papel tan importante que jugó España, cuando en el reinado de Carlos IV, aquel inolvidable médico alicantino, entonces médico de Cámara de S. M., doctor Balmis, organizó y llevó a término con los mejores éxitos la memorable expedición para llevar la vacuna a Canarias, todas las Américas y parte de Asia. También olvidaron nuestros colegas allende los Pirineos, que fué España el primer país que decretó obligatoria la vacunación antivariolosa.

El Dr. Thomson, miembro de la Real Sociedad Jenneriana de Londres y delegado oficial de Inglaterra, fué el único extranjero a quien se le concedió la palabra, y éste en términos breves hizo una sucinta crítica de lo que significaba acto tan hermoso como el que se celebraba, rindiendo tributo a su sabio compatriota y añadiendo que la obra de Pasteur hubiera sido estéril si antes no hubiese sido la de Jenner, así como la de Lister no hubiera existido sin el asombroso descubrimiento de Pasteur; y aquí recordó la frase de Shakespeare, «que la obra de los hombres es como las notas de la música».

Por último, el Dr. Achard, secretario general de la Academia de Medicina, hizo una síntesis de la historia de Jenner y de la vacuna; leyó todas las adhesiones que se habían recibido del extranjero y de Francia mismo. Entre las extranjeras, había multitud de España, de casi todas las Facultades de Medicina, Centros de vacunación e Institutos, entre éstos, el Instituto Llorente, y del Dr. Pulido, presidente del Real Consejo de Sanidad.

Dióse también un banquete en honor de los delegados de países extranjeros en el Club de Renacimiento Francés, con asistencia del ministro de Higiene, los embajadores de Inglaterra y de los Estados Unidos y de todos los prohombres de la Ciencia del Instituto de

Francia. Asimismo en la Academia de Medicina organizaron una curiosísima exposición de grabados, medallas, instrumentos, libros, revistas, cartas, etc., etc., de todo aquello que estuviera relacionado con la viruela, Jenner y su descubrimiento.

JACINTO MEJÍAS.

En Nueva York se celebra a un Congreso Internacional de Higiene mental en Abril de 1924.

La Liga francesa de Higiene mental, presidida por el Dr. Toulouse, organiza, con la Liga de Higiene mental belga y con el Comité Nacional de Higiene mental de los Estados Unidos, un Congreso internacional que se reunirá en Nueva York en Abril de 1924.

El profesor Ley, de Bruselas, llegado recientemente de América, ha expuesto al Consejo de Administración de la C. H. M. los resultados de su misión en el curso de la cual ha estudiado, sobre el campo, el importante movimiento en favor de la Higiene mental, desarrollado en los Estados Unidos, bajo la iniciativa del gran filántropo Clifford W. Boers.

El Dr. Genil-Perrin debe centralizar en París la participación de los diferentes grupos europeos en el próximo Congreso internacional. Se recuerda también que una veintena de naciones *extranjeras* fueron representadas en el Congreso de Higiene mental, organizado en París por el Dr. L. N. en Junio último.

Debemos felicitarnos de la extensión de este movimiento que sobrepasa en mucho la cuestión de la Asistencia a los psicópatas y la de la profilaxis de la locura.

Trátase, en efecto, de una obra de saneamiento moral, de alta importancia social que se realiza por [las vías más diversas: lucha contra el abuso de estupefacientes, de que se ha preocupado con gran motivo la Sociedad de las Naciones; reorganización de la pedagogía de los atrasados y de la protección a la infancia; reforma del sistema penal; selección psicofisiológica de los trabajadores y organización científica del trabajo conforme a los deseos emitidos por las tres conferencias internacionales de psicotécnica.

Todas las manifestaciones de la actividad humana ganarán al ser regidas por los grandes principios de la Higiene mental, cuya aplicación será facilitada por los trabajos del Congreso internacional de Nueva York, para el cual los mundos de la enseñanza, de la Higiene social y del trabajo, adquieren desde el presente el más vivo interés.

A todas las agrupaciones de las naciones europeas que deseen participar en este Congreso, se les ruega se pongan en relación con el Dr. Genil-Perrin, secretario general de la Liga de Higiene mental, Avenue de la Bourdonnais, 99, en París.

Como ven los lectores, se trata de desarrollar un hermoso programa. La resolución de estos problemas ennoblece a los hombres que de ellos se ocupan y la aplicación de sus dictámenes sería capaz de elevar a la humanidad, sacándola de la charca en que yace. Cada día es mayor el delirio con que la gente, sobre todo la juventud, se arroja a los falsos goces de los paraísos artificiales.

Parece como que la humanidad, harta de una civilización que cree fracasada, se obstina en embrutecerse prostituyendo a la Ciencia. La falta de una ideología que la sustente la impulsa a buscar en la estupidez, momentáneo olvido de las dudas que la atormentan. Las pasiones nobles primero, citadas como ejemplo, cayeron más tarde en el ridículo, y la hu-

manidad envilecida hace hoy gala de sus pasiones de insecto.

Por otro lado, Herodes reina en la humanidad y manda sacrificar todos los días víctimas inocentes, niños indefensos, algunos de los cuales albergarían quizá en sus tiernos cerebros, las latentes fosforescencias del genio, en aras de escasas é inútiles concupiscencias.

También es de gran importancia la reforma del sistema penal, pues ocurre que los jurisconsultos desconocen al delincuente, y cuando habla el psicólogo, le llaman intruso, mientras hacen de sus teorías, patente de experiencias que no hicieron jamás.

En espera de que desaparezcan pronto esos indignos antros donde á los acordes de una música enervante, se embriaga á la humanidad y donde reinan entre los vapores del whisky y del opio las modernas Mesalinas repartidoras de drogas estupefacientes, esos fantasmas de mujer mezcla de gata y de sirena, cuyas uñas rosadas y puntiagudas están hechas á destrozar cerebros y deshilar medulas, sencillamente porque ellas sufrieron antes el mismo trato...

En espera de que se aborde científicamente el problema de la lucha contra las enfermedades venéreas y de otros muchos problemas de interés vital para la humanidad, enviamos nuestra más cordial adhesión á los organizadores del Congreso internacional de Higiene mental.

¡Y Dios quiera que el éxito les acompañe en la difícil empresa que como nuevos Cruzados de la Ciencia acometen!

R. COMENGE

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 27 DE ENERO DE 1923

El signo de la mancha roja y el signo de la hiperestesia de la región tiroidea.

El DR. MARAÑÓN expone con gran detalle lo referente á ambos signos, que tienen una semejanza clínica y patogénica que hace interesante su confrontación.

El signo de la mancha roja tiroidea se explora del modo siguiente: Cuando se frota suavemente con las yemas de los dedos ó con un objeto romo la piel de la parte anterior del cuello y anterosuperior del tórax, en todo individuo de sistema vasomotor algo irritable, se produce un enrojecimiento más ó menos intenso, y generalmente fugaz, de la piel irritada. En unos casos, la mancha es amplia al principio, extendiéndose por toda la región cervical y torácica frotada; pero poco después, la piel recobra su color normal, desapareciendo el eritema, que solo persiste sobre la región estrictamente tiroidea. Otras veces, desde el primer momento, esta región tiroidea es la única colorada. En uno y otro caso, la coloración persiste más ó menos tiempo, generalmente tres, cuatro ó más minutos, y al fin se desvanece, ya reduciéndose gradualmente, ya fundiéndose irregularmente, en manchas amapadas. Desde el primer momento esta mancha cervical se observaba con gran preferencia en los enfermos hipertiroideos, por lo que no se duda relacionar la frecuencia de su aparición con el estado de hiperfunción tiroidea.

Indica además la relación mutua que los enlaza, el hecho de que cuando el sujeto explorado es portador de una hipertrofia del tiroides, el enrojecimiento dibuja también el volumen anormal de la glándula, y si el tumor es unilateral, aquél se limita precisamente al lóbulo hipertrofiado.

Ese síntoma lo ha comprobado el Dr. Marañón en centenares de casos de hipertiroidismo, apareciendo aproximadamente en un 85 por 100, si bien no puede considerarse de un valor patognomónico, y el que más se acerca á la infalibilidad es la determinación del metabolismo basal. La intensidad de este síntoma no guarda relación alguna con la intensidad del proceso hipertiroideo.

Se ocupa después del signo de Lian, ó hiperestesia de la región tiroidea, que éste describe diciendo: Si por medio de una serie lineal de pequeños pinchazos con la punta de un alfiler ó bien arañando ligeramente con éste en un trazo continuo de superficie cutánea, exploramos la sensibilidad de la región anterior del cuello en el sentido longitudinal y en el transversal, observamos que al llegar la punta del alfiler al contorno de la expresada proyección cutánea del tiroides, la sensibilidad de la piel aumenta súbitamente de tal suerte, que repitiendo la exploración en todas direcciones, este aumento de sensibilidad nos permitiría dibujar con toda exactitud el contorno de la glándula tiroidea en los casos de hipertiroidismo.

Este signo de Lian, dice el Dr. Marañón que es semejante al suyo, por la intensificación en la vecindad del órgano enfermo de un fenómeno general producido por la enfermedad de dicho órgano, que en muchos hipertiroideos hay una hiperestesia cutánea general, como en muchos hipertiroideos hay una inestabilidad vasomotora cutánea general, y en uno y otro caso el fenómeno se exalta sobre la porción de los tegumentos próximos á la glándula anormal.

El Dr. Marañón se extiende en algunas consideraciones respecto al signo observado por él con el de Lian, y dada la analogía clínica y la probable relación patogénica que enlaza á los dos fenómenos, investiga el comportamiento de ambos en una misma serie de enfermos, y para ello ha escogido 49 casos de tiropatías, que distribuye en tres grupos: hipertiroidismo típico en todas sus formas, neurosis vegetativas pseudohipertiroideas, y bocios simples con sintomatología funcional ó nula con ligeros síntomas de insuficiencia tiroidea.

Lee á continuación los resultados obtenidos, que los resume en un cuadro deduciendo:

1.º En el hipertiroidismo típico el signo de la mancha roja tiroidea es positivo en el 84 por 100 de los casos; el signo de Lian es sólo positivo en 70 por 100 de los mismos.

2.º Esta primera conclusión parece dar mayor valor diagnóstico á nuestro signo que al de Lian; sin embargo, en los casos de neurosis vegetativa pseudohipertiroidea, nuestro signo es positivo en 100 por 100, y el de Lian sólo en un 66 por 100, lo cual aumenta el valor diagnóstico de este último.

3.º En los casos de bocio sin reacción hipertiroidea clínica, hemos observado tres veces positiva la mancha roja, y el signo de Lian ha sido siempre negativo, lo cual acentúa aún más la especificidad de éste.

4.º En casos clínicamente muy semejantes ambos signos se conducen de un modo opuesto (Lian positivo y mancha roja negativa, ó viceversa), sin que esta falta de paralelismo se pueda relacionar con ninguna circunstancia especial de los cuadros clínicos respectivos.

5.º Se trata, en resumen, de dos síntomas cuya presencia ayuda notoriamente al diagnóstico hipertiroideo en unión de los demás signos clínicos y de laboratorio, pero sin que tengan ni uno ni otro (como por otra parte ningún otro de los síntomas descritos en esta enfermedad) valor patognomónico.

El DR. ESPINA, al intervenir, dice que no sabe si la mancha roja de que habla el Dr. Marañón tendrá relación con

una comunicación que hizo al Congreso de la tuberculosis de Zaragoza en el año 1912, y que llevaba por título «Nuevo signo de la tuberculosis pulmonar revelado por la palpación del tórax», refiriéndose á un eritema, cuyo enunciado dió motivo á animada discusión, en que intervinieron los señores Codina, Azúa, Oliver, Deleyto, Elizagaray, Royo Villanova y Verdes Montenegro, resultando de todo ello: si podría coincidir la explicación más racional y positiva con la mancha roja de Marañón, y que, en opinión suya, lo interesante es que por regla general, ó casi general, se presenta siempre que se busca en la tuberculosis confirmada, y cuando aparece en la no confirmada, cree que es un signo de diagnóstico precoz de localización en los vértices pulmonares.

El Dr. SIMONENA cree que no se trata de un hecho puramente local, sino general, por considerar lo mismo el fenómeno vasomotor que el hiperestésico. En este sentido, el síntoma de Lian, hiperestesia, lo mismo que el signo de Marañón, trastorno vasomotor, obedecen á dicha particularidad.

El Dr. MAESTRE dice que en realidad la mancha roja y el signo sensitivo no son más que manifestaciones nerviosas, porque la acción dilatovascular es un fenómeno nervioso como los sensitivos, por lo cual se pregunta: el hipertiroidismo ¿no será un estigma de degeneración? Y la funda en las investigaciones que se realizan cuando se intenta medir la sensibilidad de una zona y se averigua que las hay sensitivas y anestésicas, que hay perturbaciones sensitivas de la piel, unas por excitación y otras por apagamiento, y se dice que se trata de un histérico, y entonces se procura catalogarlo entre los mil grados de la clasificación del histerismo.

El Dr. SIMONENA explica alguna de sus frases que no pudieron ser bien comprendidas por el Sr. Maestre respecto á que todo padecimiento visceral se proyecta en la superficie cutánea en forma de dolor, producido ó determinado por el médico.

El Dr. MAESTRE rectifica diciendo que en vez de seguir el camino de la metámera, debiera seguirse el de química biológica; que hay que buscar una causa general que influya sobre el tejido nervioso y la constitución íntima de la piel.

El Dr. MARAÑÓN rectifica diciendo que las tres hipótesis que han expuesto los Sres. Espina, Simonena y Maestre no necesitan nuevos comentarios, por ser únicamente indicaciones para investigar en su sentido.

La dilatación aguda no operable del estómago.

El Dr. HERNANDO explana su comunicación diciendo que es una entidad nosológica poco frecuente.

Basa su desarrollo en cuatro casos clínicos, observados en la declinación de la apendicitis, en un cólico hepático y en una estenosis crónica del píloro, consecutiva á un parto.

El primer caso, el de la apendicitis aguda, se dió en un señor de unos treinta años de edad, que había tenido hacía mes y medio un ataque de apendicitis, por lo tanto, se trataba de una apendicitis crónica en estado de agudez, ó de una apendicitis aguda en estado de cronicidad; le aconsejó la operación, que aplazó el enfermo por asuntos urgentes. Le dispuso ictiol, que cree no sirve para nada, y á los dos meses volvió manifestándole que se encontraba mejor, que el estreñimiento había desaparecido, que no tenía molestias ni trastornos y que había decidido no operarse. Tavo sus alternativas de mejoría y rebeldía que casi le obligaron á dejarse operar, pero pasó más tiempo, y al reproducirse las molestias se decidió á la intervención quirúrgica y lo fué por fin de apendicitis.

Cita otro caso de una señora con litiasis biliar, múltiple, y que en la convalecencia de un parto sintió un dolor en

la región de la vesícula biliar. Tavo vómitos típicos del cólico hepático, y en lo digestivo algunas molestias del tipo de hiperacidez. Ha estado sujeta á varios tratamientos sin conseguir la curación hasta que por medio de una sonda expulsó gran cantidad de líquido, y continuando en días sucesivos el cateterismo y el tratamiento general, curó.

La historia de los otros dos casos son parecidas á la anterior; se trataba de una señora de treinta y tantos años de edad, con una estrechez pilórica, dilatación moderada del estómago y retención no muy manifiesta, que á consecuencia de un exceso alimenticio empezó á sentir intranquilidad, molestias en el vientre, muchos eructos, pulso frecuente y vómitos pequeños por rebosamiento; se la introdujo una sonda que dió salida á unos seis litros de líquido.

El último caso también se refiere á una señora que vió en Badajoz; hacía tres días que había dado á luz con dificultad y había tenido una hemorragia abundantísima. Al día siguiente no expulsó heces y se sospechaba de que se trataba de una peritonitis ó de una oclusión intestinal. Al tercer día pudo apreciar que se trataba de una dilatación aguda del estómago, pulso pequeño, frecuente, con 37°2, vientre dilatado, falta de expulsión de gases y heces por el ano, y vómitos de un líquido viscoso negruzco. No se atrevió á sonarla, y la colocó en posición lateral que dió motivo á arrojar gran cantidad de líquido, agravándose considerablemente por congestión *ex vacuo*.

En resumen: el caso de estrechez pilórica y el de dilatación consecutiva al parto fallecieron y los otros dos curaron.

¿Qué interés tienen estos casos?, pregunta el Dr. Hernando. Primero por su rareza, por cuanto sólo conoce dos casos en la literatura médica. La importancia en la apendicitis de esta afección no se puede ocultar, puesto que cabe confundirla con una peritonitis ó con una oclusión intestinal, inclinándose el médico á un tratamiento completamente distinto.

Los casos con litiasis biliar también son raros, pero en cambio, son muy frecuentes las alteraciones gástricas crónicas en los litiasicos. La dilatación aguda gástrica en los casos de litiasis biliar es rarísima, como lo son también los de estrechez pilórica. Los referentes á un parto, son muy numerosos.

El Dr. Hernando se ocupa después de la patogenia de la dilatación aguda, creyendo unos que era una oclusión del duodeno, y otros, una pérdida de tono del estómago que ocasionaba la oclusión secundaria del duodeno. Estas dos teorías son las que han predominado hasta la actualidad. ¿Cómo se produce en unos y otros casos? Los de oclusión arteriomesentérica primitiva se producen por la presión que forma la aorta por detrás y las mesentéricas por delante, y en medio de estos dos planos pasa el duodeno, y en algunos momentos, los órganos del abdomen, tirando del pedículo mesentérico hacia atrás, comprime el duodeno. La hipótesis de una atonía del estómago, de un trastorno de la motilidad del estómago, consecutivo á una alteración de sus tónicas musculares, tiene su explicación, porque la dilatación aguda del estómago se puede producir primitivamente por alteración de las fibras motoras del estómago, nerviosa ó muscular.

El Dr. Hernando cita otra teoría referente á la aerofagia que, según los casos observados por él, no cree que pueda ocasionar la dilatación; pues ésta no se aprecia cuando en los animales se ha inyectado aire á gran presión por enérgica que haya sido, pero sí cree que sirva de refuerzo, que aumenta la dilatación aguda cuando ya existe.

Queda en el uso de la palabra para la sesión inmediata y dar fin á su interesante comunicación.

Dr. CESALDO

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

Intervenciones habidas en la sesión del día 21 de Diciembre de 1922, con motivo de las comunicaciones, del Dr. Marín Amat, que han sido publicadas en los números 3.613 y 3.614 de nuestra Revista.

El Dr. Hernández felicita al Dr. Marín Amat por la presentación de sus dos casos: el de goma de la región lagrimal, por lo interesante que ha sido el tratamiento, y el de conjuntivitis primaveral, por añadir otro caso á la estadística española que debe irse formando.

Se muestra conforme con la mayor parte de las conclusiones que hace el exponente, salvo la de no proteger el globo ocular, pues nada se pierde por hacerlo, y si bien es verdad que no es absolutamente necesario, es por lo menos muy útil, pues las violentas reacciones que se han producido después de las aplicaciones de radio, es fácil sean debidas á la falta de protección del ojo; y lo hace suponer esto el hecho de que el caso tratado por él, y presentado en la sesión anterior, observaba dichas reacciones cuando no colocaba el filtro, mientras que era muy ligero cuando se usaba.

Insiste en la conveniencia de que siempre se especifique la cantidad de radio, elemento á que corresponde la sal de radio empleada para poder mejor comparar la dosis empleada en los distintos casos.

El Dr. Marquez, en vista de los dos casos presentados por los Dres. Marín y Hernández y los referidos en la literatura de la especialidad, dice se debe estar conforme con la opinión de que el radio es el tratamiento más eficaz hasta hoy de la conjuntivitis primaveral; le parece muy racional la protección del globo ocular por medio de filtros, pues aunque sea muy resistente, no hay para qué exponerle cuando se le puede defender tan sencillamente.

El Dr. Basterra está conforme con proteger el globo, y dice que así lo ha visto hacer en clínicas del extranjero; expone su opinión de que si bien muchos casos curan con el radio, no son todos, y que él ha tenido varios casos de curación con una pomada de ictiol en las formas bulbares.

El Dr. Mansilla expone su comunicación.

Rectificación del Dr. Marín Amat.

Agradezco con toda el alma á los Dres. Hernández, Márquez y Basterra el haber intervenido en la discusión de las comunicaciones expuestas por mí.

Al Dr. Hernández he de manifestarle que me parece muy bien el que se emplee un filtro de plomo ú otra substancia que proteja el globo ocular de las emanaciones de radio (aunque las tolera muy bien), siempre que se eviten, ó al menos se disminuyan, los fenómenos irritativos oculares que siguen á toda aplicación de radio.

En ello no puede haber sino ventajas. Con respecto á la dosis del medicamento, este es un asunto que no podemos decidir nosotros, puesto que cada radiólogo tiene una cantidad determinada de radio, de la que ha de valerse para todos los usos; lo que sí podemos determinar es el tiempo de aplicación, que para la dosis de 16/4 milímetros de sulfato de radio, el tiempo de aplicación óptima, es de diez minutos. Las sesiones más largas, además de que no son necesarias, pueden resultar peligrosas, por ejemplo, para la vitalidad de las pestañas, las cuales no pueden protegerse por filtros protectores; y, por último, con respecto á los efectos tardíos del radio, no tiene nada de particular, puesto que se observan también con otras medicaciones, y nosotros no conocimos más caso que el suyo, puesto que no

hemos consultado la literatura sobre este extremo y concretarnos únicamente sobre el modo de acción, dosis, etc. De todos modos, podemos decir que su caso y el nuestro abren una nueva era en nuestro país, y que desde ahora en adelante ya nos será doble el conocer con más perfección la dosis y el tiempo de aplicación á recomendar y el controlar los efectos por varios observadores.

Al profesor Márquez: También de acuerdo con él en que debe tomarse la precaución de proteger el globo ocular contra las emanaciones de radio, puesto que de nada han de servirle, y si se evitan de este modo los fenómenos irritativos, eso va en beneficio del enfermo.

Con respecto al caso de goma de la comisura palpebral interna, también estamos de acuerdo, porque hay lesiones específicas que resisten á los mercuriales y se curan con los arsenobenzoles y aun todavía disponemos hoy de otros preparados (el trepol y neotrepol), que suelen tener alguna vez efectos (especialmente en las lesiones nerviosas), en donde los mercuriales y salvarsanes fracasan. Si en vez de haber observado este caso en el mes de Abril, hubiera sido en la actualidad, seguramente hubiere empleado el neotrepol que ahora ensayo con un buen resultado.

Al Dr. Basterra: Los casos de goma sifilíticos de la región lagrimal son tan raros, que no es de extrañar que en el caso del Sr. Prada, fuese un otorrinolaringólogo quien hiciese el diagnóstico, que escapó á la sagacidad de varios oculistas. La pues se diagnostica y trata hoy bastante bien y de ahí la rareza de la afección. La reacción de Wassermann fué negativa en nuestro enfermo, porque no puede tener un valor absoluto, como dice muy bien el Dr. Basterra, y por eso hacía yo hincapié en que había necesidad de acudir, no sólo á la reacción biológica, sino en caso de duda, al interrogatorio prolijo y cuidadoso. Y con respecto á que el ictiol cure la forma bulbar del catarro primaveral, con todos los respetos debidos, lo pongo en duda, por ser forma muy rehacia, hasta el mismo radio, conforme he podido decir de las publicaciones sobre el particular.

Angioma cavernoso de la órbita.

Dr. García Mansilla.—Federico B. Esteban, labrador, de veintiocho años, natural de Beas de Segura (Jaén), ingresó en la cama núm. 7 de la sala 23 á nuestro cargo en el Hospital General el 4 de Octubre de 1922.

Sin antecedente alguno personal ni hereditario que pueda relacionarse con el padecimiento que actualmente tiene, refiere que desde hace cinco años su ojo izquierdo aparecía algo mayor que el derecho, pero sin que apreciara molestia alguna ni observase alteración en su visión. Hace dos años tuvo una conjuntivitis catarral en ambos ojos, pero le duró, mucho más tiempo en el izquierdo, en el que la inyección ocular persistió durante tres meses. A partir de esta inyección pudo apreciarse el ojo izquierdo más prominente que el derecho, aumentando la propulsión cada vez más, hasta la actualidad.

Además de esta procidencia, el paciente observó que su visión empezaba á disminuir y que aparecían dolores en la mitad izquierda de la cabeza.

Los dolores primero eran vagos, ligeros y después fueron intensos en forma neurálgica. El enfermo nota que el ojo enfermo no puede moverle con la libertad que el sano y que en ciertas posiciones ve los objetos dobles.

Estado actual.—El ojo izquierdo tiene enorme exoftalmía directa, un poco inclinada hacia abajo y adentro.

El globo no está aumentado de volumen y el párpado superior, fuertemente distendido, apenas cubre la córnea,

la que, sin embargo, conserva su transparencia, pues el paciente ha llevado un pañuelo que ha protegido el ojo.

Este aparece algo inyectado así como la conjuntiva palpebral. Los movimientos del ojo están algo limitados, sobre todo hacia arriba.

Existe diplopia vertical. Los dolores son constantes en la región frontal y temporal izquierda. La agudeza visual está reducida a $\frac{1}{2}$. Por el examen oftalmoscópico puede comprobarse el éxtasis papilar. Refracción, campo periférico y sentido cromático normales. Los medios refringentes, transparentes. El ojo derecho normal.

El enfermo no ha sufrido tratamiento alguno en el ojo ni en la órbita.

No ha tenido sífilis ni ninguna enfermedad infecciosa.

Para explicarnos este cuadro sintomatológico examinamos la órbita y observamos debajo de la bóveda, y entre ésta y el globo ocular, una masa tumoral de contornos bien limitados por su parte anterior, y que se hundía profundamente sin poderla seguir por el tacto. Dicho tumor tenía superficie lisa, no tenía adherencia con el hueso ni se apreciaba fluctuación, ni se reducía por la compresión directa ni comprimiendo el globo ocular a través del párpado superior.

Por la auscultación no se apreciaba soplo alguno.

Diagnóstico.—Se hizo de tumor orbitario y propusimos la extirpación de la neoplasia que el enfermo aceptó con la condición de que se le conservase el globo ocular.

La extirpación se hizo el 19 de Octubre con anestesia clorofórmica. Se practicó una punción del tumor para ver si se trataba de un quiste y solamente salió sangre, con lo cual se excluyó este diagnóstico.

En seguida practicamos una incisión curva debajo de la ceja, siguiendo el borde superior de la órbita, y después de incidir todos los tejidos blandos apareció el tumor liso redondeado, sin adherencias óseas, y que penetraban profundamente en la órbita; se disecó con la sonda acanalada sujetando el tumor con una pinza separándole de todas sus adherencias laterales profundas, y se extirpó por completo, pudiendo comprobar que llegaba hasta el fondo de la órbita y estaba situado en el embudo muscular.

Se suturó y aplicó drenaje. El globo ocular ocupó su posición en la órbita desapareciendo por completo la enorme exoftalmía.

La marcha postoperatoria fué normal, la cicatrización fué perfecta en quince días y el enfermo quedó curado de su enfermedad, desapareciendo los dolores y la exoftalmía.

Ya curado el enfermo y libre de vendajes, pudimos comprobar que la visión del ojo izquierdo mejoraba cada vez más hasta el punto de que a los treinta días es completamente normal. Por el examen oftalmoscópico vimos la desaparición del éxtasis papilar sin que pueda comprobarse diferencia en las dos papilas ni en la agudeza visual que es normal en ambos ojos.

Al mes de la operación la motilidad del ojo hacia arriba no existía, siendo normal en todas las direcciones. Por otra parte, el ptosis era completo. La paresia del recto superior, ocasiona la diplopia vertical que el enfermo acusa cuando levanta el párpado superior, la cual se ha ido acentuando a medida que el enfermo ha mejorado la visión del ojo izquierdo. Dichas parálisis dependen de que el tumor, dada su situación en el embudo muscular, ha destruido los filetes nerviosos que animan al recto superior y al elevador del párpado superior.

Desde hace algunos días va elevándose algo el párpado superior y el globo también va dirigiéndose hacia arriba, lo que nos hace creer que con el tiempo podrán corregirse la parálisis del elevador y la del recto superior.

Caso de que no se curen habrá que corregirlas con las intervenciones quirúrgicas correspondientes.

Examen del tumor.—Tiene la forma y volumen de un corazón de ave, de 4 centímetros en su mayor extensión y de superficie roja y lisa.

Examen microscópico.—Fué practicado por el doctor Del Río Hortega, en el Laboratorio del Hospital General, quien nos remitió el siguiente informe:

Tumor orbitario.—Las coloraciones con carbonato de plata amoniacal, demuestran que se trata de una neoformación esencialmente vascular, en la que existen amplias lagunas ó espacios comunicantes y un sistema de tabiques conectivos.

El sistema cavernoso hállase formado por capilares sanguíneos, amplísimos casi siempre, de silueta profundamente irregular y rellenos de sangre.

Están revestidos de un endotelio con células aplanadas, frecuentemente fusiformes, en las que ofrece mayor desarrollo de lo normal, el retículo protoplásmico de sostén.

Los tabiques conectivos que bordean a las cavidades, están constituidos principalmente por haces colágenos espesos y por vasos capilares, poco dilatados, que forman parte del sistema lacunoso general del que son simple continuación.

Entre estas formaciones existen células fijas abundantes.

Aunque muchas veces son estas células muy alargadas é imitan fibras musculares lisas, no puede comprobarse que realmente tengan este último carácter.

Diseminados por el espesor de los tabiques conjuntivos existen linfocitos que sólo por excepción se agrupan en nódulos.

Los caracteres referidos demuestran que se trata de un hemangioma cavernoso típico, sin neoformación de células sarcomatosas y exento por consiguiente de malignidad.

Acompaña a este informe una preciosa microfotografía hecha por el Dr. Luna, a quien como al Dr. Del Río, agradecemos su valiosa cooperación en el estudio de este caso clínico.

Los angiomas de la órbita son poco frecuentes hasta el punto de que desde el año 1810 en que Abernety publicó el primer caso, hasta el 1903 á que alcanza la estadística de Lagrabge, solamente van publicados 83 casos, siendo muy notables los observados por Schriber, Velpeau, Lebel, Broca, Panas, etc.

El caso nuestro se parece al de Brunschwig, tanto por la posición del tumor, como por la edad del enfermo, la existencia de dolores, la dirección de la exoftalmía, la falta de complicaciones corneanas y el tratarse de angioma cavernoso.

Dr. Marín Amat.—El caso presentado por el Dr. Mansilla es interesante bajo múltiples aspectos.

En primer lugar los angiomas de la órbita son afecciones raras; si bien son todavía más escasos los de otros órganos del aparato de la visión, por ejemplo, los de la conjuntiva, que en 1916 (1) no llegaban á 60 los publicados.

De ordinario son congénitos, pudiendo también ser de origen traumático.

Unos son primitivos y otros propagación de los órganos vecinos.

En ocasiones se trata de angiomas simples, y otras del tipo cavernoso.

En segundo término, la intervención practicada por el

(1) Marín Amat: "Angioma de la conjuntiva de origen traumático." Comunicación á la Asamblea Oftalmológica de Valencia. 1916. Libro de Actas, pág. 4.ª, y Arch. de Of. Hisp. Americanos, 1917, mes de Julio.

Dr. Mansilla era la perfectamente indicada, puesto que al tratarse de un angioma cavernoso, que como sabemos de ordinario están encapsulados, la intervención de elección es la extirpación. Los angiomas simples no están rodeados por cápsula fibrosa y en ellos da mejor resultado la electrolisis, especialmente la bipolar, que nosotros hemos empleado con éxito en los angiomas de los párpados y de la conjuntiva (1).

En tercer lugar están las consecuencias de la operación. Estas han sido: ptosis total del párpado superior, y parálisis también total del recto superior y del oblicuo menor. Como consecuencia existe un fuerte estrabismo deorsumvergente con diplopia vertical, que aumenta en la mirada hacia arriba; síntoma molestísimo, que en este caso no es percibido por el sujeto, por la ptosis total del párpado superior.

Y ahora se encuentra el Dr. Mansilla ante otro problema que resolver, cual es, el de modificar en primer plano el estrabismo, y en segundo término, el ptosis; á mi juicio, las parálisis postoperatorias de este enfermo son de origen francamente muscular y no por lesión de los filetes nerviosos, y lo dice muy bien la localización del tumor en la cavidad del embudo muscular. Además, las parálisis verdaderamente por traumatismos de los nervios, suelen mejorar y hasta curar; cosa que no ocurre cuando está seccionado el músculo. Yo en estas condiciones haría lo siguiente: avance muscular (tal vez no sería tarea fácil) del recto superior; precisamente para casos idénticos, ideó Guérin esta operación (para remediar las tenotomías desgraciadas, verdaderas miotomías), y en el acto practicaría la tenotomía del recto inferior. Si sólo tenía una hipocirreacción prescribiría prismas de dos ó tres grados, los que fuesen necesarios, si eran tolerados, en ambos ojos. En el izquierdo (el operado), con la arista hacia abajo, y en el derecho (el sano), con la arista hacia arriba: así he corregido yo satisfactoriamente algunos casos de estrabismo vertical.

Y una vez obtenido el maximum de efecto contra el estrabismo, realizaría para curar el ptosis una operación de Hess, la óptima á mi juicio, contra el ptosis y máxime en este caso donde ya existe un conato de suplencia por parte del músculo frontal.

El Dr. Castillo felicita al Dr. García Mansilla por el interesante caso que ha traído á la Sociedad Oftalmológica.

En efecto, bajo tres aspectos es digno de estudio el caso del Dr. Mansilla: 1.º, por la operación ejecutada; 2.º, por los resultados de la misma, y 3.º, por la naturaleza del tumor.

Todo lo que sea intervenir en tumores orbitarios conservando el globo ocular, es digno de loa y todos nuestros enfermos deben de converger á la conservación del globo ocular cuando se trata de extirpar tumores orbitarios, claro está que esto únicamente se podrá hacer cuando de tumores benignos se trate, pues los malignos son tributarios de grandes exanteraciones subperiósticas de la órbita para evitar en lo posible la recidiva.

En el enfermo en cuestión, la vía elegida por el Dr. Mansilla es la aconsejada por los prácticos, pues formando úlcera la tumoración en la porción superior y externa de la órbita, la incisión practicada por nuestro colega es la indicada.

Respecto á los resultados obtenidos, el blefaroptosis y el estrabismo inferior creemos que es provocado por sección parcial ó total de los músculos elevador del párpado inferior y del recto inferior y creemos que el medio de conseguirlo, será en época oportuna, un avance muscular del recto inferior

(1) Marín Amat: "Angioma del párpado inferior curado por la electrolisis.", Congreso para el Progreso de las Ciencias celebrado en Granada en 1911. *Arch. de Of. Hisp. Americanos*, 1912, mes de Marzo.

y, posteriormente, la operación de Motaix ó Panas para corregir el blefaroptosis. Es una verdadera lástima no haber podido hacer *a priori* el diagnóstico de la naturaleza del tumor, pues en este caso, la intervención indicada era la electrolisis ó la aplicación del radio.

PROTECCIÓN MÉDICA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA POR LA JUNTA DE DAMAS
EL DÍA 23 DE ENERO DE 1923.

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre y con asistencia de las señoras de Blanc, Elorrieta, Villanueva, Verdes Montenegro, Palancar, Terceño, señorita de Pando y señora y señorita de Calvache, comienza la sesión leyéndose los nombres de los señores que han contribuido á aliviar tristezas y quebrantos con sus donativos de Navidad á esta Caja de Socorros.

Son los siguientes: conde de Cerragería, 100 pesetas; Dr. Codina, 50; Dr. Marañón, 150; Dr. García Tapia, 100; Dr. García Andrade, 200; Casino de Madrid, 50; Dr. Portuondo, 25; Dr. Cifuentes, 25; Dr. Sáiz (de Carlos, 50; duque de Medinaceli, 50; Dr. Cisneros, 100; Colegio de Médicos, 750; Dres. Ratera, 50; Dr. Hergueta, 25; D. Torcuato Luca de Tena, 25; Dr. Sloker, 100; duque de Alba, 25; gobernador de Madrid, 100; conde de la Mortera, 50; Dr. Francisco Huertas, 25; conde de Romanones, 50; ministro de la Gobernación, 50; Círculo de Bellas Artes, 50; gobernador del Banco de España, 125; Dr. Márquez, 100; D. Santiago Alba, 25; viuda de Chenique, 10; Dr. D. José Sánchez Covisa, 50; condes de Casal, 15; marqués de Comillas, 25; Dr. Germán Azúa, 50; Dr. Gayoso, 250; señora de Blanc, 32, y del reintegro de un décimo de la lotería de Navidad, la señora de Verdes Montenegro, 7; señora de Elorrieta, 7; condesa de Gimeno, 7; señora de Blancar, 7; señora de Terceño, 5; señora de Villanueva, 7, y señora de Calvache é hija, 14.

A tan bondadosos señores la Junta envía desde estas líneas expresión de su agradecimiento más sincero, pues gracias á su generosidad contribuirán á que se puedan seguir dando los donativos que, sin interrupción, vienen percibiendo desde hace diez años pobres viudas y médicos inutilizados é indigentes.

La señorita de Pando, vicesecretaria de esta entidad, da lectura á la Memoria del año 1922, de tal manera redactada, que produce honda emoción en las oyentes, y se toma el acuerdo de imprimir este trabajo—páginas escritas con todo el corazón por la señorita de Pando,—y conviene sean conocidas por el mayor número de médicos.

En la modesta labor de las señoras de la Junta que con el mayor cariño acuden al humanitario cumplimiento que se impusieron, entra también rogar á los demás no permanezcan indiferentes á ella, sino que nos ayuden para que cada vez pueda ser mayor la eficacia de obra tan urgente, iniciada por el ilustre Dr. Pando y Valle en el año 1913, y que desde entonces se ha distribuido una cantidad muy aproximada á 150.000 pesetas. A este hombre bondadoso é inteligentísimo, nunca podrán olvidar, ni nuestra Junta, ni los tristes desheredados de la clase médica española.

Los ingresos durante el año 1922 han sido de 11.659,50 pesetas, y los gastos de 13.945,25. En vista de este déficit, la Junta se propone estudiar la forma de que haya más ingresos.

Y no habiendo más asuntos de qué tratar, se levantó la sesión.—La secretaria de actas, *Pilar Calvache*.

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

SESIÓN DEL 24 DE FEBRERO DE 1923

Los profesores MM. Surmont y Polonovski han estudiado las propiedades terapéuticas del nuevo alcaloide, extraído por MM. Polonovski y Nitzberg del haba del Kalabar, la Geneserina.

Han comprobado que dicho alcaloide es un modificador de primer orden de la dispepsia relacionada con el síndrome solar. Mucho menos tóxica que la eserina, es por esto de un manejo mucho más fácil y sin peligros. En ocho casos de dispepsia nerviosa de tipo hipopéptico, complicada de síndrome solar, los autores han obtenido la desaparición de los dolores gástricos, de los latidos epigástricos dolorosos, de las palpitaciones y de los disturbios vasomotores de la cara, con restablecimiento del sueño normal. La mejoría en estos casos es muy rápida, frecuentemente completa después del segundo día. La angustia de los dispépticos desaparece rápidamente con dosis débiles de Geneserina. Una joven de veinticuatro años, ya colectomizada, vió desaparecer sus crisis angustiosas desde el segundo día; al mismo tiempo volvió el calor á sus extremidades habitualmente frías.

El salicilato de Geneserina, que ha sido utilizado para sus investigaciones, ha sido empleado en 29 enfermos, y ha dado siempre lisonjeros resultados en las dispepsias hipopépticas de los nerviosos. Este nuevo alcaloide parece destinado á desempeñar un papel importante en la terapéutica de las afecciones del tubo digestivo, porque es no sólo un calmante nervino, sino también un excitante de la secreción de las glándulas salivares, de las glándulas del estómago y del páncreas.

R. COMENGE

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Visto el Reglamento para la elaboración y venta de las especialidades farmacéuticas aprobado por Real decreto de 6 de Marzo de 1909, por el cual se concedió plazo para su vigencia respecto á la preparación y venta de dichas especialidades, habiéndose concedido después otros plazos;

Resultando que por Real orden de 6 de Junio de 1922 se amplió el plazo concedido para que pudieran seguir vendiéndose las especialidades en la forma en que venía haciéndose antes de 6 de Marzo de 1909, hasta que se resolvieran las reclamaciones pendientes sobre la interpretación y aplicación del Reglamento para la elaboración y venta de las especialidades farmacéuticas;

Resultando que en 30 de Diciembre de 1922 se fijó el plazo de 1.º de Marzo del corriente año para la vigencia del expresado Reglamento de 6 de Marzo de 1909;

Considerando que el supuesto que se tuvo en cuenta para dictar la Real orden de 30 de Diciembre último mencionada era la creencia de que para el 1.º de Marzo del corriente año habían de estar ya resueltas todas las reclamaciones formuladas sobre interpretación y aplicación del referido Reglamento de 6 de Marzo de 1909;

Considerando que próxima la fecha de 1.º de Marzo del año corriente, es lo cierto que las expresadas reclamaciones no han sido resueltas y sería contrario á la justicia y á la equidad aplicar el expresado Reglamento de 6 de Marzo de 1909 sin que aquéllas estuviesen resueltas,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se amplíe hasta el 30 de Junio del corriente año el plazo para que puedan seguir vendiéndose las especialidades farmacéuticas en la forma que venía haciéndose antes de 6 de Marzo de 1909.

Lo que de Real orden comunico á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 28 de Febrero de 1923.—*Almodóvar*.—Señor director general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Convocadas oposiciones por Real orden de 14 de Diciembre último para la provisión de seis plazas del Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad correspondientes á seis puestos vacantes en el escalafón del mismo, y habiéndose producido otras cuatro vacantes por jubilación de igual número de individuos del expresado Cuerpo,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que las citadas cuatro plazas vacantes ocurridas por jubilación se declaren afectas á las mencionadas oposiciones.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 28 de Febrero de 1923.—*Almodóvar*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* de 1.º de Marzo de 1923.)

Ilmo. Sr.: A fin de proceder á la provisión de una plaza de ayudante veterinario en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, fué designado por Real orden de 30 de Diciembre último el Tribunal que había de juzgar aquel concurso-oposición. Al citado Tribunal podían serle agregadas una ó dos personas de competencia notoria, propia de la oposición.

Hecha esta designación y conformes los designados,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que los ejercicios den comienzo el día 26 de Marzo próximo, á las cinco de la tarde, en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII; que quede expuesta esta citación en la tabla de anuncios de la Dirección general de Sanidad, quedando el Tribunal constituido, conforme al art. 43 del Real decreto de 3 de Octubre de 1916, por los Excmos. Sres. D. Angel Pulido, vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, presidente; vocales: V. I., D. Francisco Murillo, inspector de Instituciones sanitarias; D. Francisco Tello, director del Instituto de Alfonso XIII; D. Antonio Ruiz Falcó, jefe de Sección del citado Instituto, y suplente D. Luis Rodríguez Illera, actuando como vocales competentes D. Dalmacio García Izcarra, catedrático y director de la Escuela de Veterinaria de esta Corte, y D. Victoriano Colomo, catedrático de Veterinaria, y suplente, D. José García Almendáriz, jefe técnico de servicios de Veterinaria en este Ministerio.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Febrero de 1923.—*Almodóvar*.—Señor director general de Sanidad.

Inspección general de Sanidad exterior.

Relación nominal de los comerciantes é industriales autorizados por los inspectores de Sanidad de las provincias respectivas, para la importación, exportación y circulación de trapos:

Alicante: D. Francisco Matarredonda Jorda.—Ávila: don Juan Illana, D. Eustaquio Martín y D. Manuel García Jiménez.—Burgos: D. Cástulo Orejón, D. Julián Alconada y don Domingo del Palacio.—Málaga: D. Antonio Morón Gálvez, D. Manuel Sánchez, D. Tomás Moreno, D. Constantino Gál-

vez y Sres. Arroyo, Lopera y Compañía.—Zaragoza: don Martín Estremera Santos, carretera de Huesca, núm. 278.—Provincia de Zaragoza, Ateca: D. José María Vila. Lo que se hace público para general conocimiento. Madrid, 7 de Marzo de 1923.—El inspector general, *Federico Mestre*. (*Gaceta* 9 Marzo.)

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido aceptar á D. Jaime Peyri Rocamora la renuncia que ha presentado del cargo de vocal del Tribunal de oposiciones á la cátedra de Dermatología y Sifiliografía, vacante en la Universidad Central.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 24 de Febrero de 1923.—*Salvatella*.—Señor subsecretario de este Ministerio.—(*Gaceta* del 2 de Marzo de 1923.)

Ilmo. Sr.: Habiendo justificado D. Salvador Piñeiro Parga que presentó su instancia y documentos solicitando tomar parte en las oposiciones anunciadas para proveer la Cátedra de Patología quirúrgica con su clínica, vacante en la Universidad de Barcelona, dentro del plazo reglamentario, y resultando que del examen de éstos reúne las condiciones legales,

La Subsecretaría de mi cargo, teniendo en cuenta el defecto de que adolecía y que motivó la exclusión acordada en 17 de Enero próximo pasado, ha dispuesto que considera al mencionado señor como opositor á dicha Cátedra y que se remita á V. I. su instancia y documentos.

Dios guarde... Madrid, 22 de Febrero de 1923.—El subsecretario, *Anguita*.—Sr. D. Ramón Jiménez, consejero de Instrucción pública (*Gaceta* del 6 de Marzo).

Ilmo. Sr.: Vista la comunicación del presidente del Tribunal de oposiciones á la cátedra de Técnica anatómica, vacante en la Universidad de Sevilla, manifestando las dificultades con que tropieza para constituirlo, por carecer del concurso de la mayoría de los vocales, y solicitando se sustituya á los Sres. D. Joaquín Gascón, D. Fernando Muñoz Romero, D. Marcelino Berbiela, D. Miguel Girau y D. Juan Barcia Caballeros,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien nombrar á los señores D. Antonio Riero, D. Daniel Cándido Mezquita, don Isidro Segovia Corrales, D. Julián de la Vía y D. Alejandro Planellas para sustituir, respectivamente, en sus cargos en dicho Tribunal á los mencionados jueces.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde... Madrid, 27 de Febrero de 1923.—*Salvatella*.—Señor subsecretario de este Ministerio.

Ilmo. Sr.: Vista una comunicación del presidente del Tribunal de oposiciones á la cátedra de Patología quirúrgica con su clínica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, manifestando las dificultades con que tropieza para constituirlo, por carecer del concurso de la mayoría de los vocales, y solicitando se sustituya á los señores D. Francisco Millán, D. Antonio Trías, D. Antonio Cortés, D. Francisco Piñeiro y D. Federico Murueta Goyena,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien nombrar á los señores D. Ladislao Ricardo Lozano y Monzón, D. Modesto

Cogollos y Galán, D. Octavio García y Burriel, D. Francisco Mesa Moles, D. Fermín Garrido y Quintana para sustituir, respectivamente, en sus cargos en dicho Tribunal á los mencionados jueces.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde... Madrid, 27 de Febrero de 1923.—*Salvatella*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 4 de Marzo.)

MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

SUBSECRETARÍA

En el Juzgado de primera instancia de El Escorial se halla vacante, por traslación del que la desempeñaba, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por concurso de antigüedad absoluta entre sustitutos de todas las categorías con anterioridad al Real decreto de 12 de Abril de 1915, conforme á lo prevenido en el art. 4.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Madrid por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 21 de Febrero de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*. (*Gaceta* de 23 de Febrero.)

En el Juzgado de primera instancia de Onteniente se halla vacante, por promoción del que la desempeñaba, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que debe proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Valencia por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 22 de Febrero de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*. (*Gaceta* de 23 de Febrero.)

MINISTERIO DE TRABAJO, COMERCIO É INDUSTRIA

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien resolver, de acuerdo con el dictamen de la Junta Consultiva de Seguros y la propuesta del Negociado correspondiente, que se inscriba á la entidad Igualatorio Madrileño de Especialidades Médicas y Seguro de Enfermedad, Madrid, en el Registro creado por el art. 1.º de la ley de Seguros, autorizándola para operar en el Ramo de Seguro de enfermedad, parto y defunción, por ajustarse la documentación presentada á los preceptos legales y reglamentarios.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde... Madrid, 28 de Febrero de 1923.—*Chapaprieta*.—Señor comisario general de Seguros. (*Gaceta* 4 Marzo).

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 699,8; ídem mínima 696,3; temperatura máxima, 25°,8; ídem mínima, 3°,4; vientos dominantes, O. NO.

Siguen siendo muy frecuentes los estados catarrales generalizados con caracteres gripales más ó menos auténticos. Las bronconeumonías son algo menos frecuentes. Los reumatismos articulares y musculares se sostienen en crecida proporción, y en los niños no se observa ningún padecimiento de índole epidémica.

Mortalidad de Madrid en Febrero de 1923 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Febrero de 1923.
Menores de 1 año.....	265	321
De 1 á 4 años.....	228	145
De 5 á 19.....	119	93
De 20 á 39.....	226	156
De 40 á 59.....	302	325
De 60 en adelante.....	485	531
Sin clasificación.....	3	3
TOTAL.....	1.628	1.574

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Febrero de 1923.
Fiebre tifoidea.....	12	7
Tifus exantemático.....	1	1
Viruela.....	4	»
Sarampión.....	25	6
Escarlatina.....	1	2
Coqueluche.....	11	15
Difteria.....	9	4
Gripe.....	52	38
Otras epidémicas.....	4	1
Tuberculosis pulmonar.....	153	112
Ídem meníngea.....	19	18
Otras tuberculosis.....	26	16
Cancerosas.....	59	63
Meningitis.....	76	74
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	79	92
Orgánicas del corazón.....	133	138
Bronquitis aguda.....	141	151
Ídem crónica.....	69	88
Pulmonía.....	41	43
Broncopneumonía y otras.....	212	219
Enteritis (menores de dos años).....	44	43
Apendicitis y tifitis.....	4	8
Hernias y obstrucciones.....	11	14
Cirrosis hepática.....	10	11
Nefritis.....	54	71
Septicemia puerperal.....	7	4
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	54	50
Senectud.....	52	46
Otras enfermedades.....	265	239
TOTAL.....	1.628	1.574

Varones.....	781
Hembras.....	793
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	58,14
Ídem íd. en Febrero de 1923.....	56,21
Ídem íd. en Enero de 1923.....	53,39

Observaciones.

Comparada la mortalidad de este mes con el promedio del mismo en los cinco años anteriores acusa una baja de 54 unidades.

Comparando con el benigno mes de Enero anterior ocurrieron 81 defunciones menos. Pero teniendo en cuenta que Febrero tiene tres días menos que su precedente, en realidad, aunque levemente, la mortalidad ascendió, como en el cuadro puede verse, en una media diaria de 2,82. Este aumento se produjo en la infancia. Menores de un año murieron en Enero, 294, y en Febrero, 321: de uno á cuatro años en Enero, 134, y en Febrero, 145. La gripe en el mes anterior causó 26 víctimas y 38 en éste. La coqueluche pasó de 10 á 15.

Diagnosticado de tifus exantemático falleció en el Hospital Provincial un jornalero de veintitrés años, nacido en Guadalajara y domiciliado en el Paseo de las Delicias.

Los siete casos de fiebre tifoidea fallecieron en sus domicilios en siete barrios distintos.

Nacieron vivos, 1.640.

LUIS LASBENNES.

Crónicas.

De viaje.—Con objeto de obtener el completo restablecimiento de la salud de su joven esposa, ha salido para Málaga nuestro compañero el redactor forense D. Alfonso Cortezo, hijo de nuestro director.

La «Gaceta».—*Gobernación.*—La correspondiente al día 13 del actual inserta una orden circular á los gobernadores y autoridades sanitarias de las provincias marítimas, relativa á granos averiados, y oído el informe del jefe técnico de Servicios de Veterinaria, la Dirección general de Sanidad ha acordado:

1.º Confirmar las disposiciones adoptadas por la Junta provincial de Sanidad, debiendo, por tanto, ser tratados en forma que viene haciéndose los productos que con la denominación genérica de «granos averiados» son rechazados para consumo público por las autoridades sanitarias del puerto y destinados á alimentación animal.

2.º En todos los puertos se establecerán lugares apropiados para el tratamiento y preparación de los productos expresados y con preferente destino á la alimentación animal, debiendo para esto solicitarlo de este Centro, el cual, previo informe de la Junta de Sanidad correspondiente, con las condiciones que de acuerdo señalen los inspectores provinciales de Sanidad y de Higiene pecuaria, concederá ó no la autorización pedida; y

3.º Que las entidades ó particulares que establezcan ó hubieran establecido locales apropiados, deberán dar cuenta á este Centro de la disposición, emplazamiento, etc., de los mismos, aparatos, utensilios y procedimientos que hayan de emplear para tratamiento de productos de alimentación animal, debiendo quedar la vigilancia y fiscalización á cargo del inspector pecuario provincial ó del puerto, si lo hubiere, y dando cuenta mensualmente á esta Dirección de las cantidades de granos tratados, procedencias de los mismos, procedimientos empleados, ganadero y dueño del producto.

Instrucción pública.—Se halla vacante en la Universidad Central la cátedra de Histología é Histoquímica Normales y Anatomía patológica, que ha de proveerse por concurso de traslado, conforme á lo dispuesto en el Real decreto de 30 de Abril de 1915, en relación con el de 17 de Febrero de 1922 y Real orden de esta fecha.

Pueden optar á la traslación los catedráticos numerarios del mismo grado de enseñanza que, habiendo ingresado por oposición ó por concurso, desempeñen ó hayan desempeñado en propiedad asignatura igual á la vacante. También podrán concurrir los auxiliares que tengan legalmente reconocido este derecho.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes, acompañadas de la hoja de servicios, á este Ministerio, por conducto y con informe del jefe del Establecimiento donde sirven, precisamente dentro del plazo improrrogable de veinte días, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Oída la Comisión permanente del Consejo de Instrucción pública en el expediente incoado con ocasión de la vacante producida en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, por jubilación del Excmo. Sr. D. Santiago Ramón y Cajal,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido resolver que, en cumplimiento de lo preceptuado en el Real decreto... (véase la anterior), se anuncie para su provisión á concurso de traslación entre catedráticos numerarios y auxiliares que tengan reconocido ese derecho, la cátedra de Histología é

Histoquímica Normales y Anatomía patológica, vacante en las expresadas Facultad y Universidad.

—La del 14 publica una Real orden del Ministerio de Marina disponiendo que asistan al Congreso Internacional de Medicina y Farmacia militares, que tendrá lugar en Roma del 28 de Mayo al 2 de Junio próximos, el coronel médico D. Nemesio Fernández Cuesta y Porta y el farmacéutico mayor D. Leopoldo López Pérez, con los viáticos y emolumentos reglamentarios y la indemnización diaria de ciento cincuenta pesetas (150), como los nombrados por el Ministerio de la Guerra, comisión que durará un mes, y, al término de la cual, deberán dar cuenta por escrito á dicha Jefatura de cuantos datos útiles sobre organización sanitaria naval hayan recogido en el citado Congreso y en los viajes por países extranjeros que con tal motivo hayan efectuado.

La venta de morfina en Barcelona.—En una nota oficial dada por el gobernador de la ciudad condal, se da cuenta de que por la Inspección de Sanidad se han tomado severos acuerdos acerca de la campaña contra los vendedores de opio, morfina y cocaína. Dice la nota que se han impuesto tres multas de 500 pesetas á los farmacéuticos José Condón, viuda de P. Custerina y A. Bernades. Por su parte, la policía realiza gestiones para perseguir el comercio de las citadas drogas.

La enfermedad del sueño en los Estados Unidos.—En la prensa leemos el siguiente parte:

Nueva York, 9 (8 m.).—La enfermedad del sueño sigue causando víctimas en esta capital.

Desde el lunes se han registrado 23 nuevos casos de esta enfermedad, con los cuales el total de los registrados desde el día 1.º de Enero se eleva á 260, 112 de ellos seguidos de muerte. — (Fabra).

Paseos de un solitario.—*Hombres y mujeres de mi tiempo. Recuerdos, anécdotas y memorias, de Carlos María Cortezo.*

Aparte de algunos artículos que con los publicados en EL SIGLO MÉDICO formarán las memorias profesionales del autor, contiene este libro episodios é impresiones políticas de su vida. Se halla de venta en casa de los Sres. Ruiz Hermanos y en la Administración de EL SIGLO MÉDICO.

Mitín sanitario.—El domingo, día 11, por la mañana, tuvo lugar en el teatro de la Princesa un mitín de propaganda sanitaria, bajo la presidencia del rector de la Universidad Central, D. José Rodríguez Carracido.

Hicieron uso de la palabra, Azorín, la señora González Fiori, el catedrático D. Quintiliano Saldaña, y los doctores Martín, Menéndez y Navarro Fernández.

El tema principal que se trató fué el estudio de las medidas á seguir contra la propagación de las enfermedades venéreas y sífilis; y las censuras principales fueron dirigidas contra los Parlamentos y Gobiernos que se suceden sin hacer nada de provecho en evitación de estos males.

Resumió los discursos elocuentemente, el rector.

Este, y lo mismo los demás oradores, fueron muy aplaudidos.

Defunción.—Ha fallecido en Béjar, á los cincuenta y cinco años de edad, el día 6 del actual, nuestro estimado compañero D. José González Castro, conocido escritor médico é inspector regional del Trabajo.

Reciban su esposa doña Leopolda Serrano é hijos, nuestro pésame por la desgracia sufrida.

Cursillo teórico-práctico de Roentgendiagnóstico y Roentgenterapia, para diez médicos.—Comenzará el día 2 de Abril. Treinta lecciones de Roentgendiagnóstico y treinta de Roentgenterapia. Duración aproximada un mes. Informes, Marqués de Cubas, 9, principal, de diez á una. Los señores alumnos realizarán todas las prácticas necesarias hasta conseguir el suficiente adiestramiento en el manejo de los aparatos de medición para terapia profunda, y el suficiente dominio de la anatomía radiológica y de las interpretaciones radioscópias y radiográficas.

Renuncia.—La Gaceta del 10 del actual inserta una Real orden por la cual se acepta á D. Antonio Amor Rico la renuncia que ha presentado del cargo de vocal del Tribunal de oposiciones á la cátedra de Patología general, con su clínica, vacante en la Universidad Central.

Colegio de Huérfanos.—Los últimos donativos recibidos en la Administración de nuestro periódico han sido:

Dr. D. Rafael del Valle y Aldabalde, 25 pesetas; doctora doña Elisa Soriano Fischer, 25 pesetas; Dr. Rojo Yagüez, de Torquemada, 20 pesetas.

Nuestro agradecimiento en nombre de los huérfanos.

Practicantes.—Como resultado del concurso anunciado en la Gaceta de Madrid del día 11 de Enero próximo pasado para cubrir siete plazas de practicante, afecto al Servicio Sanitario de los territorios españoles del Golfo de Guinea, han sido adjudicadas á los señores que á continuación se expresan y por el siguiente orden:

1. D. Joaquín Riquelme Pueyo.
2. D. Pedro del Rosal Luna.
3. D. Luis Rodríguez Urbano.
4. D. Joaquín Montes Cerquera.
5. D. Vicente Gil Filiberto.
6. D. Andrés Cantuche Soto.
7. D. Alfredo Rodríguez Alvarez.

Instituto Rubio.—Operaciones y asistencias practicadas durante el primer trimestre del presente curso y número de enfermos que han asistido á los diversos Dispensarios de Especialidades y salas de operaciones del mismo:

Número de enfermos, 2.380; asistencia en los Dispensarios, 2.952; operaciones practicadas, 344; número de análisis, 615; radiografías, 191; vendajes escayolados, 50; mecanoterapia, 705; sesiones de masajes, 902.

La peste en Cabo Verde.—Un telegrama de la Agencia Febus dice que aumentan los casos de peste en Cabo Verde y que por esta causa muchos de los vapores que allí hacían escala para proveerse de carbón y víveres ahora lo hacen en Las Palmas.

En Las Palmas se han adoptado rigurosas medidas encaminadas á evitar la propagación de la epidemia.

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.

Excipiente inerte.—Hay abejas de la sal, como hay abejas de la miel.

(Ich.)

Para conocer melones es menester toda una vida; para saber razonablemente una facultad, son menester ciento. Nada sabe quien estudia muchas cosas; algo sabe quien estudia mucho una.

(Juan de Zabaleta.)

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

SIL-AL

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicerol-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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