

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

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

SUMARIO: Sección científica: El cáncer y el sarcoma, por A. Morales.—Reumatismo de origen dentario, ó epoliartritis estreptocócica?, por el Dr. G. R. Gonzalo.—Sobre el reumatismo dentario, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Apostillas al término, por L. Subirana.—Ideas actuales sobre el neurotropismo, discurso de contestación del Dr. Ramón y Cajal.—Centenario de la Sociedad de investigadores naturalistas y médicos alemanes, celebrada en Leipzig del 17 al 24 de Septiembre de 1922, por A. P. M.—Bibliografía, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Periódicos médicos.

NOTAS CLÍNICAS

EL CÁNCER Y EL SARCOMA

por

A. MORALES

Cuando se reflexiona sobre el número de víctimas que ocasionan las enfermedades cancerosas y sarcomatosas cada año, y se observa que va en aumento progresivo, se comprende el terror que causa, hasta en las personas de menores conocimientos, la idea de contraer alguna enfermedad de este género, y las precauciones de todo orden en los gobiernos de países civilizados, así como el interés en los estudios de esta clase, que han sido objeto especial por los hombres científicos.

Hace algunos años, tomé como tema de mi discurso en la inauguración del curso académico de la Universidad de Barcelona: *El cáncer como plaga social*. En una reunión de público—aunque sea de personas muy ilustradas—no era posible á un cirujano tomar el asunto desde un punto puramente técnico, que hubiera sido puerilmente pretencioso y en inoportuno ambiente. Procuré plantear el tema desde el punto de vista social, describiendo los dolores de los cancerosos con el tristísimo aspecto que presentan las familias y los enfermos, al morir éstos con dicha clase de padecimientos. Al bajar de la tribuna, y entregar el discurso al rector, esta-

ba á su izquierda un notable magistrado, y, con lágrimas en los ojos, me dijo en voz baja: «¡Cuánto me ha hecho sufrir; como si describiese la muerte de mi esposa, que murió de un cáncer del pecho!»

Uno de los escritores que me han hecho pensar más en íntimas meditaciones, ha sido el célebre Graves, de Dublín, cuando dice en su inmortal obra de Clínica: «Hay enfermedades que llevan el estigma de la vergüenza; otras atacan á los jóvenes, llenos de ilusiones y de ensueños, y aman la vida cuando se les escapa por el terrible enemigo de la tuberculosis; y, finalmente, hay otras de agudos dolores y con una atmósfera infecta y hedionda». Bien puede decir el paciente: «¡Soy un cadáver, pero sin la paz del sepulcro!». Cuyo pensamiento puso un escritor en boca de un enfermo incurable.

Han pasado muchos años; y siendo muy joven visitaba dos salas de mujeres en el Hospital de la Princesa, en donde había una enferma con un cáncer del útero, inoperable, pues ya tenía el color amarillo de *hoja de caña*, y me dijo una mañana, al pasar la visita: «¿Qué enfermedad tengo?»—Un catarro en la matriz, que curará pronto—le respondí. Algún imprudente le manifestó su verdadera enfermedad, y le entraron unas angustias de tristeza y pesimismo, que me decía: «¡Le pido por Dios, que me dé un narcótico y me quite la vida. Esto no es vivir; y después de tanto sufrimiento, la muerte!» Yo procuraba engañarla, pero era inútil mi intento.

Cada mañana, antes de pasar la visita, tenía que pensar en el engaño de aquel día. Nunca lo pude conseguir, y sólo se consolaba dándole fuertes inyecciones calmantes, pues tenía—cual sucede en estos pacientes—la *mitridatización*.

Hay enfermos cancerosos á quienes se les engaña fácilmente, aun siendo médicos. Un profesor que había operado muchos cancerosos, sufría un cáncer en la mejilla, y murió creyendo que era una *úlcera atónica*.

Hay otros que dudan entre la esperanza y el temor de la realidad. Recuerdo un médico de un pueblo próximo á Barcelona, que me consultó por un cáncer de la lengua, y me decía: «Examine esta úlcera, pero no me diga el diagnóstico.» Este infeliz fué á Marsella, y cayó en manos de un médico, que hacía de curandero, muriendo poco tiempo después.

El cáncer, lo mismo que el sarcoma, empiezan *localmente*, y las probabilidades de la curación están en *razón directa* de la prontitud en la intervención quirúrgica.

Es necesario que la clase médica y el *vulgo*—y en este concepto es *vulgo* todo aquel que no es médico—estén imbuídos de la idea de la intervención rápida y completa, destruyendo las vías de comunicación. De este modo se evitarían muchas muertes y muchas conductas ignominiosas.

Siempre recuerdo con horror á una pobre enferma, que vino á mi consulta, con un cáncer de la mama completamente ulcerado, con el *icor* sintomático y ese olor especial que denuncia al canceroso á larga distancia, y me dice: «Vengo para que usted me opere. Me ha dicho mi médico, que le diga al cirujano que me ha de operar, que con sus medicinas me ha estado preparando por espacio de *tres años*; y ahora la operación dará mejores resultados.» Quedé atónito ante aquella afirmación. ¿Obró el médico por *ignorancia* ó por *engaño*, cobrando las visitas durante *tres años*? He de creer que fué por lo primero, pues que de otro modo debe terminar el secreto profesional y el compañerismo allí donde empieza la infamia. Tuve que decirle que se entrevistase su familia conmigo, pues había que usar medicamentos para que atajara la *erisipela*, y entonces podría operarse. A la familia le dije que era inoperable y le ocultasen á la enferma su verdadero estado; pues sin esta regla de conducta, sería arrojarla á los brazos de la desesperación, y, posiblemente, al suicidio.

Recuerdo á otra infeliz cancerosa de la mama derecha, en plena caquexia y con muchos *tubérculos* y *letalidades*, á cuyo marido, llamado aparte de la paciente, le manifesté que la operación sería inútil y que produciría la muerte antes que el término de la enfermedad. El ignorante esposo me manifestó que la operase, *aunque se muriese*, pues era el último recurso. Me indignó semejante proposición, y lo despedí de mi consultorio de una manera brusca. ¡Creí que se trataba, más que de un ignorante, de algo peor... de un criminal! *¡Pereant vi morbi, infortunii, non vi remedii!* (1).

(1) Perezcan estos desgraciados por la fuerza de la enfermedad, no por el remedio.

Supé que esta enferma fué operada tres días después, muriendo dos días después de la intervención quirúrgica.

Era tal el número de cancerosas del útero que tenía en las dos salas de mujeres del Hospital de la Princesa, que casi ocupaban todas las camas; y entonces me valí de una *artimaña*, que procuré que propagara en el hospital un practicante: de que había un *Especialista* de esa enfermedad en el Hospital Provincial. A los pocos días de su ingreso pedían el *alta* para ir en busca del *Especialista*. Éste (muerto hace años) se quejaba de que lo creyeran *Especialista* de una enfermedad en tonces casi incurable, pues no se conocían los procedimientos radicales de la Ginecología moderna. Me acuso de mi pecado, sólo perdonable en un cirujano muy joven, que deseaba *buenos casos* para acreditarse en las intervenciones quirúrgicas. ¡Cómo recuerdo al *Especialista* quejándose en el Café Suizo, en una peña de médicos, de que le hubiesen dado esta *fama tan inmerecida*! ¡Mi pluma no puede pasar adelante sin dedicar un recuerdo á la memoria de tan digno compañero!

La terapéutica quirúrgica del cáncer ha pasado por todas las fases, desde la más absurda á la más racional. El ignorante vulgo, creyendo en lo antiguo, que el cáncer era á manera de un cangrejo maligno, que hincaba *las patas* en el cuerpo del enfermo y devoraba la carne del paciente, aconsejaba poner en la úlcera—donde se sospechaba que anidaba el parásito animal—carne de buey para que se alimentase el cangrejo y no la tomase del enfermo. La palabra cáncer viene de *cancrinos*, y esto justifica la versión tan disparatada.

Sería interminable si quisiera enumerar simplemente el número de medios y procedimientos quirúrgicos que han venido empleándose en el transcurso de la terapéutica de tan terrible enfermedad. Los arsenicales y los cáusticos estuvieron en gran boga, por aquello de que en enfermedades graves hay que emplear remedios heroicos. Los polvos de Rouselot, Dupuytren, pasta de Fray Cosme, la de Cangoin, el cáustico rojo de Bougard, la de Curvo Seis Medos y otras muchas que mencionan formularios y farmacopeas, han tenido sus épocas, advirtiendo que tienen á su cargo algunas intoxicaciones graves, siendo la base de la mayor parte de ellas el arsénico, mercurio, cloruro de cinc y cicuta.

De todas estas preparaciones, la que me merece más confianza es el cáustico rojo de Bougard. Este cirujano escribió una extensa obra, bien nutrida y documentada de observaciones clínicas con notables resultados. He tenido muchas ocasiones de comprobar los asertos de dicho práctico en multitud de enfermos, cuando el cáncer es superficial y poco extenso, no presentando ganglios invadidos en las regiones próximas.

La terapéutica de nuestros días, aparte del bisturí, que por ahora no encuentra sustituto, especialmente en los primeros períodos del padecimiento, ha dado motivo para abrigar grandes esperanzas y muchos desengaños. Es indudable, y soy el primero en afirmarlo, que la anatomía patológica ha descornado el velo en las obscuridades del diagnóstico y ha planteado diversos problemas como base de una terapéutica racional y prá-

tica. Si hay algún patólogo que haya merecido la admiración universal, seguramente ha sido Conhgeinm, verdadero filósofo de la Patología. El gran observador pudo destruir los grandes errores que, en esta materia, fué acumulando Virchow, dándole todo el prestigio de su gran autoridad en el mundo científico, cuando publicó su notable obra de Patología celular.

La obra de Conhgeinm es el monumento más científico del período celular, y el que más pudo aclarar y resolver los grandes problemas de la Oncología. Aquel análisis de las hojas del blastodermo para determinar el origen tumoral, separando todas las *granulosis infecciosas* de origen químico y bacteriano y el de las noxas flogógenas, fué lo que más pudo facilitar la ardua tarea del cirujano en el intrincado laberinto de los diagnósticos (1). Se pudo separar el cáncer y el sarcoma en todos los diversos grados y combinaciones, y hasta el sarcoma alveolar que imita en su forma, aparte de la célula conjuntiva embrionaria, al verdadero carcinoma por su célula aplastada y su estroma en forma de alvéolos, quedó formando grupo sarcomatoso, ya que la célula está unida á la pared del estroma por finísimos filamentos, como demostró Giemsem.

Lo que más ha retrasado la terapéutica del cáncer ha sido la doctrina parasitaria creyendo en el *neofor-mans* de Doyen y en las *coccidias* y otras células que son formas degenerativas.

La célula cancerosa es *epitelial atípica*, y en su forma, *cariokinesis* y *cariomitosis*, no sigue la norma de la verdadera célula de un organismo fisiológico de la misma naturaleza. No tiene ese *regulador moderado* de las células fisiológicas. Crece y se desarrolla de un modo anormal porque carece de *gula* y *freno*, resultando el elemento anatómico una verdadera *célula loca* que impone su tiranía á los tejidos inmediatos; y cuando llega á un extraordinario desarrollo, y no puede con las defensas inmediatas, como sucede en el *escirro mamario*, sufre la transformación regresiva y la ulceración, y el tumor que no pudo vencer á su estroma, aunque éste se presente en forma de *coraza*, lo destruye por los mismos *detritus* de la disociación celular, y por la infección, una vez pasada la *barrera* (2).

(1) ¡Cuántos cánceres que no han sido tales, han dado fama á médicos y charlatanes creyendo que habían encontrado el remedio para la curación de esta enfermedad!

Uno de estos grandes errores, en el que incurrieron Velpau y Nélaton, con motivo de un supuesto epiteloma del labio inferior en un músico notable de París, fué lo que le dió gran fama al doctor No r, que venía de la India con extractos y quintas esencias de plantas medicinales y curó al músico, lo que tuvo gran resonancia, y hasta se propuso, muy *formalmente*, nombrarlo *Doctor Honorario* poniendo las clínicas oficiales á su disposición para sus *notables experimentos*, con un fracaso horrible, que motivó el que el célebre doctor desapareciese sin despedirse de sus entusiastas partidarios, muriendo después en la mayor miseria, cuando se había gastado sus honorarios.

(2) Esta forma de *escirro atrófico* ha hecho creer, *falsamente*, á profesores—y he tenido ocasión de observarlo—que la *neoplasia* se resolvía favorablemente por medio de los *resolutivos*. Es muy errónea esta idea: lo que acontece es, que el estroma comprime la masa cancerosa y disminuye, á la manera que comprimimos con fuerza una esponja.

Además, los resolutivos actúan sobre la circulación colateral—muy amentada por el empuje del estroma—y queda la neoplasia *más aislada*, dando la sensación de que va disminuyendo de volumen.

¿Llegará algún día en que se pueda curar el cáncer con las defensas naturales del estroma? Es difícil porque los detritus de la ulceración se absorben por los vasos linfáticos, degenerando las paredes, ó lo que es más probable, en forma de *émolos cancerosos*, que se detienen en los ganglios inmediatos.

(Continuará.)

REUMATISMO DE ORIGEN DENTARIO

ó

¿POLIARTRITIS ESTREPTOCÓCICA?

POR EL

DR. G. R. GONZALO

La brillante comunicación recientemente expuesta en la Real Academia Nacional de Medicina por el Dr. Marañón, bajo el epígrafe de *Reumatismo de origen dentario*, sugiere evidentemente una serie de problemas clínicos á estudiar, todos ellos, desde luego, interesantísimos; pero que es necesario puntualizar, concretar y sobre todo enfocar, digámoslo así, desde su verdadero punto de vista, para separar procesos, deslindar campos, delimitar conceptos, y con todo ello aclarar en lo posible el ya de por sí obscuro y revuelto grupo de las enfermedades reumáticas.

Constituyóse éste en un principio, con aquellas afecciones principalmente articulares, informadas por el concepto ambiguo de la antiquísima *discrasia* primero, de la más concreta *diátesis* después, del actual trastorno nutritivo *distrófico* ó por equivocaciones metabólicas en la formación, construcción ó destrucción de los llamados principios inmediatos, modernamente, y pronto se vió que en el inmenso grupo de especies nosológicas así comprendidas, existían algunas que por su especial evolución, cualidad febril, marcha aguda y demás caracteres peculiares, hacían pensar en su naturaleza etiológica infecciosa; desglosándose y separándose por tanto de él prontamente, el *reumatismo poliarticular agudo*, como especie nosológica independiente, de clara y evidente naturaleza infecciosa, aunque de agente infectivo desconocido.

Quedada no obstante aún el gran grupo del clásico reumatismo, gotoso, poliarticular crónico, deformante, anquilosante, muscular, etc., y de mil formas clínicas más, todas ellas al parecer de un origen común, aunque de sintomatología, marcha, lesiones y terminación tan variada y desemejantes, y en cuyo estudio los clásicos maestros llegaron con su sagacidad clínica envidiable á saber descubrir y señalar, aunque con distinta interpretación, las huellas, los estigmas y las coincidencias clínicas, que hoy día nos sirven precisamente para explicarnos como *causas*, lo que ellos interpretaron como *efectos*.

Substituido por el moderno concepto de la distrofia, el ya anticuado de la diátesis, los estudios del metabolismo nutritivo se orientan en el sentido analítico de los productos de desintegración celular, y resultado de ello es el crear, dentro del campo distrófico, los grupos por retardo de la nutrición ó modernas *braditrofias*; con ello se desglosa del mencionado grupo lo propiamente artrítico de lo braditrófico, y la hemicránea hereditaria del neuro-artrítico, la glucosuria, la calciosis hepática y renal, la gota, el reumatismo crónico, la obesidad, la diabetes esencial, etc., etc., quedan perfecta y completamente deslindadas en cada uno de ellos.

Informa su patogenia la idea del metabolismo nutritivo imperfecto por exceso ó defecto de sus especiales productos, y según la naturaleza de éstos y sus especiales maneras de eliminación, se crean los conceptos de uricemia, glucosuria, fosfaturia, oxaluria, etc., cuyos respectivos productos de desintegración, al ser depositados en órganos determinados ó eliminados por los emuntorios naturales ó eventuales, dan lugar á la formación del cálculo hepático ó renal, del depósito urático articular (ataque de gota, reumatismo articular ó muscular) de la predisposición á la infección de la piel (ántrax del diabético, forunculos del glucosúrico, etc.), de la *gingivitis alvéolodentaria* ó *expulsiva*, etcétera, etc., todo lo cual servía, como se ve, para explicar patogénicamente las complicaciones y sintomatología especial de cada uno de los procesos morbosos señalados por las ideas y teorías antes imperantes.

Pero explora la clínica más profundamente; informa el laboratorio con mayor minuciosidad, y del confuso y revuelto grupo del *reumatismo distrófico*, se vuelven á extraer y á desglosar nuevos procesos articulares con aquéllos aún englobados y que en nada hacen relación, por lo que se ve, á su mecanismo productor, á su patogenia, á sus causas, á su origen, y, por tanto, á su tratamiento etiológico y causal.

Y, en efecto, aquellas *gingivitis expulsivas*, aquellas *alveolitis supuradas*, aquellos procesos locales de lenta y oculta supuración, coincidentes con los procesos distróficos reumáticos, atribuidos á la *irritación eliminadora* predisponente del producto incompletamente formado, *construido* ó *destruido*, descúbrese que no es el efecto, sino la causa, precisamente infecciosa, ya sospechada, productora de lesiones serosas (ordinariamente articulares) y que por su especial sintomatología, llegó á llamárselas *pseudo-reumatismos*; siendo así que no son sino sencillas *artropatías de origen infeccioso*, involucradas con aquellas reumáticas, con las cuales poseen algunas analogías de evolución.

Y examinando ahora todos estos antiguos conceptos, á la moderna luz de la bacteriología clínica, fácilmente puede comprenderse, que si las serosas articulares y *viscerales* se dejan fácil y hondamente lesionar por las causas y productos de origen distrófico, inflamándose y doliéndose primero, destruyendo sus ligamentos después, osificándose y desapareciendo sus cartílagos articulares más tarde y anquilosándose al final las primeras y produciendo gravísimas perturbaciones funcionales de la viscera que tapizan las segundas, no menos análoga é intensamente se dejan igualmente dañar por las infecciosas, produciendo al parecer tan idénticas lesiones, de marcha, evolución y terminación iguales á aquellas; no obstante lo cual, deberemos siempre clasificarlas, deslindarlas y separarlas por completo, designando á cada una de ellas con denominaciones propias, que no puedan dar lugar á confusiones clínicas.

No importa, pues, que el estreptococo productor de la autoinfección latente, sea de la variedad que quiera, permanezca oculto en el fondo de un alvéolo dentario, en las reconditeces de un apéndice cecal, en los repliegues de una mucosa uteroovárica, en los dobleces de un saco conjuntival (como señalaba oportunamente el Dr. Márquez), en las profundidades de una caja timpánica, en los folículos de una mucosa uretral, y en los mil y mil *escondrijos*, digámoslo así, que para ocultarlo posee el organismo humano; desde donde quiera que se encuentre, y cualquiera que sea su puerta de entrada (*estreptococia*), sus productos tóxicos ó el propio microorganismo, introduciéndose en el torrente circulatorio y auto-infectando el organismo, pueden hacerle llegar á toda clase de serosas y órganos, dando lugar á procesos articulares, musculares ó parenquimatosos de curso,

marcha y evolución *análogas*, pero no *idénticas*, á la del reumatismo articular ó muscular crónicos en las múltiples formas clínicas, en los primeros casos, pero que no por eso hemos de designar con aquel nombre siempre impropio de reumatismo, ni aun adjetivándole preventivamente con el calificativo de *falso*; de imperar semejante criterio, se haría preciso admitir, al igual del reumatismo de origen dentario, otros tantos reumatismos de origen ótico, cerebral, conjuntival, útero-ovárico, apendicular, sigmoideo, nasal, etcétera, etcétera, según el órgano donde radica el foco latente de pus, productor de la poliartritis infecciosa.

Por eso es que las denominaciones de *artropatías*, *artritis*, ó mejor aún, *poliartritis* de la naturaleza del germen productor, sean, á mi juicio, las más indicadas para diferenciar, como clínica, etiológica, patogénica y terapéuticamente está demostrado se difieren las lesiones articulares distróficas, de las infecciosas; quedando aún por derecho propio dentro del primer grupo nesológico, las formas clínicas todas del reumatismo crónico, propiamente dicho, y desglosadas completamente de él, con sobradísimas razones y motivos, las referidas *poliartritis estreptocócicas*, proceso clínico independiente y distanciado por su causa, por su origen, por su evolución y por su tratamiento.

De todo lo expuesto prácticamente se deduce que en cada caso clínico concreto, el médico internista debe explorar detenida y cuidadosamente al enfermo; buscar en todos y cada uno de los órganos, tejidos y reconditeces del cuerpo humano, la existencia de focos ocultos y latentes de supuración, que puedan autoinfectar el organismo, produciendo sintomatología difusa muscular, articular, endocardítica, pleurítica, pericardítica, meníngea, etc., y dar lugar á miositis, artritis, endocarditis, pleuritis, pericarditis, meningitis, etc., pero nunca á reumatismos (*verdaderos*, porque falsos no existen; pues los así llamados no son *reumatismos*, sino simplemente *artritis infecciosas*), y en cada caso particular proceder lógicamente en consecuencia y en armonía con la causa productora infecciosa, allá donde se encuentre, si se trata de una poli ó monoartritis de esta naturaleza (*estreptocócica*, *estafilocócica*, *neumocócica*, *gonocócica*, *bacilar*, etc.) con la distrofia, si la afección fuese propiamente reumática.

SOBRE EL REUMATISMO DENTARIO

POR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

El Dr. Marañón ha sabido realzar con su trabajo el tema, hoy tan discutido en otros países, del reumatismo focal en su localización dentaria. Creo es deber aporten su esfuerzo cuantos puedan contribuir al esclarecimiento de este moderno aspecto de la patología, y confiando en la benevolencia de la Academia me atrevo á tomar parte en este debate, que supongo se encuentra ahora en sus comienzos.

Da la casualidad de que puedo añadir un caso á los aportados por el Dr. Marañón y da la casualidad también de que ese caso puede ser comentado de manera tal que origine otras intervenciones más autorizadas que la mía, con lo cual la Academia ganará escuchando á otros señores lo que pueda perder soportándome á mí.

Uno de mis internos, joven de gran talento y muy

trabajador, viene siendo víctima del reumatismo desde hace varios años; para combatirlo ha hecho casi todo lo que se puede hacer, pero el dichoso reuma, encantado con mi interno, como cuantos tenemos el gusto de tratarle, no se separa de él, no digo ni a tres tirones, ni aun a ocho tirones, suponiendo que cada uno de los dientes que para curarle le arrancaron, no costara más que un tirón... He aquí la historia muy instructiva de este caso.

Este joven de veintiséis años, bien constituido, sin ningún antecedente reumático ni gonocócico, tuvo en Noviembre del 1916, después de una depresión moral intensa y de una ligera angina, un primer ataque de reumatismo agudo, muy poliarticular é hipertérmico complicado de endocarditis. Cedió bien con salicilato sódico y aspirina.

En la primavera del 1917 fué tratado de una fistula dentaria con inyecciones de fenol y obturación.

En el verano de 1919 se exacerban las artralgiás que habían empezado algunos meses antes con el carácter de simples molestias. Fué tratado entonces con los filacógenos de Schäffer, seguido de alivio bastante marcado.

En Octubre de 1920, segundo ataque de reumatismo agudo con endo y miocarditis, después de otro período de grandes emociones. Hay entonces resistencia al salicilato. Pasada la agudeza, persisten dolores en las articulaciones menores y hay talagia muy rebelde. Fracasen los salicilatos, el sublimado, los filacógenos, la melubrina, el calor, etc., etc... Se extrae el diente fistulizado, y en su ápice se encuentra el *Streptococcus Viridens* de Schotenmüller. No se hace hemovacuna... cultivo, ni fijación de complemento ni se prepara auto. Se extraen otros siete dientes que habían sido desvitalizados en distintas épocas para el tratamiento de caries. En estos otros dientes extraídos no se hizo ninguna exploración, aunque macroscópicamente parecían alterados. La radiografía de los dientes restantes demostró su normalidad.

Persisten los dolores cinco meses más, y desaparecen poco a poco sin tratamiento.

Hay desde entonces una tendencia a la reaparición de los dolores que el enfermo combate, administrándose dosis altas de diplosal.

Hasta aquí la nota del enfermo. Los comentarios brotan por sí mismo. En primer lugar, vemos la acción insuficiente de un tratamiento de una fistula dentaria, hecho con todo conocimiento y dominio de la técnica, por un verdadero maestro... Este ha sido el punto de partida de la gran contienda desarrollada en los Estados Unidos entre cirujanos y odontólogos. Si estos resultados insuficientes de la intervención del dentista fueran debidos sólo a la incompetencia, a la falta de habilidad ó a la precipitación del encargado de cuidar el diente (y hay que suponer que en muchas ocasiones así puede ocurrir), no hubiera habido tal cuestión, una mejoría de la técnica hubiera suprimido esos inconvenientes, no; hay muchos casos, como el aquí expuesto, en los cuales la mayor habilidad puesta al servicio de la mejor inteligencia, empujada por la más sincera afec-

ción y sin que pueda pensarse en el lucro, son causa de una serie de maniobras cuyo resultado es incompleto, porque lo que se pretendía, la desinfección del diente, no ha sido lograda... De aquí, repito, la contienda entre dentistas y cirujanos norteamericanos. Los cirujanos yankées, conocidos por su radicalismo, se oponen a todas esas maniobras de conservación de los dientes, que representan la mayor de las actividades del dentista y la justificación de su existencia, y los odontólogos, como es natural, defienden sus intervenciones especialísimas.

La casualidad hace que entre nosotros se encuentra a menudo, y aquí nos ha dirigido la palabra, quien por las actuaciones de toda su vida puede ser considerado como uno de los más legítimos representantes de una clase discutida en los Estados Unidos en alguna de sus intervenciones y respetada en todo el mundo por los inmensos servicios prestados a la Humanidad. La que, por sus habilidades técnicas y por el estudio científico de su cantón orgánico, ha precedido al resto de la Medicina en muchas de las conquistas, de que ésta hoy se vanagloria con razón. Yo pido a la Academia primero y al Dr. Florestán Aguilar, después, que nos exponga su opinión sobre este asunto.

El segundo comentario que se deduce de la historia que acabo de leer, es que pone de relieve, como en todos los casos, la falta de la colaboración entre los distintos especialistas médicos. En esta misma Academia, maestros extranjeros nos han contado de qué modo se establecieron durante la guerra los llamados equipos quirúrgicos, que constaban de un cirujano, de un bacteriólogo y de un radiólogo. Otros autores han hecho saber que esos equipos constituyen la forma corriente del ejercicio de la Medicina en Norte-América. Yo he visto algo análogo este verano en Alemania. Aquí esa colaboración es hoy excepcional; por serlo resulta dispendiosa, por encima de las posibilidades del cliente medio y por ser excepcional no es completa, no se hace perfecta, se estudia un aspecto de la enfermedad y se descuidan otros. Es una función que se esboza. En la historia clínica de mi interno vemos que se ha hecho el análisis bacteriológico de uno solo entre los ocho dientes extraídos, y se ha limitado la labor del bacteriólogo a ese análisis, despreciando el estudio biológico del caso, siempre interesante. No sabemos si habría desviación del complemento con la sangre de ese enfermo, si la inyección de aquel germen hubiera sido bien ó mal soportada, y si la vacuna hubiera servido para algo... El estudio de la Medicina, que tiene que hacerse cada vez más, considéranla como una ciencia natural, obliga a esa colaboración del bacteriólogo. Pasaron ya aquellos tiempos tan pintorescos, en los cuales se ponían frente a frente la Clínica y el Laboratorio; hoy todo es uno y lo mismo.

Digamos en honor de los médicos madrileños, que sienten cada vez más la necesidad de esa colaboración, y que sucesos y discusiones muy recientes deben satisfacer vivamente el amor propio profesional de los bacteriólogos, ya que se pide su presencia siempre.

Al intervenir el Dr. Huertas, ha hablado incidentalmente de la eficacia de las inyecciones intravenosas de sublimado al 1 por 1.000, método de Bacelli, del cual se ha convertido en su propagador entre nosotros. Yo aprendí este método en su Clínica del Hospital general y debo declarar que ninguno me ha parecido tan eficaz en los casos de reumatismo infeccioso, incluyendo bajo esta denominación el gonocócico. No sabemos por qué obra el sublimado en estos casos, no parece se trate de una acción desinfectante como la que ejerce el sublimado en la desinfección de un campo operatorio, pues inyectado en la sangre, tan abundante en lecitinas y en sustancias que neutralizan el sublimado, no es probable llegue como tal hasta los microbios. Yo he hecho la siguiente observación; me parece más eficaz la inyección de sublimado dejando que entre en la jeringuilla bastante sangre antes de hacer la inyección del contenido de ésta en la vena; acaso tenga relación con esta inyección de productos derivados de la sangre, la inyección de proteínas hoy tan en boga y tal vez obren sólo como tales, las inyecciones de vacunas, de las cuales nunca he visto aquí nada definitivo. En ocasiones, hablo ahora del reumatismo gonocócico, en el cual tengo una experiencia personal considerable, parece que se adivina, se vislumbra un efecto, pero sin que llegue á convencer de su eficacia...

El Dr. Márquez ha hablado de un caso de reumatismo blenorragico producido por una infección gonocócica de la conjuntiva. Es un caso muy notable. Yo debo añadir que hoy se admite que en el reumatismo blenorragico, el gonococo se encuentra casi siempre en las vesículas seminales. Esta doctrina de Fuller, un norteamericano que ha curado gran número de reumatismos haciendo la vesiculotomía, tiene un apoyo científico en los estudios de Exner, de Viena, quien ha encontrado numerosas razones para que se verifique en las vesículas seminales la absorción de los gérmenes, en este caso el gonococo.

Y aquí volvemos á la necesidad de la colaboración entre los bacteriólogos y los médicos y dentistas, á la necesidad del *equipo* de que hablé al principio de mi intervención. Se puede dar el caso, y desgraciadamente será más frecuente de lo que fuera deseable, de que un enfermo con síntomas de reumatismo infeccioso tenga en su historia, por un lado, una blenorragia con lesiones subagudas ó crónicas en alguno de los focos de elección del tramo genitourinario, y por otro lado, dientes desvitalizados, piorrea, etc., etc. ¿Qué hacer? ¿Quitarle las vesículas seminales? ¿Quitarle los dientes? Es un problema cuya solución no puede mirar con indiferencia el enfermo, y para resolverlo el médico debe apelar al bacteriólogo, quien, con el estudio de las reacciones biológicas que en el caso provoquen los distintos gérmenes, encontrará el camino por el cual hay que marchar para ser útil al enfermo.

Insisto en la necesidad de esa colaboración del bacteriólogo y del médico, que en estas circunstancias se hace apremiante, pues sabido es que un individuo que ha padecido un proceso gonocócico extrauretral, una prostatitis, una vesiculitis seminal, un reumatismo ble-

norrágico, tiene en su sangre, y en su sangre perduran muchos años tal vez, después de desaparecida la causa, las defensas contra el gonococo, los anticuerpos que en reacciones adecuadas acusan la presencia de este germen. Y puede ocurrir que un sujeto que ha padecido ó que padece un proceso gonocócico extrauretral, padezca al mismo tiempo, como antes decía, una lesión dentaria ó en otro foco distinto del cuerpo y que ésta sea la causa del reumatismo ó pseudorreumatismo, y un análisis biológico sólo podría inclinar el cirujano hacia una intervención tan grave, tan peligrosa como es la extirpación de las vesículas seminales, colocadas en las profundidades de la pelvis, con un abordaje difícil, y en la proximidad de órganos como la vejiga de la orina y el recto, cuya lesión es capaz de determinar la muerte. El estudio de estas posibilidades hará que el bacteriólogo pueda, aun en casos como los descritos, referir los dolores pseudorreumáticos á su verdadera causa, aunque existan otras capaces de producir los mismos síntomas en otros enfermos.

Entiéndase que con lo que digo no quiero suponer que el médico renuncie, en favor del bacteriólogo ó del biólogo, á la dirección científica del caso; aquí el biólogo ó bacteriólogo y el médico actúan sólo como una sola persona, como una sola dirección. La observación del caso, el estudio completo del enfermo, el análisis de los síntomas que ofrece, la exploración minuciosa de todos sus órganos, serán los elementos que guíen el diagnóstico del caso y orienten la terapéutica.

Discurso del Dr. Marañón sobre «Reumatismo dentario».

APOSTILLAS AL TÉRMINO

FOR

L. SUBIRANA

En un lapso de nueve días hánse ocupado dos médicos eminentes, los Dres. Simonena y Marañón, el 15 de Febrero el primero, y el 24 el segundo, en la Facultad y en la Real Academia, de asuntos de Medicina general de predilección para los odontólogos.

No hemos de decir con cuánto interés fuimos á escucharles y cuánto celebramos que la disertación del Dr. Marañón haya suscitado en nosotros la tentación de hacer breves, y desde luego modestísimos comentarios, sin pretender extendernos demasiado, ni abarcar en toda su amplitud el interesantísimo tema que, si bien requeriría cierto tiempo, del que no queremos echar mano, no sería, por el contrario, de los más arduos, porque la bibliografía es abrumadora por lo extensa y porque la cuestión ha sido abordada en todos sus aspectos.

Vaya tan sólo como simple correspondencia á la amabilidad de tan distinguidos amigos, en particular el Dr. Marañón (pues no tenemos porqué entrar en la sabia lección del profesor Simonena), que al exponer su criterio sobre una cuestión que ha apasionado á la Medicina igual que á la Odontología, no desdeñará cuatro desaliñados conceptos á quienes ofréceseles diariamente la ocasión de observar en toda la realidad, las diversas causas que pueden dar motivo á la doctrina sustentada.

Me atrevo á afirmar que nuestra profesión no ha pasado en el transcurso de su constitución por un período tan conmocional como el presente, desde que Hunter lanzó en *El Lancet*, de Londres un «yo acuso» á la cirugía dentaria de los estragos constantes que causa en la salud del pueblo. Desde aquel año de 1911—y continúa con igual intensidad—no han cesado de salir en Revistas médicas y dentales, trabajos que se adherían al grito de alarma lanzado por el célebre doctor, habiendo acudido al palenque, hombres especializados en distintos campos de la investigación y de los meros observadores como los clínicos, pudiendo decirse, en general, que si no en el mismo grado, unos y otros han coincidido en reconocer y declarar las repercusiones patológicas que ciertos estados de la boca tienen en las vísceras, aparatos y órganos de la economía.

Como se ve, la acusación era y es *gravísima* y de *transcendencia*, porque pone en litigio el ya arraigado crédito que habíamos nosotros levantado á nuestra cirugía y prótesis conservadora de los dientes, viéndose hoy estigmatizados de ser, no las armas de defensa y profilaxia de la salud, como con razón pretendemos, sino, por el contrario, elementos en los cuales asiéntanse con preferencia los agentes de la infección, constituyendo un foco que lenta y asiduamente envenena al individuo, para lesionarle realmente después de haber disminuído en distintas formas su vigor y sus energías.

El discurso del Dr. Marañón tuvo el gran acierto de la ponderación; nos percatamos en seguida de que sus observaciones clínicas habíalas acompañado de largas y atentas lecturas; quizás adoleció de meticulosa ilación, hijo sin duda de que sus párrafos fluían de breves notas que consultaba. También nos pareció recoger la idea de que no daba toda la importancia que tiene la piorrea alveolar, dándole más ó consagrándole más tiempo, á las lesiones á distancia producidas por las caries, los abscesos consecutivos y los tratamientos imperfectos. No pretendió el Dr. Marañón abarcar todo el problema en los tres cuartos de hora que duró su peroración, pero sí logró interesar grandemente al auditorio planteándolo públicamente, que yo sepa, por primera vez en España, y dejar bien sentado que los dientes en sus distintos estados patológicos pueden ser causa etiológica de graves lesiones, pero—y esto es lo que debemos agradecerle los dentistas—ponderando en todo su valor el sistema dentario, y que á tontas y á locas no puede ser anulado y extirpado, como pueden serlo sin trastornos fisiológicos vitales sus homólogos de tejido, las uñas y los pelos, censurando lo que se viene haciendo en New-York, en Londres, en París, que se ha desmantelado de dientes las bocas de pobres enfermos sin que con ello hubieran sentido alivio alguno en sus artritis ó lesiones viscerales.

Nosotros, conscientes, en absoluto poseídos de la grande misión social que tenemos, al estar dedicados á conservar los dientes de nuestros semejantes, declaramos que hemos leído y oído relatos á pacientes y amigos que nos espeluznan al saber que se desmantelaba sin compasión á enfermos por supuestos orígenes de infección dentaria.

Permítaseme que agregue al decir, supongo que el doctor Marañón ha tratado este asunto académicamente por primera vez, que hace lo menos siete ú ocho años recibí cuatro ó cinco enfermos del Dr. Huertas, para que les extrajera restos de osteoides y aun dientes conservables, y preguntando á los enviados, me decían que el doctor suponía que pudieran perjudicarle en su salud. Pronto ví que el Dr. Huertas seguía el movimiento en tal sentido en aquellos días que fué intensísimo en los cinco primeros años.

Creemos que los médicos están en el deber de no olvidar

este nuevo é importantísimo punto de la economía humana, que se llama boca, en donde la etiología, sin duda, puede hallar asidero para explicar muchas lesiones viscerales y orgánicas antes desconocidas, y como consecuencia abandonadas. Es más; en diversas ocasiones y en nuestros trabajos hemos llamado la atención de la Medicina para advertirla del rico caudal que puede ofrecer á la observación del clínico la boca, y más restringidamente los dientes, por su color, por su estructura, por sus enfermedades, por la cronología de su erupción, por su emplazamiento, por sus anomalías de forma y oclusión y por los retrasos ó anticipos en su caída, etc., como corroboradoras de sus sospechas, ya como base inicial de su suspicacia clínica, ya como elementos indicadores de una terapéutica profiláctica, pero también hemos de decir los dentistas, cada día más convencidos del valor transcendental orgánico del diente, individual y colectivamente considerado, que la Medicina debe unirse á nosotros para reconocer esta importancia y transcendencia, y pesar en la conciencia de los enfermos, para que éstos no se desposean antes ó después de arreglarlos de sus osteoides, equiparándolo con la pérdida de una uña por accidente traumático.

He ahí nuestra proposición. No necesitamos ser médicos para comprender en toda su amplitud el valor transcendental del funcionar fisiológico de un riñón, del órgano central de la circulación, ó uno de la visión, ante cuyo recelo de que pudieran ser lesionados por un diente, consideraríamos justificado se acudiese á la extirpación de la pieza sospechosa, en modo alguno consideramos legítimo se recurra á ello por mera sospecha, y sin pensar en el nefasto é irreparable perjuicio que se causa á un individuo sacrificándole parte de su sistema dentario. Nuestra misión honrada está en ensalzar el diente en la justa medida por su misión estética, mecánica, estimulante, fonética de la química gástrica, en fin, de la *nutrición* de cuya fundamental y decisiva importancia sería ofensivo insistir.

La clínica nos muestra en pluralidad diaria, la honda influencia, las huellas evidentes que deja en niños y adultos la sola extracción de un «molar de los seis años» por rotura del equilibrio estático de todo el portentoso sistema, desalentando al profesional al ver que la mecánica ortodóncica será impotente para restablecer una topografía y por ende una estimuladora y vigorosa función masticatoria.

Los hombres que nos dedicamos á distintos aspectos de la Medicina, estamos en el deber de aclarar todo aquello que puede ser beneficioso para el fin de curar al enfermo.

Hase tenido, y aún se tiene, al ejercicio de la odontología á pesar de sus aspectos quirúrgico, restaurador protésico y ortodóncico, como un arte y una ciencia así, de categoría interior. ¿Será por las funciones que realizan los dientes? No; todos sabemos sus capitales funciones. ¿Será acaso por el modesto ambiente que les envuelve? No; todos sabemos que la boca es el remanso adonde confluyen variada y múltiple flora bacteriana. ¿Será que su terapéutica es sencilla? No; todos sabemos lo minucioso y delicado de la cirugía pulpar, de la técnica de la reconstitución, la de la restauración protésica y la de la normalidad oclusal. ¿Será, pues, por su simplicidad estructural, ó por su topografía orgánica? Tampoco; por los lados que se mire, adquiere el órgano y su celador la categoría elevada que le corresponde.

En este último aspecto, en el de su composición anatómica é histológica, podemos decir yendo rectamente al tema: El diente tiene un paquete neurovascular. He ahí el terrible escollo; he ahí uno de los factores que complican más la técnica dental; he ahí una de las condiciones princi-

pales que ha dado origen á la comunicación del célebre endocrinólogo español.

Hagamos un esfuerzo mental y suprimamos la pulpa del diente y la situación de éste en el organismo, y el ejercicio de la dentistería desciende en el acto un 50 por 100 de su valor.

La pulpa da sensibilidad al diente; la pulpa nutre al diente con la sangre que recibe, pero esta sangre vuelve á su centro. He ahí un ciclo que podrá hacer que lo de dentro repercute en lo de fuera, y que lo de fuera repercute en el centro.

Esta pulpa vive salvaguardada en la masa central del diente, pero sus prolongaciones capilares y sutiles la ponen en comunicación con todo el territorio orgánico. A esta pulpa eminentemente orgánica mil causas pueden necrosarla, descomponerla, y quedar en estado de putrefacción. He ahí, pues, un gran peligro. ¿Por qué? Porque estas distintas manifestaciones, además de las variadas enfermedades que pueden causar algunas, son indoloras, y ya es sabido que la Humanidad sólo á este agente, el dolor, hace caso... cuando le hace.

Otro aspecto de la cuestión. Nuestra terapéutica restauradora requiere por parte del profesional una conciencia severa, pues muchas veces sólo él sabe cómo va atendido su cliente. Una corona mal ajustada puede dar lugar á que sea un lugar de continuada reacción defensiva, degenerando en foco infeccioso; un elemento obturante mal elegido, mal manipulado, ó una obturación mal realizada, da lugar á lesiones pulpares que degeneran en grave mal; una pulpectomía incompleta, el abandono de una de las varias prolongaciones pulpares, ó siquiera una parte de una de ellas, puede ocasionar los traidores «abscesos ciegos», los granulomas, que agazapados en las densidades maxilares, difunden sus toxinas ó sus residuos con el tiempo á órganos tan importantes como lejanos.

La ignorancia del público, su desapego á la vida sana, su desinterés, he ahí otro fatal factor de esta cuestión.

El problema es altamente arduo, pero no es posible desmayar ni oír con indiferencia la nota didáctica, altruista y social expuesta por el Dr. Marañón, y por el momento veo tres soluciones que expongo por orden de sucesión.

I. Necesidad de intensificar los estudios de química biológica, conducentes á hallar el medio de momificar la pulpa, de evitar su descomposición. Quien tal resolviera, daría uno de los pasos más enormes, porque obviando la cirugía de la misma, y evitando su funesta descomposición futura, quedarían á salvo infinidad de las lesiones á distancia.

II. Una revisión de la literatura odontológica sobre el valor de la conservación del órgano central del diente, y una campaña de reacción contra tanta corona y puente á base de desvitalizar. En este sentido hace años que nosotros la hemos hecho y venimos haciéndola cerca de nuestros alumnos en la Escuela de Odontología.

III y último, el más importante y eficaz.—Campaña intensa y pertinaz sobre el valor de la boca y sus apéndices los dientes; cruzada en favor de la profilaxia dentaria ya en el claustro materno, cuidando á la madre en la niñez y en la adolescencia, acudiendo á los centros de maternidad é infancia; en las escuelas y sociedades, ya con folletos, conferencias y películas.

Una reacción en este sentido no sólo me parece preferible, sino que considero de absoluta moral declarar *urbi et orbi*, el peligro en que el público vive y aleccionándolo no deje llegar á crónica la enfermedad ó la anomalía dentaria, cuando ya es poco menos que imposible su corrección ó cu-

ración. Lo que no puede hacer la profesión es callarse, y el peligro á la vista, esconder, como el avestruz, la cabeza. Debemos proceder con absoluta nobleza, porque á la Odontología no se la podrá culpar de indiferencia y de apatía ante el sufrir humano. El tiempo, gran descubridor de verdades, viene á demostrar lo que es y significa la Odontología, pero que debe intensificar su rumbo para continuar su noble ruta en servicio de la humanidad que sufre.

A modo de apéndice y como término, arranco algunas hojas de mis notas clínicas que iba coleccionando.

Señora de A.—Presentaba una carie indolora cervico-distal debajo de una amalgama poco extensa. Quitada ésta me llamó la atención que al fresar la cavidad no acusara dolor, pues suponía estaba cerca de la pulpa. Recordando que esa señora se quejaba de dolores de cabeza en cortos intervalos muy molestos y que hacía años la colocación del termómetro indicaba 5, 6 y 7 décimas sobre la normal, me decidí á taladrar para entrar en la cámara, cosa que conseguí sin dolor. A esos dolores de cabeza y décimas de temperatura, hay que añadir que á esa paciente le era punto menos que imposible permanecer con la cabeza reclinada por algún tiempo en la testera de la silla sin sentir fuertes dolores en los músculos de la nuca.

El tratamiento fué el de obtener la asepsia de los conductos radiculares con sondas y aplicaciones de tricresol.

El resultado ha sido tan satisfactorio como revela una carta de la paciente en la que consta que desaparecieron las décimas de temperatura y los dolores de cabeza, y en la nuca al acostarse.

Señora de Z.—Presentaba una cavidad ocluso-distal por desprendimiento de un bloque de oro, y existía otro opuesto á este ocluso-mesial. Esta señora no sufría de ningún dolor, y sólo deseaba reponer el bloque caído. Dado el estado de la muela me creí en el caso de proponer una corona de oro que prevendría se partiera en dos en lo futuro el diente en cuestión. Al quitar el bloque existente y la dentina descalcificada que estaba en la cavidad, llegué hasta la masa pulpar con extrañeza mía, pues no hubo dolor. Introduje una sonda y llegué hasta el ápice sin tropiezo, ni hallazgo de pulpa descompuesta y con poco mal olor.

Hechas algunas preguntas á la paciente, dijo que cada mes tiene dolores de cabeza durante unos días, y que después pasan para reaparecer más tarde. Curó por completo.

Señora de M.—Presentaba un absceso en la región apical con bolsa amarillenta en el vestibulo. La raíz de un primer bicúspide superior era base de un diente Richmond de porcelana bien construido. Dada la solidez de éste, lo visible del diente y el conflicto que creaba su extracción, á la cual ella se inclinaba por temores de que se le «enfermara el hueso», propusimos practicar la apiceptomía cuya operación explicamos. Esta señora se quejaba de dolores no muy fuertes pero muy frecuentes y pesados de la parte superior de la cara y de la cabeza, y haciendo observar á mi cliente que bien pudiera ser causa de ellos ese absceso latente, determinó á ser operada. A esos síntomas debo agregar un dato retrospectivo. Hace cinco ó seis años fué llamado por su esposo á raíz de haber dado á luz para que la atendiera una neuralgia facial que su médico de cabecera intentaba en vano vencer. Ví á esta señora en la cama, convaleciente aún de su parto, hice un entretenido examen de la boca sin encontrar caries alguna ó afección dentaria que me permitiera sospechar fuera la causa eficiente de la citada neuralgia. Como se ve, ese diente desde mucho tiempo era origen de los dolores faciales que aquejaban á la enferma. Después de la apiceptomía han desaparecido los dolores y los síntomas objetivos de la encía.

Niño A.—Hijo de médico, á quien llamaban la atención las décimas de fiebre de su hijo, y por no encontrar en sus distintas exploraciones causa para ello, lo acompañó con el objeto de que le arreglara los dientes, pero más bien obsesionado por la idea de que el mal estado de los molares era la causa de la fiebre.

Examen.—Los molares superiores con caries de segundo grado muy avanzado que salvé de pulpectomía con toques de argentofenol.

Los antagonistas inferiores presentaban el izquierdo un tercer grado manifesto que nervitomicé en la primera sesión. El opuesto un cuarto grado muy manifesto, sin dentina, pues la cámara estaba clara y visible.

Contestación.—«Tendrá usted que buscar más detenidamente el origen de esas décimas porque no creo que esté en la boca, lo afirmo, desde luego, en lo que á los molares superiores y al inferior izquierdo se refiere. Ni creo tampoco que en el derecho, estando abierta la cámara y sin síntomas objetivos».

Al día siguiente.—La abuela del niño: «Mi hijo me encarga le diga que con lo que le hizo usted ayer, hoy no le ha encontrado fiebre; sólo tenía 36,7». Me callé, pero sin convencimiento alguno.

En los siguientes días reaparecieron las décimas.

Resultado.—A las dos aplicaciones de tricresol, con ocho días de estadía, previos, como es natural, limpieza de detritus pulpares, las décimas desaparecieron y no las ha tenido más. Tenía, pues, razón el padre.

Pero hay que reconocer lógico mi razonar, basado en la clínica. Pulpa necrosada, pero con cámara abierta es difícil que pueda determinar aumento de la temperatura normal.

Sin embargo, por este caso vemos cuán sensible puede ser un organismo; sin llegar á la putrefacción una pulpa y con su continente abierto sin retención de gases, puede determinar hipertermia, inapetencia é hipocolor.

Nada valen las líneas que preceden ni siquiera como ampliación del tema del Dr. Marañón, quien con el título genérico de «Reumatismo dentario» sin duda ha querido englobar muchas de las manifestaciones patológicas de otros órganos ó aparatos que pueden ser debidas á enfermedades de los dientes. Escritas veinticuatro horas después de su discurso, no tienen ni pueden tener otra pretensión que la de un pequeño comentario periodístico. Con más tiempo pienso recopilar lo mejor de lo muchísimo que se ha dicho en esta cuestión, algunos con evidentísima exageración, sobre todo Fischer, fisiológico de Cincinnati, y los profesores del Instituto de los hermanos Mayo de Rochester (Nueva York) y otros no queriendo reconocer los peligros que pueden fraguarse con un diente abandonado, como demuestran mis casos clínicos precedentes, recopilación principalmente encaminada á demostrar la absoluta necesidad de una vulgarización de las cosas bucales si se quiere evitar en una buena parte las desdichas físicas que pesan sobre la desmedrada raza humana.

IDEAS ACTUALES SOBRE EL NEUROTROPISMO (1)

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

Por lo demás, el Dr. Tello, al invocar las hipótesis físicas como complemento de las químicas, sigue una tendencia

bien manifesta en los recientes libros sobre partenogénesis artificial, desarrollo ontogénico, variaciones orgánicas, problema de la inmunidad, etc. Baste recordar que bacteriólogos de la autoridad de Gengou consideran la inactivación de toxinas y albuminoides por los anticuerpos como resultado de la coagulación de coloides de signo eléctrico contrario: que Nicolle asimila la formación de anticuerpos á fenómenos de resonancia que serían provocados por los antígenos, y que Bohn, uno de los más acérrimos secuaces de la concepción química de la vida, nos habla ya, para esclarecer la génesis de las formas orgánicas, de vibraciones moleculares, torbellinos, polaridad, oscilaciones, etc.

En todos estos intentos de comprensión mecánica de la morfología ó de los mecanismos humores de defensa (fermentos defensivos) no se repudia la colaboración esencial de las reacciones químicas; pero ahora se las considera, singularmente por lo que hace á la morfogénesis de órganos y células, como fuente inexhausta de diversas modalidades de energía, á la cual se encomienda la realización inmediata del fenómeno biológico.

Mas dejando este linaje de consideraciones un tanto alejadas del tema, importa consignar que en el actual trabajo de Tello lo más valioso no son las hipótesis ni aun la crítica penetrante á que las somete, sino el conjunto de los importantes hechos nuevos aportados por él. Que no se hace ilusiones sobre el valor absoluto de las teorías, demuéstrelas nuestro compañero proponiéndolas sólo á título de conjeturas plausibles. Actitud circunspecta y prudente que ni aun los más insignes sabios suelen adoptar.

De mí sé decir que soy tan escéptico en punto á la firmeza y exactitud de las teorías é hipótesis, que tengo á orgullo olvidarme de las mías. En mi concepto, conforme se ha dicho tantas veces, la teoría representa preciosa herramienta de trabajo, y su valor depende del número de las nuevas investigaciones que suscita y de la coordinación y belleza arquitectural prestada á los hechos conocidos. Aun siendo quimérica, puede una hipótesis conducir á grandes descubrimientos. Sirvan de ejemplos, en lo antiguo, el caso de Colón que topó con América navegando con rumbo á China, y en lo moderno, el de Becquerel, que encontró la radioactividad de la materia buscando en los cuerpos fluorescentes los rayos X. Y es que, á veces, el hecho inesperado surge de la retorta ó del microscopio como un diablillo irónico de una caja de sorpresa inconscientemente abierta. No desdafiemos, pues, las teorías, porque ellas son la varita mágica con que suele abrirse el alcázar de la verdad. Pero tengamos presente que la verdad firme y perenne está representada por el hecho y por su ley.

Y ahora, permitidme, para cerrar este enfadoso discurso, algunas consideraciones de orden general.

Las concepciones químicas ó, por mejor decir, físico-químicas son la musa inspiradora de todos los actuales trabajos biológicos. Poco ó mucho, todos hemos sido arrastrados por ellas. Con singular acierto ha recurrido Tello á las mismas para esclarecer los graves problemas implicados en el neurotropismo. Excusado es decir que, fascinados por los descubrimientos debidos á las doctrinas evolucionistas y á sus hijuelas—la *mesología* y la *genética* y otras disciplinas,—hasta la *Anatomía normal*, la *Anatomía patológica* y la *Histología*, ciencias de observación y eminentemente estáticas, han adoptado ya los métodos experimentales y buscado en la Química ayuda para sus intentos de interpretación mecánica. Con una audacia que hace cincuenta años hubiera parecido locura, inquietan, no sólo la forma real y la textura íntima de un órgano ó de una célula, sino las condiciones físico-químicas en cuya virtud han llegado á ser lo que son.

(1) Véase el número anterior.

En cuanto á la Fisiología, ocioso es recordar que, desde Lavoisier y Claudio Bernard, marcha sin titubeos por los seguros cauces de la Física y de la Química.

Que el método es excelente y conduce, manejado por manos expertas, á brillantes descubrimientos, persuádenlo los resultados admirables é imprevistos logrados por las modernas escuelas de Loeb, de Morgan, Verworn, Harrison, Ives, Delage, Gley, Bohn y otros muchos, amén de los maravillosos esclarecimientos conseguidos por la química orgánica y la bioquímica en los oscuros dominios del metabolismo nutritivo, los procesos digestivos, la histoquímica y la composición y variaciones de los materiales proteicos humorales.

Obsesionados por tan asombrosas conquistas, ¿cómo extrañar que algunos sabios candorosamente optimistas declaren sin ambages que todas las manifestaciones de la vida se reducen á procesos químicos? Los que así discurren creen sin duda que la célula es un amasijo, en proporciones constantes, de sustancias cristaloides y coloides. ¡Ojalá tuvieran razón! Desgraciadamente, no ya las células más altamente diferenciadas de los animales, sino el protozoo más humilde y el microbio más diminuto, ocultan en el misterio de su protoplasma una máquina inextricable que nuestros menguados recursos tintoriales no permiten contemplar ó consienten tan sólo adivinar somera y fragmentariamente. Pueril fuera pensar que allí donde se detiene el poder amplificante y resolutivo del microscopio acaba también el artificio estructural y empieza el reino de las micelas, de los iones, de las moléculas, átomos y electrones. No; antes de llegar á la molécula y al átomo existe una intrincadísima estructura, sin la cual fueran inconcebibles las variadísimas funciones celulares, á saber: la absorción, digestión, asimilación, desasimilación, movimientos y, en fin, la reproducción, con el mantenimiento fidelísimo de la especificidad estructural y dinámica, como sería inconcebible también que una locomotora, un motor de gasolina ó un aeroplano pudieran definirse exclusivamente por las cantidades brutas de cobre, acero, agua, combustible, etc., de que constan.

Ciertamente, la química constituye —lo hemos dicho ya— factor importantísimo del proceso vital. En todo acto fisiológico, por elevado que sea, se da una reacción química concomitante y frecuentemente una transmutación de energía. Pero la forma es necesaria también. Ella es algo así como el cauce constantemente renovado por donde corre y se transfigura la energía liberada por la descomposición de la materia. Con lo cual no pretendemos negar que la forma y su fijeza relativa obedezcan á procesos químicodinámicos; afirmamos solamente que es todavía prematuro excluir otras condiciones hoy inabordables. En cuanto á las células artificiales y disposiciones ramificadas obtenidas por crecimiento osmótico (Bütschli, Leduc, Traube, Gallardo, Lecha-Marzo, Edinger, etc.), no pasan de ser groseros é inertes juguetes químicos, que semejan á la vida, como esas rocas fungiformes ó animaloides mostradas por los guías al turista asombrado durante la exploración de montañas pintorescas.

Tan firme es mi convicción en punto á la existencia de una sutilísima urdimbre intracelular microscópica y ultramicroscópica, es decir, de una verdadera máquina, que si el ensueño de la síntesis de la albúmina, acariciado tenazmente por Pflüger y Fischer, se convirtiera en realidad, y marchando por el mismo camino, se llegara á fabricar todos los principios inmediatos integrantes del protoplasma y del núcleo, calculando exactamente sus proporciones relativas y teniendo en cuenta los coeficientes de presión osmótica y

tensión superficial, doy por seguro que la solución del problema central de la vida no habría adelantado casi nada. Ante la obstinada interrogación de la bioquímica y de la físico química, se alzaría todavía el muro infranqueable de la textura celular—condición *sine qua non* de la vida—con todas sus formidables incógnitas; que no es lo mismo reunir un montón informe de materias proteicas, que fabricar un elemento anatómico. Porque el proceso biológico es ante todo, conforme se ha dicho tantas veces y ha corroborado Ostwald, algo así como un río ó una llama; es decir, un *sistema estacionario* (para emplear la expresión del sabio alemán), en donde la forma general se mantiene á pesar del incesante flujo de energía y de la perpetua mutación de la materia. Y aun esta comparación resulta enormemente simplista y esquemática, ya que la llama vital, á diferencia de la de un mechero, renueva su provisión de gas, repara los desperfectos de la cañería y genera otras llamas y mecheros similares.

Seamos, pues, modestos y tengamos plena conciencia de a penuria de nuestro saber enfrente del supremo arcano. Porque la vida—repetimos—es infinitamente compleja y recóndita. Además de conocer todas las conquistas de la ciencia moderna, se sirve verosímilmente de otras ciencias hoy ignotas que alborearán en la mente humana dentro de siglos é quizás de millares de años. Ni hay que olvidar que nuestros más fructíferos sondeos en los dominios de la biología datan casi de ayer. Especie de numen omnisciente, la célula hace gala de su potencia creadora, resolviendo de continuo, sin esfuerzo y como al desgaire, problemas inaccesibles al ingenio humano.

Hasta aquí hemos aludido solamente á los actos inferiores de la célula. ¿Qué pensar de esos sabios audaces cuyo desvanecimiento llega hasta pretender explicar, con los limitados recursos de la química y física actuales, ó los que éstas nos deparen en un porvenir cercano, las más altas manifestaciones psicológicas? Semejantes temeridades especulativas se excusan solamente considerando que el hombre, momento fugitivo en el eterno fluir del tiempo, siente devoradora impaciencia por asistir durante su vida individual al esclarecimiento de los grandes enigmas del Universo. Debilidad es ésta de que la historia de la ciencia—singularmente durante la fase darwiniana—nos ofrece memorables ejemplos.

Confesemos humillados y contritos que, á nuestra ciencia de hoy, escapan todavía los más trascendentales problemas de la vida, á saber: el origen misterioso de ésta; la diferenciación progresiva estructural y fisiológica de los animales; los milagros estupendos de la herencia y del desarrollo ontogénico; las ingeniosísimas máquinas hidráulicas, sensoriales y mecánicas, ante las cuales se extasían y postran la anatomía descriptiva y comparada; la pasmosa correlación hormonal reguladora de la actividad del crecimiento y del equilibrio funcional de los órganos; la complicadísima red telegráfica del sistema nervioso, con sus sabias y previsoras coordinaciones orgánicas, encaminadas á la conservación del individuo y de la especie, y, lo que es más grave, los inquietantes y angustiosos enigmas del *instinto*, de la *emoción*, de la *conciencia*, de la *memoria*, de la *volición* y de la *inteligencia* y de la creación de la *ciencia* misma, que se nos aparece como una floración espléndida y sublime del espíritu de curiosidad. Sin exageración puede afirmarse que todo nuestro saber gira en torno de las causas segundas, es decir, de las condiciones inmediatamente determinantes de los fenómenos.

Yo quiero creer que las excelsas actividades á que antes aludía, y que resplandecen, sobre todo, en las ingentes

cimas de la animalidad, obedecen también, como afirman ciertos biólogos, á causas físicoquímicas ó á condiciones de orden similar ocultas todavía en las nebulosidades del porvenir; mas no sería sincero ni leal con vosotros ni conmigo si no expresara mi inquietud y vacilación al meditar sobre tan obsesionantes enigmas, si no reflejara mis ansiedades y temores de que muchos de ellos se resistan invenciblemente, no sólo á la capacidad analítica del hombre actual, sino á la mucho más poderosa y esclarecida del hombre del porvenir.

Per donde infiero que, cualquiera que sean los adelantos de las ciencias, no faltarán nunca biólogos y filósofos que, con razón ó sin ella, imaginen la existencia de un principio psicológico inmanente ó trascendente, captador y selector de la materia y ordenador de sus energías y aptitudes arquitectónicas biológicas, en vista de un fin deliberadamente buscado y claramente percibido. Tal era, en esencia, la concepción de Claudio Bernard al someter su famoso *determinismo* á la soberanía de un principio legislador, y el sentido oculto del inexorable *ignorabimus* de Dubois-Reimond. ¿Qué digol... Aun entre los biólogos contemporáneos más resueltamente unificadores de los fenómenos vitales con los del mundo inorgánico, encontramos concesiones de franca tendencia finalista ó que implican la intervención, en la dinámica de los animales, de propiedades misteriosas ó extraordinarias, de cuyo determinismo nos dan vagas y remotas esperanzas ó explicaciones puramente verbales. Sin remontarnos á la abandonada teoría del *alma celular*, ó *citopsiquis*, de Haeckel, ¿no postulan acaso un utilitarismo intencional, más ó menos explícito, de la *ley de la asimilación funcional* (con su secuela la *imitación*) de Le Dantec; el *principio de la elección de los procesos químicoenergéticos* favorables, en los *sistemas estacionarios biológicos*, de Ostwald; la *ley de opción* y el concurso de la *memoria* en la moderna teoría de Guilleminot? ¡Ah! Cuán difícil es no contradecirse ó evitar el espejismo de las explicaciones aparentes cuando, guiados por seductoras analogías, nos esforzamos por resolver con el menguado ideal científico de hoy, problemas cuya resolución exigirá quizás, conforme decíamos antes, siglos de porfiadas y heroicas investigaciones.

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

Pero estoy incurriendo en digresiones enojosas. Concluyo, pues, felicitando efusiva y cordialmente al Dr. Tello por su ingreso en nuestra sabia Corporación, y felicito también á la Academia porque, en adelante, para la dilucidación de los difíciles problemas sometidos á su examen por la Sanidad pública y la Administración de Justicia, podrá contar con el concurso de la clara inteligencia y de los variados y sólidos conocimientos del nuevo compañero.

He dicho.

Centenario de la Sociedad de Investigadores naturalistas y médicos alemanes, celebrado en Leipzig, del 17 al 24 de Septiembre de 1922.

En la primera reunión general figura la teoría de la relatividad en la orden del día. Como Lane, de Berlín, afirmó, no hay una velocidad absoluta, sino en relación con otros cuerpos. Para la comprensión de la luz y de su propagación y de los fenómenos electro-magnéticos, se ha admitido el éter y se ha intentado establecer la movilidad de los cuerpos con respecto á aquél (éter). La relatividad hace innecesaria la existencia del éter. No hay una velocidad absoluta, sólo existe con respecto á un sistema relativo. Esta relatividad especial ha encontrado una aceptación general, pero en cuanto á la relatividad absoluta existen todavía grandes dificultades. Se halla en el terreno de la filosofía, según dijo Schlick. Ha pasado el tiempo de la separación de la investigación naturalista y de la filosofía; aquélla se ha hecho más filosófica, y la última vuelve á la investigación rigurosa.

En la primera sesión del «grupo médico»—en la que se habló de la cirugía restauradora,—A. Bier trató de la regeneración, particularmente en el hombre. No sólo en los animales vuelven á formarse partes de órganos, también en los hombres puede haber una verdadera restauración; faltas de continuidad en los huesos y en el tejido conjuntivo, en los tendones y en los músculos, pueden ser sustituidos por completo por nuevas formaciones. Las condiciones para ello son, la preparación y conservación de la cavidad, en la cual va á crecer el pedazo de órgano. Organización de irritaciones capaces de proporcionar la regeneración. Alejamiento de las alteraciones del medio y también de las partes muertas del cuerpo. Así pueden llegar á actuar las hormonas regenerativas—irritantes procedentes de los órganos lesionados.—Un gran papel lo desempeña la metaplasia. Del delicado tejido subcutáneo, puede formarse un verdadero tejido tendinoso. No es segura la formación de tejidos por influencias mecánicas groseras.—Termina afirmando, hay que modificar las antiguas concepciones sobre cicatrización.

Lexer, de Freiburg, habla sobre transplatación y plásticas. Ha logrado curar grandes defectos óseos por auto-transplantaciones. Grandes faltas de substancias del húmero han sido reemplazadas por completo por la tibia (con el periostio). Ha hecho sustituciones del bíceps por la musculatura del pecho, y ha conseguido restaurar paulatinamente heridas graves del rostro. Tales restauraciones se hacen siempre á costa del mismo individuo, nunca de un extraño. Por último, ha logrado restablecer la función articular.

En la segunda sesión general se trató de la herencia. Johannsen, de Copenhague, expuso la historia de las investigaciones sobre la herencia durante los últimos cien años. Los criadores de los distintos animales eran los únicos que antes habían conseguido una verdadera experiencia en este asunto. Sólo poco á poco empezaron los médicos á ocuparse en los problemas científicos de la herencia (Hofacker, Darwin, Naekel, Weismann, Mendel, Conenz y Aschermak). Sin embargo, ninguno de esos trabajos ha aportado ningún dato positivo á la gran cuestión de la constitución de las especies y de la evolución. La investigación sobre la herencia no ha aportado nada positivo; por el contrario, muchos datos negativos esenciales han limpiado el terreno de conceptos erróneos, han ejercido una destructora crítica negativa, tanto sobre la teoría de la selección de Darwin como sobre los conceptos de Lamarck, de la fijación hereditaria de caracteres, por adaptación del individuo á su medio de vida.

J. Meisenheimer, de Leipzig. Formas exteriores y herencia. En todos los cruces de razas y especies se presentan frente á frente caracteres opuestos, que pueden ofrecerse de tres modos distintos: los caracteres de los padres pueden estar juntos (herencia en mosaico, rara; cruzamiento de gallinas de razas blancas y negras), ó ambos caracteres se penetran entre sí con la misma fuerza hereditaria y se originan tipos intermediarios (de flores de la maravilla, de colores rojos y blancos, se origina una flor rojo-rosa). Por último, un carácter tiene una fuerza hereditaria superior y es dominante sobre los otros caracteres; una raza roja de cacahuetes de jardín cruzada con otra amarillenta, da un producto rojo puro. El tema difícil en toda la investigación moderna sobre la herencia, radica en el comportamiento de la generación que ha de seguir. Aquí se dan dos posibilidades: una posibilidad está contenida en la ley de Mendel; la otra, preferentemente en el cruce de especies, no deja reconocer en el cruce de razas ninguna división de los caracteres, se conserva el tipo mixto de la primera generación hija y crece constantemente como tal. Este fenómeno está poco esclarecido, y nuevas investigaciones deben ilustrarlo.

Lenz, de Munich. La herencia en los hombres. Aquí también es valedera la ley de Mendel, y es seguro que no se heredan los caracteres adquiridos. No hay una degeneración por sí misma, por envejecimiento de una raza; en cambio, hay una lesión de la masa hereditaria por influencias exteriores, como por venenos (alcohol). Por eso es posible librar un pueblo de la degeneración. Son necesarios institutos oficiales de investigación de la biología de las razas. El proyecto de supresión del instituto de Lucan de Antropología, en Berlín, es objeto de censuras por el orador.

En el grupo de historia natural, Juan Walther, de Halle. Progresos y retrocesos en el curso de la historia de la tierra. La construcción geológica de la corteza terrestre con sus restos de seres vivos nos permite una ojeada sobre unos 800 millones de años. Las capas inferiores á unos 20 kilómetros de espesor escapan por completo al análisis y su mundo vivo no nos es accesible. La fauna de los períodos más antiguos del Cambriaco consiste en grupos de evolución muy adelantada, de los cuales, sin embargo, muy pocos pasan á la época silúrica. Se puede seguir en la historia de la tierra el nuevo mundo animal que ahora se presenta. No hay, en contra de lo que Darwin suponía, transiciones entre las distintas especies y tampoco se reconoce un progreso desde las formas más inferiores á las superiores. En los artrópodos y vertebrados vemos, sin embargo, una serie continuada de formas animales cada vez organizadas con mayor elevación, que empiezan en los anfibios y reptiles y terminan en los mamíferos, los que alcanzan su mayor evolución al terminar el período cretáceo. Es muy distinta la suerte de los saurios alados y la de los pájaros. Los primeros mueren pronto y los últimos alcanzan una gran diferenciación. Los mamíferos se desarrollan lentamente. Con la extensión del reino vegetal, y el cambio en las relaciones de tierras y mares, con las nuevas condiciones de existencia así creadas, se desarrolla en numerosas líneas paralelas ascendentes, el mundo de los mamíferos. Es característica durante el período diluvial por fusión de la nieve la evolución de la rama de los mamíferos, que desde los antepasados del hombre conduce hasta éste. Durante la mayor extensión del período glacial aparecen por primera vez los prometidos, que conservan el fuego y que tienen gran semejanza con los negros australianos del día.

G. Hellmann. Clima de Alemania. Utiliza los datos de 300 estaciones meteorológicas durante treinta años. Las oscilaciones del clima son considerables en Alemania, prefe-

rentemente en la zona oriental del interior, y en algunos lugares del centro y norte de Europa. Particularmente en lo que á Viena se refiere, está probado que hasta mediados del siglo precedente, los inviernos eran más fríos y los veranos más calientes, es decir, que el clima de hoy en Europa, se ha hecho más oceánico.

Sven Hedin. El alto Tibet y sus habitantes. Descripción de la constitución orográfica de esta elevada región, con extraordinario número de lagos mayores y menores sin ninguna salida. Cerca de 1.000 de éstos lagos se están desecando.

En una sesión sobre efectos electrolíticos en el organismo, habló Wo Ostwald, sobre coloides y electrolitos, y después Höber, de Kiel, acerca la acción de los iones sobre la superficie limitante fisiológica. Ningún órgano de nuestro cuerpo puede reaccionar cuando no existe la mezcla de iones conveniente; ligeras desviaciones del contenido de potasio ó de calcio alteran de modo muy considerable la actividad cardíaca. Para desarrollar su acción, los iones no necesitan penetrar en la célula, basta que actúen sobre su superficie. Como las células son portadores de cargas eléctricas, éstas se ponen en relación con las de los iones y ocurren cambios en esas cargas que, por ejemplo, en los glóbulos rojos de la sangre se pueden manifestar como fenómenos de aglutinación; aquí también está incluida la velocidad de precipitación de los glóbulos rojos durante el embarazo, la creación de corrientes bioeléctricas en la superficie de las células, el cambio en la penetración de la superficie de las células y el cambio en la nutrición de las células.

Después de Spiro, de Basilea, que habló de la acción de los iones sobre las células y los tejidos, Martín Mayer, de Hamburgo, hizo una comunicación sobre el nuevo remedio curativo de la tripanosomiasis, Bayer 205 y su significación para las investigaciones hemoterápicas. Ese remedio, cuya composición es todavía desconocida y que seguramente no contiene mercurio, arsénico ni antimonio, actúa en dosis pequeñas y puede ser administrado de todos modos. Los animales curados con una sola dosis, están protegidos de nuevas inoculaciones durante algunos meses. También pueden ser prevenidos de infecciones los animales sanos; tal vez se encuentre el remedio unido durante ese tiempo á la seroalbúmina en la sangre, por lo cual pueden ser tratados otros animales con ese suero. No se excluye la acción tóxica transitoria de las dosis grandes sobre los riñones. Hasta ahora se han observado resultados, en la enfermedad del sueño, en la surra del caballo y de los toros, en el mal de caderas, la peste sudamericana de los caballos.

En la sesión dedicada al grupo de anatomía patológica, medicina interna y roentgenología, la úlcera del duodeno fué motivo de discusión. Según G. Graber, de Mainz, asienta la úlcera casi siempre en la parte superior, en la inmediata proximidad del píloro en la pared posterior. Las raras úlceras que asientan en la pared anterior son las que determinan los síntomas más serios. Son tan fácilmente curables como las úlceras del estómago y no tienen complicaciones con mayor frecuencia que éstas; raras veces hemorragias, desarrollo de cáncer casi nunca. La causa, según el orador, es la acción péptica del jugo gástrico, alteraciones de la nutrición sobre la mucosa del duodeno por trastornos circulatorios.

Weigeld, de Leipzig elogia la insuflación del conducto vertebral, según Bingel, que facilita el diagnóstico de los tumores y de otras alteraciones.

En la sección fisiológica, Winterstein, de Rostock, habló sobre la rigidez cadavérica. Las explicaciones dadas hasta hoy, no son completamente satisfactorias. Nuevas investigaciones parecen indicar que se trata de un proceso casi igual á

la contractura muscular. En éste y en aquél caso, se trata de la formación de ácido láctico que determina la hinchazón de los haces musculares por absorción de agua y consiguiendo rigidez. Al aumento de la rigidez sigue la disolución de la estructura del haz muscular y con el de la rigidez.

Otros trabajos en las distintas secciones dieron interés á esta reunión de los sabios alemanes.

(Wiener Klinische Wochenschrift, núm. 48, 1922.)

A. P. M.

Bibliografía.

ORGANIZACIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD PÚBLICA Y LA ASISTENCIA EN SAJONIA DURANTE EL AÑO 1922

La casa Theodoro Steinkopff, de Dresde y Leipzig, ha publicado con gran lujo un hermoso volumen, donde se exponen, descritos con toda clase de detalles, los organismos médicos é higiénicos de Sajonia, precedidos de un corto prólogo del presidente de la Oficina de Higiene de Sajonia, Dr. F. A. Weber.

Sería abrumadora la lectura de todas las materias contenidas en esa obra, que deben conocer cuantos se preocupan de cuestiones higiénicas y de legislación sanitaria, pues todos saben el adelanto á que en estas cuestiones se ha llegado en Sajonia.

Creo, sin embargo, obligatorio exponer los temas principales que llenan el libro, cada uno descrito por un especialista reputado:

La organización oficial de Sajonia, por Pietzsch, de Leipzig. Las escuelas superiores, La Facultad de Medicina de Leipzig, Las escuelas técnicas de Dresde y La Escuela de Veterinaria de Dresde. En estos capítulos, cada institución ha sido tratada por una autoridad; así vemos que de la Clínica médica se ocupa Strumpell, y de la Clínica quirúrgica, Payr. Zweifel, de la Clínica de mujeres del Instituto de Trier; Bumke, del de Enfermedades nerviosas y mentales, y Riehl, del de Enfermedades de la piel y sexuales. Hertel, de la Clínica oftálmica; Barth, de la Otiatría; Bessau, de la de Enfermedades de la infancia; Heineke (ya fallecido), de la Policlínica quirúrgica; Kölliker, de la Policlínica para la Cirugía ortopédica, y Pfaff, del Instituto dental.

Un capítulo trata de la organización é instituciones que cuidan de la madre, del recién nacido y del niño en edad anterior á la de la asistencia de éste á las escuelas, y otro de todos los aspectos de la vida del niño y del joven, entre ellos de una organización para el consejo en la elección de profesión, que debe hacerse de modo científico, y no del empírico que hasta ahora se ha hecho. Esta parte es de las más interesantes, por estar llena de novedades, de ejemplos que imitar, de sugerencias útiles.

Los ejercicios corporales y el lugar donde realizarlos llena unas páginas, y otras la exposición del complemento de enseñanzas médicas y de vulgarizaciones higiénicas.

La higiene de los ferrocarriles, de los servicios de Correos y del Ejército ocupa parte de la obra, y le sigue la higiene del trabajo en Sajonia.

La Higiene de la vivienda está expuesta en detalle y minuciosamente cuanto hace relación con la Higiene veterinaria en sus múltiples y variados aspectos.

La Higiene de la conducción y del abastecimiento de aguas de las poblaciones sajonas tiene interés y es útil para cuantos de estas materias se ocupan en España, afortunadamente en número cada día mayor.

La organización para la lucha contra las enfermedades infecciosas, la de los Institutos de bacteriología, de vacuna-

ción, etc., etc., llena un capítulo, y otro, la balneología sajona.

El Instituto del Radium, de la Academia del Monte Freiberg, es tema de otro capítulo.

Las organizaciones químicas y su inspección, manifiestan uno de los aspectos siempre atrayentes de la vida alemana.

La asistencia á los enfermos está anunciada en el capítulo 17 de este libro, y en el siguiente, los Institutos dedicados á la asistencia de los inválidos, ciegos, sordo-mudos, etc.

Los seguros para enfermos y las cajas sociales á ellos destinados, llenan otras páginas.

La Higiene de las prisiones y el cuidado de los delincuentes, abarca otro capítulo.

La obra termina con la exposición de las Sociedades benéficas y de ayuda como la Cruz Roja, y algunas misiones de naturaleza religiosa, de distintas confesiones.

La exposición de los distintos temas que en el libro se describen puede dar idea del interés de esta publicación por la cual felicitamos nuevamente á la casa Steinkopff y á los autores, que en estas tristes circunstancias han encontrado un patriotismo que les sobrepone á su desgracia y les alienta para permitirles la descripción de sus excelencias de las cuales tanto puede aprender el mundo.

DR. A. PULIDO MARTÍN.

Periódicos médicos.

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Meningitis cerebroespinal subaguda en un lactante de tres meses. Curación. — El Dr. Nicolás Leone Bloi se comunica la siguiente historia clínica:

José C., de tres meses y veinticuatro días de edad, es traído á la Policlínica Médica del Dr. Morquio, á mi cargo, el 19 de Noviembre último. Alimentado á pecho, aunque de un modo irregular. Sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia. Hacía unos diez días, la madre le notó muy llorón; dos días más tarde, como tuviera fiebre y fatiga, consultó á un médico, quien pensó en una congestión pulmonar. El niño siguió con fiebre alta, disnea, constipación. El día 19, diez días después del comienzo de la enfermedad, lo traen á la policlínica.

Examen del enfermo. — Niño pequeño. (Peso kilogramos 3,625, desnutrido, pálido, abatido. Temperatura, 39° 1/5. Disnea marcada. Coriza, faringe roja; pocos estertores pulmonares difusos y sibilancias que no corresponden á esa disnea marcada. Fontanela tensa. Rigidez de la nuca y Kerning muy acentuados. Mirada fija. Ojo meníngeo. Constipación. En ningún momento ha tenido vómitos. Oídos normales. Desde el día anterior rehusa tomar el pecho. Pensando en una meningitis, practicamos la punción lumbar, que da salida con facilidad á unos 15 c. c. de líquido turbio, gota rápida. Por la misma aguja inyectamos unos 13 c. c. de suero antimeningocócico de nuestro Instituto de Higiene. Además, ligero purgante, baños calientes, pecho...

Noviembre 20. — Examen del líquido cefalorraquídeo (doctor Bonaba).

La cantidad de elementos impide la numeración.

Polinucleares, 97 por 100.

Linfocitos, 3 por 100.

La albúmina está muy aumentada. Al examen directo se observan diplococos en regular cantidad, con los caracteres del meningococo. El niño está algo más despejado. Ha ma-

mado un poco. Temperatura, $38^{\circ} \frac{1}{2}$. Persiste la disnea tóxica. Fontanela menos tensa, 2.^a punción lumbar. Se extraen 10 c. c. de líquido turbio, gota rápida. Se inyectan 10 centímetros cúbicos de suero. Igual tratamiento, más fricciones de colargol.

Noviembre 21.—El cultivo del líquido cefalorraquídeo anterior desarrolla el meningococo. El niño no es traído a la policlínica. Vanos son nuestros esfuerzos por hallar el domicilio de la madre, un rancho en los alrededores de la ciudad. Al cabo de diez y siete días vuelve la madre con el niño al hospital. No lo había seguido trayendo porque una vecina le había asegurado que de meningitis ningún niño curaba y que era una crueldad «hacerlo pinchar». (¡Oh, siempre las comadres y vecinas!...) Pero que en vista que el niño no había muerto, volvía a traerlo al hospital...

Diciembre 7.—Después de diez y siete días sigue con rigidez de la nuca, fontanela tensa, Kerning acentuado. Ha rebajado de peso (kilogramos 3,125). Temperatura rectal 38° . Ningún vómito. No mama; hay que alimentarlo con cuchara. 3.^a punción lumbar. Se obtienen con facilidad 12 centímetros cúbicos de líquido turbio. Inyectamos 2 c. c. de suero subcutáneo y 8 c. c. de intrarraquídeo (Besredka).

Diciembre 8.—Análisis del líquido cefalorraquídeo de la 3.^a punción.

Polinucleares, 97 por 100.

Linfocitos, 3 por 100.

Se observan meningococos regular cantidad. Culturas positivas. 4.^a punción. Líquido menos turbio. Suero antimeníngeocócico 1 c. c. subcutáneo y 9 c. c. intrarraquídeo.

Diciembre 9.—Hace un empuje febril (39°) que coincide con un foco de congestión pulmonar derecho. Con todo, el estado general del niño impresiona bien. Análisis del líquido de la 4.^a punción: 900 elementos por milímetro cúbico. Polinucleares, 97 por 100. Linfocitos, 3 por 100. Culturas positivas.

Diciembre 10.—5.^a punción. Líquido más claro, gota rápida.

200 elementos por milímetro cúbico.

Linfocitos, 80 por 100. Polinucleares, 20 por 100. (La fórmula se hace linfocitaria). Al examen directo no se observan microbios, pero el cultivo desarrolla el meningococo. Suero antimeníngeocócico, 10 c. c.

Diciembre 12.—Está mejor. Más despejado. Vuelve a tomar el pecho. Rigidez menos acentuada. Temperatura, $37^{\circ} \frac{1}{2}$.

Diciembre 14.—Sigue mejorando. 6.^a punción lumbar. Líquido claro.

120 elementos por milímetro cúbico. Linfocitos, 80 por 100. No se observan microbios al examen directo. Culturas negativas (Dr. Bonaba).

Diciembre 15.—Está bien. Temperatura, 37° . Peso 3,200 kilogramos. Clínicamente lo consideramos curado y en ese sentido lo presentamos en la reunión que ese día verificaba la Sociedad de Pediatría.

Evolución posterior: Diciembre 21.—Aumento de peso (kilogramos 3,300). Persiste un poco de inquietud. Lloro bastante. Duerme mal. Fontanela un poco tensa. 7.^a punción. Líquido claro, gota rápida.

80 elementos por milímetro cúbico, de los cuales el 90 linfocitos.

Cultivos negativos.

Diciembre 27.—Continúa mejorando. Peso 3,450 kilogramos. Evacuaciones normales.

Diciembre 31.—Peso kilogramos 3,570. 8.^a punción lumbar, líquido claro, tensión normal. Tres linfocitos por milímetro cúbico. De alta.

Lo seguimos viendo periódicamente en la policlínica.

Febrero 13.—Peso kilogramos 4,225. Pecho complementado con Germinase.

Mayo 30.—Peso 7,525 kilogramos. Desarrollo espléndido. Seis meses después de su meningitis puede considerarse como normal.

Resumiendo: Las características principales que dan interés a esta observación son las siguientes:

1.^o La edad del lactante: tres meses y días.

2.^o La falta de vómitos, que no se presentaron en ningún momento y, en cambio, la intensa rigidez de la nuca, el Kerning acentuado y la disnea, sin relación con el estado pulmonar.

3.^o La iniciación tardía del tratamiento seroterápico (al 10.^o día), lo que agravaba el pronóstico.

4.^o La interrupción de ese tratamiento durante más de dos semanas, al cabo de las cuales persistíamos sin modificación el mismo cuadro clínico y citológico de los primeros días de tratamiento.

5.^o La curación completa, mantenida después de seis meses, sin ninguna de las secuelas (hidrocefalia, trastornos de los sentidos, etc.), tan frecuentes en circunstancias semejantes. (*Revista Médica del Uruguay*, Julio de 1922.)

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La acción del alcohol sobre la acidez del jugo gástrico y su importancia para el diagnóstico diferencial, por el Dr. K. Frehse.**—Claudio Bernard demostró que el alcohol en dosis pequeñas estimula la secreción del jugo gástrico, mientras que en dosis grandes la inhibe. Esta observación ha sido comprobada por otros muchos. Se ha visto que cuanto mayor era la cantidad de alcohol administrada, más disminuía el poder digestivo del jugo gástrico, pero la acidez aumentaba, por lo menos en el estómago pequeño, separado por el procedimiento de Pawlow, pues en el estómago grande, el líquido que se recogía era menos ácido, debido a la gran cantidad de moco que se produce por la acción del alcohol. Los experimentos en animales han demostrado también que cuando falta la primera parte de la secreción gástrica por falta de hambre ó por administrar los alimentos a los perros por una fístula y sin que los vean, de manera que falte el estímulo psíquico, una dosis pequeña de alcohol añadida al alimento, estimula la secreción y hace que ésta se desarrolle como si no hubiera habido tal falta de estímulo. El autor ha estudiado la acción del alcohol en la secreción del jugo gástrico humano, valiéndose de la valoración por la sosa y empleando como indicadores el dimetilamidoazobenzol y la fenoltaleína. El desayuno de prueba era el de Ewald-Boas, consistente en 200 c. c. de infusión de té y un panecillo de 30 a 35 gramos masticado seco. De los numerosísimos casos que ha examinado en el curso de dos años, no ha podido utilizar más que 132, pues sólo presenta los datos obtenidos en aquellos enfermos en quienes los exámenes repetidos antes de la administración del alcohol le habían demostrado que la acidez era sensiblemente constante. Por lo que a esto se refiere, el autor ha confirmado en los enfermos de estómago los datos que encontró Rose en las personas sanas, ó sea, que la acidez da cifras bastante constantes. Como excepciones a esta regla se encuentran los enfermos con dispepsia nerviosa y los de carcinoma gástrico. Después de haber determinado las cifras corrientes de acidez en cada persona, administraba dos días sucesivos, el primero 20 c. c. de alcohol absoluto mezclados al desayuno, el cual constaba, por tanto, de 220 c. c. de una solución de alcohol al 10 por 100, y el segundo día 5 c. c. de alcohol absoluto, resultando,

por tanto, el desayuno 205 c. c. de solución alcohólica al 2,5 por 100.

En las personas sanas que examinó para poder hacer la comparación, las dosis de alcohol no dieron lugar a modificación alguna del quimismo. Los casos patológicos los divide en cinco grupos para mayor comodidad de la descripción: úlcera gástrica, carcinoma gástrico, aquilia gástrica, dispepsia nerviosa, otras enfermedades gástricas. Los casos de los tres grupos primeros que incluye en este estudio, son tales, que sus diagnósticos se pueden considerar como seguros, teniendo cuidado además por lo que se refiere a las úlceras y carcinomas, de excluir aquellos en que existía retención. En los dos grupos últimos, los diagnósticos ya no eran tan seguros, pero al fin, esto no constituye un inconveniente grave para las conclusiones que saca. En los casos de úlcera gástrica ocurrió casi siempre que la acidez disminuyó después de la administración del alcohol. Lo mismo se observó en los enfermos de carcinoma gástrico, sólo que con menos regularidad. Los enfermos de aquilia gástrica no presentaron modificación alguna de su quimismo por la acción del alcohol. En cambio, las dispepsias nerviosas suelen responder al alcohol con un aumento de la acidez, siendo muy raro que ocurra lo contrario. En el grupo quinto, grupo sumamente heterogéneo y que comprende seguramente también algunos casos de procesos orgánicos incipientes, y, por tanto, muy difíciles de diagnosticar con precisión, lo corriente fué que no se presentara modificación alguna por la acción del alcohol. Lo que sí resultó bastante constante fué la diferencia entre las enfermedades orgánicas y las nerviosas, puesto que en las primeras había disminución y en las segundas aumento de la acidez. También ha estudiado el autor 38 casos, en los que ha hecho la determinación de la acidez por el método de la concentración de los hidrogeniones, valiéndose del procedimiento de los indicadores de Michaelis. El resultado ha sido exactamente el mismo, aunque las cifras en su conjunto diferían un poco de las obtenidas por la valoración química. Curschmann atribuye el efecto favorable de las bebidas alcohólicas en algunos tuberculosos a la acción estimulante del alcohol sobre la secreción en los casos de hipo y de anacidez. Como se ve por los experimentos del autor, esta explicación es inadmisibles ya que el alcohol, cuando se administra de manera que no ocasione estímulo psíquico alguno, no tiene la acción estimulante que se le atribuye en las enfermedades orgánicas y en la aquilia. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 5 de Enero de 1923.)

HIGIENE

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Investigaciones acerca de la desinfección de la boca, por el Dr. H. Leo.**—La higiene de la boca va adquiriendo cada vez una importancia mayor, según se va descubriendo el papel tan importante que desarrolla como fuente de origen de múltiples infecciones. Por eso el autor ha encargado a varios dentistas y se ha ocupado él mismo de estudiar la acción de diversas sustancias sobre los gérmenes de la boca. Para ello empezaba por sembrar en una placa de agar saliva de la persona que iba a explorar, y luego sometía a ésta a un colutorio con la sustancia a estudiar. Después del colutorio recogía saliva al cabo de períodos determinados y la sembraba en nuevas placas. A veces empleó también el procedimiento de la inoculación a cobayas. Aparte de estos experimentos bacteriológicos, ha hecho otros químicos encaminados a demostrar durante cuánto tiempo se conservaba el antiséptico empleado en la boca, y se podía demostrar su presencia por medio de las reacciones químicas oportunas.

Los colutorios duraban siempre un minuto, y se tenía cuidado especial, no sólo de hacer pasar el agua bien de un lado a otro, sino de hacerla pasar enérgicamente por los intersticios entre los dientes. Como punto de comparación se hacía una serie de pruebas empleando como líquido para el colutorio el agua destilada. Resultó que con ella, a los quince minutos del colutorio, la saliva contenía tantos gérmenes como antes de él. Los resultados del agua oxigenada al 3 por 100 fueron los mismos; con H_2O_2 al 5 y al 10 por 100, la saliva a los quince minutos tenía muchos menos gérmenes que antes del colutorio. La saponina y el jabón, que también producen espuma, pero de burbujas mucho más gruesas que las del agua oxigenada, y además están desprovistos de la acción del O naciente, dan: la saponina, el mismo resultado que H_2O_2 , y el jabón, un resultado mucho peor; las bacterias se desarrollan en las soluciones de jabón con mucha abundancia por su reacción alcalina. Los demás antisépticos solubles en el agua dieron todos resultados malos. Entre los insolubles o difícilmente solubles, el ácido salicílico daba resultados algo mejores. El autor ha ensayado cuerpos insolubles en agua que obran más por la adsorción que por sus iones; por ejemplo, carbón vegetal y bolus alba. El bolus alba, la greda, el MgO , el talco y el carbón animal purísimo no se diferenciaban gran cosa de la acción del agua destilada. Los preparados de carbón tenían una acción desinfectante algo más persistente; pero hasta preparados coloidales, cuyas partículas tenían el tamaño de glóbulos rojos y de bacilos de Koch, no proporcionaban desinfecciones de más de cuarenta a cuarenta y cinco minutos de duración. Desgraciadamente, no se puede pensar en la práctica en emplear los preparados de carbón, porque dejan en los dientes y en la mucosa bucal una capa negra que no se quita más que por la fricción mecánica.

La demostración de la existencia del antiséptico en la boca por procedimientos químicos no se pudo hacer tampoco sino en períodos muy breves después del colutorio. El agua oxigenada desaparecía en seguida, lo cual no es sorprendente por la facilidad con que se descompone en agua y oxígeno; pero los demás antisépticos solubles, incluso el bicloruro de mercurio y el ácido fénico, que sólo se han empleado en los estudios y que no podrían emplearse en la práctica por el peligro de intoxicación, sólo permanecían en la boca unos cinco minutos. Lo mismo ocurría con la mayoría de los cuerpos insolubles, en contra de lo que era de esperar, porque no se comprende cómo pueden desaparecer. Tal vez se explique este fenómeno por la deficiencia de nuestros reactivos químicos. El yodol, producto sucedáneo del yodoformo, es el que más tiempo se encuentra en la boca, y lo hace solamente durante una media hora. En resumen: la acción desinfectante de estos cuerpos sobre la saliva corre parejas con el tiempo que permanecen en la boca, de manera que se pueda demostrar químicamente su existencia. El autor ha pensado que, no obstante desaparecer los antisépticos en seguida de la saliva, pueden persistir todavía en los resquicios de la boca y entre los dientes. No es probable que esto suceda en los que son solubles en agua, pero sí en los insolubles. Para demostrarlo ha hecho colutorios con emulsiones o soluciones alcohólicas de las sustancias a estudiar, y al día siguiente (hacía los colutorios después de la cena) se quitaba una prótesis dental que lleva, y la lavaba en agua o alcohol, investigando la existencia del antiséptico en el líquido del lavado. Cuando la reacción era negativa, repetía el colutorio de día y exploraba la existencia del desinfectante al cabo de un período menor. Con el aristol, el yodol y el airol encontró reacción positiva a las

nueve á diez horas. Estas investigaciones son recientes. El autor se propone continuarlas y estudiar cuál de los preparados que más persistan en la boca es el más activo, no sólo sobre los gérmenes de las infecciones corrientes, sino sobre los que alteran los dientes y especialmente los bacilos lácticos, que tienen una importancia tan grande en la producción de la caries. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 12 de Enero de 1923.)

TERAPEUTICA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Algunas observaciones relativas al tratamiento de la anquilostomiasis, por L. Rousseau.—El autor presenta una estadística de 24 casos de anquilostomiasis, tratados por diferentes remedios. Establece en vista de los resultados obtenidos las siguientes conclusiones: 1.^a, el eucaliptol á la dosis de 3 gramos parece ineficaz; 2.^a, el bromoformo á la dosis de 1,50 gramos y, sobre todo, á la dosis de 3 gramos produce efectos seguros. La dosis de 3 gramos, produce efectos análogos á la dosis de 4 gramos de cloroformo, que es también notable; 3.^a, la adición de 3 y hasta de 6 gramos de eucaliptol, no parece aumentar la acción de 4 gramos de cloroformo. Por esta adición se obtiene una segunda expulsión de anquilostomas, á veces superior á la primera en que se administre sólo el cloroformo, pero si se dan sucesivamente dos dosis de cloroformo sin adición de otra substancia que el aceite de ricino, puede ser que se obtengan más anquilostomas la segunda vez que la primera, en contra de la regla; 4.^a, el naftol β y el timol, á la dosis de 6 gramos absorbidos en seis tomas sucesivas, seguidos de un purgante salino, parecen menos anquilostomifugos que una dosis de 4 gramos de cloroformo; 5.^a, el extracto de helecho macho por sí sólo no produce ningún efecto. (*Bull. de la Soc. de Pathol. exotique*, núm. 2, 8 de Febrero de 1922.)—LUENGO.

2. Eficacia de las inyecciones intraarticulares de suero no específico en las artritis supuradas, por A. Netter.—El autor ha obtenido muy buenos resultados con las inyecciones intraarticulares de suero antigonocócico; sin embargo, afirma que las artritis supuradas pueden ser rápidas y definitivamente curadas por las inyecciones intraarticulares de suero no específico. Las artritis tratadas por Netter con este procedimiento son de origen muy diverso (neumocócicas, por bacilos paratíficos β , sífilíticas, etc.). Termina su breve comunicación haciendo constar que es un partidario muy convencido de la superioridad de la seroterapia específica y estima que debe considerarse culpable al que no recurra á ella en todos los casos en que el agente patógeno pueda ser precisado y poseamos contra él un suero específico. Sin embargo, hace constar igualmente que el suero, aun no siendo específico, puede ser empleado útilmente en los casos en que las condiciones precedentes no se encuentren realizadas y también que los efectos locales de un suero específico no deben ser atribuidos siempre exclusivamente á los anticuerpos que encierra. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, núm. 14, 5 de Mayo de 1921.)—LUENGO.

3. Investigaciones clínicas sobre el papel antihemorrágico del extracto de hipófisis, por los Dres. Maurice Perrin y Alfred Hanns y Milán Stefanovich.—Los autores han practicado inyecciones intravenosas de extracto del lóbulo posterior de hipófisis observando luego sus efectos sobre la coagulación de la sangre, tensión arterial y pulso. Accesoriamente se ha estudiado en dos casos sobre la composición de la sangre.

Los casos experimentados son enfermos crónicos de afecciones variadas que repercutían poco sobre su estado

general, es decir, de hecho, normales desde el punto de vista hematológico. Sólo uno era un enfermo agudo (púrpura), en el cual se buscaba un resultado terapéutico. La substancia inyectada fué el extracto de lóbulo posterior de hipófisis del laboratorio Choay (Pot hipófise, núm. 4) del cual cada centímetro cúbico equivale á medio lóbulo posterior de hipófisis de buey. Se utilizó el extracto tal como está en las ampollas, sin dilución ninguna en suero fisiológico, y se inyectó el líquido en las venas sin lentitud especial. Las dosis fueron, según los casos, 1, 1,5 ó 2 c. c. á la vez. Dicen los autores que tenían derecho á proceder así, por la experiencia de otros autores que ya emplearon estas dosis con fines terapéuticos.

La velocidad de coagulación de la sangre ha sido estudiada sobre sangre recórida por punción venosa. El examen se hacía sobre portaobjetos; la determinación preliminar de la coagulación normal del sujeto, aprovechando la punción venosa que se necesita para la inyección intravenosa é inmediatamente antes de la inyección. Dos horas después se practicaba una nueva punción para estudiar las modificaciones de la coagulación.

Para medir el tiempo de coagulación se necesita una quincena de gotas de sangre dispuestas sobre portas á razón de una ó dos gotas por cristal; las gotas son recogidas directamente al salir de la aguja de punción venosa. Los portas son en seguida colocados bajo una campana de cristal para evitar la desecación; se retira una todos los minutos á partir del décimo ó décimoquinto minuto, según los casos; se disocia la gota con la ayuda del estilete y se examina atentamente, teniendo cuidado de no equivocarse con el círculo de sangre desecada de la periférica; en el momento que aparece un filamento fino no disociable la coagulación se considera comenzada.

Es importante operar á la misma temperatura: el frío retarda y el calor acelera la coagulación.

Se hizo una experiencia preliminar para comprobar que la punción repetida en las venas con extracción de algunas gotas de sangre é inyección de una substancia cualquiera no producía ninguna alteración en la coagulación de la sangre.

Presentan 10 observaciones de las que sacan las siguientes conclusiones:

La acción del extracto de lóbulo posterior de hipófisis es, aunque irregular, real sobre la coagulación sanguínea, sobre la tensión arterial y sobre el pulso. La acción sobre la coagulación es la más constante (ocho veces en diez); la acción sobre la tensión arterial ha sido bastante frecuente si se tiene presente las *bajas* de presión ligeras (seis veces en diez); pero ha sido muy inconstante si solo se consideran las fuertes *bajas* (dos veces en diez); en ningún caso ha producido una elevación de la presión; en fin, la acción sobre el pulso se ha mostrado igualmente inconstante (cinco en diez).

Esta irregularidad de acción la atribuyen los autores sea á la desigual actividad de las ampollas empleadas, sea á la desigual capacidad reaccional de los órganos ó síntomas sobre los cuales el extracto actúa; estas capacidades reaccionales que dependen del estado de los órganos, ó sea de su pasado patológico ó de predisposiciones congénitas de cada individuo.

Crean los autores que el papel hemostático del extracto de lóbulo posterior de hipófisis se debe principalmente á su acción sobre la coagulación sanguínea como piensan la mayor parte de los autores. (*Paris Medical*, 10 de Marzo de 1923).—COMENGE.

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.—Dimisión.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesáreo.—Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Dimisión importante.—Continúan los debates de interés.

Nos ha sido remitido, con cariñosa carta particular, el documento que á continuación de este Boletín publicamos, permitiéndonos antes hacer alguna aclaración acerca de nuestra actitud en el asunto á que el escrito se refiere. Ante todo, hemos de declarar, sin ningún género de ambages, distinguos, ni atenuaciones, que el tal documento merece sincero aplauso por lo que representa de noble convencimiento de un disculpado error cometido y no menos noble decisión de no embarazar con un mal entendido amor propio el desarrollo y la marcha de un pensamiento que se ha acariciado como conveniente y provechoso.

Cuando hace poco más de un año publicamos, con absoluta imparcialidad, la circular en que se anunciaba la reorganización del llamado primer *Congreso de Reorganización sanitaria*, no quisimos, constantes en nuestra no desmentida historia de paladines incansables de la Sanidad pública, negar nuestra modesta colaboración de publicistas á la idea que se emitía, siquiera no pudiéramos, como hombres pundonorosos, como conocedores justos de la crítica histórica de nuestra Sanidad y como personas que se sentían caprichosa é innecesariamente ofendidas, dejar de exponer noblemente el efecto que en nuestro ánimo producían las omisiones ofensivas al recuerdo de muertos ilustres, las agraviantes frases despectivas con que se calificaban historias desinteresadas y limpias, que merecían, por lo menos, respetuoso acatamiento, y la desdeñosa decisión de prescindir de elementos oficiales, que podrán ser discutibles en sus aciertos, pero que nunca lo han podido ser en justicia en sus intenciones. Todo esto lo indicamos entonces claramente; pero como nunca quisimos que se nos pudiera tachar de desertores de una bandera que, si no los primeros, fuimos de los primeros en enarbolar; convencidos de que los hechos habrían de venir á darnos la razón, nos propusimos observar una discreta absten-

ción en nuestros juicios y comentarios, seguros de que, hallándose el asunto en manos de personas de indiscutible probidad y patriotismo, ellas mismas habrían de convencerse de los injustificados y pueriles errores que en un principio cometieran y por eso las veíamos cambiar de procedimientos, seguros de que al cabo y al fin todos los bien intencionados habrían de entenderse para la consecución de un fin digno de aplauso.

La dimisión del Sr. Verdes Montenegro muestra un hidalgo convencimiento y una postura airosa que le honra, sin género alguno de duda. Es de esperar que los elementos á quienes apela para que la dimisión le sea aceptada, lejos de ello, le reforzarán y apoyarán para que lleve á cabo con los más selectos medios de que pueda disponer, la empresa ya comenzada y á la que por decoro nacional debemos todos ayudar.

En el salón de actos del Ateneo dió el 21 del corriente una notable conferencia organizada por la Federación universitaria hispano-americana, el rector de la Universidad Central, D. José Rodríguez Carracido, desarrollando el tema: «Las juventudes universitarias en las relaciones hispano-americanas».

Con su acostumbrada maestría y la seguridad que le presta su gran cultura, el orador sostuvo la necesidad de que se estrechen cada vez más las relaciones entre los estudiantes españoles y americanos. El numeroso público que llenaba el salón aplaudió repetidas veces al orador.

Acto seguido ocupó también la tribuna el señor Tello, director del Instituto de Alfonso XIII para contestar algunas especies que contra la gestión de dicho Instituto se han dirigido en la Prensa y en el Ateneo mismo.

Después de enumerar los muchos é importantes servicios prestados por el Instituto, quéjase de la falta de medios científicos y de la dureza con que el Estado trata á sus empleados. No sólo hay escasez de sueldos, sino de material científico.

Sostuvo que en el Instituto se deja entrar á todo el que quiere trabajar y que allí se han formado un

sin número de bacteriólogos de reconocido valer y mérito.

Dijo que se imponía la creación de una oficina de comprobación de sueros y vacunas, pero dando al personal la independencia necesaria.

También demostró el disertante que la creación de entidades particulares que elaboran productos análogos á los del Instituto, no ha hecho que disminuya la venta de los del referido Instituto, sino que al contrario, la ha hecho aumentar, á causa de la activa propaganda llevada á cabo por las entidades particulares, que han vulgarizado los productos determinando mayor consumo.

El conferenciante, á quien escuchaba un público selecto y numeroso esmaltado de profesionales eminentes, oyó varias veces en el transcurso de su lectura rumores de aprobación, siendo al final muy aplaudido y felicitado.

La última sesión de la Real Academia Nacional de Medicina tuvo grande interés por las dos comunicaciones que á ella llevaron los Dres. Slocker y Codina, así como por la elocuente intervención del académico Sr. Hernando en la discusión del caso operado por el Sr. Slocker.

Mañana domingo, á las cuatro y media de la tarde, y probablemente bajo la presidencia de S. M. el Rey y la asistencia del personal de la Embajada de Inglaterra, tendrá lugar la solemne sesión que en conmemoración del centenario del descubridor de la vacuna Eduardo Jenner, celebrará esta misma Real Academia. En el acto intervendrán, leyendo trabajos alusivos al gran descubrimiento y á la parte que á España cupo en su propagación, por sus entonces extensos dominios, los académicos señores Mariscal, Pittaluga, Tello, Marañón y conde de Gimeno.

También se leerá al principio de la sesión por el aplaudido actor Sr. Isbert, la hermosa oda, compuesta por el inmortal Quintana en honor de nuestro compatriota Balmis.

Ayer el Ateneo á Pasteur; hoy la Academia de Medicina á Jenner y á Balmis. ¡Así se hace, y que roan los iconoclastas!

DECIO CARLÁN

DIMISIÓN

Señores:

Honradamente creo haber hecho lo posible para corresponder á la confianza que en mí depositásteis: con vuestra colaboración hemos confeccionado el programa del Congreso, en tal forma, que no ha podido ser objeto de ninguna crítica seria; y señalada la tarea á realizar, hemos comprometido en el estudio de las diferentes

cuestiones á las personas de mayor autoridad en ellas; lo que falta en este respecto por hacer está ya planeado. La Exposición está también en sus líneas generales dibujada y se hacen gestiones simultáneas en dos centros oficiales para obtener el terreno en que se asiente. Recelos surgidos en los primeros momentos han quedado desvanecidos, y la clase médica entera está hoy dispuesta á colaborar en el Congreso con todos los demás sectores de la intelectualidad española, formando un único frente.

Hemos creído necesario traer también á esta Comisión la representación de los intereses á que pueda afectar la reorganización sanitaria, y los distintos elementos sociales á quien hemos recurrido han acudido á nuestro llamamiento, dando con su presencia á esta Comisión una autoridad para estudiar y resolver el problema, como ningún otro organismo lo ha tenido hasta ahora. S. M. el Rey ha aceptado el alto Patronato del Congreso, y el excelso Cajal su presidencia efectiva. Estimada por todos la necesidad de que el Congreso fuese declarado oficial, hemos solicitado y obtenido esta condición importantísima.

Ahora bien: llegado á este punto el desarrollo de nuestra idea, entra la gestión presidencial en un camino para seguir el cual me faltan condiciones. No basta ya la excitación personal á los elementos técnicos para que ilustren una cuestión y propongan soluciones, ni basta esforzarse en mantener la cohesión de todos y la orientación inicial. Precisa, además, la relación constante con las representaciones del Estado para obtener aquí una subvención, allí la adhesión de éstos ó los otros elementos, en este Centro la simpatía que se traduce en facilidades para la acción, en otro el decidido apoyo que remueve obstáculos que parecían insuperables. Carezco para lograr todo esto, no sólo de condiciones de carácter, sino de la representación necesaria. La modesta autoridad de que yo disfruto limitase á un pequeño territorio científico. Desengañado yo toda mi vida del Estado, ignorante de su estructura y funcionamiento, no puedo constituir el órgano que articule esta Comisión con el mecanismo oficial con tal eficacia, que mueva la complicada máquina en el sentido y con el vigor necesarios.

Sería imperdonable que por la vanidad de presidir una Comisión que adquiere cada día mayor relieve é integran cada día elementos representativos más importantes, perjudicase yo el éxito del Congreso, empuñeciéndole, restándole amplitud, resonancia y eficacia; por eso acudo hoy á vosotros para manifestaros que estoy dispuesto á aceptar en la obra que á todos nos reúne el papel que os sirváis encomendarme, lleno de amor por la idea que nos guía, pero que creo mi deber renunciar la presidencia de esta Comisión y que en este acto mismo hago de ella formal y definitiva renuncia.

DR. VERDES MONTENEGRO.

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 3 DE FEBRERO DE 1923

Fallecimiento del Dr. Muñoz Urra.

El Dr. MÁRQUEZ dedica sentidas frases al joven é ilustre compañero, fallecido en Talavera de la Reina, muy conocido por todos, y también en el extranjero, por sus numerosos trabajos en Oftalmología y Medicina general, publicados en revistas españolas, y en particular en los Archivos de Graefe, uno de los periódicos de la especialidad de más fama, en el Boletín de Oculística, en los Anales franceses de Oculística, en los Archivos de Oftalmología Hispano-americana y otros varios.

Era un investigador de la escuela de Cajal, especializándose en la histología fina del sistema nervioso, de la retina, de los centros visuales, del sistema motor y de los núcleos motores oculares, donde hizo grandes hallazgos. Recientemente publicó un trabajo acerca del núcleo de origen del nervio patético, y en *Los Progresos de la Clínica*, del año pasado, otro sobre el origen del motor ocular común.

La Academia se asocia al sentimiento expresado por el Dr. Márquez y así constará en acta por tan sensible pérdida de un joven notable de quien se esperaban mayores triunfos en su especialidad.

Dilatación aguda no operatoria del estómago.

El Dr. HERNANDO empieza recordando brevemente cuanto en la sesión anterior expuso. Insiste en citar el cuadro sintomático de dicha dilatación: sensación desagradable de angustia, de opresión, un malestar indefinible en la región hipogástrica, vómitos, unas veces ligeros, por rebosamiento; estómago muy dilatado; expulsan á veces litros de líquido, de color obscuro, verdoso generalmente, algunas veces parduzcos hasta llegar á negro ó de un aspecto como el puré de espinacas ó de guisantes. El color verdoso es producido por la gran cantidad de bilis que se expulsa con los vómitos.

El Dr. Hernando se pregunta: ¿Cómo se explica la gran cantidad de líquidos que expulsan los que sufren dilatación gástrica? No se sabe bien; se supone que al no permitir la circulación de los líquidos hacia abajo, en el estómago se vacían el jugo gástrico, el pancreático y la bilis, y se sospecha que el aumento sea debido á que se formen muchas secreciones semejantes á los cuerpos secretorios, á la secretina que se produce en el duodeno, y estos cuerpos absorbidos excitan la secreción del estómago. El síntoma sed es á veces terrible, pues en ocasiones, los enfermos prefieren morir, pero que quieren beber. De manera, que angustia, vómito y sed, son los tres síntomas principales de la dilatación gástrica. Los enfermos no tienen casi nunca elevación térmica ($37^{\circ},2$), á veces hipotermia (36°), ó por debajo de 36° ; frecuencia de pulso pequeño (120 ó más), abdomen abultado. Estos son los síntomas que permiten diagnosticar la dilatación. Sin embargo, estos vómitos no son muy constantes, puede haber duda, y la manera de resolverla es introducir una sonda y se ve que sale gran cantidad de líquido y de gases, á veces con gran violencia, pudiendo ser de unos cuantos gramos ó de unos cuantos litros.

El Dr. Hernando establece diferencias entre la oclusión aguda duodenal y la dilatación primitiva del estómago; en el primer caso, el dolor es inicial, violento, con peristaltismo visible, que suele faltar en la dilatación aguda primitiva. El

shock y el peristaltismo visibles permiten pensar en una oclusión.

Dice el Dr. Hernando que en los casos de dilatación aguda no debe darse nada por la boca, ni alimentos ni medicamentos, sino prolongar la dieta aun después de mejorar el estado del enfermo. Cuando esté en condiciones de ser alimentado, se le darán líquidos, que pueden administrarse en inyecciones de suero normal, ó suero glucosado, y mejor, suero fisiológico con bicarbonato sódico, en enemas, gota á gota, por el procedimiento de Murphy, pero que prefiere un suero alcalino. Hay que colocar á los enfermos en posición oblicua lateral derecha, ó genupectoral en casos de oclusión duodenal.

Expone á continuación que el remedio curativo más importante de todos es la introducción de la sonda con dos finalidades: el vaciamiento del estómago y el hacer lavado del mismo. En resumen: reposo gástrico absoluto, enemas, gota á gota, con sueros alcalinos, introducción de la sonda y posición oblicua lateral derecha.

Añade que además se han preconizado medicamentos estimulantes como la *eserina*, la *pituitrina* para el estreñimiento, la *secretina*, la *colina* y sus derivados, todos de acción dudosa, cuando no perjudiciales. Por fin, se aconseja la intervención quirúrgica, que sólo tiene razón de ser en los casos de oclusión arteriomesentérica primitiva en los comienzos de la afección; en los casos avanzados es inútil y hasta perjudicial. Los casos benignos se curan solamente con la sonda y el reposo.

El Dr. Hernando termina con un consejo: siempre que haya duda, sondar.

El Dr. GOYANES, al intervenir, dice que lo expuesto por el comunicante interesa á médicos y cirujanos; al primero, porque en la convalecencia de otros procesos patológicos se puede presentar la parálisis gástrica, ocasionando, á veces, la muerte, y al cirujano, porque el problema presenta dos aspectos, primero, el de la existencia de un número considerable de casos, en los cuales, después de la intervención operatoria, puede presentarse el síndrome, y en segundo lugar, por un aspecto todavía más atrayente, el de la patogenia de la parálisis aguda del estómago, que hoy, siguiendo las ideas del Dr. Hernando, engloba dos procesos, uno que él ha estudiado con más detenimiento, y otro, el de la oclusión duodenal arteriomesentérica, que es del dominio de la cirugía.

Dedica algunos párrafos á la gastroplesia por gastroenterostomía, y cita el caso de un operado suyo con estómago enorme y estenosis del píloro, que murió, y al hacer la autopsia se confirmó que no existía peritonitis, ni el temido círculo vicioso.

Expone otro caso interesante de compresión arterio-mesentérica, con estenosis duodenal crónica, que operó.

Añade que los cirujanos tienen varias ocasiones de observar las parálisis del estómago, que si bien tienen un interés considerable cuando son parálisis agudas, porque ponen en peligro la vida, existen otras de fase de atonía del estómago, que interesan mucho más al cirujano, puesto que la terapéutica es completamente distinta de los demás procesos que con ellas pudieran confundirse.

Cita varios experimentos de parálisis del estómago por el cloroformo, realizados por el Dr. San Martín, y por la raquicocainización; por las intervenciones operatorias en la cavidad abdominal; expone unos casos clínicos de oclusión por el divertículo de Meckel, y termina diciendo que existe una forma de oclusión duodenal arterio-mesentérica que es del dominio de los cirujanos.

El Dr. CARRO manifiesta que reina todavía alguna con-

fusión en los tratados de Medicina interna y de Patología del aparato digestivo, sobre los conceptos de patogenia, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad; que al decir gastroplesia se sobreentiende trastorno de la tonicidad, de la motilidad, de la fibra muscular. En estos enfermos existe decaimiento, relajación de la función tónica de la musculatura del estómago; traen una historia gástrica larga, que en un momento determinado se anula la función de la fibra muscular, y entonces sobreviene una parálisis aguda, y se aprecia que no hay ondas peristálticas, que no hay contracciones de la musculatura del estómago, el cual se encuentra abombado, dilatado.

Cita dos casos seguidos de muerte: uno, con diez años de sufrimiento por úlcera pilórica con estenosis, vómitos frecuentes y que se resistió á dejarse operar y se le lavara el estómago todos los días para impedir fermentaciones; el otro caso es el de un enfermo de úlcera yuxtapilórica, pero sin estenosis; grueso, bien nutrido; tuvo un ataque violentísimo de gastroplesia, y sucumbió.

Un tercer caso curó: se trataba de una enferma con estenosis pilórica por cicatrices, con dilatación estomacal, tan grande, que el fondo llegaba hasta el pubis. Curó con el tratamiento médico por el pronto, pero luego hubo necesidad de sufrir la gastroenterostomía, con resultado feliz.

Resume diciendo si se diagnostica bien la gastroplesia, se trata de una enfermedad médica, que es muy raro el número de casos que se observan y que estos cuadros de gastroplesia y los á ellos semejantes, pertenecen á enfermos del tipo gástrico crónico, dilatados, ulcerosos, pilóricos, yuxtapilóricos ó duodenales que pueden presentar esta forma de dilatación considerable de estómago, porque la lucha que la fiebre muscular gástrica ha de ejercer durante años y años, para vencer las dificultades que se oponen al vaciamiento pilórico en un estómago enormemente intoxicado y distendido, envenenado por los productos de las fermentaciones de retención, lo trastorna tan profundamente, que se puede decir que lo llevan á un estado en que su tonicidad está agotada ó á punto de agotarse.

El Dr. HERNANDO al rectificar dice al Dr. Goyanes que los casos que ha citado no son para completar la comunicación que se discute, sino para presentar otra nueva tesis de aspecto quirúrgico.

Indudablemente, los casos de dilatación que caen dentro de la cirugía son innumerables, entre ellos el esta lo á consecuencia de la cloroformización. No cabe duda que el cloroformo puede determinar la dilatación, y el Dr. Goyanes recordará que cuando el Dr. San Martín hacía los experimentos á que antes se ha referido, del que era su ayudante en las clínicas, las cabras morían por la anestesia clorofórmica, y hubo que emplear morfina y éter; pero otros autores han comprobado esta parálisis después del cloroformo, y es probable que los vómitos de cloroformo repetidos, sean ataques ligeros de gastroplesia, que cuando llegan á tener importancia dan la dilatación, ó cuando se unen á otras causas.

Aparte de esto, son muy importantes los casos y los datos que el Dr. Goyanes ha aportado á la oclusión arterio-mesentérica aguda y crónica, y no cabe dudar del proceso, siendo una de las razones para defender la oclusión aguda, el que se presentan algunos casos de la crónica; como lo son también interesantes los de oclusión por el divertículo de Meckel que indudablemente son muy difíciles de diagnosticar, pero aun en estos casos nunca se aprecia la gran cantidad de líquidos que llenan el estómago, que se observa en la dilatación. Es necesario que se observe también en el duodeno ó en el píloro para que se produzca esa retención,

y si no es así, no sobreviene la hipersecreción. Probablemente se debe á que cuando la oclusión se hace más abajo, las partes estimuladas no sean capaces de dar origen á la formación de cuerpos secretores, no habiendo, por lo tanto, síntomas de hipersecreción.

Dirigiéndose al Dr. Carro, quien, desde luego, es conocido públicamente por su gran competencia en la exploración y comprensión de los enfermos gástricos, le manifiesta que no es tan rara esta afección, porque los cuatro casos que ha citado los ha visto en cosa de un año y medio en enfermos vistos en consulta con otros compañeros, y seguramente los médicos de cabecera, de visita diaria, tropezarán con otros muchos, que pasan á veces inadvertidos.

Y añade que el Dr. Carro ha llegado más allá de lo que él expuso respecto á la dilatación aguda gástrica, que tímidamente habló de trastornos motores, mientras que el doctor Carro es partidario de la gastroplesia por parálisis del estómago. Es muy difícil hablar de esto; en primer lugar, por confundir mucho las propiedades de la fibra muscular: contractilidad, elasticidad y tonicidad, que son tres cosas distintas. La primera es la propiedad que tiene de contraerse una fibra muscular; la segunda, la que tienen los músculos de distenderse y volver al tamaño que antes tenían, y la tercera, la de mantenerse en estado activo durante el reposo. ¿Cuál de las tres propiedades es la que está alterada en la dilatación gástrica? No se sabe, como tampoco se conoce el mecanismo del por qué y cuándo se contrae el músculo, ni la razón de ser elástico, ni el del mantenimiento del estado tónico. No se puede salir de la fase de alteración motora, no bien conocida, de la pared del estómago.

Que los casos aportados por el Dr. Carro, desde luego, son muy interesantes y parecidos á los por él expuestos; y que respecto al tratamiento, todos coinciden, en que se emplee el tratamiento médico en la dilatación aguda, y el quirúrgico en la oclusión duodenal.

Dr. CESALDO

Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

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

Chancro duro gigante de labio inferior, presentación del enfermo.

Nos dice el Dr. Portilla que es el chancro específico mayor que él ha visto, lleva tres semanas de existencia, y ha sido ya tratado con dos inyecciones de neo y tres de neotrepol, á pesar de lo cual y de haber mejorado mucho, todavía está la lesión imponente. Es presentado como curiosidad por su tamaño.

Dr. Sicilia.—Interviene brevemente para hacer resaltar la latencia con que se curan las lesiones cuando son tratadas por vía intramuscular.

Yodismo agudo por inyección intravenosa.

Dr. Sáinz de Aja.—Aun familiarizados con la medicación yodurada por vía venosa, puesto que todos estamos acostumbrados á poner hasta 3 gramos por esta vía, relata un incidente que le ha ocurrido con una de sus enfermas, á la cual la inyectó ioduro sódico al 20 por 100, poniéndola una primera dosis de 40 centigramos, una segunda de 60, y una tercera de 1 gramo, con dos días de intervalo una de otra; las dos primeras fueron bien toleradas, pero inmediatamente de poner la tercera, la enferma sufre una crisis blanca, traducida por sensación de angustia; se pone pálida, se inflaman

sus facciones de cara, cuello, manos y antebrazos, se mareaba y pierde el conocimiento por fin. Al ponerla en posición horizontal se reanimó, pero al minuto escaso tuvo una especie de nueva oleada de crisis blanca; el pulso era incontable, siendo preciso ponerla adrenalina, aceite alcanforado y cafeína, con lo que cesó la palidez y el pulso se rehizo, pero con la particularidad de que tantas veces intentaba levantarse volvían los mareos, teniendo necesidad de tenerla así seis horas, al cabo de las cuales todo pasó.

Hace resaltar lo extraño de la persistencia en la duración, lo nunca visto de estas crisis parecidas á las arsenicales ocurridas con el ioduro, el no poder achacar al ioduro la causa, puesto que las tres inyecciones fueron puestas de la misma solución, que la enferma era positivamente una hipertiroidea y la consecuencia práctica que se saca del caso y que ha de consistir en que antes de dar ioduro por vía venosa, convendrá tantee bien por vía digestiva ó hipodérmica la tolerancia del enfermo para él.

Dr. Sicilia.—Hace notar la importancia del caso y lo atribuye más bien á una idiosincrasia particular de la enferma.

Nuestras primeras impresiones del neotrepol en el tratamiento de la sífilis.

Dres. Portilla y Dauden.—Leen unos cuantos casos de enfermos tratados con neotrepol, de los que sacan unas conclusiones que dan á conocer á la Sociedad.

Señalan la influencia del neotrepol contra las lesiones primarias, secundarias, terciarias, nerviosas, sobre Wassermann y las principales indicaciones, así como sus ventajas é inconvenientes. La mayoría de las lesiones primarias desaparecen á la tercera ó cuarta inyección. Citan un caso de roséola curado con dos inyecciones. De los enfermos observados en pleno período secundario, dicen haber conseguido en todos la desaparición de éste con las primeras inyecciones. Respecto á la influencia para el Wassermann en los enfermos que han empezado la medicación durante la primera manifestación no se les llega á hacer positivo; los Wassermann débiles y dudosos se hacen negativos con dos ó tres inyecciones. Citan también casos de Wassermann que empiezan con una cruz y después de dos inyecciones se hacen positivos de dos cruces y luego vuelven á serlo de una y más tarde de dos, y así en balancín hasta hacerse negativos. De sífilis terciaria citan dos casos que son bien influenciados.

De sífilis nerviosa citan un caso de heredosífilis que se encontraba en un estado de nerviosidad tal que le imposibilitaba trabajar, y al cabo de seis inyecciones de neotrepol y cinco de neosalvarsán el enfermo dedicábase á trabajar con absoluta normalidad.

Respecto á los dolores que provocan las inyecciones, dicen que la regla es que las primeras producen dolores intensos, pero que éstos van disminuyendo á medida que se inyectan más veces. Citan las estomatitis de aparición brusca aunque ellos no han tenido ningún caso grave. En dos enfermos han tenido indicios de albúmina, desapareciendo ésta fácilmente al suspender el tratamiento.

Y en resumen, dicen que el bismuto significa un progreso en la medicación antisifilítica, y el neotrepol, un progreso en la medicación bismútica. Manifiestan que el neotrepol no puede ser manejado más que por personas que conozcan bien los accidentes, pues aunque en sus enfermos han sido éstos escasos y sin importancia, no se les oculta que por parte sobre todo del riñón, puede ocasionar alteraciones serias. Que el neotrepol en relación con el Wassermann, puede colocarse á la cabeza de las medicaciones actuales, y que el dolor que las inyecciones producen es incompatible con dos inyecciones semanales, considerando que la combi-

nación ideal será poner una inyección semanal de neotrepol y otra de neosalvarsán.

Discusión.

Dr. Cubero.—Interviene para hacer resaltar que sus enfermos de períodos primario y secundario, el neotrepol le ha dado excelentes resultados, pero más que nada para comunicar un caso que tiene anunciado de sífilis laríngea que en pleno ataque de asfixia le inyectó un cuarto de centímetro cúbico de neotrepol, que consiguió la calma total de su enfermo.

Dr. Sicilia.—Considera necesario que no se citen más hechos aislados de tratamientos bismúticos, puesto que éstos los tenemos bien conocidos ya. Es preciso, dice, estudiar ahora la medicación bismútica en comparación con otras análogas, para saber en cada momento si hemos de aplicar la medicación arsenical, la iodurada, la mercurial ó bismútica.

Dr. Barrio de Medina.—En general, los Dres. Portilla y Dauden han hecho un estudio del bismuto neotrepol, cuyas conclusiones son equivalentes á las que ya hace tiempo tenemos publicadas y presentadas en esta Academia otros sífilígrafos, ya que tanto los efectos clínicos como los serológicos que han obtenido, no se distancian mucho á los nuestros, por ejemplo, únicamente en lo que respecta á dolor siguen las discrepancias, ya que yo considero que no son tan dolorosas como en su trabajo dicen los Dres. Portilla y Dauden; respecto al Wassermann, preciso será no entusiasmarse demasiado al principio, puesto que es preciso esperar algunos meses para ver entonces el resultado del mismo, toda vez que yo tengo algún caso ya, conseguido con la misma rapidez la negatividad del Wassermann, que á los tres meses tornaba á ser fuertemente positivo.

No quiero terminar sin insistir una vez más en la necesidad de estudiar también las distintas clases de bismuto que existen, pues así como entre los arsenicales preferimos unos á otros, con el bismuto ha de ocurrir lo mismo. Yo por mi parte adelantaré, que en la actualidad ensayo y estudio el sigmuth, que es otro tartrobismutato de sodio y potasio en solución acuosa, al cual por lo pronto le he encontrado una ventaja sobre el neotrepol, y es que inyectándole muy despacio, casi gota á gota, la reacción dolor es mucho menor que la que produce el neotrepol, teniendo además la ventaja de que con una modificación que han introducido y que la hace una solución estable, se puede inyectar por vía venosa, ideal al que todos aspiramos poder llegar con los compuestos bismúticos.

Dr. Casal.—Las impresiones que sobre el neotrepol traen los Dres. Portilla y Dauden, están ya confirmadas por todos. Considera que el dolor no puede ser comparado al de la medicación mercurial y reconoce que reacciones inflamatorias tiene pocas el neotrepol. Para evitar el dolor, su técnica es disminuir la dosis y aproximar las inyecciones, con lo que ha conseguido casi la desaparición total de los dolores. Casos de estomatitis no ha observado ninguno. Refiriéndose al enfermo descrito por el Dr. Cubero, cita dos casos más de edema de laringe, tratados con éxito con el neotrepol.

Dr. Sáinz de Aja.—Asunto ya muy discutido, es conocida, por tanto, la opinión de cada uno; no obstante, quiere insistir en la necesidad de decir una y otra vez que hay que tener grandes precauciones, respecto á las dosis que se emplean de bismuto, sobre todo por parte de los médicos generales, toda vez que él ha observado ya reacciones de Herschheimer y con dos y tres inyecciones estomatitis intensas y albuminuria. Por el contrario, señala el hecho curioso de que en sus enfermos de neurosífilis toleran cantidades enormes

de 16 y 18 inyecciones, sin tener siquiera el reborde bismútico.

Dr. Covisa.—Señala como objeciones á la disertación é intervenciones sobre el bismuto la de creer, con muchos sifiliógrafos franceses, que la negatividad del Wassermann no se consigue en muchos casos hasta la segunda serie de bismuto, y que la mayor parte también de los enfermos tratados con bismuto no se libran de su ribete bismútico correspondiente.

Por otra parte, conformes todos en que es una medicación excelente, lo interesante ahora considera que es ver sus indicaciones principales; y á este objeto, él señala su impresión de que en dos casos considera interesantísimo en sus efectos al bismuto: en las neuritis ópticas y en las lesiones específicas vasculares.

Dr. Portilla.—Rectifica. Dice que no cree que de ninguna medicación pueda considerarse dicha la última palabra; pero que del neotropol falta todavía tiempo y experiencia para decir la penúltima.

Entiende que el interés de la nueva medicación bismútica, que ha entrado en la terapéutica antisifilítica por la puerta grande, justifica y obliga á todos á la colaboración en su estudio, y que el único sitio donde seriamente puede hacerse es la clínica, recogiendo y sumando observaciones y comparando resultados; por eso es interesante, aunque sea poco ameno, escuchar la lectura de las historias.

Considera de suma utilidad el neotropol, pero no exento de inconvenientes, cosa que hay que advertir á los compañeros no especializados, porque ninguna medicación que ofrezca riesgos puede ser manejada por quien no sea capaz de conocerlos y de prevenirlos.

Habla del dolor que las inyecciones producen, y que es, en efecto, variable según los individuos, pero que en ocasiones no tiene duda de que constituye una seria complicación.

Insiste en la beneficiosa influencia contra el Wassermann, y al hablar de la frecuencia de las pigmentaciones bismúticas, estima que hay alguna discrepancia entre sus lecturas y sus observaciones; pero que cuando éstas alcanzan un número de alguna consideración, hay que manifestar serenamente lo que se ha visto, por lo que tiene que repetir que ha visto en sus enfermos estomatitis bismúticas, úlceras *d'emblee* sin pigmentación, y gingivitis y tumefacciones dolorosas y difusas de las encías, también despigmentadas. Naturalmente que lo contrario es la regla, y la pigmentación lo más frecuente, pero no constante.

Agradece á todos los señores su amable intervención.

EL SECRETARIO DE ACTAS

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 18 DE ENERO DE 1923

Desprendimiento de la retina.

El Dr. Rodolfo del Castillo dice que va á exponer á la consideración de los señores socios, dos casos de desprendimiento de la retina que á su juicio son interesantes por el tratamiento empleado en los mismos y los resultados obtenidos.

La primera observación se refiere á un joven de quince años, natural de Murcia, sin antecedentes patológicos y que en Enero de 1922 sufrió un traumatismo en la región malar del lado izquierdo, notando á los tres días de este accidente, que había perdido la visión del ojo correspondiente al lado traumatizado. Cuando perdió este ojo, notó que tampoco

veía con el ojo derecho, en el que se formó al poco tiempo una catarata.

El enfermo se presentó á la observación del Dr. Castillo el día 21 de Noviembre del 22, resultando de la exploración del mismo, que el ojo derecho estaba ciego (percepción luminosa), con un tono de 8 milímetros (tonómetro de Schiotz); al examen oftalmoscópico se apreció una catarata silícea con grandes sinequias iridianas. En el ojo derecho la visión central no alcanzaba más que á ver dedos á 15 centímetros de distancia con mucha dificultad. La visión periférica era inexplorable, el tono ocular marcaba 15 milímetros y el examen oftalmoscópico demostraba la existencia de un desprendimiento total de la retina con desgarró de esta membrana en la porción superior é izquierda.

El día 22 de Noviembre del 22 se le practicó la operación de Daustchmann en el ojo izquierdo y se le transportó á la cama poniéndole un vendaje binocular compresivo y administrándosele durante ocho días que reposó en el lecho en decúbito supino sudoríficos (polveros de Dower y Scila). Cuando á los nueve días se le quitó el vendaje se apreció que con el ojo operado podía contar dedos á medio metro de distancia, y el examen oftalmoscópico y el tono ocular no habían variado lo más mínimo. El día 2 de Diciembre se le hizo otra transfijión de Deutschmann con su correspondiente reposo en decúbito supino, vendaje compresivo y sudoríficos durante ocho días, al cabo de los que ni la visión, tono, ni desprendimiento, habían sufrido modificación alguna.

El día 12 de Diciembre se le practicó el hemiblandaje inferior elevándose de nuevo el tono 25 milímetros. El examen de la agudeza visual central y periférica como asimismo la exploración oftalmoscópica no acusan variación alguna. Contra nuestra opinión y consejo, este enfermo se marchó á Albacete el día 25, pues tenía empeño de pasar las Pascuas con su familia y le dió una carta para el Dr. Belmonte, distinguido oculista albacetense, para que cada ocho días le pusiera una inyección subconjuntival de agua salada al 10 por 100 con observación del oftalmotono antes y después de cada inyección.

El día 29 me escribe el enfermo muy apenado dándome cuenta que á los dos días de llegar á Albacete había perdido casi por completo la visión ganada; pues á duras penas veía los dedos de la mano y eso muy cerca. Le aconsejé que viniese y, en efecto, nos encontramos con que la retina se había desprendido casi en su totalidad y que el tono era de 8 milímetros.

Estos dos casos, dice el Dr. Castillo, los estimo interesantes por haber empleado en los mismos una terapéutica nueva, el blindaje de Lagrange, que marca una ruta en la terapéutica del desprendimiento de la retina, teniendo en cuenta que en esta afección la hipotensión es constante y en su consecuencia todas las intervenciones que tengan por objeto el elevar el oftalmotono proporcionarán un efecto beneficioso en esta dolencia, porque el vítreo en tensión normal sirve de medio de sostén á la retina. En uno de nuestros casos empleamos la operación de Deutschmann por tratarse de un caso antiguo con retracción del vítreo, y esta operación tiene por fundamento desbridar ampliamente el cuerpo vítreo y establecer una amplia comunicación entre el espacio subretiniano y el cuerpo vítreo provocando un desagüe de aquella cavidad.

El día 20 de Diciembre del 22 se le practicó en dicho ojo izquierdo el hemiblandaje superior del ojo según el método de Lagrange, pudiendo observar á las cuarenta y ocho horas de operado que el tono ocular se había remontado á 20 milímetros, que la reacción postoperatoria no era violenta, que la

visión central no se había modificado y que la retina seguía desprendida como antes de la intervención.

A los dos días el oftalmotono bajó á 15 milímetros y se ha mantenido en esta tensión á pesar del hemiblandaje inferior que se practicó el día 28. Ocho días después se le puso una inyección intratenoniana de cloruro sódico al 10 por 100 que elevó transitoriamente la tensión á 20 milímetros, bajando á 15 milímetros á las veinticuatro horas de puesta.

El segundo caso es el de un hombre de cuarenta y cuatro años, de antecedentes sífilíticos, que sufrió un traumatismo en pleno ojo derecho con un tapón de corcho violentamente desprendido de una botella de sidra el día 21 de Septiembre de 1922.

Se presentó á la observación del conferenciante el día 12 de Diciembre de 1922, observándose por la exploración que la agudeza visual central era de bultos á 15 centímetros de distancia, iridodonesis, cuerpos flotantes del vítreo y un desprendimiento total de la retina con un oftalmotono de 8 milímetros.

Se le practicó el hemiblandaje el día 15 de Diciembre provocando una débil reacción inflamatoria en el ojo operado y una ligera inyección conjuntival y fotofobia muy molesta en el otro ojo, que desapareció espontáneamente en cuarenta y ocho horas. El día 16 al quitar el apósito observamos con satisfacción que la retina se había reaplicado en toda su extensión excepción hecha del cuadrante inferior y extenso en que existía una zona despegada.

El tono se remontó á 35 milímetros y la agudeza visual central le permitía al enfermo contar dedos á 2 metros. El examen campimétrico acusa un escotoma superior izquierdo y el resto del campo visual está ligeramente estrechado, la iridodonesis desapareció y los cuerpos flotantes del vítreo persisten. El oftalmotono se mantuvo en 25 milímetros hasta el séptimo día que bajó á 20 milímetros.

Dr. Marín Amat.—La comunicación del Dr. Caetillo es de gran interés, en cuanto se refiere al tratamiento del desprendimiento de la retina.

Esta afección llega á curar algunas veces (muy pocas por desgracia) de un modo espontáneo y nosotros hemos publicado un caso de esta naturaleza (1) que con otros que conocemos de Thomson, Terson, Natanson, Dor y Blanco, viene á demostrar la escasa casuística sobre el particular. Nuestro caso, miope de seis dioptrías, curó completamente á los seis meses de sufrir un desprendimiento total de la retina y con visión nula (el otro ojo no tenía visión desde hacía muchos años y por otra causa), sin haber empleado absolutamente ningún tratamiento y habiendo quedado el ojo sin la menor alteración anatómica ni funcional.

Lo que hace falta es investigar el mecanismo íntimo que emplea la naturaleza en la curación de estos milagrosos casos para poder copiarlos empleando una terapéutica en consonancia con ellos. Entretanto, tenemos que contentarnos con los múltiples tratamientos tanto médicos como quirúrgicos que se han preconizado, algunos con tan poco fundamento, según mi modo de ver, como es por ejemplo la iridectomía. De todos modos no debemos desesperar y cada uno investigar por su parte, á fin de poder alcanzar este *desideratum* de la oftalmología. Entre los procedimientos que yo he empleado, el que me parece mejor es el de la punción escleral, en el sitio de elección (segmento inferoexterno del globo), para dar salida al líquido subretiniano, seguido de la inyección subconjuntival de cloruro de sodio al 10 por 100

y la permanencia en cama. En los casos incipientes, no malignos y afortunados (que son muy raros) las inyecciones salinas son las más indicadas.

El «colmattage» de Lagrange me parece muy racional. Todo lo que sea aumentar la tensión ocular, aquí tan disminuida, es facilitar el pegamiento de la retina, y por tanto, la curación; ahora bien, el efecto obtenido con el procedimiento del profesor Lagrange, que es la obstrucción de la vía anterior de desagüe del globo ocular, mediante la formación de un tejido cicatricial subconjuntival en toda la región ciliar, puede obtenerse también con cualquier inyección subconjuntival irritante, cianuro de mercurio, y el mismo cloruro de sodio, puestas alrededor del limbo esclerocorneal, hasta soldar por completo la conjuntiva á la esclerótica; inyecciones estas que al mismo tiempo pueden irse poniendo cada vez más atrás, al objeto de ir obstruyendo las restantes vías linfáticas del desagüe del ojo, tanto en la región ecuatorial, cuanto todas las que se puedan del polo posterior.

Estas inyecciones irritantes, que á la larga obstruyen las vías de eliminación linfática del ojo, á la vez que la punción escleral en los casos de desprendimientos acentuados y el reposo, serán los recursos á emplear, mientras que no dispongamos de otros mejores.

Yo confío en que andando el tiempo se llegará á encontrar un tratamiento curativo para una afección que en ocasiones se cura sola, como es el desprendimiento de la retina.

Dr. Márquez.—El desprendimiento de la retina es una afección rebelde á todos los tratamientos, y por eso están justificadas todas las tentativas de encontrar uno mejor, pero hay casos que desgraciadamente serán siempre incurables.

Otros, por el contrario, aunque en corto número (yo poseo tres ó cuatro evidentes), se curan y muchos se alivian ó bien se curan transitoriamente para volver después á recaer.

A mí los tratamientos que mejores resultados me han dado, son: la inyección hipertónica *intratenoniana* de cloruro sódico (15 por 100), para los extendidos en superficie y de poca profundidad, y la punción en caso de bolsa prominente.

Celebraría muy de veras que el blindaje de Lagrange empleado por el Dr. Castillo le diera los resultados que busca, ó bien algún otro tratamiento que si fuera eficaz merecería nuestro compañero la gratitud de todos.

Rectificación.—Dr. Rodolfo del Castillo.—Agradece á los Dres. Marín Amat y Márquez su intervención y se muestra conforme en que las inyecciones subconjuntivales de agua salada y la punción escleral, suelen dar buen resultado en algunas ocasiones pero, como estos son excepcionales debemos investigar y estudiar otros procedimientos cuya eficacia sea más positiva.

Se muestra partidario del blindaje conjuntival de Lagrange en dos tiempos, que es una operación de una técnica sencillísima y de una inocuidad absoluta.

El Dr. Basterra hace uso de la palabra para exponer sus «Casos clínicos» y casos de conjuntivitis primaveral tratados y curados con ictiol.

Entre los primeros, presenta un enfermo adulto de conjuntivitis purulenta de origen gonocócico, como se demostró en repetidos exámenes microscópicos de la secreción. El enfermo, tratado con toques de nitrato de plata fuertes, instilaciones frecuentísimas de argirol al 20 por 100, lavados de permanganato, suero antigonocócico, curó sin dejar huellas de su enfermedad en el ojo izquierdo y algo lesionada la córnea en el derecho, en que el exponente piensa intervenir, en ocasión oportuna, para mejorar la visión.

Refiere otro caso de anomalía de los párpados del ojo derecho por retracción cicatricial, y el procedimiento quirúrgico.

(1) Archivos de Oftalmología Hispano-americanos. Enero, 1919, pág. 20.

gico seguido para su conexión con fotografías, donde se puede apreciar el resultado.

Da á conocer varios casos de conjuntivitis primaveral tratados con ictiol y vendaje oclusivo en los cuales dice haber obtenido excelentes resultados, sobre todo en los de forma bulbar. Lamenta que en la sesión anterior se pusiera en duda la eficacia de dicho tratamiento que tiene en su apoyo la autoridad de Axenfeld, de cuya obra lee el expositor párrafos que se refieren al empleo del ictiol en dicha afección.

Interviene el Dr. Marín Amat, prometiendo al Dr. Basterra ensayar dicho tratamiento en el primer caso que se le presente, y el Dr. Márquez, que sin negar en absoluto lo dicho por el Dr. Basterra, respecto á la eficacia del ictiol, lee otros párrafos de la misma obra de Axenfeld, que están á continuación de los leídos por el Dr. Basterra, en los que se ve que no se puede ser muy optimista respecto al resultado del empleo del ictiol en el catarro primaveral.

Rectifica el Dr. Basterra ateniéndose al éxito obtenido en sus casos particulares por dicho medio terapéutico.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: En sesión del 16 de Junio último, el Real Consejo de Sanidad aprobó por unanimidad las adjuntas «Instrucciones técnico-sanitarias para los pequeños Municipios», proponiendo su publicación en la *Gaceta* para conocimiento general de dichos Ayuntamientos, los cuales deberán tenerlas presentes al redactar ó aplicar sus Reglamentos de Higiene local.

Y habiéndose conformado S. M. el Rey (q. D. g.) con el preinserto dictamen, se ha servido resolver como en el mismo se propone.

Lo que de Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Enero de 1923.—Almodóvar.—Señor director general de Sanidad.

Instrucciones técnico-sanitarias para los pequeños Municipios (1).

Dependiendo la salubridad de todo núcleo de población (ciudad, villa, aldea, colonia, caserío, etc.) de las condiciones sanitarias que reúna el terreno donde aquél asienta, y de las inherentes á cada uno de los elementos (viviendas, edificios colectivos ó públicos) que integran dicho núcleo, se trata independientemente de unas y de otras en estas Instrucciones, de cuyo cumplimiento estarán encargadas las autoridades sanitarias y los alcaldes de los respectivos Municipios.

Del suelo.

Artículo 1.º Para que reúna buenas condiciones higiénicas cualquiera aglomeración urbana ó rural, precisa que esté levantada sobre un suelo «salubre». Un terreno puede considerarse como tal, cuando es seco, no entran en su composición materias putrescibles, ni exista en su vecindad ningún foco de infección capaz de impurificar el aire atmosférico ó las aguas del subsuelo, ó bien de facilitar el desarrollo de mosquitos ó de insectos voladores, capaces de propagar determinadas enfermedades.

(1) Se consideran como tales aquellos cuya población no pasa de dos mil almas, elevándose á 7 207 el número de los que pueden incluirse en España en dicha categoría.

Desecación del suelo.

Art. 2.º Siendo altamente perjudicial para la salud pública la excesiva humedad del suelo, siempre que un núcleo de población ó parte del mismo (barrio ó calle) asiente sobre un terreno en el cual la capa acuífera se encuentre á poca profundidad (hasta tres metros), deberá realizarse la desecación de dichos terrenos para sanearlos y transformarlos en salubres.

Art. 3.º Para conseguir la desecación del terreno, y con ello su saneamiento, podrán emplearse en la modesta esfera que los recursos de los Municipios y colaboración de los propietarios lo permitan, cuantos medios conduzcan al descenso del nivel de la capa acuífera subterránea hasta cuatro metros como minimum, y entre ellos preferentemente los «drenajes», las plantaciones y la apertura de pozos, con la precisa condición de no utilizar para la bebida el agua que éstos proporcionen, por ser casi segura su contaminación, si están en poblado.

Art. 4.º Los drenes ó conductos enterrados podrán ser de fábrica, mampostería ó ladrillo, de gres, hormigón, barro, etc., y su sección adoptar la forma circular, semicircular, oval, rectangular ó, en general, la que se considere más apropiada, dados el volumen de agua á desplazar y la pendiente de los drenes, que no debe bajar del 5 por 1 000. Pueden sustituirse los drenes por una trinchera llena hasta cierta altura (la mitad ó un tercio de la total) de piedra pequeña ó grava gruesa, por entre la que el agua filtrada circula, no debiendo en este caso ser menor del 6 por 100 la pendiente del fondo de la zanja, el cual deberá estar algo más profundo del nivel que se pretende tome la capa de agua.

Los drenes establecerán una red subterránea, que circunvalará el terreno á sanear, y cuyos ramales principales seguirán la dirección de las calles y vías, siendo siempre condición precisa para su establecimiento que el agua que por ellos circule tenga franca salida, pues, de lo contrario, se convierte en órganos protectores de larvas.

Art. 5.º Las plantaciones pueden efectuarse agrupando las especies arbóreas para formar pequeños bosques, ó distribuyéndolas á lo largo de calles y paseos; los jardines y los cultivos provocan, como el arbolado, la absorción del agua del suelo, facilitando la evaporación y la infiltración.

Los pozos deberán profundizar un par de metros por debajo del nivel ordinario de la capa acuífera, y estar revestidos, presentando mechinales ó aberturas en sus paredes, para el paso del agua del exterior al interior. Su empleo será positivamente eficaz cuando el espesor de la capa impermeable sea reducido y pueda ésta perforarse, con lo que las aguas filtrarán hasta encontrar una nueva capa impermeable.

Supresión de aguas estancadas.

Art. 6.º Constituyendo un grave peligro para la salubridad de los lugares habitados la existencia á corta distancia (menos de 2 kilómetros) de charcos, balsas, pantanos, y en general de aguas estancadas, periódica ó permanentemente, por ser éstas origen del paludismo y demás enfermedades telúricas, es de la mayor importancia el procurar la supresión de dichas aguas en todo núcleo de población, y si esto no es dable con los recursos disponibles, tomar las medidas de defensa más prácticas para aminorar los estragos de dichas enfermedades, destruyendo las larvas de los mosquitos, que son los agentes propagadores, ó deteniendo á

éstos con cortinas de arbolado para limitar su zona de acción.

Art. 7.º Conocido el origen del estancamiento de las aguas, ya sean pluviales, ya provengan de crecidas de ríos ó arroyos, ó de embalses producidos por retenciones de los mismos por medio de presas ó diques, se estudiará si puede bastar para la supresión de aquéllas ó su puesta en movimiento, la acción individual del Municipio, secundada por el vecindario, ó se hace indispensable la actuación directa del Estado.

Art. 8.º Podrá ser suficiente la primera, cuando se trate de charcas ó balsas que puedan á poca costa rellenarse de arroyos ó caceras de fácil desviación de terrenos pantanosos poco extensos que puedan desaguar mediante drenajes ó vaciarse por la apertura de pozos que perforen la capa impermeable y dedicarlos después al cultivo ó transformarlos en bosques, con lo que se completa su desecación.

Será precisa la acción del Estado ó de Empresas particulares á las que convenga aprovechar los beneficios de la ley de Aguas de 1879, y la de Saneamiento de terrenos pantanosos de 24 de Julio de 1903, en las comarcas ó zonas bajas de extensos terrenos encharcables por las mareas ó crecidas de ríos, ó en las que las aguas pluviales, por la impermeabilidad del suelo y falta de pendiente, no pueden filtrar en aquél, corriendo por la superficie hasta encontrar hoyos ó cavidades donde se estancan. En tal caso, los alcaldes expondrán la situación verdadera á los inspectores provinciales de Sanidad, quienes con su informe trasladarán los antecedentes de cada caso á las respectivas Comisiones Sanitarias provinciales y central, ó de no existir éstas, á los organismos técnico sanitarios que las substituyan.

Defensa contra las enfermedades telúricas.

Art. 9.º Para reducir los efectos del paludismo y enfermedades que se desarrollan en las comarcas pantanosas, deberán rodearse de plantaciones los estanques, balsas ó charcas, interponiendo entre tales depósitos de aguas estancadas y el terreno poblado, una cortina de árboles que detengan los anofeles adultos y demás mosquitos propagadores de dichas enfermedades.

Para la desecación de los terrenos pantanosos se escogerán vegetales herbáceos muy ávidos de agua (praderas naturales, pinos, mimbrés, sauces, etc.).

Conviene igualmente procurar la multiplicación en dichos estanques ó depósitos de pescados, por devorar éstos las larvas del anofeles y del cules, mosquitos cuyas picaduras producen las mencionadas enfermedades.

Para hacer inofensivas las aguas estancadas que no se pueden movilizar ni suprimir, basta extender sobre su superficie, cubriéndolas completamente, una capa de aceite verde de esquistos, petróleo ordinario, bruto ó refinado, una mezcla de petróleo y alquitrán, á partes iguales, creolina, etc., que destruya las larvas de mosquitos al privarles de respiración; bastan 10 á 15 centímetros por metro cuadrado, cualquiera que sea el espesor de la capa de agua. El petrolado es más eficaz en primavera, antes de la transformación de las larvas en insecto alado, y es preciso renovarlo cada quince días; el petróleo penetra en el orificio respiratorio de la larva y la asfixia.

Está dando también buenos resultados para destruir las larvas de anofeles el plantar en las orillas de las charcas, estanques y terrenos pantanosos, etc., ciertas especies de algas caráceas, como la «chava hispida», la fragilas, la chara fétida, la asprellah, chara áspera, etc.

Art. 10. Estando comprobado no necesitan los mosquitos

grandes cantidades de agua estancada para permanecer y desarrollarse, debe prohibirse el arrojar á las inmediaciones de las viviendas ó vía pública, trozos grandes de vasijas ó recipientes susceptibles de llenarse con el agua de lluvia, debiendo recubrir con tapa llena ó con celosía de malla cerrada las bocas de los pozos, baldes, cubos y útiles usados para la recogida del agua de lluvia ó riego.

En todo Municipio enclavado en la zona palúdica deberá figurar una cantidad anual en su presupuesto para gastos de la lucha antipalúdica, principalmente preparados de quini-na para el tratamiento de los portadores de gérmenes, y petróleo para la lucha contra las larvas de anofeles, y la inversión de estas sumas se hará de todos modos, previos informes y siguiendo las indicaciones de la Comisión para saneamiento de las comarcas palúdicas, que depende del Ministerio de la Gobernación.

Art. 11. La defensa más eficaz de las viviendas y locales habitables en las comarcas palúdicas contra los mosquitos estriba en el empleo de telas metálicas muy tupidas en los huecos, puertas y ventanas dobles, y preferentemente de cierre automático. Las habitaciones infectadas deben pulverizarse con creolina al 5 por 100, ó bien quemar azufre (8 gramos por metro cúbico de habitación), tabaco (20 gramos por metro cúbico) ó polvo de piretero (20 gramos por metro cúbico); lo mejor es el azufre en la proporción de 40 gramos por metro cúbico de capacidad de la habitación. La acción del gas deberá durar veinticuatro horas, cerrándose con papel engomado todas las aberturas para impedir salga de la pieza el ácido sulfuroso.

Emplazamientos de nuevas barriadas, centros industriales ó colonias.

Art. 12. Cuando haya de elegirse emplazamiento para establecer barriadas, colonias ó, en general, centros habitados, se tendrá en cuenta reúne un terreno tanto mejores condiciones de salubridad cuanto en mayor grado alcance las que siguen:

- a) Sequedad del suelo (profundidad superior á 4 metros de la capa acuífera) y que en su constitución no entren materias putrescibles.
- b) Ofrecer un pequeño desnivel que permita la fácil evacuación de las aguas pluviales y caseras.
- c) Estar relativamente próximo á un origen de agua potable que permita el abastecimiento.
- d) No existir en la vecindad (hasta un kilómetro) ningún foco infeccioso, ni establecimiento insalubre á distancia mínima de 500 metros.
- e) Estar protegido de los vientos reinantes muy fríos ó violentos.
- f) Quedar á tal distancia de las carreteras, que el polvo levantado á su paso por los automóviles no pueda llegar hasta las viviendas.

Por lo general son recomendables los terrenos ligeramente ondulados, situados en las laderas de los valles ó montañas que protegen de los vientos y á corta distancia de manantiales ó aguas corrientes, ofreciendo, sin embargo, una cota, 10 ó 13 metros como minimum, superior á la del talweg de los cursos de agua. Cuando el suelo es arcilloso y, por lo tanto, impermeable, se encharca con las aguas de lluvia y resulta muy húmedo, son preferibles los terrenos arenosos, de grava ó margas calizas, que dan paso fácil al agua y se secan rápidamente, y son desechables los terraplenados, á menos que se hayan rellenado con materias no putrescibles (arena, tierra, escombreras de minas ó altos hornos, etc.).

De las calles ó plazas.

Art. 13. Las calles y vías principales deberán tener, á ser posible, una orientación que varíe poco de la Norte-Sur. La anchura será como minimum 10 metros. Sólo en calles ó vías de gran anchura será permitido el plantar árboles, siempre que no dificulten la penetración de los rayos solares en las viviendas que las bordean.

Art. 14. El perfil longitudinal de las vías conviene sea sensiblemente horizontal; cuando la topografía del terreno obligue á hacer calles en rampa, se procurará que la inclinación no pase del 5 por 100, y sólo en tramos muy cortos se llegará como maximum al 10 por 100, y por excepción al 15 por 100, siempre que no se pretenda el acceso á ellas de los vehículos.

En sentido transversal todas las calles deberán presentar una superficie convexa, para que las aguas viertan á los bordes en vez de discurrir por el centro de la vía. El bombeo debe tener una flecha que sea aproximadamente $\frac{1}{10}$ de la anchura, no prescindiéndose nunca de las cunetas para facilitar el desplazamiento de las aguas pluviales y de los paseos y aceras laterales. La máxima inclinación transversal tolerable es del 3 por 100.

Art. 15. Para facilitar la limpieza y evitar el encharcamiento del suelo y subsuelo, debe procurarse el pavimentar las calles y vías. El pavimento debe ser tan unido é impermeable como se pueda. Si por lo costoso no pudieran utilizarse siquiera en las vías principales el asfalto, el adoquinado, ni ningún sistema de pavimento continuo, se acudirá al macadam (1), á la grava triturada y apisonada, al hormigón pobre en cemento ó con cal hidráulica, al empedrado de cuña, al ladrillo partido mezclado con arcilla, y, en general, á materiales resistentes y poco permeables.

En las plazas, paseos, etc., deberán tener siempre las aguas de lluvia salida natural, y pavimentarse los paseos destinados á peatones y vehículos con losas de piedra, con adoquines tomados con cemento, con baldosín de cemento comprimido, con losa continua de cemento.

Art. 16. Dado el considerable desarrollo de la circulación de vehículos automóviles por las carreteras, se procurará que estas vías no coincidan con las calles, desviando aquellas cuando así sucediese si fuera posible, corrieran estos gastos á cargo del Estado, Diputación ó entidad con medios para sufragarlos. Los nuevos núcleos de población deberán alejarse siempre de las carreteras de mucho tránsito.

De las viviendas.

Art. 17. Está demostrado por las estadísticas sanitarias de todos los países, que la mejora de la salud pública en cualquier núcleo de población responde siempre al perfeccionamiento en las condiciones de las viviendas, sean urbanas ó rurales.

El alojamiento insalubre debilita el organismo humano y apropia así el terreno para el desarrollo del bacilus de la tuberculosis (enfermedad de la obscuridad), de la fiebre tifoidea y otras dolencias (miseria fisiológica, anemia, raquitismo, reumatismo, etc.).

El grado de salubridad de las viviendas depende esencialmente:

a) Del estado de sequedad del suelo sobre el que se levantan y de los muros exteriores.

(1) El macadam es un empedrado compuesto de piedra partida en diferentes tamaños, amalgamados con arena húmeda y fuertemente comprimidos por medio de rulos de 4 á 10 toneladas de peso.

b) De la aireación y soleamiento de cada una de las piezas habitables.

Toda habitación para ser salubre, debe ser seca, bien aireada y soleada, condiciones que se relacionan con el emplazamiento, orientación de las fachadas, proporción entre anchura de calles y altura de casas, materiales empleados en la construcción, etc., etc.

Emplazamiento.

Art. 18. Cuando cabe elegirlo, debe escogerse un sitio moderadamente elevado, abrigado de los vientos fríos ó húmedos y permitiendo la libre circulación del aire alrededor de las cuatro fachadas. Se evitará situarse en regiones bajas en donde el aire es menos puro, á la inmediación de los cursos de agua, grandes estanques, lagunas, etc., ó adosados á cortaduras del terreno, terraplenes ó muros de contención, debiendo preferir la casa aislada á la rodeada por otros edificios y procurar retrasar la vivienda de la calle para impedir llegue á aquélla el polvo de ésta, que, de no estar bien cuidada, levantan á su paso los vehículos de tracción animal y especialmente los que marchan á gran velocidad.

Orientación.

Art. 19. Debe darse la que esté indicada, según la situación del lugar, para tener el maximum de insolación y proteger de los vientos dominantes, si son húmedos ó fríos. Por lo general, conviene orientar al Mediodía la fachada principal, con lo que el soleamiento es máximo durante los meses de invierno, en que es más útil. Sobre dicha fachada al Mediodía, y en su defecto, sobre las Este-Oeste, deben situarse las piezas más habitadas (alcoba, comedor, gabinete), estableciendo la cocina, W. C., etc., sobre las más ventiladas y en la orientación Norte, si á ella hubiera fachada, la sala y habitaciones ocupadas de ordinario escaso tiempo.

Protección de la humedad.

Art. 20. Toda casa edificada sobre un suelo húmedo debe rodearse de un drenaje que descienda por lo menos 0,50 metros por debajo de cimientos y del suelo de los sótanos, asegurándose la buena evacuación de las aguas recogidas por los drenes.

Art. 21. Para impedir que la humedad del suelo, ascendiendo por capilaridad á través de los muros de cimientos, llegue á los pisos, conviene establecer en aquéllos á 0,50 metros por debajo de la rasante de éstos una tortada de mortero muy hidráulico (una parte de arena fina y otra de cemento portland) de cuatro á seis centímetros de espesor, que aisle á dichos pisos de los cimientos. Puede igualmente emplearse el asfalto ó cualquier producto impermeable.

Deberá establecerse el piso inferior aislado del terreno natural, bien por una cámara de aire, bien por una capa impermeable de espesor mínimo de 0,30 metros (zampeado de hormigón hidráulico, losa de mortero de cemento ó de baldosín sobre capa de escorias, arcilla, etc.) y emplear cubiertas impermeables (de teja árabe ó plana, cinc, hormigón con una capa de substancia que las impermeabilice, pizarra, etcétera, etc.) que impidan la penetración de las aguas pluviales.

Art. 22. En las regiones de lluvias abundantes y fuertes vientos se protegerá de la humedad proveniente del azote frecuente contra los muros exteriores del agua de lluvia, construyendo los expuestos á dicha acción con mortero hidráulico, ó en su defecto, enlucidos con el citado mortero ó protegiéndolos con baldosín vitificado, pizarra natural ó artificial (uralita) ú otros materiales impermeables.

Conviene con el propio fin no construir los muros exteriores con materiales higrométricos (absorbentes de la humedad atmosférica), como las maderas y ciertas piedras y sobre todo no emplear el tapial (que debe reservarse únicamente para los muros de cerramiento) ni el mortero de barro y cal grasa.

En los casos en que por imponerlo la economía, se empleara el tapial en los muros, sólo será tolerable este material cuando se establezcan aquéllos sobre una fundación de fábrica tomada con mortero de cemento ó cal hidráulica, elevándose por lo menos 0,30 metros sobre la rasante del terreno.

Los buenos materiales de construcción deben ser porosos (dar fácil paso al aire) para preservar el interior de los edificios de la humedad atmosférica, pero no higrométricos, por resultar siempre heladizos, y á los muros exteriores debe dársele el espesor necesario para que protejan de los agentes atmosféricos; generalmente basta para conseguir este fin con un espesor mínimo de 0,50 metros.

Iluminación y saneamiento.

Art. 23. Para que la influencia bienhechora y microbicida de los rayos solares se ejerza con el mayor grado posible, conviene:

a) Que la altura de las casas no sea nunca superior á la anchura de la calle, á fin de que los rayos solares inclinados 45° lleguen en ciertas horas hasta el pie de las fachadas orientadas al Mediodía, Este ú Oeste. Con este fin deberán, siempre que haya terreno para ello disponible, retrasar las fachadas sobre la vía pública.

b) No economizar huecos en las fachadas soleadas, ni reducir innecesariamente las dimensiones de éstos, que deben ser de 1 $\frac{1}{2}$ metro cuadrado como mínimo.

c) No interponer ningún obstáculo (construcciones auxiliares, arbolado, etc.), que dificulte la llegada hasta las habitaciones de los rayos solares y evitar en éstas todo entrante ó rincón al que no pueda tener acceso directo la luz solar, ya que en tales condiciones, esas partes ó trozos de la vivienda se transforman en receptáculo de polvo y en origen de impurificación del aire, al que falta la acción depurativa de la luz solar indispensable á la vida. Por parecidas razones conviene prescindir de las molduras de yeso ó staf, revestimiento con telas, papeles pintados, etc., que pueden constituir depósitos de polvo ó motivos de suciedad, limitándose á los encalados, guarnecidos ó pinturas y redondeando las uniones de los tabiques con el techo.

Superficie de las casas.

Art. 24. La superficie ocupada por cada casa y destinada á una familia por planta, no deberá ser inferior á 200 metros cuadrados, incluyendo en aquella superficie el patio, huerto, jardín ó corral afecto á la casa, y pudiendo ser utilizado por sus moradores.

Condiciones que deben reunir las piezas habitables.

Art. 25. Toda pieza habitable de día ó de noche, deberá tener comunicación directa con el exterior por medio de balcón ó ventana de 1,50 metros cuadrados como mínimo, que permita la iluminación y aireación amplias. La relación entre la superficie vidrada dando acceso á la luz y de la habitación que aquella ilumina, debe estar comprendida entre un sexto y un décimo, y la profundidad de dicha habitación no debe exceder del doble de la altura. Las ventanas deben estar á 0,75 metros del suelo y á 0,15 metros (como promedios) del cielo raso.

Igualmente deberán dichas piezas estar aisladas de todo foco de impurificación del aire, debiendo considerarse como

tales los alojamientos de animales domésticos ó de trabajo (cuadras, establos, porquerizas, etc.). Esto exige el establecer en construcciones independientes las viviendas humanas de los alojamientos de animales y alejar de aquéllas los depósitos de estiércol, basuras, pozos negros, ó Mouras, residuos industriales, etc. (de 15 á 20 metros como mínimo).

(Continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 698,2; ídem mínima 695,4; temperatura máxima, 23°,8; ídem mínima, 2°,4; vientos dominantes, N. SO.

Con alguna mayor frecuencia que en las semanas anteriores, se han presentado en la que hoy termina, las congestiones activas y las hemorragias de los órganos respiratorios y de los centros nerviosos. Los catarros gripales continúan en la misma proporción, con visible tendencia al alivio.

En los niños sigue siendo favorable el estado de la salud.

Crónicas.

Conferencia internacional sobre la doctrina española de la tuberculosis.—La Comisión organizadora de esta Conferencia, que fué señalada para celebrarse en Madrid la primavera del año actual de 1923, ha acordado aplazar su celebración hasta el próximo otoño, á petición de numerosos señores adheridos, quienes han solicitado disponer de mayor tiempo para preparar sus comunicaciones. Induce también á proceder así el haberse acordado suspender para entonces el Congreso de reorganización sanitaria nacional que se había de celebrar en Madrid al mismo tiempo.

Dicho aplazamiento no impide que sigamos recibiendo adhesiones de los señores que se propongan intervenir en esta Conferencia; antes al contrario, les rogamos nos manifiesten el propósito que tengan, ya de asistir en persona, ya de concretarse á remitir comunicaciones. Conviene hacerlo así para preparar mejor los trabajos preliminares.

La Conferencia se celebrará probablemente en el Palacio de la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, calle de Arrieta, núm. 10. Con la debida oportunidad se notificará particularmente á los adheridos el día y local en que se celebrará dicha Conferencia.

Se ruega se manden las contestaciones y adhesiones á los nombres y puntos siguientes:

Dr. Jaime Ferrán, apartado 250, Barcelona.

Dr. Angel Pulido, calle de Arrieta, 10, Madrid.

Dr. Rafael Tolosa Latour, Ministerio de la Gobernación, Secretaría del Consejo de Protección á la Infancia, Madrid.

La «Gaceta».—Gobernación.—La del 2 de Enero último inserta una Real orden por la que se dispone que los cargos técnicos de los Laboratorios químicos de higiene sean provistos, siempre que pueda hacerse, por oposición, y que en el caso que tenga lugar la provisión por concurso, sea condición preferente la posesión del título de farmacéutico al de médico.

Estado.—La del 12 de Enero publica otra Real orden por la cual en lo sucesivo deberá exigirse á los funcionarios de nuevo nombramiento, para servir en los territorios españoles del Golfo de Guinea, y como condición indispensable, un certificado facultativo, que expedido en forma legal y suscrito por dos médicos, acreditando que el interesado se halla en perfecto estado fisiológico y en condiciones que le permitan residir en países tropicales, sin que su vida en éstos signifique un inminente peligro para la salud, certificado que presentará en la Sección Colonial de este Ministerio, y sin cuyo requisito no se podrán cursar las correspondientes órdenes de embarque.

Guerra.—La del 15 del actual publica cuatro Reales decretos por los cuales se dispone el cese en el cargo de inspector de Sanidad militar de segunda clase el de la segunda región D. Fidel Lombana y Sáez, pasando á situación de reserva por cumplimiento de edad; nombrando á D. Eduardo Semprún y Semprún inspector de Sanidad militar de segunda clase, y á D. José Fernández y Salvador inspector de la segunda región, que ocupaba antes la octava, nombrando para ésta al Sr. Semprún.

Gobernación.—Una Real orden disponiendo que el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de las oposiciones para la provisión de seis puestos vacantes en el escalafón del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad á que se refiere la Real orden de 14 de Diciembre de 1922, y de otras cuatro plazas vacantes, ocurridas por jubilación y declaradas afectas á estas oposiciones en virtud de Real orden de 28 de Febrero último, y visar la documentación presentada por los opositores resolviendo sobre su admisión ó exclusión definitiva, lo presida V. I., y se constituya con los vocales señores D. Román García Durán, inspector general de Sanidad interior; D. Francisco Murillo Palacios, académico de la Real de Medicina; D. Gregorio Marañón Posadillo, consejero del Real de Sanidad, y secretario, D. José A. Palanca y Martínez-Fortún, inspector provincial de Sanidad de Sevilla, y que asimismo se nombren vocales suplentes á D. Federico Mestre Peón, inspector general de Sanidad exterior, y á don Jorge Francisco Tello, director del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

Instrucción Pública.—La del 17 del actual publica un Real decreto declarando jubilado á D. Tomás Castro Barba, catedrático numerario de la Facultad de Medicina de Cádiz.

—La del 20 del actual publica una Real orden por la que resultando vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla la cátedra de Medicina legal y Toxicología, por excedencia de D. Salvador Pascual Ríos, se anuncie para su provisión á concurso previo de traslación en los términos y condiciones á que se refiere el Real decreto de 30 de Abril de 1915.

Subsecretaría de Instrucción Pública.—Se halla vacante en la Universidad de Sevilla la cátedra de Medicina legal y Toxicología.

Pueden optar á la traslación los catedráticos numerarios del mismo grado de enseñanza que en propiedad desempeñen ó hayan desempeñado cátedra igual á la vacante ó de indudable analogía, por tratarse de la misma materia docente.

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 el 20 del actual.

Instrucción Pública.—Se nombra á D. Francisco Bertrina Cotta, en representación del Ministerio indicado, para que juntamente con los designados por Guerra, Marina y Gobernación, designen una ponencia para estudiar el plan de organización de la educación física en España.

Ultimo retrato de Cajal.—Se encuentra de venta en la Administración de EL SIGLO MÉDICO el último retrato del profesor Cajal, con un autógrafo altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan, cedidos graciosamente por el fotógrafo Sr. Padró, con la venta de los ejemplares, ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

El precio de cada ejemplar es el de 5 pesetas adquiriéndolo en las oficinas de esta Revista, Serrano 58, aumentando 50 céntimos por gastos de envío para provincias.

Las dimensiones del retrato son de 46 de ancho por 65 de alto.

Sociedad Protésico-Dental.—Ha quedado constituida la Junta directiva de la Sociedad Protésico-Dental en la siguiente forma:

Presidente, D. Francisco Plaza; *vicepresidente*, D. Teodoro Pereda; *secretario general*, D. Tomás Blanco; *secretario de actas*, D. Cayetano Lledó; *tesorero*, D. Pedro Trobo; *contador*, D. Rafael Barroso, y *vocales*, D. Antonio González, D. Antonio Roldán, D. Andrés Pesquera y D. Luis Abarca.

Campaña pro huérfanos.—El médico que intencionadamente rehúsa poner los sellos del Colegio de Huérfanos y las certificaciones en el impreso del Colegio de Médicos, no es médico honrado ni anidan en su corazón sentimientos caritativos, pues al no hacerlo quita un poco de pan á los hijos de nuestros malogrados compañeros (Del Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana y Boletín del Colegio de Médicos de Madrid.)

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

La litiasis urinaria, por D. Angel Pulido Martín. Estudio clínico de los cálculos del aparato urinario y su tratamiento. Segunda edición, corregida y aumentada. Precio, 10 pesetas en todas las librerías.

Excipiente inerte.—El español de ordinario carece de memoria para la Historia y de paladar para la manteca; por eso es raro que acierte en política y que haga buenas digestiones.

(Ich.)

Muerte, tu justicia alabo,
que en tu regazo profundo,
lo mismo pesan al cabo
las cenizas de un esclavo
que las de un dueño del mundo.

(Núñez de Arce.)

Yodarsolo.—Zimema.—Agrícola.—Caseal Cálculo.—Al presente número acompañamos una tarjeta sobre estos productos del Laboratorio Chimico Farmaceutico V. Baldacci, de Pisa (Italia), representante en España D. Mario Viale, Torres Amat, 1, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

Productos García Suárez.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio García Suárez, Calle de Recoletos, 2 triplicado, cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicerio - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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