

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO BIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. SANCHIS SANJES Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	E. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Incuria y Colegio de la Paz.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Ciencia 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: Homenaje á Jenner, por el Dr. Nicasio Mariscal.—La anquilostomiasis en las minas de El Centenillo, España, por el Dr. A. P.—Un caso de síndrome adiposo genital de Froelich, con reducción bitemporal del campo visual, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Los fundamentos experimentales para un serodiagnóstico específico de la tuberculosis activa, por Augusto V. Wassermann.—Erisipela migratoria recidivante curada por la proteínoterapia láctea, por el Dr. Tomás de A. Samora.—Bibliografía, por Emilio Luengo Arroyo.—Periódicos médicos.

HOMENAJE Á JENNER

PRELUSIÓN HISTÓRICA SOBRE LA VACUNA

POR EL

DR. D. NICASIO MARISCAL

I

Señor:

Excelencia:

Señores académicos:

Ninguna enfermedad tan grave como la viruela antes del descubrimiento de la acción profiláctica de la vacuna. Mortífera cual la peste, tenía sobre ella la ventaja, ó mejor dicho la desventaja, considerándolo desde el punto de vista que atañe á la pobre y espantada humanidad, de su tendencia á convertirse en endémica; de ser ubicua, esto es, de poder castigar con igual rigor en cualesquiera climas y regiones; de atacar en todas las edades, pues lo mismo la padecía el niño que el anciano, que el hombre viril; ni aun en el claustro materno se veían libres de sus acometidas; de invadir casi todas las partes del organismo; la piel, los ojos, los oídos, la garganta, los bronquios, los aparatos digestivo, circulatorio y urinario; del horrible aspecto de los enfermos, cubiertos de repugnantes costras y llagas,

manando pus por todas ellas, deformes, hinchados, despidiendo hedor insoportable, con el fuego interior de una fiebre que no tenía la válvula de seguridad de la piel sana termorreguladora, la voz ronca, la respiración difícil, entrecortada por quintas de tos seca y dolorosa, y accesos de inminente sofocación, y, por último, de las fatales consecuencias que tenía para el corto número de los que sanaban, los cuales empezaban por perder su belleza, don tan inestimable principalmente en la mujer, quedando unos ciegos, otros sordos, otros mudos, paralíticos ó dementes algunos, mutilados é inútiles muchos para el resto de sus días.

La mortalidad que causaba la viruela era tan grande, que, en las décadas que precedieron al descubrimiento de la vacuna, solamente en Londres fallecieron 193.432 habitantes, y en París, en un solo año, el 1780, causó 20.000 víctimas. Nada más que en las grandes poblaciones europeas producía la viruela un promedio anual de 400.000 defunciones. Cuando la conquista de Méjico, un esclavo de Pánfilo de Narbáez, el caudillo que en mal hora envió el envidioso Velázquez para apoderarse de Hernán Cortés y haber hecho con él lo que hizo con Vasco Núñez de Balboa su cruel enemigo Pedrarias Dávila, cayó con viruelas en Zempoala. Prendió tan

bien el nuevo veneno en aquellos habitantes, no inmunizados por anteriores contagios, que murieron tres y medio millones de indígenas.

Hojeando la historia general de los diferentes pueblos, se encuentran datos elocuentísimos acerca de lo mortífera que era esta enfermedad y de lo extendida que se hallaba por todos los países civilizados. La familia real francesa sucumbió casi toda á la viruela en tiempo de Luis XIV, pues no sobrevivió más que un niño de cinco años—el futuro Luis XV—y éste, que padeció un primer ataque de la enfermedad á los catorce años de edad, sucumbió al fin de viruelas á los sesenta y cuatro, contagiando á sus hijas y salvándose Luis XVI y sus hermanos, nietos del Monarca, porque se sometieron á la inoculación. En Alemania, por igual época, moría un Emperador, José I, y en España sucumbieron también de viruelas en ese mismo siglo, el fugaz Monarca Luis I, en quien su padre Felipe V, menos animoso, á pesar del sobrenombre con que es conocido en la Historia, que algún otro Soberano de su dinastía, había abdicado, aburrido por las contradicciones que le causaran la caída de Alberoni y casi toda Europa coligada contra él, y el infante don Francisco Javier, hijo de Carlos III; y hacia el año 1814, y recién llegado de su destierro en Valencey, contrajo asimismo la temible fiebre eruptiva el Rey Fernando VII, contagiado, á la par que otras personas de la real familia, por una señora de la alta servidumbre que enfermó de ella. El *Deseado*, estuvo á punto de sucumbir al veneno variólico.

Leyendo las prolijas memorias del duque de Saint-Simon y las curiosas epístolas de la Princesa Palatina y de madama de Sevigné, se forma una clara idea del espanto que se apoderaba de las gentes á la aparición de esta asquerosa dolencia, y principalmente en las páginas, sobrado ingenuas á veces, del famoso analista francés, se describe ese terror con muy vivos colores, entre otros lugares cuando ocurrió el óbito del Gran Delfín, único hijo sobreviviente de Luis XIV y de nuestra bondadosa infanta doña María Teresa de Austria y de Borbón, abandonado, apenas muerto, de todos los cortesanos é individuos de la familia real—los pocos que le habían asistido,—y conducido al panteón de Saint-Denis, de prisa y corriendo, en un coche mortuario de alquiler, tan exiguo y ruín, que parte del ataúd tuvo que ir fuera del fúnebre vehículo, por no caber en él. Poco más ó menos, y debido á igual motivo, el temor al contagio, fueron los momentos que sucedieron á la muerte de Luis XV, á quien durante tantos años se le había llamado en Francia el *Bien Aimé*, y su precipitada y solitaria inhumación.

Mucho se ha discutido acerca del origen y aparición en Europa de esta desoladora enfermedad.

Suele opinarse que la trajeron los árabes al invadir á España después de la derrota del Rey D. Rodrigo en las márgenes del Guadalete. Indudablemente que contribuyó á su difusión por Europa, cual siglos más tarde ocurrió con las Cruzadas, la irrupción de los mahometanos, los cuales en pocos años, como es sabido, se apoderaron de la Península Ibérica y, cruzando el Pirineo, llegaron á la mitad de Francia, donde fueron detenidos por la victoria que alcanzó sobre ellos Carlos Martel. Pero la viruela se hallaba ya entre nosotros, por lo menos siglo y medio antes de que aquélla se efectuara. Esto sin inclinarnos á considerar como epidemias variolosas algunas de esas grandes mortandades de que nos hablan los libros sagrados, Hipócrates, Galeno y los poetas é historiadores griegos y latinos, no obstante haber fundado motivo para creer que la que describe Tucídides como ocurrida en Atenas cuatro siglos antes de Jesucristo y que arrebató al famoso Pericles, tiene más semejanza con la viruela que con la peste bubónica.

En las crónicas de Mario, obispo de Avenches (Suiza), la antigua *Aventicum* de los romanos, y de San Gregorio Turonense, se habla de una enfermedad que hacía estragos en las Galias por los años de 570 y 580, respectivamente, la cual no deja lugar á duda alguna acerca de su naturaleza. El obispo Mario hasta le da el nombre, que quedó ya para lo sucesivo, de *variola*, de la voz latina *varius*, pintado, manchado, aludiendo á la coloración que tomaba la piel en los enfermos. San Gregorio de Tours nos habla, en su *Historia Francorum*, de una epidemia mortífera que invadió todas las Galias y que se presentaba con fiebre violenta, vómitos, dolor en los riñones y, bien pronto, con toda la superficie de la piel cubierta de vejigas y de pequeñas pústulas. Los campesinos la llamaban «pústulas corales», y San Gregorio en varios lugares de su obra la designa con el nombre de *lues valetudinaria*. «Algunas veces—dice el santo historiador—sus cadáveres quedaban tan negros como si los hubieran calcinado con carbones encendidos». Se trataría de casos de viruela hemorrágica ó negra.

Por lo demás, en China, India, Persia, Abisinia, Nubia y otras naciones de Asia y Africa, era ya conocida la viruela, y no sólo la viruela, sino su inoculación como procedimiento preservativo de ella, desde la más remota antigüedad. En el Indostán, sobre todo, era endémica ya siglos antes de la era cristiana, y justificando el célebre hemistiquio latino, *Primus in orbe Deos fecit timor*, el temor fué el que engendró los dioses en la tierra, existía en la mitología brahmánica una diosa que, parecida á la lanza de Aquiles, causaba y remediaba dicha enfermedad. *Mariyammai, Mariatala, Shitala y Takurani*

son los nombres con que era conocida esta extraña divinidad, la cual estaba representada por uno de aquellos simulacros complicados y extravagantes, largo de explicar y peculiares de la imaginaria oriental; en una de sus cuatro manos tenía una máscara ó careta, cuyas deformidades y encendido color simbolizaban las pápulas y pústulas que caracterizan á la terrible noxa.

No es inoportuno recordar que los primeros médicos que describieron y científicamente trataron esta dolencia fueron los médicos árabes Rasis y Avicena, y un médico español, Arnaldo de Villanova. Tal importancia daba Rasis, médico que ejerció en la Córdoba musulmana, á esa obra escrita «en el nombre de Dios soberanamente bueno y misericordioso», que dice cree no dejará «Aquél que todo lo puede esta buena obra sin recompensa».

II

Justamente alarmados médicos y profanos á la ciencia de curar con los estragos de tan cruel enfermedad, no había medio racional ó empírico cuyas virtudes se encareciera en la profilaxis de aquélla, que no fuera inmediatamente puesto en práctica; aunque, por desgracia, todo fracasara ante la virulencia de tan espantoso mal. En estas circunstancias, una dama inglesa, inteligente y valerosa, Lady María Wortley Montague, esposa del embajador de Inglaterra cerca de la Sublime Puerta y autora de interesantes cartas, introdujo en el Reino Unido, primero, y en toda Europa, después, un procedimiento racional y científico de preservación, la inoculación de la viruela. Esta se venía practicando por los griegos de Constantinopla, los cuales, á su vez, la habían aprendido de los circasianos y georgianos, quienes para evitar que sus hijas perdiesen aquella belleza que tan famosas las ha hecho, y merced á la cual han llenado durante siglos los harenes del Gran Señor; habiendo observado que de cada 6.000 personas, apenas se encontraba una que fuese atacada dos veces de una viruela formal, se decidieron á inocular á sus hijas en la primera infancia, tomando el pus varioloso de casos que no fueran graves, ni hubieran presentado complicaciones en su curso y desarrollo.

Tanto entusiasmo despertó en Lady Montague el convencimiento que tenía de haber dado con un medio de contrarrestar los estragos de tan terrible dolencia, que hizo se inoculara la viruela á su único hijo varón, y en cuanto llegó á Inglaterra, que se efectuara lo mismo con su hija en presencia de los médicos de la Real Cámara, lo que influyó en que la princesa de Gales, Carolina de Anspach, que tenía una hija gravemente enferma de dicha fiebre eruptiva, rogara al Rey Jorge I, su suegro,

permitiera se inoculara á sus otros hijos, á lo que accedió el Monarca inglés, después de verificar la prueba con satisfactorios resultados en varios condenados á muerte y en seis niños huérfanos. Tan alto ejemplo, y el buen resultado obtenido, contribuyó á que se extendiera el procedimiento por las Islas Británicas y el Continente, á lo que ayudó mucho la protección que le dispensaron el famoso regente Felipe de Orleans y el no menos célebre Voltaire, que dedicó á la inoculación una de sus cartas filosóficas, y los trabajos de La Condamine, en Francia; del renombrado Tissot, en Suiza; de Hensler, en Alemania, y de Angelo Gatti, en Italia.

En España se abrió pronto camino también. El célebre P. Feijóo se ocupó de ella en uno de los discursos de su Teatro Crítico; el ilustre D. Andrés Piquer dió un minucioso dictamen muy favorable á la inoculación, como presidente del Tribunal del Real Protomedicato, á petición del Supremo Consejo de Castilla, y el sabio P. Sarmiento hizo más: probó que los aldeanos de Lugo usaban la inoculación desde tiempo inmemorial, aprendida, según opina el erudito padre, de los celtas, galos ó godos; y aunque tuvo impugnadores como el médico del Rey Carlos III, D. Antonio Pérez de Escobar, quien en su obra titulada «Historia de todos los contagios» acusa á la inoculación de haber «difundido y malignado más el contagio», y, en contra de otras estadísticas que dan una mortalidad para ella de la octagésima parte de los que se someten á la operación expresada, dice que de once personas que él vió inocular murieron tres; los trabajos de Miguel Gorman, de Antonio Capdevila, modesto médico entonces de Tobarra (Albacete), que fué el primero que practicó en España la inserción, incisión, inoculación ó plantación de la viruela.—pues con todos estos nombres fué conocida en nuestro país—, sobre la cual iba á imprimir una obra, de la que la censura impidió la publicación porque daba en ella el dictado de *medicorum princeps* á cierto profesor un tanto heterodoxo en materia religiosa; de Timoteo O'Scanlan (1), Salanova, Piniella, Espallarosa, Salvá, Rubio, Marqués del Soc-

(1) En su curiosa obra titulada «Práctica moderna de la inoculación», y publicada en Madrid en 1734, habla de que el duque del Infantado envió á nuestro embajador en Londres y éste enseñó al famoso Dr. Pringle, médico del Rey Jorge III, una nota que manifestaba se veía practicando la inoculación en Jadraque (Guadalajara), desde que un cirujano de dicho pueblo, que debía de haber tenido conocimiento del empleo que de ella se hacía en varias naciones del norte de Europa, empezó á practicarla hacia unos cuarenta años, esto es, sobre el 1738. Sprengel, que toma este dato de los «Anales sabios de Gottinga», aunque llamando Jadri que al conocido pueblo alcarreño, dice que esto ocurrió después del ensayo de Capdevila, del cual refiere su desavío con la censura eclesiástica. El trabajo de éste acabó, sin embargo, por imprimirse, según puede verse en las obras de Hernández Morejón y Chinchilla.

rró, Rubín de Celis, etc., hicieron que, poco á poco, fuera siendo conocida por toda la Península Ibérica, y cuando llegó la buena nueva de la vacuna, iban inoculados algunos millares de compatriotas nuestros.

III

Por aquél tiempo había un médico inoculador en Berkeley (condado de Gloucester), serio, reflexivo, amante de la naturaleza, muy versado en el estudio de las ciencias naturales. Al ejercer su profesión de inoculador, había observado que á ciertos campesinos, por mucho empeño que pusiera en ello, no conseguía inocularles la viruela artificial, y que dichos campesinos habían padecido todos una enfermedad que ellos llamaban la viruela de las vacas y de la que se habían contagiado ordeñándolas, la cual consistía en una erupción pustulosa que tenía su asiento en las mamas del animal.

Este médico se llamaba Eduardo Jenner, nombre que, aunque desconocido entonces, estaba llamado á figurar como uno de los más universalmente gloriosos de que hay ejemplo en la historia.

La expresada observación llegó á ser la idea fija de Jenner, ya interesado desde que en Sudbury oyó á la criada de un granjero que no le asustaba la viruela porque había tenido el *cow-pox*.

Esta frase se quedó grabada en su mente, y cuando volvió á Londres y solicitó las lecciones del célebre Juan Hunter, con el que vivió más como amigo que como discípulo durante dos años, al referir al ilustre cirujano las palabras de la sirvienta y sus observaciones propias y añadir que había llegado á pensar que tal vez se podría prevenir la viruela con el *cow-pox*: «No pienses más, ensaya» es la contestación que recibió de Hunter. Y ensayó, pero como hombre reflexivo y serio, y con la tenacidad y constancia propias de la noble y grave raza á que pertenecía, ni se apresuró en sus ensayos, ni lanzó en seguida á los cuatro vientos de la publicidad lo que él estimó sus primeros éxitos, sino que en silencio fué poco á poco haciendo sus observaciones, sus pruebas y sus contrapruebas. Reuníase con otros médicos de pueblo en una especie de academia ó ateneo rural que fundaron en Alveston, cerca de Bristol, y allí solía hablarles, buscando su apoyo y cooperación, de la viruela de las vacas, de la creencia de los campesinos, de algo de lo que él iba observando. Encontraba á sus colegas indiferentes, cuando no escépticos: «¡bah! hablillas del vulgo; ¡quién va á hacer caso de tales simplezas!» Insistía una y otra vez; hasta que perdieron la paciencia sus compañeros y hablaron de expulsar de la sociedad á semejante maníaco... ¡Ah, qué razón tenía aquel otro gran inglés, Newton, cuando al pre-

guntarle cómo había efectuado sus maravillosos descubrimientos, respondió que pensando en ellos siempre!

Por último, tras veinte años de experiencias y trabajos ininterrumpidos, publicó en 1798 sus primeras «Investigaciones sobre las causas y los efectos de la viruela de las vacas».

El descubrimiento está hecho, y éste ha salido como Minerva de la cabeza de Júpiter, armada de punta en blanco. Siglo y medio de comprobaciones no han podido añadir una tilde á los principios fundamentales sobre que descansa la vacunación jennariana.

Pero no importa que el descubrimiento sea grande, inmenso, y tenga toda la perfección que pudiera darle un dios. La desconfianza, el escepticismo y, lo que es peor, la envidia, la malevolencia, el odio, aperciben bien presto sus afiladas garras, sus ponzoñosos dientes. *Vae inventoribus magnis!*, como ha escrito nuestro gran amigo el Dr. Pulido.

(Continuará.)

La anquilostomiasis en las minas de «El Centenillo», España.

Uno de los problemas de higiene del trabajo que más interés puede ofrecer hoy á la industria minera, es el de la anquilostomiasis, nosohemia parasitaria que, al empobrecer orgánicamente á la masa obrera que laborea las minas, reduce su coeficiente de capacidad productora.

Mineros pálidos, con palidez que afecta á la mayoría del proletariado de toda una zona minera, dando unidad cromática á esas colectividades heterogéneas que forman las poblaciones industriales, siempre los hubo.

Marco Anneo Lucano, poeta latino de la España romana, al hablar de los astures, descendientes de los celtas que poblaron la región cantábrica, y primeros que trabajaron las minas, les llama pálidos escudriñadores del oro (*Astur scrutator pallidus auri*).

Con mayor certeza, por ser hechos más recientes, se sabe que en la cuenca aurífera de Selmezbanafa, á fines del siglo XVIII, enfermaban los mineros de una anemia intensa que les «volvía la sangre flúida y descolorida». A principios del siglo XIX surgen los anémicos de Anzin, y «anemia de los mineros» se llamó á su enfermedad. Anemia que por todas las cuencas mineras se iba difundiendo, y donde más impresion llegó á determinar fué en las hulleras del E. de Francia, en Saint-Etienne. Comisiones mixtas de ingenieros y médicos fueron nombradas para estudiar la causa productora de esas anemias que en forma epidémica se presentaban y sufrían los mineros de algunas labores.

Los informes de estas Comisiones siempre coincidían en atribuir la anemia que atacaba á los mineros á intoxicaciones por gases desprendidos de la hulla, ó á la acción deletérea del aire confinado de la mina y la falta de luz solar, favorecidas por la insuficiente nutrición del obrero y su prolongada estancia en el ambiente mefítico y degenerador de la taberna, donde pasa las horas de descanso. Se admitía la existencia de mineros anemiados por deficiente hematosi en una atmósfera impurificada, ó por depauperación en un medio de miseria social, pero no se aceptaba la especie no-

sológica «anemia de los mineros». Esto ocurría el año 1861, y tales informes no podían sustraerse al espíritu filosófico de una época en que se razonaba con ideológicas abstracciones, y un solo hecho de observación se elevaba á principio universal, muy ampliamente discutido en pura dialéctica, eso sí; pero nunca comprobado en la experimentación.

Algunos años después, el 1879, en la perforación del gran túnel del San Gotardo, también los obreros sufrieron enfermedad consuntiva que llegó á ser endémica y conocida por «el mal del túnel». Bozzolo y Pagliano encontraron en el intestino de individuos muertos de este mal el anquilostoma duodenal de Dubini; pero arraigados á prejuicios doctrinales, rechazaron la significación etiológica del gusano, y á las malas condiciones higiénicas de los lugares de trabajo inculparon el mal del túnel.

Perroncito, con intuición genial, busca relación de analogía causal entre la «anemia de los mineros» y el «mal del túnel»; y al encontrar en los anémicos de Saint-Etienne el anquilostoma duodenal, lo mismo que en los enfermos del túnel, fija su atención en este helminto, dado á conocer por Dubini unos años antes. Bien documentado por la observación directa de los anémicos, y comprobada la existencia de huevos de anquilostoma en sus heces fecales, y anquilostomas adultos en sus intestinos, el 2 de Enero de 1882 es leída en la Academia de Ciencias de París su comunicación afirmando la naturaleza parasitaria de la anemia de los mineros, y dando al anquilostoma duodenal de Dubini todo el valor de agente causal.

Estas afirmaciones de Perroncito eran discutidas por los médicos de las minas que no aceptaban una anemia específica de los mineros. Costaba gran violencia abandonar las propias teorías de los gases tóxicos, de los miasmas y de la miseria del proletariado; pero en las minas siempre coincidía el parasitismo anquilostomiasis con las manifestaciones de anemia. La teoría de Perroncito rápidamente fué ganando adeptos, incluso entre los impugnadores del primer momento; porque en todas las regiones mineras se confirmaba la relación de causa á efecto entre el anquilostoma y la anemia.

El año 1838, Angelo Dubini había descubierto un nematodo del género uncinaria (Froelick) en el intestino duodenal de una lugareña muerta de pulmonía en el Hospital de Milán; helminto que clasificó con el nombre de anquilostoma duodenal, y que siguió hallando en los tejeros y cultivadores de los arrozales de Florencia. Estudió y dió á conocer este nematodo como especie nueva, parásito del hombre y la enfermedad que su parasitismo ocasiona; una anemia perniciosa á la que denominó anquilostomiasis (año 1843).

El anquilostoma de Dubini pronto fué encontrado por otros investigadores, y acusado de ser el causante de las anemias endémicas en los países tropicales y subtropicales. Anquilostomiasis son, igual que la anemia de los mineros: la clorosis del Nilo que sufre el fellach que cultiva la ribera del río sagrado; la «panigao» que agota al paria que puebla los frondosos valles que inunda el Ganges; el mal de corazón de los negros nubias; la opilación del Brasil; el tuntun de los colombianos; las aguaderas del guajiro cubano y la mazamorra del jibaro puertorriqueño, etc. Anquilostomiasis tan antigua en Egipto, que ella debe ser el mal consuntivo causado por un gusano intestinal, que se cita en el papiro Ebers que sufre el etíope esclavizado por los Faraones.

Divulgado el conocimiento de la anquilostomiasis, en todas las regiones mineras fué acusada su presencia, y aunque algún eminente parasitólogo que estudió á fondo esta cuestión, por tantos estudiada anteriormente, y su distribución geográfica mundial, creía el año 1905 que España estaba indemne de tal plaga; desgraciadamente no era así. Las mi-

nas de España gozaban el triste privilegio de estar contaminadas por el gusano de Dubini, y de ello se habían preocupado los médicos españoles, publicando sus observaciones en la prensa política, en la profesional y en comunicaciones á la Real Academia de Medicina de Madrid.

La comunicación de Perroncito á la Academia de Ciencias de París, dando á conocer la identidad de la anemia de los mineros y la anquilostomiasis, pronto fué conocida y divulgada en la medicina española. El mismo año 1882, el doctor Rodríguez Méndez publicó en su revista médica *La Clínica*, que editaba en Zaragoza, un estudio muy completo de la anquilostomiasis, basada en los trabajos de Perroncito y llamando la atención de los médicos españoles sobre su posible existencia en las minas de España.

En España las minas suelen ser pequeñas demarcaciones sobre un mismo criadero mineralógico, de distintos propietarios, que cada uno explota con absoluta independencia administrativa. No hay grandes explotaciones, excepción hecha de Riotinto (Huelva). Esto trae, como consecuencia, que el servicio médico en estas industrias haya tenido muy limitada intervención, reduciéndose, en la mayoría de los casos, á contratar la curación de heridas con el médico establecido en el pueblo más próximo. La actuación del médico como higienista no ha entrado todavía en nuestras costumbres, tal función la reservan para sí los ingenieros. Quizá este alejamiento en que se dejó á los médicos, pueda explicar el porqué conociendo la anquilostomiasis no pudieron denunciar su existencia en las minas.

Los primeros casos de anquilostomiasis diagnosticados en minas de España, lo fueron en Linares (Jaén), el año 1896 por el Dr. Cuadra, de Ubeda (Jaén). La historia de ellas se publicó en las revistas profesionales *EL SIGLO MEDICO* y la *Revista Minera y Metalúrgica* en los primeros meses del año 1897. Desde ese año se curan en el Hospital de Ubeda, mineros anémicos de Linares y La Carolina (Jaén). El año 1903, el Dr. Larra y Cerezo se ocupa de la anquilostomiasis, dirigiéndose á los médicos de minas, en el periódico *Diario Universal*; y el Dr. Codina presenta en la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid mineros anémicos, anquilostomiasis, de las minas de Linares (Jaén) y promueve discusión sobre este tema, que se continúa durante los años 1904 y 1905. El Dr. Cuadra, de Ubeda (Jaén), remite á la Academia de Medicina un informe sobre anquilostomiasis; y los Dres. González, médico y farmacéutico de las minas del Horcajo (Ciudad Real), publican un folleto sobre el mismo asunto; ambos trabajos son síntesis de las observaciones deducidas ante los anquilostomiasis por ellos asistidos. «Vamos viendo que, aunque para algunos haya pasado ignorada, tiene la anquilostomiasis su pequeña historia en España! En la Real orden del Ministerio de Fomento de 1911, encomendada á la Inspección de Sanidad del Campo la organización de trabajos de saneamiento, se ordena la investigación de la difusión que hayan podido alcanzar ciertas enfermedades, y, entre ellas, se citan con preferencia el paludismo y la anquilostomiasis.

En Junio de 1911 el Dr. Codina, de la Real Academia Nacional de Medicina, hace un viaje al distrito minero de Linares La Carolina (Jaén), para conocer directamente mineros y minas invadidos por el anquilostoma. Expedición científica que condensó en un libro saturado de datos estadísticos sobre la extensión de la plaga anquilostomiasis.

En Enero de 1912 se publica la Real orden del Ministerio de Fomento, dando instrucciones para combatir la plaga anquilostomiasis en las minas; y ya esta cuestión no deja de preocupar á médicos é ingenieros de Minas. Los organismos oficiales también intervienen, si bien con lamentables inter-

mitencias, en este problema de Sanidad minera, y el Ministerio de Fomento insiste por Real orden de Agosto de 1916, en ordenar el cumplimiento de las medidas de profilaxis industrial y colectiva prescritas en la de 1911, y además dispone la creación de Sanatorios antianquilostomiásicos costeados por las Empresas mineras y regidas por la Inspección de Sanidad del Campo.

La primera labor metodizada de lucha antianquilostomiásica se hizo en La Carolina (Jaén), durante los años 1916 á 1919, en algunas minas. Pero no secundándose estas iniciativas particulares en todo el distrito minero, por no haberlas hecho obligatorias el Gobierno español, la loable campaña fué abandonada, con la sola excepción de la *New Centenillo Silver Lead Mines Company Limited*, hoy *Minas de El Centenillo S. A.*, que curó á todos sus mineros anquilostomiásicos, saneó sus minas y mantiene una constante organización higiénica en evitación de que sus mineros ó sus lugares de trabajo, puedan ser invadidos nuevamente por el perjudicial gusano.

Por razón de mi cargo recibí la orden de organizar en las minas de *El Centenillo* la campaña sanitaria contra la anquilostomiasis, que llevé á buen término curando á los anquilostomiásicos, depurando á los anquilostomizados y saneando las labores del interior de la mina. Exponer lo que hice y los resultados conseguidos, es el objeto de esta Memoria, con la que nada nuevo pretendo enseñar, pero sí me anima el deseo de afirmar la posibilidad de terminar con la plaga anquilostomiásica en las minas, ateniéndome á la sentencia vulgar de que el movimiento se demuestra andando. En las minas de *El Centenillo*, sin interrumpir la buena marcha del trabajo y con un presupuesto que no excedió de las reservas económicas que toda industria bien administrada debe tener para solucionar probables incidentes catastróficos, se hizo la campaña anti-anquilostomiásica hasta el completo agotamiento del parasitismo en mineros y mina, soportando una renovación continua del personal, y precisamente en los días de mayor carestía del mercado.

La buena obra de salubridad industrial y mejora social que en *El Centenillo* se hizo, se debe al entusiasmo que por ella sintieron consejeros y directores de esta Sociedad. Yo rindo un justo tributo de admiración, al expresar mis sentimientos de gratitud, á Mr. Sanders y Mr. Romez, del Consejo de Administración, por su elevado altruismo; y tampoco puedo olvidar lo eficaz que fué para el buen éxito del empeño en que estaba comprometido, el concurso que me prestaron con su apoyo y suficiencia en cuestiones mineras, Mr. Haselden, D. Alfonso Fernández y Mr. Valdés, Mr. Moose y Mr. Baecke, directores y jefes técnicos de estas minas, á los que muy reconocido ofrezco el testimonio de mi mejor afecto.

Antes de entrar en detalles de cómo procedimos para combatir el anquilostoma, creemos sea oportuno recordar lo más elemental y específico de la morfología y fisiologismo del gusano: preludio muy interesante en la exposición de una labor parasiticida.

El anquilostoma duodenal (Dubini) es un gusano nematelminto, del orden de los nematodos, familia estrangilidos y tribu de las esclerostominas, caracterizado por tener armadura bucal y nervaduras en la bolsa copulatrix.

Verme que hace su ciclo evolutivo en tres fases: ovular, larvaria y adulta; las dos primeras en vida libre y la tercera parásito en el hombre; parasitismo obligado para alcanzar su completo desarrollo.

El huevo del anquilostoma, óvulo de la hembra fecundada por el macho, es un elipsoide de 62×35 micras, con una membrana de cubierta ó cáscara fina y resistente que en-

cierra y protege el cuerpo vitalino granuloso, ó segmentado en 2, 4, 6, etc., esférulas si comenzó á incubarse. Formado el embrión rompe la cáscara ovular y queda libre la larva rabditoide; airosa y elegante animalículo cilíndrico, blanco, con movimientos cadenciosos y de 250 micras de largo por 14 de grueso y protegido por una membrana adherente. Su extremidad caudal es afilada y la cefálica comienza por el hocico, entrada de la cavidad bucal que se continúa con la dilatación esofágica y el intestino. Muy voraz en los primeros días, su crecimiento es rápido; á los seis días hace la primera muda de la membrana envolvente y antes de los quince llega á su máximo desenvolvimiento larvario, 600×20 micras, ó estado de larva enquistada (Looss). En la larva enquistada la membrana de cubierta no es adherente; se nota por los repliegues que forma en las cavidades durante sus movimientos ondulatorios.

La larva que logra el necesario parasitismo en el huésped hombre, continúa su evolución hasta el término de gusano perfecto con diferenciación de sexos. El anquilostoma duodenal en fase adulta es cilíndrico, blanco, de 8 á 14 milímetros el macho, de 12 á 18 milímetros la hembra y de 0,5 á 0,8 milímetros de grueso. La extremidad caudal del macho, bolsa copulatrix con nervaduras, parece un paraguas vuelto y acciona á manera de ventosa; es órgano de cópula por el centro del que salen dos largos filamentos, las espéculas, atributos fálicos. En la hembra, esta extremidad es cónica y á un tercio de ella se abre la vulva en la que terminan dos oviductos.

La boca es igual en ambos sexos y la armadura dentaria se compone de seis dientes quitinosos; cuatro cónicos y fuertes en el labio ventral y dos planos y triangulares en el dorsal,

El anquilostoma que invade las minas de Europa es este que describimos, el de Dubini; pero hay otra especie también parásita del hombre que se encuentra en América, «la uncinaria americana ó necator» (Stiles 1902) que se diferencia del de Dubini por ser más corto, dato de poca fijeza porque no todos los individuos tienen igual longitud; el signo cierto de diferenciación lo da la armadura bucal que en el necator la forman cinco dientes, tres en el labio dorsal y dos en el ventral.

En el intestino del hombre, hospedaje necesario para la vida adulta del anquilostoma, la hembra en función genésica hace su ovulación, ovulación abundante y continuada que asegura la conservación de esta especie zoológica. El huevo de anquilostoma no se incuba en el ambiente intestinal; las fases ovular y larvaria evolucionan en vida libre á condición de estar en un medio húmedo, templado y oxigenado. El huevo arrastrado al exterior en la excreta del parasitado comienza su incubación si se deposita sobre légamos con temperaturas oscilantes de 77° á 86° , extremas de 59° y 104° , y atmósfera oxigenada, saliendo el embrión rabditoide á las treinta y seis horas en los casos de temperaturas constantes de 86° .

La larva se cultiva, pero sólo en función vegetativa, en igual medio que el huevo se incuba; en ambiente libre no pasa de la fase larvaria ni de los estados rabditoide, enquistada y calcificada, que prolongan su largo vivir quizá cinco á seis años. Esa vida parásita, alojada en los primeros tramos del intestino del hombre, termina su evolución llegando á la fase de gusano adulto con diferenciación de sexos y apto para reproducirse, fin biológico de toda especie organizada. Bajo la influencia de temperaturas inferiores á 59° ó desecación del campo que habitan, el huevo y la larva mueren.

El gusano adulto fuertemente fijado á la mucosa intesti-

nal con su armadura dentaria, no abandona su natural domicilio si no es expulsado violentamente por la acción tóxica de una droga que ingiere el hospedador. Gusanos adultos vivos no es fácil conseguirlos, porque en vida libre no se cultivan y espontáneamente no desalojan el intestino del huésped. Vida tan dilatada ó más que la de la larva en tierra húmeda y temperatura apropiada, logra el anquilostoma adulto en el intestino del hombre. Tenemos la observación personal de persistir un parasitismo anquilostomiasico después de seis años de no sufrir nuevas invasiones larvarias.

(Continuará.)

Un caso de síndrome adiposo genital de Froelich, con reducción bitemporal del campo visual

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Académico C. y laureado de la Real y Nacional de Medicina.

En el año 1921 publicamos en esta misma Revista un trabajo titulado «Manifestaciones oculares en un enfermo con diabetes insípida de origen hipofisario», y en él nos ocupábamos con algún detenimiento de la etiología de la hemianopsia bitemporal; y en la referente á la producida por causa no traumática, decíamos: «La hemianopsia que en estos casos se observa no es simétrica; se trata más bien de reducciones concéntricas más ó menos grandes de la porción temporal de los campos visuales, de extensión desigual en cada ojo.»

Pues bien: por entonces pudimos observar un caso típico de síndrome de Froelich, en el que los campos visuales estaban reducidos concéntricamente por la porción temporal, tratándose, no de una hemianopsia bitemporal, sino de una reducción de la parte temporal de ambos campos visuales, de extensión casi igual en ambos ojos. Y actualmente tenemos otro caso en el que existe una reducción temporal de ambos cam-

pos visuales, en un todo igual al de nuestra primera publicación (de diabetes insípida de origen hipofisario), aparte de la que es motivo de esta nota clínica.

Observación.—R. D. A., de diez y seis años, dependiente de ultramarinos, de Almería, nos fué enviado por el Dr. Solves, para investigar el aparato de la visión, el día 6 de Agosto de 1921.

Antecedentes familiares.—Los padres de este muchacho viven y gozan de buena salud. La madre ha tenido nueve hijos, haciendo éste el número cinco, de los que viven solamente cuatro; los cinco restantes murieron de enfermedades infantiles, y solamente ha tenido un aborto, inmediatamente después de este niño.

Antecedentes individuales.—Cuando pequeño tuvo varias veces fiebre, y en una ocasión durante diez y nueve ó veinte días, á consecuencia de la que quedó con debilidad en las piernas, no pudiendo andar hasta la edad de tres años. Hace dos años tuvo viruelas, á pesar de estar vacunado.

A los doce años empezó á engordar, y en el día de nuestra observación pesaba 69 kilos. Tenía gran desarrollo de grasa, especialmente en el vientre, cuya piel en la región epigástrica hacía grandes repliegues en forma de bolsas y gran acúmulo de grasas en el pubis.

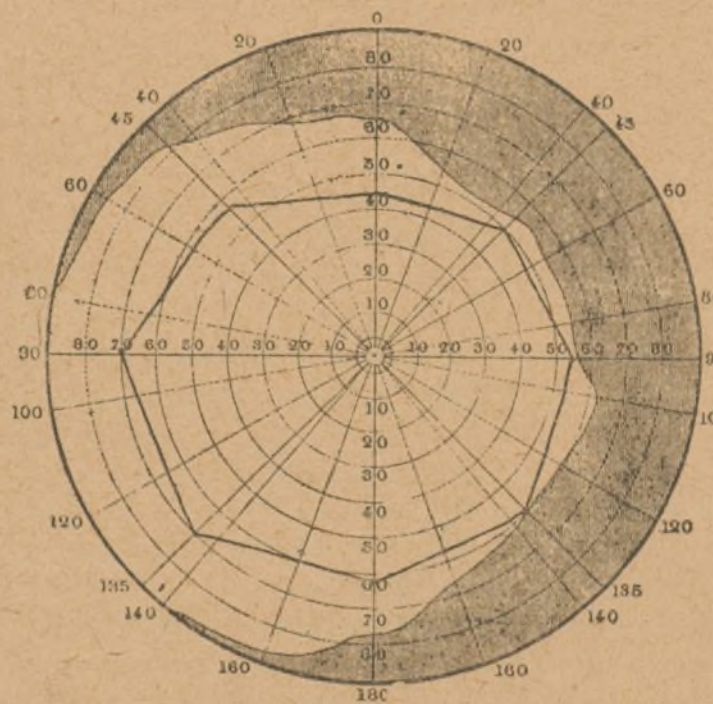
Los órganos genitales están hipoplásicos, como si correspondieran á un niño de seis años, y sin pelo en el pubis. Se queja de continuos dolores de cabeza.

Exploración.—Visión: O. I. = 1/10, con agujero estenoico = 1/3; O. D. = 2/3, con agujero estenoico no mejora.

Oftalmometría.—O. I. = 170° + 80°, 4,00 d.; O. D., — 0° + 90°, 1,00 d.

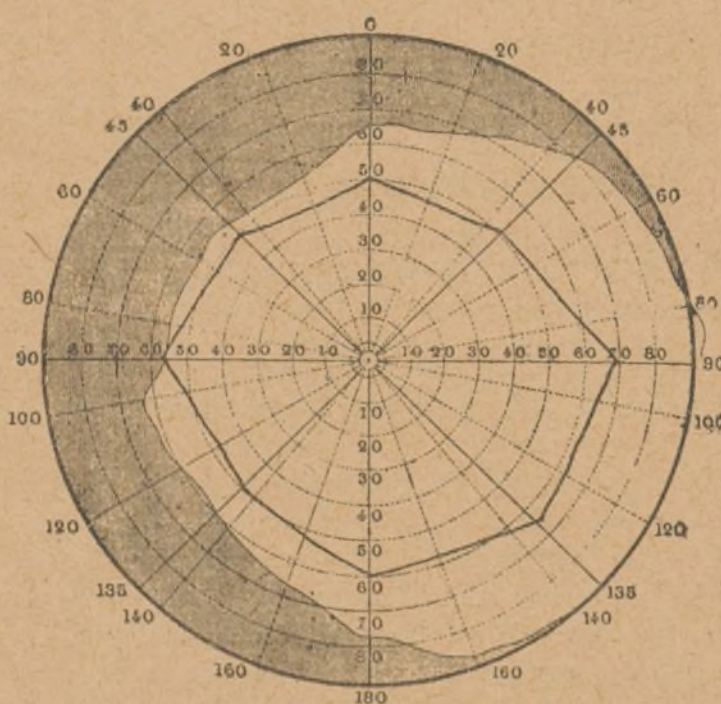
Esquiascopia.—0,50 d., meridiano de mínima en ambos ojos.

Sentido cromático normal.—Fondo del ojo, con hiperemia de la retina en el izquierdo (por el astigmatismo) y normal en el derecho.



O.D.

V=



O.G.

V=

estudio, á nuestro juicio, de síndrome de Froelich (1)

(1) El Dr. Marañón ha confirmado nuestra presunción, de tratarse del síndrome de referencia

Campo visual, con reducción hemianóptica bitemporal (véase la gráfica).

Visión binocular, normal, con sólo una ligera exo-

foria; fusionando los cartones de Javal cuyas figuras estén distanciadas más de 5 centímetros. Las correspondientes á distancias menores las ve dobles.

El punto ciego está considerablemente aumentado.

La cantidad de orina en las veinticuatro horas, es alrededor de 1.500 gramos.

Una radiografía de la base del cráneo hecha el día 12 de Agosto del mismo año por el Dr. Avellan, presenta la silla turca más profunda y excavada que en condiciones normales, aunque no aparece agrandada en el sentido antero-posterior (la forma de la silla turca, recuerda la de la excavación glaucomatosa de la papila).

Los trastornos visuales percibidos en el campo visual de este muchacho, son debidos, como es natural, á compresión del quiasma por la hipófisis aumentada de volumen, lo que además confirma la radiografía. Sin embargo, por oftalmoscopia no se aprecia ninguna modificación en el fondo del ojo. Pero si comparamos este caso, con el que tenemos en tratamiento y con el ya publicado (de reducción bitemporal del campo visual en un enfermo de diabetes insípida), pronto se comprenderá que estas reducciones bitemporales del campo visual no son otra cosa que, ó el comienzo de hemianopsias bitemporales (cuando la compresión avanza) ó hemianopsias bitemporales abreviadas (por no avanzar la compresión del quiasma); é igualmente podemos decir del estado del fondo del ojo: cuando no hay lesión atrófica más ó menos grande en la papila, es porque el proceso se ha detenido ó la compresión es insignificante; ó por el contrario, por estar la afección en su principio, pudiendo parecer más tarde la atrofia descendente de las mitades nasales de la papila.

La importancia de la exploración del campo visual en estos enfermos salta á la vista y hasta pudiera ser motivo, cuando la reducción visual y la atrofia papilar avanzan, de indicación operatoria (1). De todos modos, deberemos enviar estos enfermos prontamente á los internistas para que sean debidamente tratados por la opoterapia.

Madrid, Diciembre de 1922.

Los fundamentos experimentales para un serodiagnóstico específico de la tuberculosis activa (2)

POR

AUGUSTO V. WASSESMAAN

Del Instituto del Emperador Guillermo para terapéutica experimental en Berlín Dahlem.

En el cuadro siguiente que contiene los resultados de la investigación del suero en un número de enfermos que nos fué designado como seguramente tuberculosos en todos los estadios de la tuberculosis, ya pulmonar, ya quirúrgica, y además el resultado de este examen con dos sueros de sífilíticos cuya reacción Wassermann era fuertemente positiva, de embarazadas, de sanos y de enfermos de otras clases, y vimos que todos los sueros de enfermos no tuberculosos reaccionaron negativamente y que la reacción positiva sólo se manifestó, aunque no siempre en los tuberculosos. Los casos 231, 275, 277 y 279 reaccionaron negativamente, á pesar

(1) Parece que las aplicaciones de rayos X resultan muy bien en la hipertrofia de la hipófisis, citándose recientemente algunos casos de curación.

(2) Véase el número anterior.

de ser seguramente tuberculosos. En el caso 231 se debe tratar de un estadio inicial con encuentro negativo de bacilos; es por lo tanto posible que no se trate aquí de ninguna tuberculosis activa. Por el contrario, el caso 275 es de tuberculosis pulmonar en el estadio tercero. El caso 277 tenía una complicación tuberculosa de la rodilla. En el caso 279 se trataba de una tuberculosis quirúrgica de la cual nos faltan detalles. Más adelante se hablará de las causas y de la significación de los resultados negativos en los casos de tuberculosis segura.

Los demás casos tuberculosos reaccionaron positivamente y en ellos su intensidad fué desde \pm hasta $++++$.

Como característico encontramos que el suero de los enfermos, según ya hemos hecho notar, no dió ninguna reacción con el preparado de tetralina de bacilos tuberculosos. Vemos que el suero 312 dió con el preparado un indicio y el 318 dió primero una reacción y luego ésta desapareció. De tales observaciones hicimos cinco entre 400 sueros examinados. Se trataba en todos los demás de casos que reaccionaban fuertemente y que también ejercían un poder inhibitorio con el antígeno testigo y particularmente en los días en los que el suero del conejillo de Indias era pobre en complemento. En el cuadro correspondiente se demuestra que con la dosis de suero empleada en nuestros ensayos, es decir, trabajando con $\frac{1}{4}$ de volumen (0,25 c. c.) una dilución al 1,5 del suero inactivado de los tuberculosos necesita casi con tanta regularidad como el de los enfermos sífilíticos una cierta cantidad de lipoides en el antígeno para que aparezca la reacción.

CUADRO IV

EXAMEN DE SUERO TB. CON PREPARADO DE TB. INACTIVADO
A 56° PREPARADO DE TB. + LECITINA Y LECITINA TESTIGO COMO ANTICENO

Dilución de suero al 1:5 } Volumen de 0,25 c. c. como en los cuadros
Complemento 1:20 } I y III.

		Preparado de tb. tetralina.	Preparado de tb. tetralina. + lecitina.	Leciti- na tes- tigo.	Suero testigo.
Suero de tubercu- loso	229	—	++	—	—
—	230	—	+	—	—
—	231	—	—	—	—
—	232	—	++++	—	—
—	233	—	±	—	—
—	234	—	++	—	—
—	235	—	±	—	—
—	274	—	++	—	—
—	275	—	—	—	—
—	276	—	+++	—	—
—	277	—	—	—	—
—	278	—	+++	—	—
—	279	—	—	—	—
—	280	—	++	—	—
—	311	+	++++	—	—
—	312	—	±	—	—
—	313	—	++++	—	—
—	314	—	++++	—	—
—	317	—	+++	—	—
—	318	+++	++++	—	—
		Después de $\frac{1}{2}$ hora negativo.	Suero testigo.		
Suero de sífilítico	293	—	—	—	—
	400	—	—	—	—
Suero normal	394	—	—	—	—
	395	—	—	—	—
Suero embarazada	511	—	—	—	—
	512	—	—	—	—
Suero de Ca.....	—	—	—	—	—
Extracto testigo.....	—	—	—	—	—

El suero inactivo de los animales sanos inmunizados tiene, por el contrario, menos necesidad de lipoides en el antígeno, empleando la misma dilución de suero, pues, como ya se ha dicho antes, con el preparado de bacilo tuberculoso tetralinizado, da siempre una reacción positiva.

Más adelante, pareció necesario determinar la cantidad óptima de lecitina que debía ser añadida é investigar diferentes lipoides y otras sustancias, como la coles-terina, y, por último, precisar de qué modo deben ser añadidos los lipoides sin que el antígeno determinado por el diagnóstico de la tuberculosis reaccione con el suero de los sífilíticos y pueda haber confusiones serodiagnósticas entre estas dos enfermedades. Esta última finalidad para esclarecer el serodiagnóstico de la tuberculosis; se manifiesta en el cuadro IV.

Además de los casos que figuran en el cuadro, en todos los exámenes que hemos hecho después, hemos comprobado esta reacción con el suero de sífilíticos y nunca hemos logrado una reacción positiva empleando el antígeno tuberculoso para el serodiagnóstico de la tuberculosis. En la fortificación de esta reacción para hacerla más sensible hacia la tuberculosis humana, se demostró que la adición de coles-terina, además de la lecitina, la hace mucho más capaz. Reaccionan así positivamente, un número considerable de casos que con la sola lecitina habían dado una reacción débilmente positiva ó no habían dado reacción ninguna. Esta ventaja de la adición simultánea de la coles-terina, lleva consigo, sin embargo, el inconveniente que así resulta el antígeno más sensible para el suero de los sífilíticos. En todo caso, hay que proceder con mucho cuidado al adicionar la coles-terina. Nosotros no añadimos á los 10 c. c. del antígeno de tetralina con lecitina más de 0,2 c. c. de una disolución alcohólica de coles-terina al 0,1 por 100.

Se procede del siguiente modo: se hace primero una disolución de coles-terina en alcohol al 1 por 100, de ésta se hace otra de 0,1 por 100 y de ésta se toma 0,2 c. c. Basta esta pequeña cantidad de coles-terina para hacer el método mucho más sensible, pero también para producir una cierta reacción con la sífilis, aunque nunca tanto que pueda conducir á un falso diagnóstico.

Con el antígeno así preparado hemos examinado cientos de sueros y en todos los casos que no eran tuberculosos hemos obtenido resultados negativos, y positivos solamente cuando se trataba seguramente de una enfermedad tuberculosa. De estos resultados podemos deducir la segura conclusión, que todo hombre, niño ó adulto, cuyo suero reaccione positivamente con el antígeno de tuberculosis-tetralina-lecitina, no sólo lleva en sí bacilos tuberculosos, sino que posee tejido tuberculoso, que lo reabsorbe y reacciona sobre él; es decir, que sufre de una tuberculosis activa.

Si basándose en una reacción positiva se puede afirmar seguramente la existencia de una tuberculosis activa, hay que ser, en cambio, muy prudente para valorar un resultado negativo de la reacción. En primer lugar, hay que atender á que el método no ha llegado, seguramente, á su más alto grado de sensibilidad. Por eso es posible, es probable, que sabiendo lo que sabemos para hacer utilizable un antígeno, lo construyamos más sensible. En el presente trabajo están referidos los ensayos experimentales hasta llegar al camino para llegar á un serodiagnóstico de una tuberculosis activa y se ha hecho notar la necesidad de que el antígeno tenga dos componentes. Estos dos componentes deben hallarse en una relación cuantitativa óptima para que, por un lado, se logre la susodicha sensibilidad para la tuberculosis, y al mismo tiempo se evite el riesgo de una reacción con el suero sífilítico. Al lado de esta cuestión

esencial hay otras muchas, como por ejemplo, el tratamiento y la extracción de los bacilos tuberculosos con otras sustancias distintas á la tetralina, porque éste preparado no es, de ningún modo, específico; otra cuestión es, la creación de otro indicador para la iniciación de la reacción en lugar del fenómeno de la fijación del complemento, según Bordet-Gengou, empleando distintos métodos físico-químicos, como por ejemplo, la floculación, el enturbiamiento, etcétera, esos temas constituirán nuevos desarrollos de esta cuestión. Los antecedentes para trabajar sobre este asunto en la dirección señalada están bastante esclarecidos, porque desde los estudios de Petroff (1) y de Negre y Bouquet (2) se sabe que el cuerpo del bacilo tuberculoso, componente necesario para el serodiagnóstico, es bastante soluble en alcohol etílico y metílico, pues si no, sería imposible, según el análisis hecho con arreglo á nuestros experimentos, obtener una reacción positiva al poner en contacto el extracto alcohólico de bacilos y el suero de tuberculosos y, sin embargo, así ocurre. En consecuencia, á la pregunta de si es posible para el serodiagnóstico de una tuberculosis activa empleando un antígeno alcohólico, determinar una reacción de floculación, debemos contestar resueltamente de manera afirmativa.

Pero en el estado actual, según acabamos de decir, por un resultado negativo de la reacción no debe excluirse el diagnóstico. Si esto ocurre en un caso de tuberculosis segura clínicamente, significa con frecuencia una inclinación hacia un curso grave é invasor con un tejido de destrucción rápida, tórpido, capaz de reacciones biológicas insuficientes y esto lo encontramos, la mayor parte de las veces, en las formas exudativas de la tuberculosis pulmonar y en las tuberculosis quirúrgicas en casos de abscesos migratorios, exudados, granulaciones débiles y fístulas (casos 275 y 277 del cuadro IV). El campo propio para este diagnóstico de la tuberculosis será, según mi opinión, los casos tan frecuentes en los cuales el médico está en dudas sobre un diagnóstico para decidir si se trata de una tuberculosis activa. Particularmente en los niños amenazados de tuberculosis puede la serorreacción dar conclusiones decisivas. Desde este punto de vista, el diagnóstico de semejantes casos cuyos sueros amablemente nos han facilitado los señores Kegserling y Erich-Muller, es muy instructivo. En el siguiente cuadro se siguen tales investigaciones.

CUADRO V

EXAMEN DE SUERO DE NIÑOS TB. CON EL PREPARADO DE TB. TETRALINA + LECITINA Y LECITINA TESTIGO COMO ANTIGENO.

Complemento..... 1:20 } 1/4 de dosis.
Dilución del suero al 1:5 }

		Preparado de tb...	Preparado de tb. + lecitina.	Lecitina testigo.	Suero testigo.....	Diagnóstico clínico.
Suero de tuberculoso	151	—	+	—	—	Sospechoso de tb.
—	152	—	++	—	—	—
—	154	—	++	—	—	—
—	156	—	++	—	—	—
—	185	—	++++	—	—	Tuberculoso.
—	186	—	—	—	—	—
—	187	—	+	—	—	—
—	188	—	—	—	—	Tb. de la rodilla.
—	191	—	+	—	—	Tuberculoso.

(1) Americ. review of tuber, 1917 y 1920.

(2) Loc. cit.

		Preparado de tb...	Preparado de tb. + lecitina.	Lecitina testigo..	Suero tes- tigo.....	Diagnostico clínico.
Suero de tuber- culoso	207	—	++++	—	—	Sospechoso de tb. bronquial.
—	208	—	±	—	—	Bronquitis recidi- vante.
—	212	—	+	—	—	Tb. bronquial y sos- pechoso tb. pulm.
—	218	—	±	—	—	Sospechoso de tb. bronquial.
—	220	—	—	—	—	Catarro bronq. tb. ?
—	221	—	—	—	—	Escrofulosis tb. ?
—	222	—	++++	—	—	—
Suero de Ca... }	1	—	—	—	—	
	2	—	—	—	—	
Suero de sífilis }	221	—	—	—	—	
tico..... }	215	—	—	—	—	
Suero de emba- zada	537	—	—	—	—	
Extracto testigo....	—	—	—	—	—	

No necesitamos detenernos un instante en el diagnóstico para comprender que en los niños 151, 152, 185, 207, 212 y 222 no se trata sólo de la presencia de bacilos tuberculosos, sino más bien de una tuberculosis activa, y que, por lo tanto, debe ser tratada enérgicamente para poder curarla. Por el contrario, como muchas veces se ha hecho notar, no podemos afirmar tanto en los casos negativos y excluir este diagnóstico; sería necesario, sobre todo en los casos que reaccionan \pm , como el 154, 156, 187, 191, 208 y 218, hacer un nuevo examen serológico pasadas algunas semanas. Pues hay que aceptar que, con pocas excepciones, toda tuberculosis aguda llega alguna vez a un estadio en el cual la reacción es positiva. Que la potencia de la reacción cambia durante el curso de la enfermedad, de ello hemos podido convencernos muchas veces. Pero sería prematuro dar hoy conclusiones pronósticas ó terapéuticas.

Si queremos dar una aclaración al fenómeno serodiagnóstico descrito, ésta será muy diferente según el que hace esta aclaración y el concepto que elija; ya sea una unión específica entre el antígeno y el anticuerpo, es decir, el punto de vista puramente químico de Ehrlich ó el de la doctrina fisicoquímica. La enfermedad tuberculosa no consiste en la presencia de bacilos tuberculosos, sino que es una acción combinada de este bacilo y del cuerpo de las células; los síntomas de la enfermedad son consecuencia de una enfermedad del tejido. La enfermedad, como consecuencia de la cooperación de dos componentes en el enfermo, determina también dos componentes en los anticuerpos del suero; unos adoptarán la substancia del bacilo tuberculoso, y los otros los lipoides, es decir, una parte constante del cuerpo de las células. Aquel, por el contrario, que en la serorreacción ve cómo se exteriorizan las alteraciones en el estado químico coloidal, esclarecerá la necesidad de la existencia de los lipoides, porque sin éstos no se dan las condiciones fisicoquímicas que son el fundamento de la reacción, los cambios de superficie, del tamaño de las partículas y de la carga en los coloides del suero y de los bacilos tuberculosos. Para ambos conceptos pueden aducirse razones. Los partidarios de la doctrina puramente química pueden apoyarse en la necesidad del componente etiológico en el antígeno, lo que no ocurre en igual medida en la reacción de la sífilis. Pues lo que parece diferenciar la reacción de la sífilis de toda la experiencia serodiagnóstica, es, como ya hemos dicho, que puede llevarse a cabo con antígenos completamente heterólogos, con lipoides corrientes, que nada tienen que ver con

la causa de la enfermedad. Esto no ocurre con la reacción para la tuberculosis; aquí, para la reacción óptima, debemos tener en el antígeno componentes del bacilo tuberculoso, es decir, del causante de la enfermedad. Pues sin los albuminoides del bacilo tuberculoso tetralinizado, con sólo la lecitina, se logra siempre una reacción negativa. Nosotros hemos investigado muy particularmente este punto del componente específico del antígeno, y hemos hecho ensayos con la mayoría de los sueros, utilizando como tal antígeno emulsiones de bacilos diftéricos, que habían sido cargados del mismo modo con lecitina. Elegimos los bacilos diftéricos porque éstos, según los estudios de autores anteriores, y particularmente después de los nuevos trabajos de Bouquet y de Negre, deben encontrarse bioquímicamente muy inmediatos al bacilo de la tuberculosis. Pero manteniéndonos dentro del campo de nuestras investigaciones, no hemos obtenido ningún resultado positivo haciendo actuar el suero de tuberculoso con este antígeno de bacilo diftérico mas el lipóide, mientras todos los testigos quedaban disueltos. No hay duda de que existen relaciones específicas entre el suero de los tuberculosos y los componentes del cuerpo de los bacilos tuberculosos, como ya se hizo notar en un trabajo del laboratorio de Besredka (1), en el cual establece la posibilidad de que otras bacterias que se encuentran inmediatas bioquímicamente al bacilo de la tuberculosis puedan sustituir á éste, hasta cierto grado, como antígenos. En este sentido, por el momento, no hemos hecho más investigaciones.

El partidario de la apetencia químico-específica como fundamento del fenómeno del suero, encontrará nuevos apoyos para su teoría en que en la tuberculosis espontánea, según hemos podido apreciar en nuestros estudios, con una adecuada elección de complemento y disolución de todos los testigos, apenas ocurre que el suero fije el complemento empleando la cantidad necesaria de cuerpos de bacilos tuberculosos bastante tetralinizados si se emplea solo, sin añadir el lipóide, al contrario de lo que ocurre con el suero obtenido de animales sanos inmunizados artificialmente. Este fenómeno significará que en la producción espontánea de la serorreacción durante la enfermedad debe haber tejido tuberculoso y el organismo absorbe materias procedentes de ese foco de enfermedad y sobre ellas reacciona lo que requiere previamente destrucción y neoformación de células. Entre los componentes del suero que reaccionan con lipoides hay que ver un anticuerpo-lipóideo (anticuerpo-antilipóideo), lo que ha sido expresado ya por Much y su escuela, y por Curt Meier y otros autores, y los primeros han tratado de utilizar de manera diagnóstica y terapéutica. Es también importante que el suero de tuberculosos tratados durante largo tiempo terapéuticamente por tuberculina ó por otros preparados de bacilos tuberculosos no da la reacción de los animales inmunizados, sino que necesitan para que la reacción sea positiva la lecitina en el antígeno. Al principio no podíamos disponer más que de una experiencia basada en unos 50 sueros y la dosis terapéutica más alta había sido de 10 miligramos de tuberculina, según amablemente me comunicaron los médicos que habían hecho los tratamientos. Debieron por lo tanto hacerse estos estudios en otros enfermos que habían sido inmunizados contra dosis más fuertes de preparados de bacilos tuberculosos, y eso para decidir si era distinto cualitativa ó cuantitativamente el comportamien-

(1) A consecuencia de la imposibilidad en los momentos actuales económicos de proporcionarse literatura extranjera, sólo de manera incompleta é insuficiente dispongo de los nuevos trabajos del Extranjero y tengo que atenerme á cortas referencias. Por eso pido perdón á los autores, pues tienen que disculpar mis citas.

to del suero de los enfermos de tuberculosis previamente tratados de manera específica y el de los organismos sanos también tratados con anterioridad, y si esta diferencia desaparecía con unas inyecciones de tuberculina. De ningún modo se trata sólo en esta serorreacción de un sencillo anticuerpo que obra en la tuberculina sobre aquellas sustancias, que despiertan en los enfermos la reacción á la tuberculina. De esto se deduce, como ya se ha dicho, que el preparado de bacilos tuberculosos sobre el cual ha actuado la tetralina ejerce una acción tuberculínica más fuerte, á pesar de que no reacciona por sí sólo, positivamente, ni con el suero de tuberculosos, ni, según nuestros ensayos, con el de los enfermos tratados por tuberculina.

Por otro lado pueden aportarse otros argumentos del mismo peso para explicarse la lipofilia del suero tuberculoso como un fenómeno físico-químico. En primer lugar quiero referirme á los hermosos estudios de Fåhræus (1) sobre la precipitación de los glóbulos rojos de la sangre que en los enfermos tuberculosos está casi regularmente acelerada. Como Fåhræus mismo y otros autores han demostrado, la alteración en la velocidad de precipitación de los corpúsculos de la sangre está en relación causal con cambios físico-químicos de las sustancias coloides del plasma de la sangre.

Se podría dar la explicación que en el proceso de la enfermedad de la tuberculosis espontánea, las alteraciones físico-químicas del suero no se constituyen con tanta intensidad como pueden provocarse por el tratamiento previo artificial de un animal sano. La adición de lipoides al antígeno obraría como un *fortificador* para hacer más perceptible la entrada de la reacción que, como sabemos hoy en la fijación del complemento, consiste también en la formación invisible de copos (floculos.) En este caso no tendría nada que ver la lipofilia del suero de los tuberculosos con los anticuerpos contra los lipoides, sino que la lecitina debería ser considerada como un agente que haría visible la unión entre el suero y el protoplasma del bacilo del antígeno. En pro de este concepto hablaría el curso de los siguientes ensayos: titulamos el suero de un carnero previamente tratado con bacilos tuberculosos hasta la dosis final y practicamos nuestro ensayo con esta dosis añadiendo lecitina; de este modo, con esta dosis que da siempre reacción negativa, logramos, por la adición de la lecitina, que sea positiva. Este ensayo habla en el sentido de un fortalecimiento de un proceso físico-químico por la adición de lipoides. Pues en estos animales sanos no se puede hablar de anticuerpos contra las sustancias de las células destruidas á consecuencia de un proceso tuberculoso (2). Hay una explicación en el resultado de las investigaciones de Hoppe Segler sobre la vitelina, en la cual acepta una unión laxa entre los proteidos y los lipoides. Al añadirse lecitina al protoplasma descompuesto de los bacilos tuberculosos se constituyen complejos proteidolipoides análogos dan al suero de los tuberculosos condiciones particulares para la reacción coloidal. La mucho mayor sensibilidad serodiagnóstica del cultivo en yema de huevo ideado por Besredka en comparación con los cultivos corrientes de bacilo tuberculoso, tiene tal vez el mismo fundamento. Nuevos estudios esclarecerán por completo este punto. En él nos encontramos ahora al principio de las investigaciones, de tal modo, que se logrará por otros procedimientos distintos de la fijación del complemento, por ejemplo el de la reacción de copos (floculación), la prueba sero-

diagnóstica de este fenómeno. De los ensayos aquí relatados se deducirá siempre que el protoplasma de las bacterias y los lipoides se encuentran en el antígeno en una proporción cuantitativa determinada. En este sentido hay un optimum y esto también habla en pro de la naturaleza físico-química de la visibilidad del fenómeno. Así comprobamos que demasiados lipoides más de los recomendados por nosotros determinaban nuevamente un descenso de la reacción, la debilitaban. Ya ha sido mencionado el papel fortificador de la colestestina.

De lo aquí comunicado es fácil deducir por qué algunos antígenos, como el de Besredka ó el de Bouquet y Negre, se muestran superiores serodiagnósticamente en comparación de los cultivos comunes del bacilo tuberculoso. En ambos antígenos, lo decisivo es que en su conjunto, los lipoides, en comparación con las demás sustancias del protoplasma de los bacilos tuberculosos, existen en cantidad mayor que en los bacilos originales, es decir, que en los cultivos ordinarios. En el de Besredka actúan así los lipoides de la yema del huevo que existen abundantemente en el líquido del cultivo y en el de Bouquet y Negre los extractos alcohólicos; pues en el alcohol hay, naturalmente, más lipoides que proteidos. De hecho, según nos hemos persuadido, se puede sensibilizar para el serodiagnóstico inmediatamente una emulsión común de bacilos tuberculosos, añadiendo algo de lecitina. Tal antígeno llena entonces cualitativamente las condiciones fundamentales físico-químicas que son necesarias en un antígeno para el serodiagnóstico del tejido tuberculoso. Las relaciones de cantidad de los lipoides no pueden, sin embargo, precisarse, cómo es comprensible, en un cultivo. Por eso se diferencian nuestros antígenos y los antígenos Besredka, que este autor nos ha proporcionado amablemente, en los siguientes puntos. En el diagnóstico de casos de tuberculosis declarada, las reacciones positivas coinciden en los dos antígenos. Por el contrario, el antígeno Besredka da casi siempre con el suero de los sífilíticos una reacción positiva, mientras nuestro antígeno puede ser preparado de tal modo, que sólo reaccione positivamente con el suero de los tuberculosos. También el antígeno de Bouquet y Negre da en un número de casos, según los datos de los autores, reacción positiva con el suero de sífilíticos. Sobre esto no poseemos experiencia propia, porque no disponemos de tal antígeno.

En lo que se refiere á la práctica de estas útiles reacciones (1), damos los siguientes consejos. Después de los ensayos precisos para la determinación de las dosis útiles (cuadro I), se hace el ensayo fundamental. Este, según nuestro concepto, puede simplificarse con respecto al dado en el cuadro, de modo que todos los sueros se pongan en contacto sólo con el preparado de bacilos tuberculosos-tetralina-lecitina (es decir, la columna II del cuadro) y se deje el ensayo sin lecitina y con lecitina sola (columnas I y II). Como testigos hay que emplear: extracto testigo, es decir, la dosis utilizada para el ensayo del preparado de bacilos tuberculosos tetralina-lecitina sólo, y como suero testigo, uno que en un ensayo anterior haya sido seguramente positivo de suero de tuberculoso, y el testigo de un serodiagnóstico de sífilis. Además, se recomienda poner con el antígeno, uno ó dos sueros positivos de sífilis como los de tuberculosis, los que deben permanecer negativos para permitir un juicio sobre la especificidad de la reacción para la tuberculosis. De esta manera, consiente el serodiagnóstico específico de la tuberculosis,

(1) Acta med. Scand, 1921 55.

(2) Para mayor seguridad, al carnero que después de una nueva inyección murió con síntomas tóxicos, le hicimos la autopsia y lo examinamos con la mayor atención. Estaba completamente libre de tuberculosis.

(1) En la preparación de este trabajo he sido auxiliado de manera eficazísima por mi ayudante de laboratorio, señorita Köster. La señorita Köster ha hecho de manera fidedigna siempre los ensayos de fijación del complemento.

en muchos casos, una base firme para que el médico pueda hacer el diagnóstico de la tuberculosis y en consecuencia proceda y concluya (1).

Conclusiones.—1.^a El suero de enfermo tuberculoso es marcadamente lipófilo.

2.^a Es preciso, por lo tanto, en el antígeno, la presencia de una determinada cantidad de fosfátidos. Por esta propiedad se incluye el serodiagnóstico en un grupo con el suero de la sífilis,

3.^a El suero de los enfermos tuberculosos se diferencia, sin embargo, del suero de los sífilíticos, en que no reacciona con los lipoides solos, sino que además de éstos, es preciso otros componentes en el antígeno, que se encuentran óptimamente en el protoplasma de los bacilos tuberculosos.

4.^a El suero de los enfermos tuberculosos se distingue del suero de un animal sano previamente tratado con bacilos tuberculosos, en que el primero necesita en el antígeno más lipoides para dar una reacción serodiagnóstica positiva.

5.^a Con esto se da la posibilidad, quitando previamente la grasa al bacilo tuberculoso y añadiendo determinadas cantidades de fosfátidos, de establecer un antígeno que en el serodiagnóstico de las personas sólo reacciona positivamente de manera específica con el suero de individuos que poseen un tejido tuberculoso.

6.^a Esta reacción serológica positiva tiene, por lo tanto, un valor en el diagnóstico de la tuberculosis activa.

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, núm. 10, 9 de Marzo de 1923.)

DR. P. M.

Erisipela migratoria recidivante curada por la proteinoterapia láctea

POR EL

DR. TOMÁS DE A. SAMORA

El empleo de medicamentos modernos y métodos modernos de tratamiento tienen su razón de ser en todos aquellos casos en que tratándose de afecciones crónicas, no han sido éstas modificadas por los métodos clásicos.

Estos estados crónicos débense la mayoría de las veces á cierto grado de alergia (por decirlo así) de las defensas orgánicas. Cualquier procedimiento que logre despertar estas defensas, conduce, si es bien dirigido, á la curación definitiva de la afección. No es necesario que estas defensas sean realizadas de un modo específico, en relación con la dolencia: basta conocer los admirables trabajos de Lumiere (Augusto) últimamente publicados sobre el papel de los coloides en los seres vivos para formarse esta opinión que la clínica colabora con gran elocuencia. Lo que sueros y vacunas específicas no logran, se obtiene muchas veces con sueros no específicos, vacunas heterólogas, metales coloidales, etc.; de aquí la idea moderna de que estos preparados obran por los cuerpos proteínicos que contienen.

La leche es, de entre los agentes proteínicos, la que mayor cantidad de proteínas posee, y por estas reflexiones y convencido de la rectitud de su aplicación, eché mano de este agente en la enferma cuya historia clínica voy á referir.

Tiempo atrás había empleado un preparado alemán para el tratamiento de afecciones gonorreicas crónicas, mas la carencia de ellas en el mercado me obligó á echar mano del corriente Caseal cálcico.

(1) El antígeno es proporcionado por la firma J. D. Rediel A. G. Berlín-Britz, que ha tomado la tetralina Werke.

Dña M. T., de treinta y seis años, casada, sufría de úlcera crónica de la pierna derecha, afección que databa de dos años. Hace seis meses tuvo un primer brote de erisipela que duró ocho días con fiebre elevada, escalofríos y demás cortejo sintomático. Tratada por los métodos clásicos vió desaparecer su infección, para volver á presentarse á los ocho días. Su médico usó en este segundo caso el suero antiestreptocócico primero y vacunas posteriormente, volviendo á aparecer su afección á los diez días escasos de su declinación.

Llamado esta tercera vez cerca la enferma, encuentro la úlcera rodeada de una zona erisipelatosa que se extendía desde el maleolo externo del pie hasta la rodilla, con linfangitis típica é infarto doloroso de los ganglios linfáticos pertenecientes á la región cutánea enferma.

La enferma tenía 38° de temperatura, conservándose el estado general relativamente bien. Teniendo en cuenta su tratamiento anterior, inyecté 5 c. c. de Caseal cálcico intramuscularmente. Al día siguiente la mejoría fué visible. El edema disminuyó notablemente. El estado general se modificó igualmente, disminuyendo la temperatura á 37°,5, aumentó la diuresis y desaparecieron los dolores ganglionares, después de una exacerbación que duró por espacio de dos horas, á la hora y media de la primera inyección.

En vista de tal resultado inyecté durante dos días seguidos 5 c. c. más del mismo preparado, logrando al cuarto día de iniciar el tratamiento ver desaparecida completamente la infección local y general, pudiendo la enferma levantarse de la cama completamente restablecida.

Han transcurrido tres meses durante los cuales no ha vuelto la recidiva erisipelatosa y durante los que he visto de cerca á la enferma por tratarle su úlcera, la que ha cicatrizado completamente.

Este caso es altamente interesante por cuanto no se ha establecido en su curación tratamiento alguno coadyuvante contra la infección erisipelatosa, siendo su curación debida sólo y exclusivamente á la proteinoterapia láctea.

Barcelona, 14 de Marzo de 1923.

Bibliografía.

NEURASTHENIA: An endocrine syndrome (Harrower's Monographs on the internal secretions).—Vol. I, núm. 2, Abril de 1921.

Estas monografías Harrower, sobre las secreciones internas, constituyen una serie de publicaciones dedicadas al estudio de la literatura reciente sobre ciertos aspectos clínicos de dichas secreciones. La materia objeto de cada monografía se encuentra tratada de un modo conciso, pero de fácil comprensión, desde el punto de vista del práctico más bien que del técnico. Para facilitar el trabajo á los que deseen ampliar el estudio, acompaña á cada monografía una recopilación cuidadosa de las notas bibliográficas.

Vienen, por lo tanto, á ser estas monografías unas revistas generales, desde luego confeccionadas cuidadosamente, que proporcionan al lector el conocimiento del estado en que se encuentra una cuestión determinada del extenso campo de la endocrinología.

En la monografía cuyo título indicamos, se trata de establecer que la neurastenia es realmente un síndrome endocrino. En este sentido, se resumen los datos históricos y los antecedentes que vislumbraban ya la intervención del sistema endocrino en la neurastenia. Después de intentar establecer con claridad la definición correcta del síndrome, se dedica un extenso capítulo á la etiología, estudiando las influencias predisponentes, las alteraciones endocrinas en

general en su relación con la neurastenia, y luego en particular la neurastenia que depende de la disfunción del sistema suprarrenal y el papel de los factores tiroideos. Sin embargo, se considera como causa esencial de la neurastenia, así como también de la mayor parte de las formas de disfunción endocrina, a la toxemia. También se considera con la atención debida la importancia del desequilibrio emocional, así como se señalan los datos que hasta el día se admiten como propios de la neurastenia de guerra.

En el capítulo III se estudian los tipos clínicos, admitiendo una neurastenia cerebral, una neurastenia alimenticia, una neurastenia ovárica y una neurastenia sexual. Tal vez esta clasificación peca un poco de arbitraria; pero no puede negarse que se observan en la clínica modalidades de neurastenia que encajan perfectamente en dichas denominaciones. Particularmente la neurastenia ovárica tiene un gran interés, tanto para el especialista como para el médico general, pudiendo observarse un síndrome neurasténico durante las primeras manifestaciones de la actividad ovárica, ó bien coincidiendo con verdaderos estados morbosos del ovario, y sobre todo acompañando al establecimiento de la menopausia.

En el capítulo siguiente se puntualizan las bases que sirven para establecer el diagnóstico de una neurastenia endocrina, y sobre todo se detalla su diagnóstico diferencial con el histerismo y con la hipocondría. Uno de los datos de más importancia para sentar el diagnóstico en cuestión es el modo cómo responde el individuo al tratamiento opoterápico administrado sobre la base de una pura presunción.

Las últimas páginas de la monografía se ocupan del tratamiento; las medidas generales, la psicoterapia y sobre todo la organoterapia, serán los medios eficaces para conseguir la curación, á veces muy difícil, de los neurasténicos, más fácil, no obstante, cuando el síndrome depende de un desequilibrio del sistema endocrino.

EMILIO LUENGO ARROYO.

Periódicos médicos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Observaciones acerca de las pruebas de permeabilidad de la trompa, por el Dr. L. G. Dittel.**—La impermeabilidad de la trompa es una causa muy frecuente de esterilidad, por lo que ha tenido gran aceptación el método del ginecólogo americano Rubin, para determinar la permeabilidad de la trompa, método que consiste en la aplicación de un catéter uterino por el que se insufla oxígeno, el cual pasa á través de las trompas hasta la cavidad peritoneal. Tanto los ginecólogos americanos como los alemanes que han empleado este método, aseguran su inocuidad, desde luego siempre que se emplee una técnica correcta y se elijan los casos adecuados. La idea de Rubin ya tiene un antecedente conocido por lo menos, el de Cary, que trataba de estudiar los casos de esterilidades inyectando en el útero con una jeringa una solución de eolargol y examinando á la enferma á los rayos X. Por lo que se refiere al procedimiento de Rubin, el autor no le desecha por completo, pero se permite poner algunas objeciones al mismo. Se citan como contraindicaciones del método el embarazo intrauterino y extrauterino y el puerperio. Lo primero que se ocurre al leer esto es que en caso de embarazo ó de puerperio no hay problema de determinar las causas de una esterilidad,

puesto que tal esterilidad no existe, pero puede ocurrir que se encuentre embarazada una mujer que hasta entonces se creía estéril, pues se dan casos de matrimonios en los que se produce la concepción al cabo de varios años de no tener descendencia, y, por otra parte, puede sospecharse el embarazo en una mujer y resultar que es estéril. Por otra parte, las contraindicaciones apuntadas son contraindicaciones á la insuflación en general y no exclusivamente á la que se hace para explorar la causa de la esterilidad. En los tiempos actuales en que son tan frecuentes las provocaciones de aborto, hay que proceder con mucha cautela en el empleo de un método como este, que puede ser una causa de interrupción del embarazo.

El número de casos en que se ha empleado el método es además pequeño para poder afirmar su inocuidad. Puede ocurrir que ocasione inflamaciones ligeras de las trompas, las cuales curan dejando adherencias y, por tanto, impermeabilidad sin haber ocasionado fenómenos ostensibles, de manera que se provoca el mismo accidente que iba á explorar. Hay incluso autores que atribuyen al procedimiento de la insuflación una posible acción curativa, porque desprende adherencias existentes, y citan en apoyo de su afirmación casos en los que se elevaba en un principio la presión en el manómetro, y luego descendía rápidamente hasta la normal, por lo que el autor se pregunta si esta disminución de la presión no pudiera depender de desgarros de la trompa en vez de ser la consecuencia de la supresión de adherencias patológicas, y si estos posibles desgarros de la trompa no habrían de tener consecuencias desfavorables. Otro peligro que existe en semejante caso es el de que al desprenderse adherencias se abran focos purulentos que hasta entonces estuvieran enquistados y latentes, y las consecuencias nocivas que se desprenden de este accidente las comprende cualquiera. A esto hay que añadir la escasez de datos de valor práctico que se sacan del método aludido, porque las intervenciones que se pueden hacer para corregir una impermeabilidad de la trompa son demasiado poco eficaces, por lo que hasta ahora se ha visto de sus resultados para exponer á la enferma á los riesgos de una laparotomía. No en todos los casos da resultados inequívocos el empleo de la insuflación, lo que le hace inaplicable para casos de Medicina legal en que se plantee la abolición del matrimonio. Algún ginecólogo ha publicado recientemente un caso en el que ha hecho la insuflación en el séptimo día del puerperio y después de un aborto, á pesar de conocer la existencia de estreptococos hemolíticos en el útero. Estos casos por ser aislados no demuestran nada y deben considerarse desde luego como inaceptables por imprudentes. En la actualidad se sustituye el oxígeno por el anhídrido carbónico. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 28 de Diciembre de 1922.)

DERMATOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento del eczema por las soluciones de tanogalato de hierro, por MM. Veyrières y Ferreyrolles.**—Los autores han propuesto anteriormente para el tratamiento de los eczemas, en el período de secreción abundante, la adición al polvo de talco ó de kaolín, de carbonato de hierro ó sulfato de hierro, previamente disueltos. Antiguamente se trataban las quemaduras por las tintas, cuya composición era á base de tanino y de sulfato de hierro, por lo general. Fundados en este dato, los autores han tenido la idea de ensayar un procedimiento análogo para el tratamiento de ciertas eczematizaciones. Practican primero lociones de la

lesión con la solución siguiente: sulfato de hierro, 10; agua destilada, 100; ácido sulfúrico, 11 gotas. Es indispensable el empleo del agua destilada, porque el agua que contenga sales de cal, descompone todos los sulfatos. Una vez seca ó casi seca esta loción, se practica una segunda con nuez de agallas, 100, y agua, 200. Mantener en ebullición largo tiempo, casi hasta la reducción á la mitad de su volumen, filtrar y añadir una proporción muy pequeña de ácido salicílico para evitar el desarrollo de hongos. La solución de tanino no reemplaza por completo al cocimiento de nuez de agallas; parece ser que el ácido gálico tiene una reacción un poco diferente, más marcada que la del tanino. Inmediatamente después de esta segunda loción, la región queda con un hermoso color negro. Lo más interesante es la acción inmediata sobre la vesiculización; no se observa, como después de las lociones con nitrato, que la vesícula segregue más, antes de romperse; se diría, por el contrario, que se retrae y seca inmediatamente. El nitrato de plata está más indicado en el período de cronicidad, en las formas con prurito y con liquefacción. El tannogalato de hierro en las eczematizaciones francas, cuando la vesiculización es bien clara, la secreción de serosidad es abundante y hasta en los períodos agudos. (*Le Bulletin Medical*, núm. 5, 25 y 28 de Enero de 1923.)—E. LUENGO.

ENDOCRINOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El efecto de la insulina en los conejos normales y en los conejos hechos hiperglucémicos por varios procedimientos. Banting, F. G., Best, C. H., Collip, J. B., Macleod, J. J. R. y Noble, E. C. —1. *El efecto de la insulina en los conejos normales.*—En 150 conejos normales alimentados con avena y algunas veces también con azúcar, la cifra de glucosa en la sangre de la vena marginal de la oreja, determinada por el método de Schaffer-Hartman, fué de 0.186 como máximo, 0.095 como mínimo, ó sea un promedio de 0.133. Un ensayo fisiológico de la insulina se fundó en la definición de que una unidad es la cantidad de insulina que en inyección subcutánea disminuye en un 50 por 100 la cifra de la glucosa de la sangre de un conejo en una á tres horas. Efectos relativamente mayores fueron obtenidos en los perros privados de páncreas. La cifra más baja de azúcar sanguíneo encontrada en conejos fué de 0.01 por 100 dos horas y tres cuartos después de la inyección de insulina. Las preparaciones más puras, son las que producen un descenso más rápido del azúcar. Dosis suficientemente grandes de insulina producen hiperexcitabilidad, seguida de coma con respiración rápida ó periódica con reflejos conjuntivales perezosos, pupilas muy dilatadas y temperatura rectal normal. Ligeros estímulos, aun la trepidación del pavimento, dieron lugar á violentas convulsiones en forma de movimientos de salto ó de carrera, de uno á dos minutos de duración. En ausencia de estímulos exteriores, el intervalo entre tales convulsiones era generalmente de unos quince minutos. Finalmente, sobrevino la muerte por el paro respiratorio. Por comparación con las observaciones de Mann (*Proc. Amer. Physiol. Soc.*, Dec. 1920), en perros hechos hipoglucémicos por la extirpación del hígado, los síntomas anteriores fueron atribuidos á la cifra tan baja del azúcar sanguíneo, y esta presunción se vió apoyada por la observación de que la inyección de suficientes cantidades de glucosa (4 gramos en solución al 20 por 100 por vía subcutánea) restablecían á los animales á la normalidad. Raramente fué posible la curación sin las inyecciones. Las inyecciones de pentosas ó de solución salina no tuvieron efecto.

2. *El efecto de la insulina sobre los animales hiperglucémicos.*—Conejos alimentados con avena y azúcar fueron hechos hiperglucémicos por varios métodos (asfixia, intoxicación por el monóxido de carbono, epinefrina y el éter). Se separaron después de la muerte trozos de hígado para el análisis del glucógeno. Se expone un cuadro que muestra que la hiperglucemia fué casi ó completamente evitada por las inyecciones de insulina en todos los experimentos y frecuentemente se produjo hipoglucemia.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acción de la quinidina en un caso de arritmia completa con grueso bocio, por el Dr. Ed. Benhamou. —La quinidina apenas salida del dominio de la experimentación ha tomado rápidamente en la terapéutica cardíaca un puesto de primer orden.

Según el autor, no es dudoso que en más de la mitad de los casos de arritmia completa del corazón los disturbios funcionales y físicos desaparecen, al menos temporalmente, comprobándolo así la electrocardiografía y la flebografía. En un caso de arritmia completa con asistolia y grueso bocio —*bocio tan voluminoso, que había sido diagnosticado de bocio sofocante, para el que se había aconsejado un tratamiento radioterápico*—el autor ha obtenido no sólo la regularización completa del ritmo cardíaco, sino también la desaparición del bocio.

Trátase de una mujer de cuarenta y cinco años que había llegado á la *menopausia* hacía diez meses; al detenerse definitivamente sus reglas apareció por la primera vez una crisis de *taquicardia paroxística esencial*, que duró media hora. Un mes después sobrevino una crisis análoga, sólo que más larga y angustiosa. Luego las crisis se aproximaron de quince en quince días, de ocho en ocho días; por fin se volvieron subintrantes. A los seis meses la enferma no tenía un momento de reposo: los latidos cardíacos, dolorosos, incesantes, se acompañan de una angustia extrema, de una disnea permanente, verdadero estado de mal cardíaco, que hacía imposible todo movimiento.

Al mismo tiempo, la enferma, que tenía hacía algún tiempo un ligero bocio, lo vió engruesar bruscamente, coincidiendo con la primera crisis de taquicardia paroxística. A medida que se agravaba el síndrome cardíaco, el bocio se volvía voluminoso, turgente, pulsátil, y presentaba el cuadro clínico tal importancia, que condujo al diagnóstico de bocio sofocante y se prescribió un tratamiento por los rayos X.

Cuando el autor vió á la enferma el diagnóstico de taquicardia paroxística se impuso: latidos extremadamente rápidos, irregulares, desordenados; matidez cardíaca aumentada, hígado voluminoso, congestión en las bases, edema de los miembros inferiores, oliguria, disnea paroxística.

Latidos en el bocio tan penosos para la enferma como los latidos cardíacos.

Antecedentes hereditarios: madre reumática y padre tuberculoso. Como antecedentes personales: hace diez y siete años, reumatismo de la rodilla izquierda que duró seis meses; de tiempo en tiempo dolores reumatoideos; siempre corta respiración sin signos de auscultación.

Bajo la influencia de la *digital* los accidentes asistólicos retroceden; restablécense la diuresis, las bases se despejan, la disnea es menos marcada, pero la taquiarritmia persiste con su angustia, con su molestia respiratoria. El tratamiento por la digital continuado durante ocho días no produce modificación alguna en el ritmo. Entonces se administra *quini-*

dina (tres comprimidos de 0,20 gramos de sulfato por día), y desde el primer día mejora la situación. Al día siguiente, el ritmo á 80, claramente regularizado. Los días sucesivos el ritmo continúa regular; la presión máxima que era 18, cae á 16; la mínima (tomada con el Pachon) desciende de 12 á 10. Cada mañana la enferma toma III gotas de digitalina, y durante el día tres comprimidos de quinidina. Estos tres comprimidos hacen la dosis suficiente y necesaria, pues con dos el ritmo tiende á acelerarse. Al cabo de ocho días se deja de dar quinidina y durante esta interrupción de tres días sobrevienen dos crisis de taquicardia. Se vuelve al tratamiento por la quinidina y todo vuelve á la normalidad. Al vigésimo día sobreviene todavía una crisis de taquicardia paroxística esencial y á partir de este momento el ritmo permanece regular con 70 latidos como media. No queda ningún trastorno funcional y la enferma puede ocuparse de sus ocupaciones y volver á su existencia normal. A partir del vigésimoquinto día no se da más quinidina cotidianamente sino con intermitencia (un día cada dos, uno de cada tres) y en dosis menor (dos comprimidos por día), la enferma siente necesidad de tomar el medicamento de tiempo en tiempo, notando en seguida su eficacia.

Además, mientras se trató la arritmia por la quinidina, la enferma notó que el bocio ya no la molestaba, que no latía y que disminuía rápidamente de volumen. Decía la enferma que la quinidina había mejorado aun más su bocio que su corazón. Efectivamente, el bocio casi ha desaparecido: es mucho más pequeño que en el período premenopáusico, según la misma enferma. *La quinidina había curado el bocio.*

Esta observación es interesante:

1.º Porque demuestra las relaciones que existen entre las glándulas de secreción interna y disturbios del ritmo cardíaco. Es en el momento de la menopausia, exactamente un mes después de la desaparición brusca de las reglas, cuando sobreviene la primer crisis de taquicardia paroxística.

2.º Porque evidencia la soldadura entre las crisis de taquicardia paroxística esencial que siendo poco á poco más frecuentes, después subintrantes, llegan al síndrome «taquiarritmia permanente». La taquicardia paroxística y la arritmia completa resaltan bien en este caso por el mismo mecanismo patogénico. De hecho, en el momento en que el síndrome arritmico desaparece, se ve la excitabilidad de la aurícula manifestarse todavía de tiempo en tiempo por una crisis de taquicardia paroxística esencial y rehacer las mismas etapas, lo mismo á la vuelta que á la ida.

3.º Porque presenta las relaciones que existen entre los disturbios del ritmo cardíaco y el aumento del cuerpo tiroideo. Fué después de la primera crisis de taquicardia paroxística esencial cuando bruscamente empezó á crecer el bocio. A partir de este momento los disturbios del ritmo y el aumento del bocio siguen una marcha paralela. Cuando el ritmo se regulariza el volumen del bocio disminuye.

4.º Porque muestra el papel de la digital y de la quinidina en la arritmia completa: *la digital combatiendo eficazmente los accidentes asistólicos, pero siendo impotente contra la alteración del ritmo; la quinidina regularizando maravillosa y rápidamente el ritmo cardíaco.*

5.º Porque la quinidina actúa en este caso, no solamente como el medicamento heroico de la arritmia, sino también como el mejor tratamiento de bocio. (*Paris Medical*, 10 de Marzo de 1923).—R. COMENGE.

2. El sulfato de eserina en el tratamiento de las taquicardias, por C. Lian y H. Weltl.—Considerada en general como teniendo una acción excitadora sobre el vago, la eserina obraría sobre las terminaciones periféricas del neumogástrico. Algunos autores piensan, sin embargo, que

la eserina ejercería, además, una influencia inhibidora sobre el simpático. Sea como quiera, resulta de los datos farmacológicos que el empleo terapéutico de la eserina parece justificado en los síndromes que revelan una hipertonia simpática. Los autores han recurrido al empleo prudente de este alcaloide en casos de taquicardia que el examen clínico permitía considerar como la expresión de un síndrome de hipersimpaticotonía. Los casos observados se agrupan en cuatro categorías: I. Bocios exoftálmicos. II. Taquicardias por hipersimpaticotonía. III. Cardiopatías valvulares, mitrales y taquicardias por hipertonia simpática. IV. Trastornos vasomotores de origen hipersimpaticotónico. La eserina fué empleada en forma de sulfato en todos estos casos y bajo forma de gránulos dosificados á un miligramo. La dosis fué de 1 gránulo para tomar al principio de una, dos ó las tres comidas principales del día, durante períodos de cuatro á siete días, á veces de dos y tres semanas. De sus observaciones parece resultar que la eserina tuvo en la mayor parte de los casos una influencia muy clara sobre las palpitaciones que incomodaban á los enfermos. En todos ellos disminuían las palpitaciones; sin embargo, la mejoría fué más subjetiva que objetiva, pues si las palpitaciones se atenúan, el número de las pulsaciones cardíacas no se había modificado. La eserina disminuyó en varios enfermos el estado de excitabilidad nerviosa. Por último, la eserina fué administrada sin ningún incidente, á excepción de una enferma en la que sobrevinieron trastornos sin gravedad, por haber tomado dos gránulos á la vez experimentando un malestar indefinible, pero que, no obstante, no la impide continuar su trabajo. El segundo día le parece que su corazón se levanta por momentos para volver á caer brutalmente en seguida. El tercer día, los choques precordiales se reproducen con más frecuencia; la enferma no tiene apetito, durmiendo durante todo el día. Entonces cesa todo tratamiento, y al cabo de ocho días todas las molestias han desaparecido, pero desde su tratamiento la enferma no tiene ningún apetito. (*Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, núm. 14, 5 de Mayo de 1921.)—E. LUENGO.

3. Sobre la vacunoterapia de las afecciones pulmonares crónicas, por J. Minet.—El autor comunica los resultados obtenidos en las afecciones pulmonares crónicas con el empleo de una vacuna á base de neumococos tetrágenos, micrococus catharralis y estafilococos. En el asma banal, con ó sin bronquitis sobreañadida, la proporción de las curaciones es de cinco en seis casos tratados; y no se trata de mejorías momentáneas, sino de verdaderas curaciones, las más antiguas de las cuales cuentan ya más de tres años de fecha. En el enfisema pulmonar con bronquitis, en los catarros bronquiales, el autor observa en tres casos una curación completa y una notable mejoría. En la tuberculosis pulmonar misma, le ha parecido que las infecciones secundarias eran influenciadas por las inyecciones de vacuna, que la purulencia de la expectoración disminuía y que el estado general se modificaba favorablemente. Estos resultados han sido obtenidos con series, repetidas una ó dos veces, de diez inyecciones de vacuna (una cada dos días, con descanso de cinco á seis días entre la quinta y la sexta). El autor no ha observado nunca incidentes serios; el dolor local, inconstante; por otra parte, se yugula fácilmente por la aspirina, y el aumento de la disnea, observado una vez solamente de cuatro casos, nunca es alarmante, sino que por el contrario anuncia la inminencia de la mejoría. (*Soc. Méd. des Hôps. de Lyon*, 24 de Octubre de 1922.)—LUENGO.

4. La quinina en forma de comprimidos y su eliminación por la orina, por M. Léger y E. Bedier.—Recientemente se ha llamado la atención por Blanchard sobre los

fracasos de la quinina preventiva, debidos al parecer muy generalmente, si es que no siempre, á la insolubilidad de los comprimidos. Estos se eliminarían intactos en la mitad de los casos, en las materias fecales. Por otra parte, la investigación del alcaloide en las orinas por el método de Tanret, sólo ha sido positiva 5 veces en 44. El conocimiento de estos datos ha provocado una verdadera emoción en el mundo colonial, no solamente entre los médicos, sino también y sobre todo entre los colonos, funcionarios y oficiales. El comprimido está, en la hora actual, en los países cálidos, universalmente adoptado como el único modo práctico de transporte y de absorción de la quinina. El sello y la grajea no son utilizables á causa de su higroscopia. La solución del medicamento ó su envoltura en papel de fumar, son modos de absorción desagradables ó incómodos, difíciles de aceptar diariamente por los enfermos durante meses y meses. Los autores han creído necesario comprobar la exactitud de lo afirmado, investigando la eliminación de la quinina por la orina después de la ingestión del medicamento en la forma de comprimidos. Sus investigaciones han recaído en europeos é indígenas, unos en perfecta salud y otros hospitalizados por las más variadas afecciones. A todos les hicieron tomar por la mañana, entre las siete y las ocho, un comprimido de 0,25 gramos de clorhidrato de quinina, procedente de tres marcas ó fabricantes diferentes. Teniendo lugar el acmé de la eliminación en las seis primeras horas, y mejor entre la tercera y la sexta, se hizo orinar á los enfermos sometidos á la experiencia en diversos tiempos variables entre tres y ocho horas, después de haber tomado el medicamento, analizando la orina por el reactivo de Tanret. Sus observaciones ascienden á 145; 47 en europeos, 98 en indígenas, que las dividen en cuatro series. Los resultados obtenidos están en completo desacuerdo con los del autor del trabajo que motivó su investigación. La eliminación del clorhidrato de quinina, absorbido en la forma de un comprimido de 0,25 gramos, ha sido comprobada en el 91 por 100 de los casos (132, de 145) al cabo de tres á cuatro horas; y en el 99 por 100 al cabo de las seis á ocho horas. Hay que suponer que Blanchard utilizó en sus pruebas un lote de comprimidos de quinina de mala fabricación. Cabe preguntarse también si se trataría de comprimidos de sulfato, cuerpo que es mucho menos soluble que el clorhidrato. En su comunicación á la *Société de Pathologie Exotique* sobre las medidas á tomar para desarrollar en las Colonias francesas el uso preventivo de la quinina, Laveran concluía con estas palabras: «Para que el uso preventivo de la quinina se generalice, es preciso que se ponga á la disposición de los habitantes quinina de buena calidad, á bajo precio y en una forma cómoda.» La única forma cómoda en la hora actual es, en sentir de los autores, el comprimido de clorhidrato de quinina; si éste es de buena calidad y se toma en buenas condiciones, da siempre resultado satisfactorio (*Bull. de la Soc. de Pathol. Exotique*, núm. 9, 8 de Noviembre de 1922.)—LUENGO.

5. **La opoterapia embrionaria, por M. Paul Carnot.**—Según el autor, el desarrollo del embrión es dirigido por una substancia ó influjo particular cuya naturaleza nos es desconocida todavía, pero cuyos efectos podemos ponerlos en evidencia de un modo indiscutible.

Captando tal substancia en un extracto y administrándosela á los organismos debilitados, podremos proporcionar á éstos un medio de activar su proliferación celular, es decir, haremos opoterapia embrionaria.

El autor viene empleando con tal objeto extractos secos, acuñosos ó glicerizados, preparados con embriones de hembras en gestación, recogidos en los mataderos, sirviéndose también de huevos de gallina en período de incubación. Los

extractos pueden ser también parciales: hígado, riñones, etcétera.

Aplicados á la terapéutica estos extractos embrionarios (de ternera, cordero, cerdo), se han mostrado con efectos muy notables sobre los crecimientos retardados.

Los extractos parciales de órganos de fetos han dado asimismo resultados muy favorables en algunas afecciones del hígado y de los riñones, especialmente en las de estos últimos, de fecha reciente: disminución y aun supresión de la albúmina, á veces después de un período de exacerbación, aumento de la diuresis, etc.

En resumen, parece ser que se ha descubierto una nueva cantera de la que quizá saque la terapéutica, con el tiempo, armas eficaces. (*Académie de Médecine*, 31 de Octubre de 1922).—T. R. Y.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Lesión de la medula dorsal, por proyectil de arma de fuego. Laminectomía. Curación.**—El Dr. Rogelio Stincer comunica el siguiente caso clínico:

El Sr. M. Oria es herido por varios disparos de arma de fuego el día 4 de Julio del presente año en Puerto Padre, é ingresa allí en la Clínica «Raimundo Menocal» inmediatamente.

Al cuarto día soy llamado y examino al lesionado. Presentaba varias heridas por proyectil de arma de fuego, diseminadas por el tronco y brazo izquierdo.

Su estado general, relativamente bueno. Pulso á 98 y temperatura 37°,5. Respiración 24. Vientre ligeramente tímpanico.

Se comprueba claramente una paraplejía completa y absoluta. Ningún movimiento voluntario de los miembros inferiores ni de la pelvis es posible. Se hallan flácidos, sin presentar ningún movimiento automático, ninguna secasia muscular. Hipotonía ligera del grueso artejo y extensión permanente.

Sensibilidad objetiva: Abolida la superficial y disminuida la profunda.

Sensibilidad objetiva: Dolores irradiantes en la cintura, alrededor del tórax.

Reflejos cutáneos, abdominal y cremasteriano, abolidos. Babinski, positivo.

No hay trastornos de la vejiga ni del recto.

Examinada detenidamente la situación de los orificios de entrada y de salida de los proyectiles, encontramos uno de entrada, sin orificio de salida, á nivel de la quinta vértebra dorsal, comprobando la radiografía el alojamiento del proyectil en el canal medular.

Operación al octavo día del accidente. Anestesia con éter. La incisión de los tegumentos dió aproximadamente una cucharada de pus.

Laminectomía: Extirpación del proyectil, que se hallaba en pleno canal medular, incrustado por uno de sus extremos sobre el cuerpo vertebral, y el otro comprimiendo la medula, sin herir la meninge.

A los pocos días se restablece la sensibilidad, y poco á poco, en dos ó tres meses, la motilidad, al mismo tiempo que el tonus muscular y los reflejos.

La lesión que produjo el proyectil en las láminas vertebrales y apófisis espinosa, me obligaron á hacer laminectomía doble, por lo cual hice poner á este enfermo un corsé de yeso, antes que comenzara á caminar, para prevenir las deformidades de la columna vertebral.

En la actualidad, su marcha, ayudado por un bastón, es casi normal, y probablemente su curación será definitiva. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 25 de Enero de 1923).

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 u socorro.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Comentarios urgentes á la sesión de Jenner, por G. Mañón.—Antonio Oliver, por C. M. C.—La cura racional del estreñimiento.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaló.—Sección oficial: Ministerio de la Guerra.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Ministerio de Gracia y Justicia.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

El esfuerzo antivenéreo.—¿Hasta cuándo durará el descanso?

Dudando en qué título dar al movimiento innegable que en múltiples manifestaciones se nos ofrece expresando la tardía pero beneficiosa preocupación que en el público, en los médicos y en las autoridades se ha despertado, no encontramos mejor manera de calificarle que con el título de... esfuerzo antivenéreo.

Efectivamente, nunca hasta ahora se había dado un espectáculo de concentración de fuerzas dirigidas al cumplimiento de un fin sanitario.

No podemos menos de aplaudir el procedimiento, siquiera veamos en él mucho de automático y temamos que pueda ser accidental y transitorio.

Los mitins sanitarios que en las mañanas de los domingos vienen celebrando animosos y convencidos oradores médicos y no médicos, habiendo empezado por tomar como bandera la de la abolición de la intervención gubernativa en el ejercicio de la prostitución, va derivando, por convencimiento de su mayor eficacia, á reclamar la ampliación de los medios profilácticos, así como á la predicación de los que son tenidos hoy como los más poderosos y eficaces.

La Sociedad de Higiene, perseverante en su labor nunca interrumpida, nunca ostentosa y siempre diligente, activa y eficaz, coloca en lugar de preferencia la difusión del tema de la profilaxia antivenérea.

Las autoridades demuestran con nota oficiosa y publicando los trabajos que han llevado á cabo, que no permanecen sordas al clamor de la opinión, á la voz de la necesidad y á las exigencias del decoro público.

De esta manera resulta que casi no pasa día en que no se atraiga la opinión de unos y de otros sobre el pavoroso problema de la lucha contra la más repugnante y mortífera plaga que envenena los más puros y deleitosos momentos de la efusión amorosa.

Todos hacen bien y á todos aplaudimos; pero es necesario poner un poco de consideración reflexiva acerca de la manera de procurar los resultados á cuya consecución aspiramos todos. Decimos esto, porque si cada uno de los elementos que generosamente intervienen ó pretenden intervenir al resolver la complicada cuestión, se supone *descubridor* del mal é inventor ingenioso de procedimientos por todos conocidos antes de que en ellos fijase su atención quien por nuevos los proclama, se corre el riesgo de producir una confusión en el público y en las autoridades á quienes se quiere persuadir para obtener el benéfico resultado de la lucha antivenérea. Decimos esto, porque entre las reseñas que á nuestras manos llegan, vemos que no ha faltado quien proponga, como medio original y salvador, la organización de una *Junta* que guíe y oriente la lucha antivenérea, sin recordar que la tal Junta existe, que en ella se encuentran especialistas renombrados é higienistas celosos, que bajo la presidencia del malogrado Azúa ha venido actuando y que á ella se debe la instalación de los dispensarios que ahora se inauguran y la formal institución de los médicos, que previa pública y dura oposición han de prestar sus servicios por fin, vencidas las incomprensibles dificultades que por ciertos nefastos organismos administrativos se les han venido poniendo. (Y tiene la palabra si gusta el Sr. Millán de Priego.)

Insistimos en que lo necesario es reforzar la acción, procurarle medios expansivos y prácticos, llevando el convencimiento al público de la necesidad de acudir sin reparos monjiles al aprovechamiento de los medios que se ponen á su alcance, y machacar sobre las autoridades para que, dando prueba de verdadera inteligencia del asunto, le dejen en las manos de los que de él entienden y deben entender... *qui potest capere capiat*. (Pero en esto del *capiat*, entiéndase bien que nos referimos á la acepción de *entender* que tiene el verbo latino, no á la de *coger* ó *tomar*, de la cual bastante se ha abusado.)

Creemos, á propósito de lo que venimos diciendo, que no deja de tener importancia y oportunidad la publicación de la nota oficiosa que el Gobier-

no civil de Madrid ha dado, tratando de este asunto, a los periodistas.

Hales dicho el Sr. Navarro Reverter:

«Con el Consultorio de la calle de Luisa Fernanda, dotado de todos los elementos precisos, y el que muy próximamente ha de abrirse en la calle de Segovia con el nombre de Dispensario Azúa, quedará reorganizado en Madrid el servicio de defensa contra las infecciones específicas.

La asistencia médica en estos establecimientos tendrá dos características:

Primera. Será absolutamente gratuita, facilitándose además a los enfermos medicamentos e inyecciones, sin que se perciba ni admita remuneración alguna por el trabajo personal ni en pago de dichos efectos.

Segunda. Será totalmente reservada, sin que se pregunte a nadie—hombre ó mujer—quién es ni de dónde llega, atendándose sólo a combatir la enfermedad y evitar su propagación.

Y ya que se ofrece oportunidad para hablar de este asunto, puesto a público debate hoy, por la plausible campaña de los mítines sanitarios, a cuyas conclusiones me sumo por sentimiento y por convicción, es oportuno aclarar una manifestación hecha por algunos de los oradores propagandistas, para procurar que un movimiento de índole educadora, dirigido a generalizar los medios de lucha contra tan lastimosa plaga, no derive hacia el conocido tópico de la murmuración y el comentario picaresco; se trata de afirmar con toda rotundidad que el Gobierno civil de Madrid «no percibe ni un céntimo» por higiene de la trata de blancas, no pudiendo, por tanto, pagar con esos supuestos ingresos, «que no existen», servicios ni de lujo ni de necesidad.»

No sabemos si son tres ó cuatro los meses que hace que disfrutamos de un flamante Gobierno de concentración liberal, liga de las izquierdas, inspirado en espíritu reformista y ganoso de dar pública muestra de que no es ajeno al conocimiento de los grandes problemas nacionales ni quiere mostrarse remiso en abordar su resolución.

Lo que sí recordamos perfectamente, porque nos interesó y lo aplaudimos sin reservas, es que el tal Gobierno, liga ó concentración, no bien posesionado del pescante nacional, hizo espontáneas y concluyentes manifestaciones de hallarse dispuesto a poner mano en el problema sanitario, renunciando, por el momento, al proceder legislativo por creer más eficaz y accesible el de las reglamentaciones por decreto, dada la urgencia y perentoriedad de las aspiraciones justas de la opinión, lo conocido del asunto y el convencimiento de los medios adecuados para resolverlo.

Supimos, con efecto, que el Sr. Marqués de Alhucemas, que con su firma había autorizado el proyecto de ley presentado á las Cortes, de que casi era reproducción literal el amparado por el Sr. Piniés, estaba absolutamente resuelto á llevar á la *Gaceta*, lo que ya estaba preparado para ser convertido en disposiciones gubernamentales. Oímos de labios del

señor duque de Almodóvar del Valle iguales convencimientos y propósitos, y es de suponer que en el señor director general de Sanidad no dejaría de haber las mismas excelentes disposiciones.

Pues bien, á pesar de todo esto, con un presidente del Consejo de ministros decidido, un ministro de la Gobernación propicio y un director inteligente y bien dispuesto, la *Gaceta* permanece muda respecto á los problemas sanitarios y pasa el tiempo y se atiende con predilección á los preparativos de la alfarería electoral, á los chapoteos contubernios y arreglos para salir del paso en los equilibrios políticos con que se mantiene al país en una actitud intermedia entre la náusea y el bostezo.

Entretanto, de vez en vez, surge del Ministerio de la Gobernación una memoria expresiva de la exquisita documentación y conocimiento que se tiene de los problemas sanitarios, un trabajo demostrativo de la resuelta disposición en que la Dirección General se encuentra para llevarlos á la realización; pero, claro está, que todo esto con un carácter extraoficial, ó cuando menos semioficial y tímido.

¿Para cuándo está la *Gaceta*? Los organismos oficiales deben tener por único ó casi exclusivo medio de entenderse con el país, el periódico oficial; todo otro procedimiento no conduce más que á una delectación solitaria, tan inocente como estéril.

DECIO CARLÁN

Comentarios urgentes á la sesión de Jenner.

La Real Academia Nacional de Medicina ha organizado una sesión en honor de Jenner. Con ocasión de su centenario, todas las naciones cultas han celebrado actos análogos, y nuestra Real Academia ha cumplido con su deber al incorporar á España en este movimiento universal. Nosotros, aunque nos honramos con ser miembros de la Corporación, no nos creemos por ello en el deber de defender todos sus actos; porque el momento grave por que atraviesa nuestro país nos obliga á todos, antes que á ninguna otra cosa, á ser justos, por encima de las razones de índole sentimental que ordinariamente atentan en el espíritu humano las decisiones frías de la justicia. Así pues, en este caso, nuestro elogio está puro de toda razón corporativa.

En estos últimos tiempos, y con ocasión de algunas conferencias y polémicas públicas, ha vuelto á salir á colación el tema del olvido en que están, en los índices bibliográficos extranjeros, las producciones científicas españolas. Se ha considerado siempre que la causa de esta realidad lamentable, era la escasa expansión del lenguaje nacional, que, á pesar de ser hablado por tantos millones de hombres, no ha entrado aún en la categoría de los idiomas oficiales de la cultura. Pero la razón, innegable, del idioma no lo explica todo. El Dr. Tello, recientemente, hacía notar algunos hechos que demuestran como, por ejemplo, los histólogos franceses desconocen datos fundamentales de la obra de Cajal, de los publicados en la edición francesa de su «Testura del sistema nervioso»: aquí, evidentemente, no puede argüirse el desconocimiento del idioma ni la insignificancia del autor.

¿Por qué entonces, esta resistencia de nuestra producción á romper la frontera nacional? ¿Hemos de pensar, como piensan nuestros patriotas castizos, que en el extranjero se ponen de acuerdo para esquivar todo nombre español? Esto es ya inadmisible. Nosotros mismos y otros muchos autores médicos contemporáneos nuestros, podemos dar fe de que no es así. Faltaríamos abiertamente á la verdad, si no declaráramos que nunca hemos encontrado la menor dificultad en los medios extranjeros para que nuestros trabajos, aun siendo modestos como son los nuestros, sean citados ampliamente en las monografías y en los tratados singularmente franceses, alemanes é italianos. La mayor impenetrabilidad del medio inglés—inglés y americano—no es específica para la literatura española, pues la misma queja podrían hacer los franceses, los alemanes, italianos, etc. Los ingleses no gustan de citar más que lo inglés. Pero salvo este caso, repetimos, lo cierto es, que en cuanto un modesto artículo ó un libro español está pensado y escrito con un espíritu universal, aunque no contenga datos trascendentales, es abiertamente acogido por los autores de mayor categoría del mundo. Y, personalmente, ningún médico español que haya visitado un centro científico de París, de Berlín, de donde sea, con ocasión de un Congreso ó por iniciativa particular, llevando un cierto bagaje de cultura ó una simple curiosidad; una actitud, en suma, digna y no el aire distraído ó francamente juerguístico que ostentan ó ostentaban la mayoría de los compatriotas que salen de España con la etiqueta, oficial ó privada, de pensionados; ninguno de estos médicos puede decir honradamente que los españoles no hayan sido admitidos en todas partes y tratados con igual deferencia que cualquier otro extranjero.

La razón del frecuente olvido en que queda nuestra producción, es otra: hay que buscarla en una circunstancia psicológica de la que sólo nosotros somos los responsables, á saber: nuestra tendencia al aislamiento, nuestro espíritu de harka, nuestra incapacidad para tender en torno nuestro esos lazos sutiles en que se prenda luego el interés ó el afecto de nuestros semejantes y que están comprendidos entre las fórmulas banales de la buena educación social hasta los complicados engranajes de esas relaciones que enlazan con frecuencia, por encima de las fronteras, á los hombres de ciencia de diversos países y que constituyen una de las formas más elevadas y admirables de la amistad.

De esta tendencia netamente rifeña al aislamiento, son muy pocos los hombres de ciencia que han sabido evadirse en nuestro país, ni aun aquellos, que ya van abundando, dotados de una cultura muy universal, de un caudal grande de conocimientos y quizá de un espíritu de investigación notable. Y estos son los que luego se lamentan de no ver citados sus trabajos en los bibliografías extranjeras, ignorando que estas citas se hacen, tanto por la densidad científica de una determinada producción, como por estas otras circunstancias nacidas de ese ambiente social y afectivo, que sólo pueden desdeñar los genios, y, á veces, ni éstos siquiera.

Muchas veces nos hemos hecho semejantes reflexiones en estos últimos años, con ocasión de diversas solemnidades, viajes y conferencias de profesores extranjeros en nuestro país é invitaciones hechas á nuestros autores para asistir á reuniones científicas de fuera. Pero quizá en ningún caso las hemos sentido con tanta fuerza como ante el espectáculo de la sesión de Jenner del pasado domingo, cuya significación diplomática de solidaridad internacional era tan notoria. Baste decir, que después de procurar y conseguir el máximo esplendor oficial á la fiesta, como debía de ser, con la presencia del Rey y de toda la Embajada inglesa, la sala, cuando se abrió la sesión, estaba casi vacía de académicos y de públi-

co de significación. El Monarca miraba á una parte y á otra, con aire asombrado, pensando quizá si no se habría equivocado de hora. Y lo más grave no era la falta cuantitativa de académicos y médicos, sino la cualitativa, la que ni él ni el embajador podían apreciar. Ni uno sólo de los representantes de la Sanidad oficial, ni uno sólo de los que dirigen y de los que trabajan en el Laboratorio Municipal y en las diversas Secciones del Instituto de Alfonso XII, incluyendo la de Vacunoterapia, ni los más calificados de los farmacéuticos académicos, ni los médicos de mayor categoría social de Madrid, ni, en fin, los jóvenes que tan bien saben cumplir su papel iconoclasta sobre la cabeza de los académicos pero que todavía no han aprendido bien este otro papel de sociabilidad cultural, mucho menos secundario de lo que parece... Un verdadero desastre. Algunos curas y médicos en el sitio destinado al público, y arriba, una fila clara de señoras, entre las cuales incluímos á dos de la vecindad que sin duda, al correr impulsadas por su generoso anhelo de ilustrarse, no pudieron cuidar de su indumento.

El acierto de la organización del acto y el que tuvieron los oradores (con la excepción mía), salvaron con dignidad la sesión. Pero ello no impidió que saliéramos contristados, pensando en todo esto que hemos dicho y en la ímproba labor que queda por hacer en este país, donde faltan tantos elementos fundamentales al ambiente que, con frecuencia, el espíritu científico mejor dotado, se agosta indefectiblemente, como una flor sin agua, sin sol y sin unas manos cuidadosas.

G. MARAÑÓN.

ANTONIO OLIVER

Triste es para nosotros la noticia que el telégrafo nos ha comunicado, anunciándonos la muerte de Antonio Oliver; triste habrá sido el hecho para la población culta de Cartagena, en la que encontró nuestro llorado amigo escenario en que se desarrollaron sus excepcionales condiciones de clínico, de hombre erudito y de excelente ciudadano durante cerca de cincuenta años.

Conoció el que esto escribe á Antonio Oliver en la clínica del Hospital de la Princesa, á la que por entonces asistían numerosos alumnos, entre los cuales se hallaban Monmeneu, de Blas, Francos Rodríguez, del Río y Lara, López García y tantos otros que luego han sido figuras notables en el profesorado médico, en el ejercicio profesional y aun en la literatura y la política.

Doloroso es rememorar aquellos tiempos, y más sensible aún el considerar que aquel núcleo afanoso y selecto de discípulos guiados por maestros entusiastas, solamente pudo mantenerse cinco años, gracias á las felonías hipócritas del liberalismo oficial y á las malas artes de otros no más estimables elementos.

No hablemos hoy de eso, que no ha de servir un muerto ilustre de pretexto para revolver pasiones más apagadas por el desdén que por el perdón y el olvido.

Antonio Oliver era un alumno reflexivo, callado, un poco socarrón y rehacio á las entusiastas afirmaciones de la ciencia que comenzaba á renovarse; desde luego se significó en nuestro grupo por el espíritu observador y la minuciosidad en la investigación de los antecedentes de los enfermos.

Cuando por los años 77 ó 78 volvió, ya médico, á su ciudad natal, á Cartagena, perdimos por poco tiempo el hilo de su historia personal, pero muy pronto su grande amigo y paisano Monmeneu comenzó á comunicarnos la agradable noticia de que Oliver iba labrándose en la hermosa ciudad mediterránea una envidiable reputación científica que se significaba en numerosa y escogida clientela. Conforme el tiempo avanzaba sabíamos por los clientes que en consulta nos enviaba y por nuestros amigos de la región levantina, el auge creciente de la personalidad de nuestro amigo y antiguo discípulo; auge que consentía afirmar que era ya por entonces Oliver uno de los primeros médicos de la región murciana, al que acudían en consulta las gentes de posición social más diversa en los casos difíciles y complicados.

Algunos años después, una enfermedad inesperada y extraña vino á perturbar el funcionamiento verdaderamente triunfal de aquel cerebro privilegiado. Un tratamiento enérgico y activo al que se sometió durante una larga estancia en Madrid, devolvió á Oliver gran parte de sus antiguas y envidiables aptitudes; pero en punto á carácter y á serenidad de juicio, Oliver no volvió á ser lo que había sido; pues de afectuoso, discreto y sereno, se trocó en agresivo y violento en la expresión de sus opiniones, lo cual le produjo no pocos sinsabores y juicios no merecidos por parte de las personas que se dejaban llevar de aquella apariencia pasajera que disfrazaba el verdadero fondo noble y generoso del médico cartagenero.

En mis frecuentes viajes al Mar Menor, siempre he tenido, por lo menos, un día de complacencia, viendo llegar á mi casa, á pesar de las molestias físicas que arrostraba, á mi pobre Oliver, que no quería, decía, dejar de pasar un día al lado del que él llamaba su *único* maestro, justificando lo de *único*, porque decía que de mí había aprendido tales ó cuales cosas, pero además á despreciar los lucros materiales, á resistirse á las complacencias lacayunas con la clientela y á gustar de esparcirse por esferas del pensamiento que no se reducían á la Patología y á la Clínica.

No queremos incurrir en el empleo de vulgares fórmulas para expresar á la familia de Oliver y á la Junta directiva del Hospital de Cartagena la sinceridad con que nos asociamos á su justo dolor.

C. M. C.

LA CURA RACIONAL DEL ESTREÑIMIENTO

Las irregularidades, los retrasos, las insuficiencias y las dificultades de la evacuación intestinal perturban la mejor salud y hacen guardar cama á muchos enfermos. Esto se explica sobre todos los gérmenes microbianos que, en sus dos terceras partes, constituyen las deyecciones y ejercen su perniciosa influencia en todas las edades y en todas las clases sociales. Cada día aparecen nuevos laxantes, sin tener en cuenta que el problema de la cura del estreñimiento fué resuelto hace más de treinta años con el descubrimiento de la cascarine, unánimemente reconocida por los clínicos de 1892 como el mejor incitante fisiológico del intestino y el remedio

indispensable de los estreñidos. Inmediatamente adquirió una gran difusión y ha anulado siempre el sinnúmero de panaceas, pues nada ha podido combatir su éxito.

El principio útil de la cáscara sagra la estimula á la par movimiento y secreción y destruye así las dos grandes trabas de la expulsión de los detritus: atonía motriz y desecación. La cascarine Leprince, medicación curativa y profiláctica, ha seguido siendo lo que de ella digeron en un principio los más eximios terapéutas: el único tratamiento científico, «una verdadera conquista terapéutica», según lo proclamó Dujardin Beaumetz. Pone fin á la retención fecal y al retraso del tránsito de las materias y se opone á toda exoneración incompleta. En efecto, ¿quién no ha visto enfermos que, en apariencia, no están estreñidos y que, sin embargo, *no vacían nunca su intestino por completo*? Las materias pegadas á las paredes intestinales se pudren y, lo mismo los «atónicos» que los «espasmódicos», padecen continuamente de flatulencias, hinchazones y fermentaciones. Mal aconsejados, entonces, tratan de combatir esos síntomas mediante las sales, los aceites, las gelosas, los diversos fermentos, los polvos absorbentes, etc..., sin conseguir más resultado que una retención cada vez más invencible, la cual llega gradualmente á la enteritis. Sin embargo, hubiera bastado con algunas dosis de cascarine para limpiar esas impurezas y despertar el *peristaltismo* y las secreciones. Recordemos que la gran ventaja de esta cura consiste en la reanimación de un hígado insuficiente ó obstruido y de un páncreas inactivo, sin los peligros de las píldoras y comprimidos del tipo alcético ó otros que congestionan el recto y predisponen á las hemorroides ó á la colitis.

El principio cristalino de la cáscara sagrada ejerce una influencia antiséptica innegable sobre el conjunto del tractus intestinal, «paraíso bacteriano», toda vez que por la vía anal se expelen diariamente de 30 á 40.000 millones de microbios. *Purgar*, puede decirse que es la infancia del arte médico; pero purgar sin comprometer la normalidad intestinal. *Hic opus hic labor est!* La mayoría de los llamados *laxantes* obran ir flammendo la mucosa visceral, cuyas secreciones, exaltadas, se vuelven entonces viscosas y membranosas (enteritis). El remedio *agresivo* es más peligroso que el mismo mal. La cascarine Leprince, tan segura como inofensiva, acelera sin irritarla, la labor del intestino. *Es un agente de disciplina y de defensa*. Los médicos usan también su poder derivativo, regulador circulatorio y nutritivo, siempre que se necesita activar los cambios y las oxidaciones (*lentos, artríticos*, etc.).

Mediante su empleo, exento de perturbaciones, desaparecen todos los síntomas debidos al estancamiento fecal: trastornos digestivos, lengua sucia, aliento fétido, boca amarga, tez pajiza, orinas turbias, vértigos, opresión, dolores de cabeza, laxitud matinal, insomnio nocturno y somnolencia después de las comidas, tensión de las arterias y senectud precoz. La debilidad, las inaptitudes, la irritabilidad, la tristeza, las comezónes, ciertas erupciones y otros síntomas atribuidos al ácido úrico, y, en realidad, debidos á la viciación pútrida de la sangre, desaparecen con la pereza alvina y entonces renace el sueño, el apetito y el buen aspecto. La salud de la mujer, en todas sus edades, se mejora visiblemente, gracias á la descongestión de sus órganos especiales.

La acción *aperitiva y estomáquica* de la cascarine ha sido la admiración de los más importantes clínicos (Dujardin Beaumetz, Audhoui, etc.), y los ingleses, en virtud de su acción estimulante electiva sobre las funciones hepáticas, han llamado «á vegetable calomel» al principio cristalizado descubierto por el Dr. Leprince. Su reacción útil sobre el intestino nunca ha desfallecido, ni siquiera en los ancianos.

Con la cascarine el bolo fecal, desmenuzado y suavizado, se expelle sin cólico doloroso y sin intolerancia primitiva ó secundaria. La cascarine puede adoptar como divisa: *transit benefaciendo*.

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 10 DE FEBRERO DE 1923

Ideas antiguas y modernas en el tratamiento quirúrgico de los aneurismas.

El Dr. GOYANES se ocupa de este asunto por dos razones fundamentales: primera, por la analogía que hay entre las ideas y los métodos empleados antiguamente, comparados con las ideas y los métodos modernos, lo que indica que, á pesar de los perfeccionamientos de la técnica actual, los cirujanos antiguos tenían ideas claras y manifiestas de lo que son estas lesiones tan interesantes de las arterias, y en segundo lugar, por tener que limitarse al tratamiento quirúrgico de los aneurismas, pues real y positivamente estas lesiones no tienen más tratamiento que el quirúrgico, puesto que el médico es únicamente un tratamiento precario, que actúa sobre las lesiones determinadas de los aneurismas, pero no de una manera directa sobre las lesiones aneurismáticas ya formadas. Y es que los aneurismas son lesiones hondamente traumáticas, son las dilataciones por excelencia.

Añade que para establecer el paralelo entre las ideas antiguas y modernas, es necesario clasificar los aneurismas, por existir diferencias fundamentales, tanto en su anatomía patológica como en su fisiología, y de aquí que haya aneurismas médicos y aneurismas quirúrgicos. Los que tratan los cirujanos se refieren á los de arterias de algún calibre, cuya dilatación es producida por un acto traumático, como sucede en los aneurismas pulsátiles, en los aneurismas verdaderos, en cuyas paredes entran á formar parte algunas de las tunicas arteriales, en los arteriovenosos en que existe una cavidad en comunicación con el sistema arterial, y además una comunicación con la vena, que hace que se den en el hombre los fenómenos interesantísimos característicos de una comunicación con pase de la sangre arterial, á la venosa en el aparato cardiovascular. Por todo lo cual, el Dr. Goyanes divide estos aneurismas en falso ó pulsátil, verdadero, espontáneo ó de ruptura, y arteriovenoso, si bien existen otros de carácter múltiple como el que se produce en la miocarditis verrugosa de Poncet, el parasitario, descrito por Bollinga, conocido por los veterinarios debido al *strongylus armatus*, los aneurismas por corrosión ó difusión, como el de las cavernas pulmonares que determinan una arteritis por la fusión del interior de la caverna, dando esas terribles hemorragias fulminantes de los tuberculosos cavitarios.

El Dr. Goyanes se limita á estudiar los aneurismas propiamente quirúrgicos en lo que se refiere al tratamiento empleado por los antiguos y el concepto del mismo modernamente. Respecto á lo primero, á la época grecorromana, tuvieron ideas claras y profundas, siendo Galeno, Anthytus y Celso los tres cirujanos que más brillaron, y aconsejaban la práctica de la ligadura. Así continuaron los cirujanos hasta el descubrimiento de la circulación de la sangre por Servet y Harvey, que influyó sobre manera en el tratamiento de los aneurismas, surgiendo dos métodos operatorios: el de la ligadura y el de la apertura del saco. Por en-

tonces, la ligadura se practicó por encima del aneurisma, y posteriormente aparecieron los procedimientos de quienes por medio de ligaduras periféricas pretendían la curación del aneurisma. Esta curación se obtiene suprimiendo la circulación en el saco aneurismático, que está formado por alguna de las paredes arteriales, estableciéndose entonces la circulación colateral; ésta se desarrolla de una manera lenta y progresiva según las circunstancias locales de la arteria, según el punto de la misma en que asienta la lesión aneurismática, procurándose saber si dicha circulación colateral está desarrollada antes de que aparezca la necrosis y gangrena del miembro.

Después de este período de tratar los aneurismas mediante la ligadura, surgió la operación de la sutura en las lesiones vasculares, tratamiento que empleó el Dr. San Martín, y de aquí precisamente se presenta el problema moderno de si se debe emplear la ligadura ó la sutura. Esta había llegado mediante los trabajos de San Martín y de Carrel á una perfección muy grande. Antes de la guerra, en 1918, se propuso como tema de investigación el tratamiento de los aneurismas, siendo los ponentes el Dr. Matas, de Nueva Orleans, y otro profesor; el primero defendía su método mixto, ó sea la aplicación de la sutura al interior de la cavidad aneurismática, pero obliterando el saco aneurismático. El segundo método es el que el Dr. Goyanes le denominó ideal, utilizando la circulación periférica, siendo al fin siguiente cuando Lesser publicó su trabajo sobre método ideal en el tratamiento de los aneurismas. El método de Matas consta de tres procedimientos: obliterativo, que es su verdadero método, y que consiste en la obliteración del orificio en el interior del saco mediante la sutura, en vez de hacer la ligadura, y, además, otras dos formas de su método, que son los que él llama método restaurativo y método reconstructivo. Estos dos procedimientos caben dentro de los métodos ideales, de conservación de la circulación periférica del miembro, sin interrupción de la circulación de la sangre en el saco aneurismático, no fundados en el desarrollo de la circulación colateral. En la comunicación que el profesor Matas presentó al Congreso internacional decía que comparaba los resultados que se han obtenido con los diferentes métodos con aplicación al tratamiento de los aneurismas, descollando la ligadura de la antigua operación, el método de la ligadura y extirpación del saco, la sutura intervacular y la operación ideal de Goyanes-Lesser.

Nuestro cirujano español, en 1906 aconsejó reemplazar un trozo de la arteria lesionada por otro de vena.

El Dr. Goyanes sale al encerado, para explicar la doble sutura circular y la doble anastomosis, que en 1905 practicó. Se le ocurrió poner en práctica una idea aceptable, que ya existía en el terreno experimental, la sutura circular de la arteria y hacer la sección de la arteria y de la vena por encima del aneurisma, luego hacer una sutura circular de la arteria con la vena, y por debajo del aneurisma hacer la sección de los vasos y anastomosar la arteria con la vena. Así quedaba el saco aneurismático separado de la circulación. Se sacrifica la vena satélite, pero no las colaterales que pueden salir del saco y establecer la circulación en las ramas colaterales de la arteria que salen por encima y debajo del mismo sin extirpar el saco.

Cita el caso de un aneurisma de la poplítea que publicó en nuestro periódico en 1906, en el que consta que en el acto no extirpó el saco, sino que lo respetó y conservó, y lo que hizo fué practicar una sección de los dos vasos y una anastomosis de los dos cabos, el de la vena y el de la arteria, es decir, que por debajo del saco hizo una anastomosis circular, suturando el cabo central de la vena con el periférico

de la arteria; de este modo, la sangre venía por la arteria femoral, pero en la región poplítea pasaba de la arteria á la vena, circulaba por éstas y luego volvía á pasar por la arteria.

A esto añade el Dr. Goyanes que hay otro problema muy interesante, toda vez que hoy los cirujanos discuten si en los casos en que se practique una ligadura de una arteria, de la femoral, por ejemplo, convendría ligar la vena. Algunos se pronuncian en esta dirección, porque así la circulación se hace menos activa, ya que el mismo aflujo á la circulación de la vena puede ser motivo de necrosis del miembro. Sin embargo, la mayor parte de los cirujanos no practican simultáneamente la ligadura de la vena, la supresión de la circulación venosa, dada la extensión enorme del sistema de las venas safenas encargadas de la circulación de retorno, y por lo tanto, el sacrificio de la vena no es imprescindible.

Dice el Dr. Goyanes que en su método ideal practica el injerto de un segmento de vena que queda unido al resto de los tejidos, quedando el vaso con su *vasa-vasorum* y con sus nervios, motivos por los cuales la nutrición de su pared no padece en modo alguno, lo que no ocurre cuando se hace una transplatación de un trozo de vena libre, para reemplazar al trozo de arteria que se ha perdido.

Después de detallar algunas intervenciones sobre aneurismas que se llevaron á cabo por los médicos de uno y otro campo beligerante en la reciente guerra europea, el Dr. Goyanes habla de su estadística personal que comprende 15 casos: dos de aneurisma del tronco braquiocéfálico tratados por la ligadura; en uno de ellos la localización era en la parte extrema del tronco; hizo una pequeña incisión en el esternon para practicar la ligadura por detrás del aneurisma hacia el corazón, y al mismo tiempo la ligadura de la carótida primitiva y de la subclavia derecha. La enferma curó y aún vive. El otro caso, el aneurisma estaba muy central y tuvo que practicar la ligadura periférica y la de la subclavia y de la carótida. De ello hace cinco años, y el enfermo aun cuando no curado, vive todavía con su saco aneurismático mucho más reducido.

Ha tenido también ocasión de tratar dos aneurismas de la subclavia, del tamaño de un huevo, seccionando la arteria; en uno empleó la sutura circular y en el otro la lateral, con éxito, y conservación de la circulación en las partes periféricas de la extremidad; se le puso una inyección de gelatina por estar en boga. Con este motivo tuvo ocasión de operar un número crecido de aneurismas de la aorta con inyecciones de gelatina, porque los enfermos acudían atraídos por el resultado que obtuvo el profesor D. Florencio de Castro, en el caso de la señorita inglesa á quien curó de un aneurisma mediante inyecciones de gelatina.

Cita un caso de aneurisma cupuliforme, llamado así por tener al lado del grande, entre la clavícula y el esternon, dos pequeñas cúpulas simétricas; se le pusieron inyecciones de gelatina, supuró y curó; habla de otro operado de aneurisma de la femoral por el procedimiento de Matas; otro, que se produjo el aneurisma de la misma arteria por la compresión de un braguero; otro de la humeral; otros cuatro casos de aneurisma arteriovenoso; uno de la poplítea; dos de la femoral en el triángulo de Scarpa, y uno de la carótida en la yugular externa.

Este caso fué muy desgraciado: se trataba de un individuo que le habían dado una puñalada en el cuello con un instrumento delgado; tenía la piel del cuello casi necrosada, y temiendo que se desangrara le operó rápidamente; descubrió la carótida primitiva, abrió el saco y pudo coger la arteria por encima de la comunicación arteriovenosa, pero á pesar de ello siguió sangrando la vena, y fué tal la hemo-

rragia, que sin poderla contener, el enfermo murió. En cambio, los otros tres casos son favorables: uno se trataba de un señor que vivía en Toledo, recibió un tiro de proyectil pequeño de arma de fuego, y que formó en el triángulo de Scarpa una dilatación aneurismática pero sin formación de saco; descubrió el vaso y se encontró con que las colaterales del miembro estaban hipertrofiadas; ligó la vena por encima de la comunicación; con el tiempo la ligadura se desprendió y el enfermo está hoy exactamente lo mismo que estaba antes de ser operado.

El Dr. Goyanes relata el otro caso, el de un comerciante de armas, que al desempaquetar y probar las que le habían enviado, se le disparó una de ellas, produciéndole un aneurisma arteriovenoso; trató de hacerle la operación conservadora, pero no fué posible y tuvo que practicar la ligadura de la arteria y de la vena. Este sujeto, á pesar de esa ligadura tiene una capacidad funcional perfecta y desempeña su trabajo como antes de la lesión.

Y, por último, expone otro caso: un sujeto que en un atentado social recibió un disparo que le atravesó el muslo en su parte anterior, saliendo el proyectil por la posterior; se originó un aneurisma arteriovenoso; le operó descubriendo los vasos para separar la arteria de la vena, y por una sutura lateral quedó restablecida la circulación, y el enfermo curó.

DR. CESALDO

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GUERRA

REALES DECRETOS

Vengo en admitir la dimisión que D. Eladio Mille y Suárez, ministro togado de la Armada, ha presentado del cargo de presidente de la Cruz Roja Española, con el carácter de comisario regio, para el que fué nombrado por Mi decreto de 6 de Junio de 1916; quedando satisfecho del celo, inteligencia y lealtad con que lo ha desempeñado.

Dado en Palacio á 23 de Marzo de 1923.—ALFONSO.—El ministro de la Guerra, *Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.

Vengo en nombrar presidente de la Cruz Roja Española, con el carácter de comisario regio, á D. José de Hoyos y Vinent, marqués de Hoyos.

Dado en Palacio á 23 de Marzo de 1923.—ALFONSO.—El ministro de la Guerra, *Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.

A propuesta del ministro de la Guerra y de acuerdo con Mi Consejo de ministros,

Vengo en admitir la dimisión de los cargos que en la Cruz Roja Española venían desempeñando D. Enrique de Leguina y Vidal, barón de la Vega de Hoz, vicepresidente; D. Emilio Ortúño y Berté, D. Joaquín Caro y del Arroyo, conde de Peña Ramiro; D. José María Semprún y Pombo y D. Ramón del Rívoro y Miranda, conde de Limpías, inspectores; D. Alfonso Barroeta y Márquez, marqués de la Puebla de Rocamora, contador, y D. Francisco Javier García de Leániz y Arias de Quiroga, tesorero; para los cuales fueron nombrados por Mi decreto de 15 de Junio de 1916; quedan

do satisfecho del celo, acierto y desinterés que han demostrado en sus respectivos cometidos.

Dado en Palacio á 23 de Marzo de 1923.—ALFONSO.—El ministro de la Guerra, *Niceto Alcalá Zamora y Torres*.

Excmo. Sr.: En atención á la índole de las funciones inherentes á los cargos de contador y tesorero de la Cruz Roja Española,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que don Alfonso Barroeta y Márquez, marqués de la Puebla de Rocamora, y D. Francisco Javier García de Leániz y Arias de Quiroga, á quienes se admitió la dimisión de dichos cargos, continúen desempeñando las referidas funciones con la plenitud de sus atribuciones reglamentarias, hasta dar posesión de ellas á quienes hayan de sustituirles.

De Real orden... Dios...

Madrid, 23 de Marzo de 1923.—*Alcalá-Zamora*. (*Gaceta* de 24 de Marzo.)

A propuesta del ministro de la Guerra, y de acuerdo con, Mi Consejo de Ministros,

Vengo en disponer que la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española se constituya, aparte de los vocales natos que cita el art. 10 de los Estatutos aprobados por Real orden de esta fecha, por los señores siguientes: D. José de Hoyos y Vinent, Marqués de Hoyos, comisario regio de la mencionada institución, que ejercerá las funciones de presidente; don Pedro de Cotoner y de Verí, Marqués de la Cenia, vicepresidente; doña Ana Fernández de Henestrosa y Gayoso de los Cobos, Duquesa de Medinaceli; doña Sylvia Alvarez de Toledo y Gutiérrez de la Concha, Duquesa de Fernán-Núñez, doña María del Rosario Gurtubay y González de Castejón, Duquesa de Aliaga, y doña Carmen Angolotti y Mesa, Duquesa de la Victoria, vocales; D. Juan Giménez de Sandoval y Saavedra, Marqués de la Ribera del Tajuña, vocal inspector general de la Sección de Damas; D. José Ramírez de Haro y Patiño, Marqués de Villamarcial, y D. José Salamanca y Ramírez de Haro, Marqués de Campo Alange, vocales inspectores generales de la Sección de Caballeros; D. Juan Melgar y Alvarez Abreu, Marqués de Villamonte, contador; D. Antonio Santa Cruz y Garcés de Marcilla, Barón de Andilla, tesorero, y D. Juan Pedro Criado y Domínguez, secretario general.

Dado en Palacio á 28 de Marzo de 1923.—ALFONSO.—El ministro de la Guerra, *Niceto Alcalá-Zamora y Torres*. (*Gaceta* del 29 de Marzo.)

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REAL DECRETO

A propuesta del ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, de acuerdo con el Consejo de ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º De conformidad con lo preceptuado en el apartado 2.º del art. 55 de la ley de Administración y Contabilidad de la Hacienda pública de 1.º de Julio de 1911, se autoriza al ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes para adquirir por gestión directa, de D. José Espinós, 79.000 pies cuadrados de superficie, al precio de tres pesetas la

unidad, en los terrenos que dicho señor posee en la Moncloa, contiguos á los que son propiedad del Estado, con destino al emplazamiento de los edificios de nueva planta del Hospital Clínico y de las Facultades de Medicina y Ciencias de la Universidad Central, á fin de procurar á estas construcciones fachada y acceso directo á la vía pública trazada por el Ayuntamiento como continuación del paseo de San Bernardino y prolongación de la calle de Ataulfo.

Art. 2.º La cantidad de 237.000 pesetas á que asciende el importe de dicha compra se abonará con cargo á la consignación que especialmente figura en el vigente presupuesto de dicho Departamento, capítulo 24, artículo 2.º, concepto A, con destino á las indicadas construcciones.

Art. 3.º La celebración del correspondiente contrato de compraventa mediante escritura pública y el libramiento de la cantidad expresada para pago de la adquisición, tendrá lugar una vez cumplidas las formalidades que señala el último párrafo del citado art. 55 de la ley de Contabilidad en cuanto al informe del Consejo de Estado, y la del 21 de Diciembre de 1876 respecto al dictamen que ha de emitir la Junta de Edificios públicos del ministerio de Hacienda.

Dado en Palacio á 26 de Marzo de 1923.—ALFONSO.—El ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, *Joaquín Salvatella*.

Por Reales decretos de la misma fecha se señala la adquisición á los herederos del duque de Granada de Egea 80.000 pies cuadrados de superficie en 240.000 pesetas, y á D. Juan Murcia Rebagliato 79.000 pies cuadrados en 237.000 pesetas. (*Gaceta* del 27 de Marzo.)

MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

SUBSECRETARÍA

Se hallan vacantes las plazas de médicos forenses y de la Prisión preventiva de los Juzgados de primera instancia é instrucción de Nágera, Alcañices, Villafranca del Bierzo, Villacarriedo, Astudillo, Torrecilla de Cameros, Puebla de Sanabria, que deben proveerse por oposición, conforme á lo dispuesto en el art. 5.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes, dirigidas al presidente de la Audiencia territorial de Valladolid, en el plazo de treinta días, á contar desde el siguiente al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañando los documentos que acrediten las condiciones exigidas en el art. 6.º del citado Real decreto y 3.º del Reglamento de 23 de Abril del mismo año, verificándose los ejercicios de oposición en la forma que se determina en el expresado Reglamento.

Madrid, 22 de Marzo de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*. (*Gaceta* 30 Marzo.)

MONTEPIO FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

Doña Cruz Ruiz Asensio, huérfana de la pensionista doña Cruz Asensio Tarifa, solicita pensión de orfandad.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos reglamentarios.

Madrid, 20 de Marzo de 1923.— El secretario general, *Marín*. 2

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 698,2; ídem mínima 695,4; temperatura máxima, 22°,5; ídem mínima, 1°,3; vientos dominantes, NO.

Continúan disminuyendo los afectos agudos de índole gripal. Las congestiones activas de los centros nerviosos, así como las hemorragias de los mismos y de los órganos respiratorios, también son menos frecuentes. Han aumentado las congestiones pasivas del hígado, de los riñones y de los plexos hemorroidales.

Crónicas.

Conferencia del Dr. Arquellada.—Hoy sábado, á las seis media de la tarde, dará una conferencia en el Ateneo Médico Municipal (Gran Vía, 8), el Dr. D. Aurelio M. Arquellada, sobre «Luxación congénita de cadera».

Consultas públicas.— El Real Dispensario Antituberculoso Príncipe Alfonso (Paseo Imperial, 9), ha realizado durante el pasado mes de Marzo 887 asistencias; ha admitido á 60 enfermos de los que han solicitado el ingreso, y no ha podido admitir á 25 por no ser tuberculosos ó no ser pobres.

Al Observatorio Astronómico ó á quien tenga la culpa.—Desde tiempo casi inmemorial venía la *Gaceta de Madrid* publicando un estado diario de las observaciones meteorológicas llevadas á cabo por el organismo oficial, á quien tal servicio está conferido. Pero como esto de demostrar públicamente que se sirve para algo y que se desea ser útil para los que tienen interés en ciertos estudios, es una cosa pecaminosa en las instituciones oficiales, el estado de las tales observaciones meteorológicas ha dejado de publicarse. Sin duda el señor ministro de Instrucción Pública, el director del Observatorio y el director de la *Gaceta*, habrán dicho: «el que quiera enterarse de las cosas, que compre un barómetro ó un termómetro y se moje el dedo para ver de qué lado viene el viento.»

¡Cómo progresamos!

Deseamos que la nómina progrese en igual proporción.

Paseos de un solitario.— Hombres y mujeres de mi tiempo, recuerdos, anécdotas y memorias, de Carlos M.^a Cortezo. Aparte de algunos artículos que con los publicados en EL SIGLO MEDICO formarán las memorias profesionales del autor en un tercer tomo, el primero que se encuentra á la venta contiene: Memorias infantiles.— Recuerdos político-infantiles.—22 de Junio de 1866.— Los Cafés de Madrid: La mesa de Fornos.— El Liceo de Piquer.— Elección de carrera.— Incongruencias.— Música.— El Paraíso del Real.— Lirismos.—1870-1914.— Reims.— Una tragedia aldeana.— 3 de Enero.— Emilio Castelar. Intimidades y paralelos.— D. Ramón de Campoamor.— El Ateneo de Madrid.— José Moreno Nieto.— Manuel Revilla.— Emilia Pardo Bazán.

Se halla de venta al precio de 5 pesetas en casa de los Sres. Ruiz Hermanos, en la administración de EL SIGLO MEDICO y en todas las librerías.

Curso práctico de análisis clínicos (Laboratorio del Dr. Maestre Ibáñez, Glorieta de Atocha, 8, primero, Madrid).—Dará principio el 18 de Abril y terminará el 30 de Mayo.

Plan que se sigue en estos cursos: Diariamente se entrega á todo alumno una nota-extracto de los métodos analíticos explicados, los que practica cada cual tantas veces como cree necesarias para imponerse en ellos; igualmente se les entrega lista de material y reactivos necesarios para esta clase de trabajos, precios de los mismos, tablas numéricas, modelos de certificados de análisis y cuantos datos son necesarios para facilitar el estudio de estas materias. Se limita

el número de la matrícula. El programa lo facilitarán en dicho laboratorio.

Curso práctico de análisis general.—En igual fecha que el anterior dará principio otro curso especial para aquellos médicos y farmacéuticos que estén matriculados en la asignatura correspondiente del año del doctorado. Las clases de éste serán de nueve y media á once de la mañana.

La Gaceta.—*Gobernación.*—La del 29 de Marzo publica dos Reales decretos por los cuales se admite la dimisión del cargo de consejero del Real Consejo de Sanidad á D. Eduardo Gullón Dabán y se nombra á D. Pablo Fábrega y Coello, ingeniero y profesor de la Escuela de Minas, para dicha plaza.

Ultimo retrato de Cajal.—Se encuentra de venta en la Administración de EL SIGLO MEDICO 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

Excipiente inerte.— Si quitáis de la vida la esperanza, arrancáis el velamen á la nave; si la quitáis la prudencia, la priváis del timón.

(Ich.)

No matan solo la humedad y el frío,
viene también la muerte por el alma.

(Campoamor.)

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

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

Inyectables indoloro.— *Tosferina.*— Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana (Carrera San Jerónimo, 1, Madrid), cuya lectura recomendamos.

PAPELES YHOMAR

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



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con

CREOSOTAL

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

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

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

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