

# 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 FORTAGIN<br>Del Hospital de la Princesa.  | A. GARCÍA TAPIA<br>Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.               | G. MARAÑON<br>Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.            |
| L. CARDENAL<br>Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.                   | F. GONZÁLEZ AGUILAR<br>Director-Médico del Instituto Cervantes.                 | M. MARIN AMAT<br>Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.  |
| J. CODINA CASTELLVI<br>Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. | J. GOYANES<br>Cirujano del Hospital General de Madrid.                          | J. MOURIZ RIESGO<br>Jefe del Laboratorio del Hospital General.  |
| V. CORTEZO<br>Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.                           | S. HERNÁNDEZ BRIZ<br>Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.             | S. NAVARRO CÁNOVAS<br>Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa. |
| L. ELIZAGARAY<br>Del Hospital General de Madrid.   | T. HERNANDO<br>Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. | S. PASQUAL Y RIOS<br>Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.                                     |
| A. ESPINA Y CAPO<br>Académico de la Real de Medicina.  | F. HUERTAS<br>Del Hospital General. Académico de la de Medicina.                | A. PULIDO MARTÍN<br>Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.                      |
| A. FERNÁNDEZ<br>Ex-interno de la Facultad y Hospitales.  | F. LOPEZ PRIETO<br>Ex-Médico-Titular.   |   |
|  | Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES   |   |
|  | Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.      |   |

### PROGRAMA CIENTIFICO:

*Glencia española.*—Arhivo é Inventario del Tesoro Olínico, de los trabajos de Investigación y de los Laboratorios nacionales.—*Ortloa*, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Olínicos 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 J. F. Tello.—El soporte colgante (Hängestativ) de Chaoul, por los doctores Julián y Santiago Ratera.—Ideas clínicas: La cardiopatología moderna, por el Dr. G. R. Gonzalo.—Contribución al estudio de la fórmula hematológica en la insuficiencia ovárica, por el Dr. Izquierdo.—Profilaxis y estadística de la lepra en Colombia, por el Prof. Pablo García Medina.—Bibliografía, por el Dr. A. Pulido Martín.—Periódicos médicos.

## HOMENAJE A JENNER

POR

J. F. TELLO

Señor, excelencia, señores y señoras.

La historia de las inoculaciones preventivas contra la viruela, hace de esta enfermedad un caso especialísimo entre las epidemias que diezmaron la humanidad desde la antigüedad más remota; menos mortífera que la peste bubónica y el tifus exantemático, ha torturado más que ninguna otra el ingenio de los hombres en busca de su preservación, y es que, aunque otra cosa se crea, no se teme tanto la pérdida de la vida como la de la belleza. Quizás ayudara á este poderoso estímulo, la rápida localización de la materia portadora del contagio en el líquido de las vesículas y pústulas y en las costras que eran su consecuencia; pero es lo cierto, que en tanto que todas las demás epidemias han llegado á la era microbiana, abierta por Pasteur en el último cuarto del siglo XIX, sin más medio eficaz de preservación que el aislamiento, en la viruela, la noción de la inmunidad y los procedimientos en ella basados, son casi tan antiguos como la misma enfermedad, perdiéndose en la noche de los tiempos.

El procedimiento chino de inoculación de la viruela, conocido, por lo menos, desde los primeros siglos de nuestra Era, consistía en introducir en las fosas nasales de los niños unas hilas (ó algodón) impregnadas en costras recogidas el año antes, que habían sido atenuadas por los humos de plantas medicinales y guardadas después de mezclarlas con almizcle, con el mismo fin; esta antiquísima manera de proceder demuestra que tenían un concepto claro de que la viruela, lo mismo que otras enfermedades eruptivas, dejaba inmunidad en los individuos curados; que esta misma inmunidad podía obtenerse con una infección atenuada; que la causa podía penetrar por las vías respiratorias, y finalmente, de que el tiempo y el empleo de ciertas sustancias podía atenuar la causa contenida en las costras. Análogas deducciones podrían sacarse del procedimiento griego, utilizado por los georgianos y circasianos para preservar á las niñas que destinaban al harem de los turcos y por los brahmanes de la India; éstos arañaban la piel con agujas y la frotaban una sola vez con hilas impregnadas el año anterior en las costras y humedecidas, en el momento de aplicarlas, con el agua santa del Ganges; aquellos introducían en distintos puntos de la piel agujas impregnadas.



Durante diez y ocho siglos fueron usados estos procedimientos de variolización ó provocación de una viruela atenuada, en los pueblos de Oriente, existiendo numerosos documentos demostrativos de su uso, de manera aislada y temporal en distintos sitios de Occidente; pero á principios del siglo XVIII ya ha sido brillantemente expuesto por nuestro ilustrado compañero Sr. Mariscal cómo se llegó á una rápida generalización del método, empleando de preferencia la picadura y más tarde la lanceta introducida por Sutton. En la epidemia de Londres de 1843 se inocularon 2.000 personas, muriendo solamente dos.

El efecto beneficioso de la variolización para la preservación individual era indudable; reducía el período de incubación á menos de tres días, provocaba una erupción vesiculosa primero, después pustulosa, limitada exclusivamente al sitio de la inoculación y solamente á partir del séptimo día se mostraba la erupción secundaria, con tendencia á la generalización y con sintomatología que recordaba á la viruela espontánea, aunque por regla general sólo aparecían de 20 á 40 pústulas repartidas por toda la superficie; esta nueva erupción se secaba en tres días, constituyendo, como dice Busquet, «la viruela más discreta y más benigna». Este sabio vacunólogo, miembro de la Academia de Medicina de París, en su nuevo Tratado de la vacuna y de las erupciones variolosas, premiado por la Academia de Ciencias y publicado en 1848, expone ideas en extremo interesantes sobre la variolización; la viruela natural mostraría dos fiebres con una sola erupción, en tanto que la viruela provocada para dos erupciones tendría una sola fiebre; de acuerdo con Dimsdale, la natural determinaría cicatrices en todas sus pústulas, en tanto que la provocada únicamente ocasionaría cicatrices en las pústulas de *inserción*, ó sea las que brotan en el sitio de la inoculación, desapareciendo sin dejar rastro todas las de la erupción secundaria; conforme con La Condamine y otros muchos, estima que el procedimiento rebajaba la mortalidad por viruela hasta diez veces en los casos más favorables. Sutton en más de 30 000 inoculados tuvo unas 120 defunciones, alrededor del 4 por 1.000. Y se pregunta: «¿Por qué el mismo virus obra tan diversamente entre las manos del arte y las de la naturaleza?» «Para efectos constantes, añade, se necesitan causas invariables. La más importante, á mi modo de ver, está en la vía misma que toma el virus varioloso para introducirse en la organización. Yo no sé bien la ruta que sigue en la viruela natural; pero supongo que pasa por las vías respiratorias. En la viruela inoculada, el médico la deposita bajo el epidermis y la abandona á la absorción.» He aquí expresada en pocas palabras una

idea que había de tener gran aplicación á la prevención de las enfermedades infecciosas en la era microbiana; según la vía de penetración, un mismo microbio puede ser la causa de una enfermedad grave ó el antígeno que despierte la inmunidad.

La variolización que tantas ventajas ofrecía para la preservación de los individuos, constituye un serio peligro para la humanidad; cada inoculado era una fuente de infección natural, y la viruela crecía en proporciones alarmantes. A pesar de haber comenzado á practicar el aislamiento de los inoculados, el método perdió progresivamente terreno, hasta el punto de ser abandonado por algunos de los que con más fervor lo habían defendido y aplicado.

Afortunadamente, el ocaso de la variolización coincidió con el nacimiento de la vacuna; el buen sentido popular había observado la resistencia á la viruela en aquellos individuos que ocupados en el cuidado de las vacas, resultaban inoculados espontáneamente con las viruelas de las mamás, anticipándose probablemente mucho á la intervención de Jenner. Las observaciones de Schlimmer en la Persia y Alejandro Humboldt en Méjico, hacen creer que era tradición antiquísima en estos países, pero es evidente que, en Inglaterra y en otros puntos, de antiguo se transmitía esta creencia.

Como ocurre con frecuencia con los grandes progresos humanos, parecía estar preparado el terreno para su génesis; casi contemporáneamente debieron ser muchos los hombres cultos que conocieran esta tradición, y hasta algunos, según se anota en la historia, hicieron tentativas para su comprobación; pero hacía falta el genio que presintiendo la importancia del hecho, le diera entrada triunfal en la ciencia, le hiciera practicable y realizara su apostolado; y surgió Jenner. La escena repetidamente relatada de la consulta de su maestro el cirujano Ludlow, de Sudbury, á la que asistía antes de los veinte años y en la que oyó decir á una mujer que no temía á la viruela por haber padecido la enfermedad de las vacas, que la preserva, constituyendo para él una verdadera revelación, que será el eje de toda su vida, evoca en nuestro espíritu, saltando de la ciencia á la fe, la grandiosa escena en que Parsifal, presenciando el tremendo dolor de Amfortas, se siente impulsado con fuerza irresistible y todavía inconsciente, que le guiará á la reparación del mal.

Clasificable sin duda, entre los grandes hombres lentos de Cajal ó clásicos de Ostwald, dedica toda su vida, como Mayer, al desarrollo de una sola idea brotada en su juventud, y si la de éste tuvo importancia tal en la ciencia que Ostwald la califica como el más grande descubrimiento del siglo XIX, la de



Jenner iluminando cien años después el pensamiento de otro genio, Pasteur, fué la mayor victoria en la lucha contra el dolor.

Siguiendo los consejos de su maestro Hunter, confirma con numerosas observaciones la creencia popular; señala la presencia del *cow-pox* en aquellos establos en que hay gentes que cuidan al mismo tiempo caballos con *grease* ú *horse-pox*, llamado arestín entre nosotros, estableciendo entre esta y aquella enfermedad la relación de causa á efecto; estudia cuidadosamente las distintas infecciones de la mama de la vaca para separar el verdadero *cow-pox* de otras que, por no tener acción profiláctica sobre la viruela, pudieran conducir al fracaso; y finalmente, careciendo de casos de *cow-pox* hace su primer experimento en 1789, inoculando á su hijo el *swine-pox*, ó sea la erupción semejante del cerdo, y siete años después por la misma razón inocular al niño Phipps el virus extraído de las manos de una mujer infectada espontáneamente. Más tarde inoculó á otros de brazo á brazo y quedó estatuido el nuevo recurso profiláctico.

Es verdad que tuvo la debilidad de negar en sus escritos que hubiera tenido conocimiento de la creencia vulgar, haciendo aparecer la idea como surgida en su mente al observar en sus experimentos de inoculación de la viruela, de que era partidario, la resistencia de los individuos que habían padecido el *cow-pox*; pero este egoísmo, bastante explicable en los clásicos, no merma en nada sus merecimientos; por otra parte, el error de considerar el *horse-pox* como la causa de la infección semejante de las vacas, está compensado de sobra con la demostración de la identidad entre las tres enfermedades, de la vaca, del caballo y del cerdo.

Mas así como no hay descubrimiento grande ni pequeño que no necesite una preparación anterior, de la misma manera, todos necesitan una labor posterior de afianzamiento y perfección en la que colaboran muchas gentes estimables. Otra idea equivocada de Jener, la de la persistencia de la inmunidad, conferida por la vacuna durante toda la vida, fué causa de serias dificultades cuando el tiempo transcurrido hizo posible la infección de las personas vacunadas; empezaron á registrarse numerosos casos de atacados, en las epidemias de viruela entre los vacunados, y sobre todo, las estadísticas comenzaron á mostrar la inversión de la morbilidad con relación á la edad, pues así como anteriormente al establecimiento de la vacuna el mayor número de atacados estaba dentro de los diez años primeros de la vida, disminuyendo progresivamente, después de la implantación de la vacuna el mínimo correspondía á los diez años primeros y el máximo entre los veinte y los cuarenta. A pesar de todos

estos hechos tan demostrativos, los partidarios de la vacuna se esforzaron en explicarlos por teorías artificiosas, como la de la varioloides ó la enfermedad un poco diferente y la de la vacunación ineficaz que pretendían reconocer por las cicatrices, hasta que las investigaciones de Dornblüth, Wolfers y Harder, hicieron que Württemberg estableciera la revacunación desde el año 1829, siguiendo su ejemplo otros Estados.

Todavía, tanto la vacunación como la revacunación, se hacían de brazo á brazo, con las dificultades consiguientes para el transporte del virus á gran distancia y para su conservación, constituyendo una limitación á la generalización de la vacuna. Este inconveniente fué obviado con la introducción de lo que se llamó impropriadamente vacuna animal, no tanto por la observación que hace Busquet de que también el hombre pertenece al reino animal, sino porque el nombre de vacuna cuadra mejor al virus de la vaca conservado en las mismas vacas o en las terneras, que al transmitido de brazo á brazo en el hombre, á que algunos llaman vacuna humanizada. Practicada en Reims por Duquenelle y en Nancy por Valentín en 1800, su verdadera implantación parece ser debida á Galbiati, de Nápoles, donde se practicó desde 1910, pues aunque Warlomont supone tratarse más bien de una retrovacuna, es evidente que Galbiati la transmitió á Negri y éste la extendió en 1865.

La llamada vacuna animal consiste, pues, en el *cow-pox* transmitido en serie en la ternera o en la vaca; además de facilitar la conservación y el transporte del virus, evita el posible contagio de las enfermedades del hombre por la vacuna humanizada. Poco á poco, la vacuna de la ternera ha sustituido á la humanizada y con ella habrán sido probablemente vacunados y revacunados la mayor parte de los que me escuchan, bien de la ternera directamente ó mediante el virus conservado en glicerina, en tubos, placas de cristal ó viales.

Otro nuevo retoque de carácter teórico-práctico debía experimentar todavía la obra de Jenner; acertadísimo y claro en la identificación de los tres virus animales, aparece mucho más obscuro y más bien dualista en la relación de éstos con la propia viruela humana; pero ya desde los primeros años del siglo XVIII, Maunoir, Leroy, Wedeking y otros, expusieron la opinión de que la vacuna no era otra cosa sino la viruela del hombre transmitida á la vaca; desde entonces los investigadores se encuentran divididos en dos grupos, unicistas y dualistas, según que consideren los dos virus, de la viruela y de la vacuna, como la misma cosa ó como cosa distinta. Pronto se pasó del terreno de la hipótesis al de la experimentación, para resolver esta disyuntiva.



va, existiendo una noticia en Agosto de 1807 en un periódico médico de Salzburgo, del médico Gassner, de Günzburgo, según la cual, había conseguido producir en las vacas una erupción con todos los caracteres del *cow pox*, utilizada en los niños con completo éxito; otros experimentos siguieron á esos, sobresaliendo los de Thiele y Ceely. La discusión tomó más amplios vuelos en los años de 1863 y 1864 en la Academia de Medicina de París; á partir de una comunicación de Depaul, unicista, y después de la intervención de los dualistas, capitaneados por Busquet, la Sociedad de Ciencias Médicas de Lyon encomendó á una Comisión formada por Chauveau, Viennois y Meynet el estudio experimental de la cuestión. El resultado de sus estudios fué favorable á los dualistas; las inoculaciones de la viruela á las vacas producían erupción algo distinta del *cow pox* y la transmisión posterior al niño tenía tendencia, sobre todo repitiendo los pases de brazo á brazo, á provocar auténticas erupciones variolosas, llegando á la conclusión de que la viruela prendía en la vaca y en el caballo, defendiendo contra la vacuna como la vacuna defendía de la viruela, pero que no era posible la transformación de una en otra. Con esto llegamos al comienzo de la bacteriología, y el gran Pasteur toma en 1880 posición en la contienda como unicista, suponiendo que la vacuna es una viruela atenuada, á lo que Chauveau replica que una cosa es atenuación y otra transformación.

Voigt consiguió en 1881, de manera que no dejaba lugar á dudas, la producción de la vacuna en las vacas á partir de la viruela humana, y desde entonces, confirmadas las observaciones por buen número de investigadores, el dualismo pierde terreno, utilizándose de modo constante en varios Institutos productores de vacuna de la ternera ó de la vaca, el virus producido experimentalmente por la viruela. El pleito parece resuelto; pero todavía queda la sutilísima distinción establecida por Chauveau entre la atenuación y la transformación; ciertamente que la vacuna procede de la viruela; pero si se tratara simplemente de una atenuación, no se explica por qué, transportado el virus al niño y pasado constantemente de brazo á brazo, no vuelve á recobrar la erupción el primitivo aspecto. El hecho de que basten dos ó tres pases de la viruela por la vaca, para tener un virus que no tendrá ya nunca las propiedades de la viruela, y sí las de la vacuna, hace pensar que la distinción establecida por Chauveau, que parecía más dialéctica que real, quizás tenga fundamento, todavía desconocido.

Con la generalización de la vacuna animal, ó más precisamente vacuna á secas, hubo necesidad de resolver otro problema; el paso sucesivo y continuo del virus por animales menos receptibles que

el hombre, capaces de atenuarle por esta razón, le hacía perder gradualmente virulencia, con lo que los vacunados quedaban cada vez menos defendidos, aumentando los casos de viruela entre ellos. Para regenerar la vacuna, ó sea para exaltar de nuevo la virulencia del virus, se aplicaron principios que empezaban á ser corrientes en las vacunas bacterianas; de cuando en cuando se vacunaban las terneras con el virus extraído del brazo de un niño, vacunado con el mismo virus, llamándose á esto retrovacuna; ó se pasaba por el burro, ya que el *horse pox* era en general más activo que el virus de la vaca; en una palabra, se pasaba por un organismo más receptible.

En las investigaciones para buscar animales más receptibles aún, Gailleton, Bard y Leclerc demostraron que el conejo era un animal excelente como portador de la vacuna; Calmette y Guérin señalaron su receptividad para la viruela, y Voigt utilizó la indicación, empleándolo como huésped intermediario de la viruela entre el hombre y la vaca, ya que la aclimatación de la viruela á la vaca no deja de presentar dificultades. La lapina ó virus vacunal cultivado en el conejo ha tenido aplicación en no pocos casos; pero la receptividad del conejo se ha utilizado largamente en los laboratorios para medir la virulencia de las distintas suertes de vacuna.

Si la obra de Jenner inspiró á Pasteur en la creación de las vacunas bacterianas, la bacteriología no dejó de tener influencia sobre la vacuna; es verdad que á pesar de esfuerzos tenaces de centenares de investigadores de todos los países, el probable germen productor de la viruela y la vacuna permanece en el misterio; pero, entretanto, tales trabajos han conducido al conocimiento perfecto de la flora microbiana de la vacuna y del proceso de depuración de la linfa. Es bien sabido que en la piel de la ternera, de la vaca y de todos los animales vegetan ó están depositadas numerosas especies microbianas saprofitas y patógenas. Por grandes cuidados asépticos que se tengan, estas especies se encontrarán en la linfa y la glicerina más ó menos concentrada con que la mezcla destruye á la par los microbios que impurifican y el germen desconocido de la vacuna, pero siendo éste mucho más resistente que aquéllos, si se emplean las proporciones debidas de glicerina y se regula el tiempo de acción y la temperatura, se consigue llegar á obtener una linfa conservada que, sin haber perdido en virulencia eficaz, se ha purificado notablemente de los microbios que la acompañaban. He aquí por qué se ha prescindido casi completamente de la vacunación directa de la ternera y debe recurrirse solamente á la linfa conservada en debidas condiciones.



A pesar de todo, no se llega á obtener por este procedimiento una linfa completamente exenta de impurezas microbianas; para lograrlo es preciso llegar al cultivo del virus en órganos internos, que, por consiguiente, estén fuera del alcance de los microbios impurificadores. Noguchi, el año 1915, demostró la posibilidad de cultivar el virus en el didimo de conejo, obteniendo una vacuna muy enérgica y libre de impurezas microbianas; poco utilizable para las vacunaciones humanas, ha servido empero con ventajas para mantener y preparar la semilla necesaria para inocular las terneras productoras. En la actualidad, después de haber demostrado A. Marie el año 1920 que también el cerebro del conejo era órgano apropiado para el cultivo, Levaditi, Harvier y Nicolau estudian la transmisión en serie. Siguiendo estas investigaciones en nuestro Instituto Nacional se ha llegado á obtener en el didimo una semilla positiva en la prueba de Groth hasta con diluciones de 1/100000 y con el virus cerebral hasta el 1/400000.

Hemos visto en esta rápida enumeración de los progresos sucesivos de las inoculaciones preventivas contra la viruela, cómo el asombroso descubrimiento de Jenner se ha perfeccionado casi hasta el ideal; el día quizás no muy lejano en que otro genio acabe la obra descubriendo la causa, es posible que no pueda añadir mucho más á la técnica de la vacunación.

### El soporte colgante (Hängestativ) de Chaoul

POR LOS

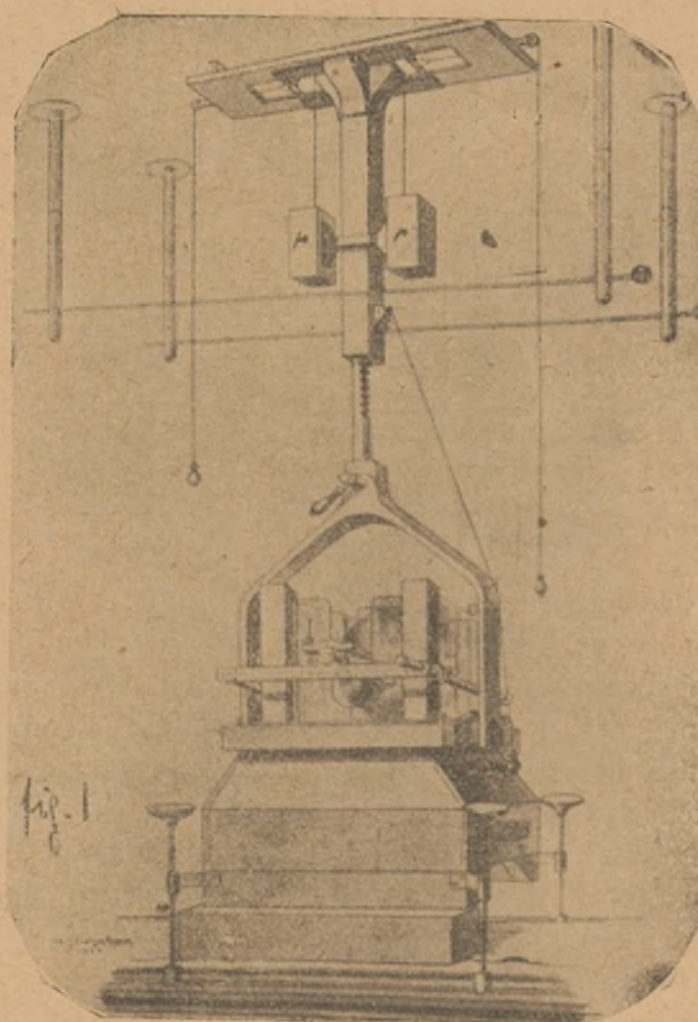
DRES. JULIÁN Y SANTIAGO RATERA

Este estativo cuyos planos vimos hace dos años en Munich, debido á la amabilidad del Dr. Chaoul, reúne todas las ventajas del Strahlensammler (colector de rayos) del mismo autor, eliminando algunos inconvenientes de los soportes usuales de roentgenterapia profunda, entre los cuales está en primera línea, el de tender á favorecer la explosión de la chispa eléctrica entre las pinzas de madera en las que se sostenía el tubo, por hallarse muy próximas entre sí, perforando al tubo é inutilizándole por consiguiente, y en segundo lugar, que debido á la proximidad de la pared de cristal plomado de la superficie del tubo, el funcionamiento de éste no era tan tranquilo como en el Strahlensammler, en el cual las paredes de cristal plomado se hallan más alejadas de él.

Este soporte consiste en un bastidor de madera, que se aplica contra el techo de la habitación, en el cual corre un carrito, accionado por la tracción ejercida sobre dos cordones que se deslizan sobre dos poleas colocadas en los extremos del bastidor, carro del cual pende el soporte, que va provisto de dos contrapesos, consistentes en dos ejes de madera que se llenan de arena,

una cremallera, accionada por un cordón lateral cuya tracción levanta una uñuela, permitiendo entonces descender á aquélla, y en la extremidad inferior una horquilla de madera, que termina en un bastidor, sobre el cual se coloca la parte más superior ó calota del Strahlensammler, que contiene el tubo.

Armado de esta manera, queda pendiente del techo, formando, por decirlo así, una disposición independiente del resto del Strahlensammler, el cual puede montarse sobre la mesa de radioterapia del modo ordinario, adosándose después su parte superior, que se hace descender hasta el grado deseado, levantando la uñuela fija sobre la cremallera. La colocación sobre el Strahlensammler es sencillísima, mediante el desplazamiento lateral que puede dársele, y corriendo ligeramente la mesa en sentido transversal se hace que la calota del



Strahlensammler coincida exactamente con éste (figura 1.<sup>a</sup>).

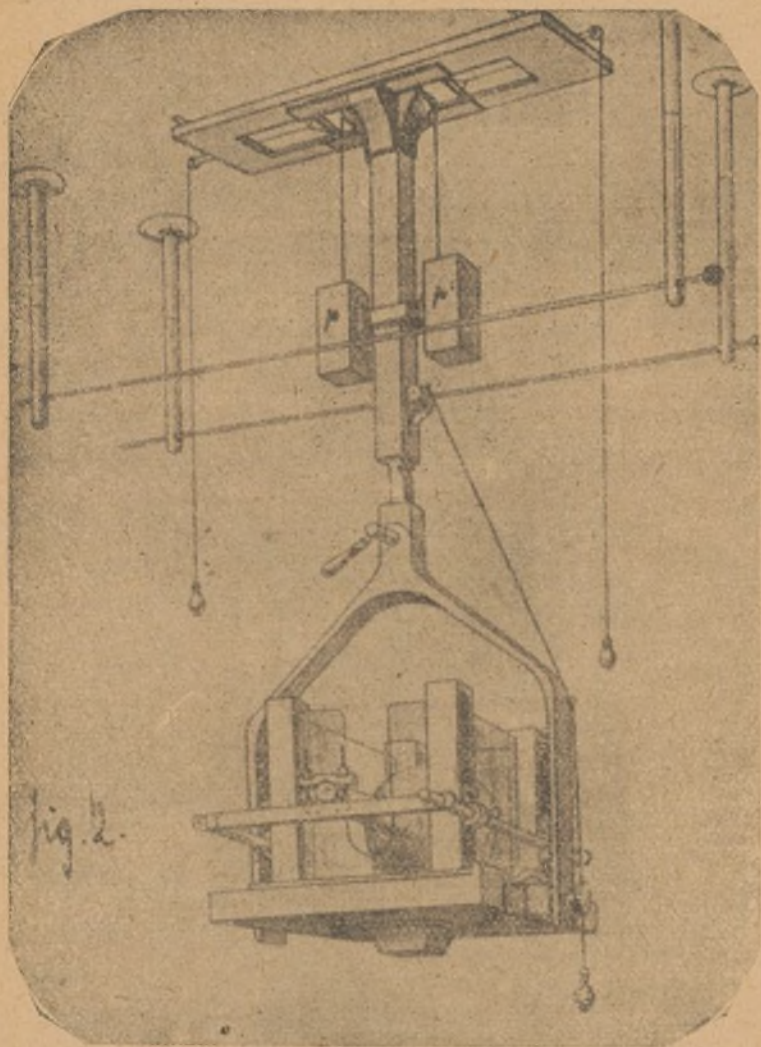
Cuando se desea hacerle funcionar como soporte independiente, entonces se coloca, mediante cuñas de madera, sobre la base de la horquilla de madera que contiene al tubo encerrado en la calota del Strahlensammler una placa de madera, provista de un material absolutamente impenetrable á los rayos Roentgen y en cuyo centro hay un orificio de 10 centímetros de diámetro. En la cara inferior de esta placa de madera hay dos tornillos en los que pueden sujetarse los distintos diafragmas de uso corriente en roentgenterapia, pudiendo hacerse así toda clase de radiaciones (fig. 2.<sup>a</sup>).

El soporte tiene toda clase de movimientos, mediante dos articulaciones que tiene, una de ellas en la base de la cremallera, y la otra á nivel de donde articula la horquilla de madera con la placa sobre la que se



coloca la calota del Strahlensammler, y esta diversidad de movimientos facilita la técnica de las irradiaciones.

Claro es que para alguna clase de irradiaciones, como por ejemplo, cuando hay que tratar un prurito



vulvar, es imposible hacerle tomar una posición completamente horizontal, razón por la cual hay que tener además un soporte Wintz para hacer esta clase de irradiaciones, pero aun cuando actualmente se le emplea con unas pinzas de pertinax, las cuales en sus extremos tienen una horquilla de porcelana, y se colocan sobre ambos cuellos del tubo lo más alejadas posible una de la otra, para evitar el peligro de la formación de una chispa, sin embargo, siempre que podemos, y fuera de estos casos, utilizamos este soporte, con el cual obtenemos un funcionamiento muy tranquilo del tubo Roentgen, cosa que no carece de importancia en la actualidad, con el precio que actualmente tienen los modernos tubos Coolidge.

#### IDEAS CLÍNICAS

### LA CARDIOPATOLOGIA MODERNA

POR EL

DR. G. R. GONZALO

#### CONSIDERACIONES GENERALES

Transcendentales y profundas han sido las modificaciones que en patología médica han sufrido los conceptos é ideas de determinados procesos y enfermedades, efectos lógicos y naturales del inmenso caudal experimental aportado actualmente á la Ciencia médica por fisiólogos, experimentadores y patólogos internistas.

La experimentación, la clínica y el laboratorio, laborando aunadas hacia un fin común y procurando no lanzar al mundo científico y clínico de manera prematura (como desgraciadamente se hace en algunas ocasiones) el fruto de sus laboriosos y pacientísimos trabajos, han logrado imprimir en las ideas nuevos rumbos, novísimas orientaciones, cuyos primeros frutos estamos comenzando á recoger en la clínica práctica; si bien esto último haya de hacerse pausadamente y con todo el exquisito cuidado que tan delicada materia por sí misma requiere.

Pero de todas las numerosísimas é inmensas ramas del árbol frondoso de la Patología interna, pudiera decirse que ninguna como la cardiopatología se ha beneficiado tanto en estos últimos tiempos, ni ha sufrido más profundas modificaciones en sus fundamentales conceptos y modos especiales de enjuiciar, efectos de aquellas experimentaciones, trabajos clínicos y provechosas enseñanzas.

Y si quisiéramos buscar la génesis de esta transformación, á poco que fijemos nuestra atención, tropezaríamos con la razón fundamental de la misma.

En efecto, la cardiopatología toda clásica, podríamos decir, estaba fundada en la enseñanza anatómica de infinitas autopsias, precedidas y completadas de cuidadosas auscultaciones. La actual cardiopatología tiene sus fundamentos en el estudio fisiológico, clínico y experimental del *funcionalismo* cardíaco.

La primera, fué el resultado de los estudios anatómopatológicos y la auscultación; la segunda, es el fruto de la moderna observación y experimentación funcional de la fisiología normal y patológica de la circulación.

La estrechez de los orificios ó la insuficiencia de las válvulas, como lesiones; los soplos en el diástole ó en el sístole, como síntomas, eran entonces los principales puntos cardinales sobre los que giraba la cardiopatología toda.

Hoy día, sin desdeñar ni mucho menos, aquellas lesiones y estos síntomas, antes al contrario, dándoles toda la importancia que en sí tienen (pues como dice muy bien nuestro gran cardiólogo Mut, la auscultación *en buenas manos*, será siempre el medio práctico é *imprescindible* de exploración cardíaca), la cardiopatología actual se fundamenta especialmente en la patología funcional de la circulación.

Y en los conceptos clínicos, domina hoy de tal manera la idea de pontencialidad funcional trastornada, sobre la lesional de válvula ú orificio, que quedando ésta, no olvidada, pero sí relegada á un segundo término (como productora de entorpecimiento funcional, como susceptible de propagación ó pared contráctil de corazón, etc.), por sí sola constituye aquélla, el fundamento clínico de los actuales diagnósticos, pronósticos y tratamientos de las cardiopatías.

Los modernos estudios de la tensión arterial y su actual significación clínica pronóstica; los trazados gráficos simultáneos (yugular, corazón y arterial), permitiendo seguir en ellos en muchas ocasiones la marcha de la onda contráctil del corazón desde su iniciación



en las aurículas; la interpretación clínica y funcional de estos mismos trazados, aleccionándonos sobre el tiempo, forma, orígenes, naturaleza, velocidad, contracción, elasticidad, etc., etc., y demás múltiples, preciosas y aun desconocidas cualidades de la onda contráctil cardíaca y paredes por las que se propaga (fenómeno clínico y fisiológico admirable, en el que han de fundamentarse las futuras adquisiciones experimentales de cardiología); las modernas exploraciones clínicas de resistencia funcional miocárdica; los nacientes estudios de electrocardiología; las actuales exploraciones radiológicas y radiográficas y los mil procedimientos presentes y futuros de explorar el aparato circulatorio, son prueba bien patente de cuáles son en la actualidad los fundamentos modernos de la cardiología contemporánea y su contraste con aquéllos, aún no abandonados, como digo, pero sí reducidos á sus verdaderos términos, que sirvieron de base á los conceptos clínicos de la antigüedad.

Consecuencia natural y lógica de estas nuevas orientaciones en cardiopatología, es la construcción de una serie de aparatos de exploración clínica (esfigmografiógrafos, polígrafos, oscilómetros, electrocardiografiógrafos, etc.), y la imprescindible introducción en el lenguaje médico, de una especial nomenclatura, necesaria para designar la infinita serie de nuevos fenómenos, que cada día está descubriendo la experimentación fisiológica y la exploración clínica.

Así orientados los modernos estudios de cardiología, sus exploraciones todas, sus investigaciones, sus juicios, su constante preocupación, su objetivo final, en una palabra, puede decirse que tiende, en definitiva, á dejar planteado el problema clínico, á un sencillo dilema, que pudiera encerrarse en estos cuatro interrogantes: ¿Qué cantidad de potencia contráctil en acción posee el miocardio?, ¿qué cantidad en reserva?, ¿qué obstáculos, resistencias ó dificultades se oponen á su trabajo ordinario y extraordinario?, y dado lo anterior, ¿cómo resuelve el corazón el conflicto circulatorio del caso que se trata?

Satisfactoria y clínicamente contestadas y resueltas las precedentes interrogaciones en cada enfermo, pudiéramos decir que tendríamos hechos sus juicios clínicos, diagnóstico y pronóstico, y una base firmísima para instituir un razonado tratamiento patogénico.

Salta, pues, á la vista la enorme diferencia en los conceptos clínicos clásicos y modernos; quedaban aquéllos reducidos al diagnóstico lesional como fundamental, y á aquellos trastornos funcionales más ostensibles, casi siempre *finales*, por decirlo así, del proceso total cardiopático. Por el contrario, en la actualidad se da escaso valor en clínica á si la lesión es valvular ú orificial, de insuficiencia ó de estrechez, atendándose, en cambio, con extraordinario cuidado, á la patología funcional del músculo cardíaco que aquellas mismas lesiones pueden originar.

Y así vemos que las cuatro fundamentales propiedades de la fibrilla muscular miocárdica (excitabilidad, conductibilidad, contractilidad y elasticidad), después de cuidadosamente estudiadas en fisiología, son

objeto de un atento y detenidísimo estudio por parte de los cardiopatólogos, y sus trastornos son observados, explorados y esmerada y minuciosamente registrados y expuestos en las modernas obras de cardiopatología (1).

El estudio de las arritmias en sus diferentes variedades, mediante los trazados gráficos, permitiendo deslindar los extrasístoles, el bloqueo simple, completo ó incompleto de la onda contráctil, el ritmo nodal, la arritmia permanente, la fibrilación auricular, el pulso alternante, las bradi y taquiarritmias; los estudios de la tensión arterial permitiendo apreciar mediante el examen oscilométrico, la tensión diastólica, reveladora del obstáculo que el corazón ha de vencer, y la sistólica, manifestando las energías con que posiblemente cuenta el miocardio para vencerle; las exploraciones todas, en fin, dirigidas y conducidas cada día con mayor tenacidad y provecho al examen, observación y estudio del funcionalismo patológico del aparato cardio-vascular, el más susceptible desde luego en nuestra economía de dicho estudio, por el carácter *mecano dinámico* dominante de todo su funcionalismo, son razones y causas reveladoras abundantes de esta nueva orientación cardiológica, la cual, unida á los estudios clínicos de nuestros clásicos maestros, habrán de conducirnos un día al dominio, si no perfecto, porque este es imposible en lo humano, sí lo suficientemente completo y acabado, de los trastornos y dolencias infinitas de la noble viscera objeto de nuestros estudios, la primera en el organismo humano que comienza su elevada misión y la última, que al exhalar nuestro último aliento, se rinde y deja de desempeñar su importantísimo y trascendental oficio, suspendiendo el *tic-tac* cronométrico de sus latidos, que cual oculto y misterioso péndulo, supo marcar con ritmos diferentes las desdichadas ó felices, pero siempre breves, horas de una existencia que termina.

### Contribución al estudio de la fórmula hematológica en la insuficiencia ovárica

POR EL

DR. IZQUIERDO

En los actuales momentos, en que el papel fisiológico y la patología de las glándulas de secreción interna atraviesan por un período de revisión crítica, el presente trabajo no nos parece extemporáneo, desde el instante en que es fruto, no de una divagación teórica, sino consecuencia de modestas investigaciones.

La crítica razonada y pura, consecutiva al apasionamiento con que es saludada toda teoría nueva que invade la ciencia, ha depurado la Endocrinología, que en la actualidad, por haber alcanzado lo que Marañón llama su período clásico, es una rama más del árbol de la Medicina.

Y de los hechos que han atravesado el tamiz de la crítica, uno de los más importantes, el más interesante tal vez,

(1) Una de las obras que más honran la cardiopatología patria es la del Dr. Mut, "Diagnóstico de las enfermedades del corazón", cuya segunda edición fué publicada ya en 1915.



por depender de él el misterio de la vida, es la fisiología ovárica.

Aparte su secreción externa (ovulación), la interna, que ahora nos ocupa, depende de los tejidos intersticial, folicular y lúteo, en íntima correlación, sobre todo la del primero, con la del resto del sistema endocrino.

En la actualidad casi podemos afirmar que la menstruación es consecuencia de la secreción luteínica. Los modernos trabajos de Tschirdewahn y Oschner no hacen sino confirmar los de Seitz, quien suponía compuesta la secreción luteínica de dos clases de hormonas: las «lipamínicas», que impulsan á la hemorragia, y las «lúteo-lipoidínicas», que la inhiben. Podrán no existir tales hormonas, pero el hecho indudable es que el cuerpo amarillo provoca las modificaciones histológicas necesarias en la mucosa uterina para la anidación del óvulo, y que cuando éste no es fecundado, se realiza el llamado «aborto ovular», es decir, la hemorragia menstrual, sufriendo el cuerpo amarillo su correspondiente regresión. Por el contrario, cuando el óvulo es fecundado, el cuerpo amarillo experimenta un intenso desarrollo que protege y regula la gestación. El caso de Recasens (Luis), presentado en la Academia de Ginecología, de una enferma que amenorreica y con trastornos mentales vió aparecer la regla á continuación del injerto de un ovario en el que existía un cuerpo amarillo en plena evolución, simultáneamente que en la enferma de quien éste procedía (á quien, huelga decirlo, se había respetado el otro ovario), tiene todo el valor de una observación clínica exacta.

Los tejidos intersticial y folicular son los que «feminizan» á la mujer, como dice Torre Blanco; la formación, desarrollo y conservación de los caracteres sexuales secundarios á ellos se deben en íntima unión con los de las otras glándulas de secreción interna.

Todo este conjunto de hormonas que incluimos con el término de secreción ovárica, ¿influyen en la fórmula hematológica? A ella nos vamos á dedicar.

Podíamos concretar refiriéndonos á insuficiencia total ó parcial (principalmente luteínica) de la glándula, pero creemos que en la actualidad es sumamente difícil hacer esto dentro de un criterio severo, pues aunque todos vemos enfermos cuyo síntoma único ó primordial es la hemorragia ó el trastorno en la menstruación, en la inmensa mayoría de los casos este síntoma está íntimamente ligado con otros que acusan la participación en el proceso patológico, no sólo de los cuerpos amarillos, sino del resto de la glándula; por ello preferimos, ateniéndonos á lo incompleto de nuestros conocimientos, englobar todos los casos en el término de insuficiencia ovárica.

#### ALTERACIONES OVÁRICAS EN LA PUBERTAD

De todas las alteraciones que las glándulas endocrinas pueden provocar en la sangre, la mejor conocida es, en la actualidad, la clorosis, enfermedad considerada hasta hace poco como una variedad especial de la anemia «ortoplástica».

Los maestros antiguos de la Medicina, que, á falta de los elementos modernos de diagnóstico, poseían un especial don de observación clínica, atribuyeron á la clorosis un origen genital por retención de la sangre menstrual en el útero de las púberes. Tal retención no existe, pero el origen genital, es decir, ovárico, es indudable. Para unos, es manifestación de un síndrome pluriglandular con predominio timoovárico (von Noorden) ó toroideoovárico (Falta). Los lipoides hemáticos que se forman en el tejido intersticial del ovario, aprovechados por la glándula para su nutrición, al no consumirlos ésta completamente, por deficiencia patológica ó

producirse en exceso, entran en el torrente circulatorio determinando la intoxicación clorótica, según opinión de Pen-de. Los trabajos de Rica-Barberis, basados en los estudios hematológicos de los períodos menstruales, han demostrado la existencia de un «estado clorótico» de la sangre entre el séptimo y sexto días anteriores á la menstruación. El valor globular disminuye en el instante mismo en que la actividad del folículo es más intensa. Naegeli opina que la clorosis es un caso de «mutación» de la morfología y bioquímica del organismo humano, en que existen por herencia glándulas sexuales tardías ó lentamente desarrolladas que provocan, en el instante mismo en que se establecen las correlaciones endocrinas definitivas, alteraciones en el equilibrio hormonal. Para Pittaluga, que apoya la aventurada hipótesis de Naegeli, la clorosis es una hemodistrofia dependiente de una alteración endocrina ligada con las funciones genitales acompañada de un trastorno nervioso, ya primitivo (fondo neuropático), ya secundario (neurosis consecutiva al desorden endocrino), y por una deficiente hematopoyesis de carácter bioquímico más que histogénico (defecto de formación de hemoglobina).

Es la clorosis una enfermedad mucho más rara de lo que vulgarmente se cree, hasta el punto de que Naegeli en cinco años sólo ha visto un caso en su clientela particular. Entre cincuenta mil enfermas, aproximadamente, de la Policlínica de Tubingen, vistas en cinco años, no se encontraron más que 26 cloróticas. Nosotros en cinco años sólo hemos podido diagnosticar de tal á tres enfermas. Claro es, que para diagnosticar clorosis hemos exigido la existencia, no sólo de los datos hemáticos, sino de los clínicos (comienzo en la época de la pubertad, palidez ó color alabastrino de la piel, cansancio, somnolencia, trastornos nerviosos, etc.).

ENFERMAS DE CLOROSIS

|                                  | Caso I    | A los seis meses. | Caso II | Caso III  |
|----------------------------------|-----------|-------------------|---------|-----------|
| Hematíes (pulpejo del dedo)..... | 6.040.000 | 5.450.000         | (1)     | 4.100.000 |
| Idem (lóbulo de la oreja).....   | 4.200.000 | 5.400.000         | (1)     | 3.990.000 |
| Hemoglobina.....                 | 60        | 80                | (1)     | 50        |
| Valor globular.....              | 0,71      | 0,74              | 0,65    | 0,63      |
| Leucocitos.....                  | 9.550     | 8.500             | (1)     | 8.000     |
| Polinucleares neutrófilos.....   | 45,67     | 62,50             | 51,40   | 53,20     |
| Idem eosinófilos....             | 8,21      | 2,80              | 1,40    | 2,50      |
| Idem basiófilos....              | 1,00      | 0,70              | 1,00    | 0,10      |
| Grandes monocitocleares.....     | 5,89      | 4,10              | 6,00    | 5,20      |
| Formas de tránsito.              | 2,87      | 1,90              | 2,20    | 3,00      |
| Linfocitos.....                  | 35,31     | 28,00             | 37,00   | 36,00     |
| Monocitos azurófilos             | 1,05      | »                 | 1,00    | »         |

En el adjunto cuadro consignamos las cifras de los hematíes encontrados en los recuentos de la sangre extraída del pulpejo del dedo y los de la sangre extraída del lóbulo de la oreja, porque, no sólo en estos casos de clorosis, sino en otros muchos de enfermas hipoováricas, principalmente con insuficiencia ovárica y tiroidea, hemos encontrado cifras exageradamente altas de hematíes cuando creíamos encontrar hipoglobulia. Al principio no supimos explicarnos esta aparente paradoja, pero el observar que en todas las enfermas que tal sucedía se encontraba el síntoma descrito por Marañón, de «manos hipogenitales», nos hizo suponer que esta hiperglobulia era debida al estado de congestión pasiva en que se encontraban las manos de estas enfermas. En

(1) Se nos han extraviado los datos correspondientes.





efecto, las «manos hipogenitales» descritas por Marañón en la insuficiencia ovárica (y cuya frecuencia, según nuestras observaciones, es extraordinaria), son una variedad de la acrocianosis habitual («manos invernales» de Pende y Castellino), de patogenia hipotiroides constitucional (Levi y Rothschild), mixedematosa (Thiebierge y Buschan), ó producidas por un estado de vagotonía (Eppinger y Hess). La variedad descrita por Marañón es de indudable patogenia hipoovárica, ligada, según nuestro modo de ver, á un estado vagotónico.

En las enfermas que presentan tal síntoma, la hiperglobulia en la sangre extraída del pulpejo del dedo es, como decimos, muy frecuente, y creemos de importancia insistir sobre esto, porque pudiera dar origen á grandes errores el contentarse tan sólo con sangre del pulpejo del dedo. Nosotros no hemos visto que ninguno de los autores que se ocupan de estas cuestiones hayan citado este dato.

Los síntomas hemáticos suministrados por nuestras enfermas de clorosis se pueden resumir en la siguiente forma: oligocitemia, disminución del valor globular, ligero aumento del número total de leucocitos, de los basófilos (sólo en dos casos), grandes mononucleares y formas de tránsito y de los linfocitos, con disminución de los polinucleares neutrófilos. En dos casos hemos encontrado monocitos azurófilos y, respecto á los eosinófilos, al lado del caso primero con 8,21 (sin justificación aparente), tenemos los otros dos casos con 1,40 y 2,50, respectivamente. No comprendemos esta disparidad, encontrada también por Jiménez Asúa («Los leucocitos eosinófilos y la eosinofilia», 1920. Casos 5, 6 y 7 del cuadro de la página 91). Tal vez pudiera esto relacionarse con síntomas de vagotonía que claramente se apreciaban en la enferma primera, en la que, por otra parte, no existía eczema ninguno ni parásitos intestinales.

Todos los casos de clorosis los hemos tratado con arsénico, hierro y ovarina, y también con los preparados comerciales en que estas tres sustancias se expenden conjuntamente preparadas. En todos los casos hemos visto una mejora notable de los síntomas clínicos y en el caso I la mejora hematológica es también evidente aunque el valor globular no aumentó mucho. Posteriormente, esta enferma mejoró más, siéndonos imposible entonces realizar análisis de sangre.

#### ESTADOS CLORÓTICOS

Un grado menor de clorosis, pero también de indudable realidad clínica, lo encontramos en muchas muchachas, principalmente las de pubertad exuberante, con gran desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y con trastornos menstruales. La sintomatología clínica y hematológica no es en ellas tan clara que nos permita hacer el diagnóstico de clorosis, pero sí nos creemos autorizados para llamar «estados cloróticos» á los siguientes casos, entre otros muchos, demostrativos de lo que decimos:

«M. L., de diez y siete años, menarquia á los quince con anterior desarrollo, muy marcado, de los caracteres sexuales secundarios. Dismenorrea, menorragias intensas, palidez, tipo clorótico.

Hematíes, 5 300.000; hemoglobina, 80; valor globular, 0,75; leucocitos, 5.980; polinucleares neutrófilos, 62,95; eosinófilos, 2,32; mastzellen, 0,64; grandes mononucleares y formas de tránsito, 9,68; linfocitos, 24,41. No se observan formas anormales de leucocitos ni de hematíes.»

«Muchacha de quince años, bien conformada, con regla desde hace un año. Desde hace siete meses tiene menorragias y metrorragias intensas; aspecto clorótico.

Hematíes, 4.900.000; hemoglobina, 90; valor globular, 0,92;

leucocitos, 8.800; polinucleares neutrófilos, 67,20; eosinófilos, 2,40; mastzellen, 0,40; grandes mononucleares, 5,80; formas de tránsito, 1,00; linfocitos, 23,20. Ligerísima poiquilocitosis.»

Creemos que estos casos son de patogenia francamente luteínica. Los anteriores citados estudios de Rica-Barberis y los de Blumentahl y R. Birnbaum y A. Ostén han esclarecido las modificaciones que experimenta la sangre durante el ciclo menstrual, sumamente parecido al de los procesos tóxicos y toxi-infecciosos.

En el primer período, entre el séptimo y octavo días premenstruales, sobrevienen: disminución de hemoglobina, hiperglobulia ligera con la consiguiente disminución del valor globular, disminución del peso específico y de la resistencia globular, ligera anisocitosis ó hipocromenia, leucopenia ligera, precedida de hiperleucocitosis con linfocitosis.

En el segundo período, el valor globular aumenta, así como el peso específico y la resistencia globular; disminuye la mononucleosis, presentándose monocitos azurófilos y ligera eosinofilia. En el tercer período, que coincide con la menstruación, disminuye la hemoglobina y el número de hematíes, sin variación aparente de la fórmula leucocitaria. En el último período, la sangre recupera su normalidad.

La primera fase de este ciclo sanguíneo sumamente parecida á la clorosis, se relaciona con un período hemotóxico que se inicia en la glándula ovárica, para el aprovechamiento del hierro contenido en la molécula hemoglobínica (Pittaluga).

Estas alteraciones hemáticas están íntimamente ligadas con la secreción luteínica; por ello nosotros creemos que al perturbarse ésta se presenta el estado tóxico de que hablamos, que no es, en último extremo, sino una forma atenuada de clorosis, lo que comprueba una vez más el origen ovárico de esta enfermedad.

Los casos citados revelan una alteración luteínica, pues las menorragias que estas enfermas padecían no podían atribuirse, por carencia de síntomas, más que á una perturbación del cuerpo amarillo. La integridad del resto de la glándula (así como la del sistema endocrino) la contrastamos cuidadosamente, no encontrando alteración apreciable, por lo que podemos ligar, sin género de duda, este estado clorótico con las menorragias. El tratamiento confirma nuestra hipótesis, pues no solamente mejoraron en nuestras enfermas, con la opoterapia ovárica, los síntomas genitales, sino también los generales, sin tener que recurrir al hierro y al arsénico. En el primero de los dos casos que aquí citamos, no mejoraron los síntomas genitales y sí los generales, como puede verse por el siguiente extracto que á continuación damos:

«M. L. (examen al año del anterior). Las mismas dismenorreas y menorragias de antes. Su aspecto ha mejorado notablemente. Hematíes, 5.500.000; hemoglobina, 80 por 100; leucocitos, 7.100; polinucleares neutrófilos, 68,50; eosinófilos, 2,20; mastzellen, 0,40; grandes mononucleares y formas de tránsito, 5,00; linfocitos, 23,90.

#### INSUFICIENCIA OVÁRICA EN LA EDAD ADULTA

Creemos que nuestros conocimientos actuales no nos permiten determinar las alteraciones que en este estado sufre la fórmula hematológica, pues, á nuestro juicio, éstas no son típicas del hipoovarismo, sino que son comunes á otros estados endocrinos.

Heimann ha encontrado siempre linfocitosis en contraposición con los estados de hiperovarismo en que existe hipolinfocitosis. Neisser opina que entre el ovario y la médula ósea existe una estrecha correlación funcional que le in-



dujo á pretender realizar la castración en los procesos leucémicos. Nosotros opinamos, con Mas y Magro, que en la insuficiencia ovárica, como en otras endocrinopatías, lo corriente es observar el síndrome constituido por leucopenia y linfocitosis, que Mas y Magro propone designar con el nombre de signo de Marañón. Este síndrome no es sino una manifestación de la hiperplasia del sistema linfoide.

El estado linfático, denominación actual del vago concepto de «linfatismos» de antaño, está caracterizado por la hiperplasia de las formaciones linfáticas que, en determinadas ocasiones, pueden acompañarse de hipertrofia del timo, hipoplasia cardiovascular, hipoplasia del sistema suprarrenal é hipoplasia genital. La hipertrofia del timo es tan frecuente en este estado, que Neusser le denominó «estado tímico-linfático». La linfocitosis se interpreta como consecuencia de esta hipertrofia, y como la influencia del tiroides sobre el timo no puede considerarse como directa, sino que se realiza por intermedio de las glándulas genitales, cuyas relaciones con el tiroides son indubitables, así como las de éste con el timo, hecho probado por la hiperplasia que sufre este órgano con la castración, de aquí que se observe el «signo de Marañón» en la insuficiencia ovárica, que, generalmente, según nuestras observaciones, va acompañada de este estado tímico-linfático. Los siguientes casos son demostrativos de nuestro aserto:

«R. M., de veinte años. Aspecto «fofo», obesidad, amenorreas y menorragias, manos hipogenitales intensas; pulso, 72; tensión (Pachon), máxima 12, mínima 8; hematíes, 5.646.000 (vive en el campo); leucocitos, 10.200; polinucleares neutrófilos, 43,72; eosinófilos, 0,55; mastzellen, 0,27; grandes mononucleares y formas de tránsito, 6,66; linfocitos, 48,80.»

«Señora de M., de veintisiete años. Menorragias, obesidad, de aspecto linfático, trastornos nerviosos premenstruales. Frecuentes amenorreas, con exacerbación de sus trastornos nerviosos. Un parto hace tres años.

Hematíes, 5.177.000; leucocitos, 7.000; polinucleares neutrófilos, 57,00; eosinófilos, 3,00; mastzellen, 0,30; grandes mononucleares, 2,80; formas de tránsito, 1,90; linfocitos, 35,00. Tratada con «Varium» mejoraron notablemente sus trastornos nerviosos y menstruales. Posteriormente se hizo embarazada.»

«Madame O., de treinta y cinco años. Regla escasa, aspecto linfático, obesidad.

Leucocitos, 6.100; polinucleares neutrófilos, 5.795; eosinófilos, 2,06; mastzellen, 0,34; grandes mononucleares y formas de tránsito, 8,62; linfocitos, 31,03.»

Cuando la insuficiencia ovárica es pura, la fórmula leucocitaria es análoga á los casos anteriormente citados, como puede apreciarse en los siguientes:

«M. L. de la S., de veinte años, soltera. Trastornos menstruales con predominio de amenorreas. Manos hipogenitales muy marcadas. Aspecto normal.

Hematíes, 6.100.000 (en el pulpejo del dedo), 5.100.000 (de la sangre extraída del lóbulo de la oreja); leucocitos, 7.550; polinucleares neutrófilos, 60,40; eosinófilos, 2,20; mastzellen, 0,70; grandes mononucleares y formas de tránsito, 7,70; linfocitos, 29,00.»

«X. X., de treinta y dos años, casada. Amenorreas y algunas menorragias. Grandes irregularidades cronológicas de la regla.

Hematíes, 5.430.000; leucocitos, 7.000; polinucleares neutrófilos, 62,20; eosinófilos, 3,00; mastzellen, 0,45; grandes mononucleares y formas de tránsito, 5,90; linfocitos, 28,45.»

Estos últimos casos de insuficiencia ovárica pura, comparados con los anteriores de insuficiencia ovárica con estado

tímico-linfático, no presentan más diferencia que la linfocitosis es más moderada. Nosotros nos atrevemos á afirmar, como consecuencia de nuestras observaciones, que no hemos encontrado ninguna enferma, clínicamente diagnosticada de hipooovarismo, sin linfocitosis en su fórmula hematológica.

En las enfermas hipotirooováricas se encuentra también, con mayor motivo, una marcada linfocitosis, de la que son buenos ejemplos los siguientes casos:

«M. de J., de treinta y un años. Obesidad, insuficiencia ovárica y tiroidea. Grandes trastornos menstruales. Facies mixedematosa. Pesa 72 kilos, representando mucho más.

Hematíes, 5.199.000; leucocitos, 5.140; polinucleares neutrófilos, 54,87; eosinófilos, 0,19; mastzellen, 0,99; grandes mononucleares y formas de tránsito, 5,56; linfocitos, 38,36.»

«M. G., de treinta y cinco años, casada. Estéril. Síndrome pluriglandular con predominio mixedematoso y de insuficiencia ovárica. Frecuentes amenorreas, una de ellas de cinco años de duración.

Examen de sangre (Dr. Falcó), con motivo de un proceso febril apendicular operado más tarde: Hematíes, 5.100.000; leucocitos, 12.000; polinucleares neutrófilos, 57,50; eosinófilos, 2,80; mastzellen, 0,60; grandes mononucleares, 3,40; formas de tránsito, 4,00; linfocitos, 31,70. La fórmula normal de esta enferma debía de tener una intensa linfocitosis, desde el momento en que con el proceso febril apendicular tiene 31,70.»

«A. A., viuda, de treinta y cuatro años. Insuficiencia tiroidea y ovárica; 92 kilos de peso. Hematíes, 5.380.000; leucocitos, 7.800; polinucleares neutrófilos, 55,31; eosinófilos, 1,95; mastzellen, 0,20; grandes mononucleares, 2,87; formas de tránsito, 1,15; linfocitos, 38,52. (El tratamiento tiroideo y ovárico reduce su peso en veinticinco días á 84 kilos, por lo que se disminuye la dosis.)»

«M. T. de M., de veintisiete años. Casada. Dos hijos. Insuficiencia leve del tiroides y ovárica. En su familia hay antecedentes mixedematosos. Hematíes, 5.107.000; leucocitos, 7.800; polinucleares neutrófilos, 57,00; eosinófilos, 3,00; mastzellen, 0,30; grandes mononucleares y formas de tránsito, 4,70; linfocitos, 35,00.»

En la insuficiencia ovárica total, es decir, en la menopausia precoz, no hemos encontrado grandes alteraciones de la fórmula hematológica, como lo demuestra el caso siguiente:

«A. H., de treinta y ocho años, soltera (con integridad del himen), aspecto enfermizo, representando más años de los que tiene (¿secnetud precoz?). Regla siempre irregular y tan escasa que nunca usó paños. Intensos picores. Trastornos maniáticos (sospechamos heredo-sífilis, mas no nos fué posible hacer Wassermann). Desde hace cuatro años, amenorrea.

Hematíes, 5.436.000; leucocitos, 11.900 (cuatro tarde). Polinucleares neutrófilos, 71,89; eosinófilos, 0,28; mastzellen, 1,04; grandes mononucleares y formas de tránsito, 4,02; linfocitos, 22,77. (Posteriormente esta enferma ha contraído matrimonio!)

En la insuficiencia ovárica complicada con hipertiroidismo, la fórmula es la típica del Basedow. Nosotros hemos visto dos casos de esta enfermedad sumamente instructivos desde el punto de vista que nos ocupa. En uno existía una amenorrea, causa probable, á nuestro juicio, de la enfermedad, mientras que en el otro la función ovárica se mantenía relativamente normal, pues sólo presentó, al principio de la enfermedad, unas ligeras metrorragias.

Estos casos nos demuestran que la influencia del tiroides sobre la fórmula leucocitaria es mucho más intensa que la de los ovarios.

«L. G. de F., de treinta y cinco años, casada. Después de



un parto y sin que lactase, persiste la amenorrea basedowifíandose un pequeño bocio simple que padecía. La vemos al año de esto con la clásica sintomatología de un Basedow y con amenorrea.

Hematíes, 5.050.000; leucocitos, 4.300; polinucleares neutrófilos, 40,90; eosinófilos, 2,00; mastzellen, 0,10; grandes mononucleares, 7,90; formas de tránsito, 3,20; linfocitos, 45,90.»

«Señora de M., de treinta años. Dos hijos. Desde la pubertad tiene un bocio ligeramente hipertiroideo que ha ido aumentando lentamente en tamaño y en sintomatología. En la actualidad el exoftalmos, taquicardia é irritabilidad vasomotora son intensos. No ha hecho tratamiento. Tipo de regla, 26/5; muy abundante. Leucocitos, 5.000; polinucleares neutrófilos, 44,20; eosinófilos, 1,60; mastzellen, 0,30; grandes mononucleares, 6,10; formas de tránsito, 2,80; linfocitos, 45,00.»

De sumo interés será el estudio de la fórmula leucocitaria en la menopausia fisiológica, pues en esta crisis, análoga en sentido inverso á la pubertad, el ovario, con el resto del sistema endocrino, ejercen una indudable influencia en la sangre. En la actualidad nos ocupamos de este problema.

Y aquí ponemos punto final á este incompleto y destatado trabajo, que procuraremos ampliar y mejorar con ulteriores investigaciones. El modo de obrar de las glándulas endocrinas sobre la sangre es, por lo menos, merced á sus hormonas y por intermedio del sistema nervioso de la vida vegetativa. La investigación de las correlaciones que este sistema nervioso tiene con el ovario, brillantemente descritas por Pedro Ramón y Cajal, y el estudio sistemático de la fórmula leucocitaria durante el ciclo menstrual fisiológico, nos demostrarán, seguramente, la influencia que el ovario ejerce sobre la fórmula leucocitaria.

## Profilaxis y estadística de la lepra en Colombia <sup>(1)</sup>

Estudio enviado á la Conferencia americana de la lepra, reunida en Río de Janeiro en Octubre de 1922

POR EL

PROF. PABLO GARCÍA MEDINA

Director honorario de la Oficina Sanitaria Internacional de Washington; director Nacional de Higiene de Colombia; antiguo médico jefe de la Oficina de lazaretos de Colombia.

La organización científica de los leprosorios en Colombia principió en 1905. En este año me comisionó el presidente de la República, general D. Rafael Reyes, iniciador de esta importante obra, para estudiar el estado en que se hallaban los lazaretos que hasta entonces servían para un defectuoso é inconveniente aislamiento de los enfermos de lepra. Se me dió también la comisión de proponer un nuevo plan de organización y reglamentación de los leprosos. Se hizo, en consecuencia, un estudio de los sistemas de aislamiento que la ciencia aconseja: el Hospital y la Colonia.

Dada la marcha de la enfermedad, que en la mayoría de los casos es tan lenta que permite á muchos enfermos ejercitar su actividad por varios años, sería una crueldad someterlos á una dura y larga prisión, que no otra cosa sería para ellos un hospital aislado. El enfermo colocado en tal situación buscaría y encontraría el medio de librarse de su perpetua reclusión. El rigor de esta clase de aislamiento podría excu-

sarse si se tratara de enfermedades que, como la tuberculosis, sean más contagiosas que la lepra.

El otro sistema, la Colonia, tiene grandes ventajas para los enfermos, porque allí pueden vivir en común llevando una vida social y dedicándose muchos de ellos á ejercer algunas pequeñas industrias, y principalmente al cultivo de la tierra. El ideal de este aislamiento sería el que se estableciera en una ó más islas, donde pudieran asilarse los leprosos de tal modo que tuvieran campos para cultivos y medios de establecer pequeñas industrias que les dieran ocupación y ayudaran á su subsistencia; pero como Colombia no posee, en ninguno de los océanos que la bañan, isla alguna que reúna esas condiciones, propuse al Gobierno que se adoptara un sistema mixto, es decir, el de colonias con hospitales, y en esta forma se organizaron los tres lazaretos de la República.

A los hospitales de estas colonias se llevan los enfermos que por el período avanzado de la lepra, por las mutilaciones que ésta ha producido en ellos ó por su extremada pobreza, no pueden valerse por sí mismos. En esos hospitales, contruidos de acuerdo con la higiene y consultando, en cuanto ha sido posible, la comodidad de los enfermos, se procura atenderlos con cuidado. Hay médicos y ayudantes; enfermeros, Hermanas de la Caridad y toda clase de auxilios. Tienen esos edificios amplio espacio donde los enfermos pueden distraerse; reciben buena alimentación; se procura, en fin, que no sean una prisión. En esos hospitales hay departamentos destinados para aplicar diversos tratamientos especiales de la lepra.

Los enfermos que no están en los hospitales, viven en casas, contruidas unas por el Gobierno y otras por los que tienen algún capital, para vivir con alguna comodidad y de acuerdo con sus hábitos y su posición social. Muchas casas de los particulares son pequeñas quintas que tienen jardines y huertas. Hay en las colonias terrenos de alguna extensión, en los que muchos enfermos pueden dedicarse á la agricultura. Disfrutan así de una vida de sociedad y de ocupación que les mitigan sus penas.

### ADMINISTRACIÓN DE LAS COLONIAS

Los leprosorios no están muy distantes de lugares donde se pueda proveer de víveres á los asilados, y están administrados por empleados sanos que viven á inmediaciones de la colonia, de manera que pueden prestarles toda clase de auxilios y vigilan el aislamiento. Esas colonias tienen jueces, notarios, alcaldes encargados de mantener el orden y de hacer efectivos en cualquier parte de la República los derechos de los enfermos. Estos puestos públicos están servidos por leprosos, así como los de la policía interior de la colonia. Formadas también por leprosos hay Juntas que desempeñan las funciones de Consejos municipales.

Para las transacciones de los asilados hay una moneda metálica especial, que no puede circular fuera de la respectiva colonia.

Además de los hospitales, hay en estas colonias edificios para bibliotecas, clubes, billares, escuelas, teatros, asilos de niños, etc., y en todas ellas hay iglesias con capellanes. En una de estas colonias se ha construido un asilo para niños sanos hijos de leprosos, que se separan de sus padres para evitarles el contagio. Se proyecta construir asilos semejantes en las otras leproserías. En las colonias hay consultorios ó dispensarios donde los médicos atienden gratuitamente á los enfermos que no estén hospitalizados y donde se les suministran los medicamentos. En horas distintas de las de consulta, los médicos van á los domicilios de enfermos que estén imposibilitados para ir al dispensario.

(1) Debemos este trabajo á nuestro corresponsal D. Víctor Ribón, de Bogotá.



Los médicos disponen de un edificio para habitación, situado muy cerca del lazareto, donde tienen laboratorio y servicio de desinfección.

Las colonias están vigiladas por un cuerpo de policía para impedir la comunicación de los enfermos con los habitantes de las poblaciones cercanas.

La colonia más numerosa es la de «Agua de Dios», donde están hoy asilados 2.771 leprosos. En este lazareto hay los siguientes edificios: 637 casas, de las cuales 120 pertenecen al Gobierno y 517 han sido construídas por enfermos, con sus fondos particulares, en terrenos cedidos por el Gobierno; cinco hospitales, en que están alojados algo más de 600 enfermos y cuatro asilos para niños. Hay, además, edificios para oficinas públicas, para escuelas, dispensarios, farmacias, etc.

Aceptado por el Gobierno el plan que propuse, principié en 1906 á organizar estas colonias, que estuvieron á mi cargo hasta 1915. Al mismo tiempo me propuse hacer formar una estadística ó censo completo de los leprosos que había en Colombia; censo que se repitió cinco años después, á fin de tenerlo tan completo como era posible. Como se verá adelante, por estos trabajos estadísticos se ha llegado á demostrar que los leprosos de este país llegan á 6.568, dato oficial exacto, muy distante de la cifra de 20.000 que se le da erróneamente á Colombia en periódicos y en libros de Europa y América. Adelante me ocuparé en este asunto de la estadística de los leprosos.

En 1907 logró el Gobierno la colaboración del eminente médico Dr. Juan B. Montoya y Flórez, quien se encargó de la dirección del servicio médico de las colonias. Resultado de los estudios y labores del Dr. Montoya y Flórez ha sido su obra titulada *La lepra en Colombia*, que ocupa el primer lugar en la literatura científica del país. Gracias á él se logró llevar á buen término la organización y reglamentación de las leproserías, de acuerdo con el plan propuesto. El inició los tratamientos especiales de la lepra, aplicando el salicilato de soda y el atoxil, medicamentos con los cuales obtuvo muy notables mejorías en muchos enfermos.

#### LEGISLACIÓN SOBRE LEPROA

Hay en Colombia una legislación bastante completa sobre profilaxis de la lepra. La ley impone á los médicos el deber de hacer la declaración ó denunciar la enfermedad, y obliga á todo leproso á aislarse en uno de los lazaretos. Como la enfermedad inspira terror, las autoridades y los particulares toman empeño en hacer cumplir la ley, salvo excepciones inevitables. Por esta razón hace ya algunos años que no se ven ni en las poblaciones ni en los caminos leprosos mendigos ó ambuláticos, pues todos prefieren ir á las colonias, donde encuentran una vida fácil y tranquila.

La ley prohíbe recibir en nuestros puertos enfermos de lepra que vengan de otros países.

A los lazaretos no entra ningún enfermo sin haber sufrido previamente dos exámenes clínicos y bacteriológicos. En Bogotá hay un laboratorio dirigido por el ilustrado leprólogo Dr. Luis F. Torres G., encargado de rectificar los diagnósticos y resolver las dudas que se presenten.

#### ESTADÍSTICA DE LA LEPROA

Como he dicho atrás, el censo de los leprosos de Colombia, formado oficialmente dos veces, dió el número de 6.568; de éstos están ya aislados en los tres lazaretos 5.440, así: en la colonia de «Agua de Dios», 2.271 enfermos; en la de «Contratación», 2.456, y en la de «Caño de Loro», situado en una pequeña isla del Atlántico, 213. Faltan, pues, por aislar 1.128 leprosos.

Según las estadísticas médicas que se llevan en los lazaretos, la lepra se distribuye así: lepra de forma tuberculosa ó nodular (fímatoide), 60 por 100; lepra de forma nerviosa (afímatoide), 30 por 100; lepra de forma mixta, 10 por 100.

Por los datos que preceden se ve que Colombia tiene aislado en los tres leprosorios el 79 por 100 de todos sus leprosos.

La población de Colombia, según el censo de 1912, es de 6.200.000 habitantes; hay, pues, un leproso por cada 1.000 habitantes.

La estadística general da el 47 por 100 de varones leprosos; el 48 por 100 de mujeres, y el 5 por 100 de niños de ambos sexos. En cuanto á las edades, se observa en Colombia que los niños leprosos de ambos sexos son muy pocos de los tres á los nueve años, pues no pasan de 110; de los diez á los diez y seis hay 432. En los niños menores de dos años es tan rara la lepra, que muchos médicos afirman que no hay un solo caso comprobado; en los lazaretos no se ha observado ninguno. La edad en que hay más leprosos, en el hombre, según la estadística, es la comprendida entre treinta y dos y treinta y ocho años, y en las mujeres, entre treinta y cinco y cuarenta años.

Desde el punto de vista de las profesiones, esa estadística nos dice que son los agricultores, ó mejor dicho, labradores, los que presentan más enfermos de lepra, pues hay entre ellos 921 leprosos; siguen los que, sin ser vagos, no tienen una profesión definida, de ambos sexos, entre los cuales hay 730. Vienen luego los comprendidos en los oficios domésticos, ó sean sirvientes de ambos sexos en los campos, aldeas y ciudades, de los cuales hay 602 enfermos; después están los jornaleros, que presentan 304 leprosos. Y llama la atención que sean los mendigos los que tienen relativamente menos leprosos, pues no alcanzan á 100, hecho que sugiere las siguientes consideraciones:

Médicos notables hay que creen que la lepra es una enfermedad de miseria; de suerte que, según ellos, debe encontrarse de preferencia en las clases más pobres, mal vestidas, peor alimentadas y sin hábitos de aseo. Pero en Colombia la estadística está en contra de esa aseveración. Nuestros labradores ganan un buen salario, sus vestidos son suficientes, especialmente en los climas cálidos; su alimentación no es muy buena, pero no escasa, y sin embargo, ellos tienen el mayor porcentaje de leprosos. Siguen los jornaleros, que viven en condiciones análogas á los labradores; y luego los sirvientes, que están en lo general bien alojados, tienen una alimentación semejante á la de sus patrones y no están mal vestidos. Los hacendados y los capitalistas, que viven de renta, tienen trescientos noventa y cuatro leprosos. Todo esto contrasta con el pequeño porcentaje que tienen los mendigos.

Puede decirse que la lepra es una enfermedad rural; muy al contrario de la tuberculosis.

Si en el número de leprosos que da la estadística de que hablamos hay error, como es natural que lo haya tratándose de una enfermedad como la lepra en que hay tantas dificultades para formar una estadística exacta, esos errores son más de exceso que de defecto. Sabido es cuán fácilmente se califica de leprosas á personas atacadas de ciertas dermatosis y otras enfermedades que tanto se parecen á la lepra.

#### INFLUENCIA DEL CLIMA

La influencia de los climas sobre el desarrollo de la lepra en Colombia parece muy marcada. Haré un resumen de los datos que la estadística suministra en este particular. Las poblaciones más manchadas de lepra se hallan entre las



que tienen una temperatura media anual comprendida entre 20° y 24° centígrados, lugares que en nuestro país tienen un clima cálido y húmedo. Estos climas dan un contingente de 3.542 leproso. Vienen luego los lugares de temperatura media anual comprendida entre 25° y 28°, y los que tienen de 14° a 18°. Los lugares de climas calientes y secos, de temperatura media entre 29° y 32°, y los climas fríos de temperatura media entre 8° y 12° centígrados, son los que presentan menos casos de lepra.

#### FORMAS CLÍNICAS DE LA LEPROA

De la clasificación de las formas de lepra que se han hecho en los lazaretos y de la que se ha podido hacer en algunas poblaciones entre los enfermos que aún no están aislados, aparece que en los climas templados y húmedos, de temperatura media de 21° a 24° centígrados, la forma tuberculosa (nodular), con ulceración más ó menos precoz de los lepromas, es la más abundante; y es hecho admitido por los médicos de esas regiones que es allí donde se han observado los casos más claros y más numerosos de contagio de la lepra, lo que, en mi concepto, puede explicarse porque esas condiciones climáticas, que debilitan el organismo, facilitan la infección y favorecen así la expansión de la enfermedad. Lo contrario sucede en los climas calientes y secos, con temperatura media entre 29° y 34° centígrados. Las formas que en estos climas dominan (formas nerviosa y mixta) y las modificaciones favorables que allí sufren las formas tuberculosas graves procedentes de los climas medios, y la mayor duración de la enfermedad, indican una atenuación de la infección y, por consiguiente, hay menos probabilidades de que se transmita la enfermedad por contagio. En la leprosería de «Agua de Dios», cuyo clima es caliente y seco, se tiene por cierto que nunca se ha observado un solo contagio en las personas sanas que han vivido allí; observación exagerada, pero que sí demuestra que la enfermedad no se transmite con la misma facilidad que en los climas templados y húmedos. Fundándose en estas observaciones, la autoridad sanitaria dispuso que no se establecieran leproserías sino en lugares cuyo clima no esté comprendido entre 16° y 24° centígrados.

Los médicos llevan en las colonias de leproso una estadística que tiene grande importancia, porque reúne los datos necesarios para el estudio de la lepra en nuestro país. Los cuadros estadísticos se forman el último de cada mes, y en ellos se anota lo siguiente: el nombre del enfermo y el lugar en que nació; su profesión y su estado civil; su edad; fecha en que ingresó en el lazareto; antecedentes relativos á sus ascendientes, descendientes y parientes colaterales, dejando constancia de los enfermos de lepra que hubiere entre ellos y forma de la lepra. Se lleva además una estadística de los leproso que estén sometidos á un tratamiento especial, anotando los resultados que se observen.

#### TRATAMIENTO DE LA LEPROA

Desde que se construyeron hospitales en las Colonias, se han aplicado los tratamientos que la ciencia ha venido aconsejando para obtener la curación. Ya he dicho que el doctor Montoya y Flórez fué quien inició el tratamiento. En la colonia de «Agua de Dios» aplicó el atoxil y el salicilato de soda. Sobre esto dice lo siguiente:

«En este año (1908) he ensayado el atoxil en 20 leproso, ordinariamente á la dosis de 30 y 50 centigramos por dosis y por día. La mejoría de algunos leproso fimatoides, especialmente de los que presentan infiltraciones queloideas, es rápida y notable en lo que podría llamarse primera etapa del tratamiento. Es sorprendente ver cómo se absorben enor-

mes montañas de lepromas confluentes, y cómo el rostro pierde ese aspecto mixedematoso y leonino, recobrando su expresión normal. Pero en el segundo período del tratamiento la mejoría marcha con mucha lentitud y se presentan síntomas de intoxicación que obligan á suspenderlo.»

Mejores resultados obtuvo el Dr. Montoya y Flórez con el salicilato de soda y con el salicilato de metilo; pero nunca pudo llegarse á obtener una verdadera curación.

Ha sido el aceite de chalmugra el medicamento que más se ha empleado en nuestros lazaretos, y el que mejores resultados ha dado. En los primeros años se empleó el chalmugra por la vía gástrica, principiando por pequeñas dosis, y estableciendo así tolerancia por las dosis altas. Con este tratamiento vi yo tres casos de verdadera curación, que hoy se hallan en estado completamente satisfactorio, aunque han transcurrido ya más de doce años desde que salieron del lazareto. En estos casos había seguridad de que el diagnóstico de lepra era cierto.

Después se hicieron ensayos con el complicado método del profesor Unna y con la naftina de Deycke, que no dieron sino ligeras mejorías. Luego se aplicó el chalmugra en inyecciones mezcladas con aceite alcanforado, según el método aconsejado por el profesor Jeanseline. Muchos enfermos se han tratado así durante cinco años, siempre con resultados satisfactorios, pues se han logrado 30 curaciones comprobadas. Además, salieron como curados 15 que ingresaron de nuevo al lazareto por haber reaparecido la enfermedad dos ó tres años después, lo cual no ha sucedido en los otros 30. En el año pasado salieron de la colonia de «Agua de Dios» seis leproso curados, según informes oficiales. Estos enfermos estuvieron sometidos durante varios meses al tratamiento por el chalmugra aplicado en inyecciones.

También se aplicó por algún tiempo el ginocardato de sodio en inyecciones intravenosas, según lo aconsejó Rogers; pero las mejorías que se obtuvieron fueron muy lentas y de poca importancia.

Desde hace cinco meses se ha establecido el tratamiento por el éter etílico del ácido chalmúgrico, de acuerdo con el procedimiento aconsejado por McDonald y Dean. Están sometidos á este tratamiento 350 leproso; las mejorías han sido ya muy notables en muchos casos, y autorizan para esperar el mejor éxito. Dentro de poco el número de enfermos en quienes se aplique este método será mucho más considerable.

El éter etílico del ácido chalmúgrico se ha preparado en Bogotá.

Los tratamientos especiales de la lepra en las colonias han estado bajo la dirección sucesiva de los Dres. J. B. Montoya y Flórez, Luis F. Torres G., Julio Aparicio, Rafael del Valle, G. de la Puente y Francisco de P. Barrera, ilustrados leprólogos á quienes se deben labores importantes y muy activas en los lazaretos.

#### CONCLUSIONES

1.<sup>a</sup> Colombia no tiene el exagerado número de leproso que se le ha atribuido. Las estadísticas ó censos oficiales demuestran que el número de leproso es de 6.568. Teniendo en cuenta que la población de Colombia es de 6.200.000 habitantes, la proporción de leproso es de 1 por 1.000, más ó menos.

2.<sup>a</sup> Colombia ha logrado aislar el 79 por 100 de sus leproso, pues en los lazaretos-colonias tiene aislados 5.444 enfermos.

3.<sup>a</sup> Dentro de poco tiempo pueden aislarse los 1.128 leproso que están diseminados; para esto es preciso fundar dos colonias más.



4.<sup>a</sup> El único sistema de aislamiento de los leprosos que es práctico porque está de acuerdo con la naturaleza y duración de la enfermedad, es el de lazaretos-colonias, con hospitales para los enfermos que los necesiten y para aplicar científicamente los tratamientos especiales de la lepra.

5.<sup>a</sup> En Colombia hay una legislación rigurosa sobre profilaxis de la lepra. La ley ordena el aislamiento de todos los leprosos y lo prohíbe en el domicilio de los enfermos.

6.<sup>a</sup> En las colonias de leprosos de Colombia se han empleado los tratamientos que la ciencia ha indicado como especiales para la lepra. En muchos casos se han obtenido con la aplicación del aceite de chalmugra resultados tan notables, que se ha podido admitir la curación de algunos enfermos.

## Bibliografía.

CORRELACIONES FUNCIONALES EN EL APARATO URINARIO,  
por los Dres. Seres y Bellido.

Los Dres. Seres, catedrático de Anatomía de la Facultad de Barcelona, y Bellido, catedrático de Fisiología en la Universidad de Granada, han publicado un trabajo, laureado por la Real Academia de Medicina de Barcelona, con el premio Garí, en el concurso de 1915.

En este trabajo se expone primero la correlación funcional vésico-renal, que fundamentan los autores, principalmente, en el ganglio mesentérico inferior ó vésico-renal, cuyas ramas inferiores dirigidas hacia la vejiga eran ya conocidas, pero cuyas ramas superiores que lo unen á los riñones han sido descritas por primera vez y evidenciadas en las autopsias por Seres.

Esta correlación vésico-renal tiene gran importancia fisiológica y transcendencia clínica. En efecto, las excitaciones que obran sobre la vejiga determinan, como es sabido por todos los médicos, modificaciones en la función renal. La aplicación terapéutica de esta modificación la ha hecho deliberadamente el Dr. Proubasta (de Barcelona, académico de la Real de Medicina de esta población), distendiendo moderada y repetidamente la vejiga en un caso de anuria calculosa y logró que se estableciese la diuresis.

En la segunda parte, mucho más breve, se trata de la correlación reno-renal.

Es un folleto de lectura muy instructiva y atrayente. Los autores emplean el método experimental, desgraciadamente tan raro entre nosotros, y deducen con gran lógica sus consecuencias, con las cuales podrá ó no estar identificado el lector, pero no tendrá más remedio que admirar el esfuerzo de los simpáticos experimentadores que, reclusos en su laboratorio, trabajan con sinceridad y con bien orientada perspicacia.

Las modificaciones observadas por los autores en los riñones de los perros, en los que se ha hecho la sección de los nervios del pedículo renal, son muy interesantes y exigen su repetición. Según estos trabajos, los riñones reciben nervios tróficos al mismo tiempo que nervios secretores. Era conocido de todos, que después de la sección de los nervios del pedículo renal, el riñón segrega mayor cantidad de orina y que al cabo de algunos días esta poliuria cesaba. La novedad estriba en las modificaciones que en dicho riñón tienen lugar, pasadas varias semanas de este experimento; el riñón privado de sus relaciones con el eje nervioso ha degenerado y no segrega en absoluto, al paso que su compañero se hipertrofia. «Si practicamos la autopsia después de sacrificado el animal, veremos á la semana de la enervación, que el riñón afecto presenta un aspecto atigrado en su superficie, con zonas hiperemiadas y zonas isquémicas; á los quince

días ha entrado ya en degeneración total y al mes su aspecto es parecido al del riñón esclerosado por la ligadura del uréter ó hidronefrosis aséptica.»

Como dicen los autores, hay que reconocer que la degeneración é inhabilitación funcional del riñón, después de la supresión de sus nervios, aboga en pro de la existencia de filetes, que insinuándose entre las células activas de los canalículos, presiden la actividad metabólica y secretora de éstos.

A cuantos nos hemos educado en las doctrinas unitaria del organismo, tan maravillosamente expuestas por el genial Letamendi, estas correlaciones funcionales entre los distintos órganos, que son pruebas de la unidad del organismo, nos saben á cosa conocida obligada, y por su demostración experimental y gráfica, damos las gracias á los investigadores, mucho más cuando éstos proceden con el talento de los señores Seres y Bellido.

Dr. A. PULIDO MARTÍN.

## Periódicos médicos.

### DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Enfermedades del acústico en los períodos precoces de la sífilis, su valor diagnóstico y pronóstico, por el Dr. Martin Bab.**—El nervio auditivo se afecta con frecuencia en el primer período de la sífilis, aun bastante antes de que aparezca el primer exantema correspondiente al período secundario. El autor ha colaborado con Lehmann para determinar la frecuencia con que se presentaban esas afecciones del acústico y si tenían alguna importancia diagnóstica ó pronóstica. Las condiciones necesarias para utilizar á un enfermo para este estudio eran las siguientes: 1.<sup>a</sup>, que no presentara el menor indicio de exantema; 2.<sup>a</sup>, que se observaran en el campo oscuro, por lo menos, dos espiroquetes móviles. En el mismo día se sometía al enfermo á la exploración del aparato auditivo y del nervio vestibular, se hacía la reacción de Wassermann y se comenzaba el tratamiento abortivo. Se delujo del examen funcional del octavo par que se encontraba alterado en el 75 por 100 de todos los casos, siendo el tanto por ciento en los enfermos con Wassermann positivo igual que en los enfermos con Wassermann negativo. De estas observaciones resulta justificada la sospecha que habrá de confirmarse por nuevas investigaciones que, en caso de duda, la existencia de lesiones del octavo par puede inclinar el ánimo á aceptar la existencia de infección sífilítica. Como pronóstico también tiene su importancia, pues en los casos sin lesiones del acústico, la terapéutica abortiva fué eficaz en todos (de medio á uno y medio años después no se encontraron indicios clínicos ni serológicos de generalización, ni siquiera después de la provocación), en tanto que los casos con lesiones del acústico no se consiguió este resultado más que en un 70 por 100. Las lesiones del acústico son tan ligeras que no dan lugar á fenómenos subjetivos, pero, en cambio, son muy persistentes, pues aun en las personas que aparentemente quedaron sanas, gracias al tratamiento, una vez que se habían presentado no desaparecían. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 16 de Febrero de 1923.)

2. **Acerca del tratamiento de la sífilis por los preparados de bismuto, por el Dr. J. Voehl.**—Este método, propuesto recientemente por Sazerac y Levaditi en Francia, se ha generalizado á muchos otros países. El bismuto resulta tener una acción espirilicida muy manifiesta, tanto en la sífilis experimental como en la humana. Los preparados más usados son: el trepol, que es un tartrato de bismuto,



potasio y sodio; el quimby, que es una combinación de quinina con bismuto y yodo, el luatol y el mutanol. De los estudios de numerosísimos autores, resulta el bismuto de gran eficacia en el tratamiento de la sífilis, superior al mercurio y menos eficaz que el salvarsán, por lo menos en lo que se refiere á la acción sobre la reacción de Wassermann. En los fenómenos sífilíticos del sistema nervioso no se ha observado mejoría sino en la meningitis sífilítica; por lo demás se aprecian algunas veces síntomas evidentes de reacción, especialmente en la tabes, donde se manifiestan por agudización de los dolores lancinantes.

Todos los autores señalan accidentes como estomatitis, gastroenteritis, alteraciones renales, vómitos, diarreas y colitis, pero estos accidentes se presentan mucho menos desde que se han dejado de emplear las inyecciones intravenosas. El autor ha empleado el quimby (12 á 15 inyecciones de 1,5 á 3 c. c., con tres días de intervalo de una á otra) y el bismogenol (12 á 15 inyecciones de 1 c. c. con tres días de una á otra). Los treponemas del chancro disminuían á las seis horas y desaparecían á las veinticuatro; en algunos casos persistieron hasta las setenta y dos. El chancro mismo quedaba más limpio y la infiltración inmediata desaparecía. Sobre los ganglios aplicaba una pomada de bismogenol al 10 por 100 con buen resultado. En el período secundario las placas hipertróficas y las mucosas disminuían de tamaño en la primera inyección y desaparecían al cabo de 2 á 5 inyecciones. Los exantemas desaparecieron en diez á quince días, engendrándose, á veces, reacción de Herxheimer. Las pústulas y úlceras grandes de la sífilis maligna reaccionan muy bien y se curan en 6 á 7 inyecciones; la alopecia mejora siempre hacia el final del tratamiento. Un goma fistuloso y una osteitis, fenómenos terciarios, curaron en tres á cuatro inyecciones. En la lues congénita no dió resultado generalmente. La reacción de Wassermann se hizo negativa al cabo de un tratamiento completo, pero no siempre. A veces el Wassermann negativo en un principio se hizo positivo, á pesar de la cura. Como accidentes se observaba á menudo la estomatitis. Comienza por un ribete pizarroso en las encías de los incisivos, se continúa por tumor y rubor de la mucosa de las encías que se propaga á la de las mejillas, acompaña salivación y formación de úlceras, menos profundas que en la estomatitis mercurial. El proceso es benigno y cura en cuanto se suspende el medicamento con colutorios de agua oxigenada. Se han descrito algunos casos de colitis y eritema. Se trata en suma de un medicamento especialmente útil en los casos refractarios al arsénico. (*Deutsche Med. Woch.*, 16 de Febrero de 1923.)

## ENDOCRINOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. El efecto producido sobre el cociente respiratorio por las inyecciones de insulina, por F. G. Banting, C. H. Best, J. B. Collip, J. Hepburn y J. J. R. Macleod. — El individuo del primer experimento descrito fué un médico, de veintinueve años de edad, con diabetes de seis años de duración. Con una dieta que contenía 10 gramos de hidratos de carbono y 1.200 calorías, la cantidad de azúcar urinario fué de 15 á 30 gramos diarios durante varios meses y la de azúcar sanguíneo, de 0,28 á 0,33 por 100, con acetonuria constante y el coeficiente respiratorio de 0,74 en varias observaciones durante dos horas (17 Febrero 1922). Se inyectaron 4 c. c. de insulina por vía subcutánea y se administraron 20 gramos de azúcar de caña por la boca, elevándose á 0,90 el cociente respiratorio al cabo de dos horas. El otro experimento, con 2 c. c. de insulina, el cociente se elevó hasta 0,82 en tres horas. Resultados semejantes se dicen

haber sido obtenidos por el Dr. W. R. Campbell en otros dos enfermos. Después se describen experimentos practicados en cuatro perros totalmente privados de páncreas, en los cuales las inyecciones de 10 c. c. de insulina ó menos, junto con la ingestión de 20 á 30 gramos de azúcar de caña, produjeron una elevación del cociente respiratorio desde la cifra usual de 0,64 hasta 0,85 y 0,93 y en un caso 1,06. Con excepción de un experimento en un perro, el azúcar solo no tuvo efecto importante sobre el cociente. La inyección de insulina sola elevó el cociente de 0,65, solamente á 0,70, pero con la ingestión subsiguiente de 20 gramos de azúcar de caña, se elevó á 0,89. Un perro normal ayuno durante tres días recibió subcutáneamente 4 c. c. de insulina, resultando que el cociente respiratorio se elevó de 0,77 y 0,75 á 0,90 (á los cuarenta y dos minutos después de la inyección) y después bajó á 0,85 (en una hora y seis minutos) y 0,78 (en una hora y treinta y seis minutos).

2. Extracto pancreático y diabetes, por J. J. R. Macleod. — Después de mencionar la preparación experimental del extracto y las dificultades encontradas para llegar á la producción en gran escala, continúa el autor:

«Los resultados más significativos que han sido obtenidos, son brevemente los siguientes: La inyección subcutánea del extracto en conejos normales produce un descenso del tanto por ciento de azúcar sanguíneo, y cuando este descenso llega á cierto nivel (cerca de 0,045 por 100), aparecen síntomas perfectamente característicos, de orden convulsivo, y si se abandona al animal, llega á un estado comatoso, que pronto termina por la muerte. Si se inyecta una solución de azúcar subcutáneamente cuando aparecen los síntomas, el animal se restablece inmediatamente y puede permanecer perfectamente normal ó presentar de nuevo convulsiones, que pueden hacerse desaparecer por segunda vez por las inyecciones de azúcar. Muchas observaciones nos han convencido de que estos síntomas están relacionados claramente con la disminución de la glucosa sanguínea — pueden llamarse verdaderamente convulsiones hipoglucémicas — y esto es de un gran interés en vista de los trabajos de F. C. Mann, que encontró que síntomas semejantes se desarrollaban en perros, cuando disminuía el azúcar sanguíneo á cerca del 0,04 por 100, por aislamiento del hígado de la circulación. No solamente disminuye el azúcar sanguíneo de los animales normales por la inyección de insulina, sino que los conejos hechos diabéticos por cualquiera de los métodos empleados ordinariamente presentan el mismo fenómeno. Dichos métodos son: picadura del suelo del cuarto ventrículo, la asfixia, la intoxicación por el monóxido de carbono, el éter, ó la adrenalina. Ninguno de estos métodos produce hiperglucemia en los conejos si se les inyectan luego cantidades suficientes de extractos pancreáticos. A veces puede haber un ligero aumento de la glucemia, pero nunca en grado semejante al que se observa de ordinario sin extracto. Los animales empleados para estos experimentos fueron siempre bien alimentados con hidratos de carbono, y el contenido de glucógeno del hígado, determinado. La importancia de este resultado es que nos enseña que hasta las formas puramente experimentales de diabetes tienen mucho de común con las formas clínicas.» Los resultados de los análisis de glucógeno y de grasa, se discuten como sigue: «La importancia de estas observaciones asienta en el hecho de que demuestran que la función que primeramente es regulada ó controlada por la secreción interna del páncreas, es la que se refiere al depósito del glucógeno. Parecen indicar que el glucógeno debe ser un estado esencial preliminar en la utilización del azúcar por el organismo animal, y que cuando la hormona pancreática está ausente, el exceso de azúcar conduce á la



movilización de grandes cantidades de grasa.» Después de mencionar las observaciones de la elevación del cociente respiratorio, el autor concluye: «En vista de estos hechos estamos justificados de creer que será posible, por la administración del extracto pancreático, tratar la diabetes del hombre mucho más satisfactoriamente que lo ha sido hasta ahora. La dieta no debe seguir siendo un punto importante del tratamiento. (*Canadian Medical Association Journal*, 12, 1922 423-425.)

**3. Efectos de la insulina (extracto pancreático) sobre el consumo del azúcar del corazón superviviente aislado de conejo, por J. Hepburn y J. R. Latchford.**—Se mencionan los trabajos no publicados que demuestran que la insulina no influye sobre el poder glucolítico de la sangre *in vitro*, ó sobre el grado de la glucogenolisis post-mortem en el hígado. Por lo tanto, la influencia hipoglucémica reside aparentemente en los tejidos activos. Se hace referencia de los resultados contradictorios de Maclean y Smedley, Kuowilton y Starling y Patterson y Starling, y particularmente á la observación de A. H. Clarke, de que el páncreas por sí mismo no consume azúcar en modo apreciable, pero aumenta muy decididamente su consumo por el corazón cuando el líquido pasa primero á través de él. Se hizo pasar á través de corazones de conejo líquido de Locke que contenía el 0,2 por 100 de glucosa. La cantidad total de insulina empleada se añadió algunas veces al líquido, bien al principio ó bien más tarde; pero el método mejor fué añadir 0,1 á 0,25 c. c. de insulina cada quince minutos. Conclusiones: «El término medio del consumo de azúcar por el corazón aislado de conejo sumergido en solución de Locke se encontró ser de 0,87 miligramos por gramo y por hora. Cuando se añadió á dicho líquido insulina de potencia reconocida, comprobada por su capacidad para disminuir el azúcar sanguíneo en los conejos normales, el promedio del consumo de azúcar se elevó á 3,06 miligramos por gramo y por hora. El promedio del contenido en glucógeno de los corazones tratados y no tratados fué prácticamente el mismo.» (*Amer. J. Physiol.*, 62, 1922, 177-184. Del *Journal of Metabolic Research*, vol. 2.º, núm. 2, Agosto de 1922.)—E. LUENGO.

### TERAPEUTICA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Los peligros de los purgantes sintéticos. Dos casos de púrpura consecutivos á la absorción de laxantes á base de fenoltaleína. Tratamiento y curación de los accidentes purpúricos por la homohematoterapia (inyección subcutánea de sangre humana). Método de Sicard, por M. Lauze.**—El autor expone cinco observaciones, dos de ellas personales, concernientes á los peligros que puede tener el empleo de la fenoltaleína como medicamento laxante, la cual en ocasiones se comporta como un verdadero tóxico, y por tanto, hay que emplearla con prudencia. Una de las observaciones fué el caso de una joven de diez y nueve años, que en la convalecencia del sarampión muere en cuarenta minutos con fenómenos hipertóxicos, determinados por la absorción de 20 á 30 centigramos de fenoltaleína. En otra, se trataba de un sujeto afecto de nefritis crónica que presentó una grave crisis de uremia después de tomar un laxante á base del mismo medicamento. Los casos observados personalmente por el autor se refieren á una mujer de cincuenta años afecta de estrechez mitral con hiposistolia, sometida al tratamiento por la digital, y á un hombre de sesenta años, sin ninguna enfermedad. La primera á la mañana siguiente de tomar fenoltaleína, presentó los accidentes siguientes: vértigos, lipotimias, deposiciones muy

abundantes y hemorrágicas, manchas purpúricas en los miembros inferiores y cianosis más acentuada que de costumbre. Los mismos accidentes se reprodujeron cuatro veces distintas y coincidieron siempre con la absorción de la fenoltaleína. El otro enfermo, después de tomar un laxante á base de fenoltaleína pasó una noche con malestar considerable, un síncope y colapso; al mismo tiempo tuvo deposiciones múltiples sanguinolentas, con tenesmo. Los días siguientes los miembros inferiores se cubrieron de manchas purpúricas, sin fiebre. Ambos casos fueron tratados por la inyección subcutánea de 10 c. c. de sangre íntegra, inmediatamente después de extraída del donante. Se hicieron tres inyecciones, una cada día. (*Bull. de la Soc. de Sc. Med. et Biolog. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, Enero 1923.)—E. LUENGO.

### OFTALMOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. La eficacia del tartrobismutato de potasio y sodio en el tratamiento de las afecciones oculares de origen luético, por el profesor D. Gourfein (Ginebra).**—El autor, á raíz de la introducción del bismuto en la terapéutica de la lues, ha tratado dos enfermos con esta medicación y da cuenta en este artículo de los resultados obtenidos y de su impresión acerca del novísimo antisifítico.

La primera observación se refiere á un hombre que presentaba una violenta iritis luética, con Wassermann muy intensamente positivo y en el que con seis inyecciones intramusculares de esta sal de bismuto, puestas cada cuatro días, obtuvo la curación en pocos días, con agudeza visual normal y Wassermann débilmente positivo.

La segunda observación se trata de una mujer con parálisis del oblicuo mayor y diplopia, con antecedentes luéticos y en la que había fracasado el mercurio. Siete inyecciones intramusculares, una cada tres días, consiguieron la curación en diez y siete días.

En las dos observaciones aumentó ligeramente la cifra de leucocitos en la sangre después del tratamiento.

El autor quiere ver (y con razón) en la medicación bismútica una buena terapéutica para las lesiones oculares luéticas, especialmente de naturaleza nerviosa, en las que el salvarsán suele fracasar y hasta empeorarlas.

Ese es nuestro criterio, que dentro de poco expondremos, basado en nuestra experiencia personal sobre el neotropol. (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, Enero de 1922.)—DR. MARÍN AMAT.

**2. Algunas infiltraciones parciales de la córnea, por el Dr. Delogé (Niza).**—Se refiere á un caso de queratitis intersticial traumática y parcial, consecutiva á una ligera herida por partícula metálica en la parte superior de la córnea, que tardó más de tres meses en curar por completo; siendo el Wassermann negativo, sin existir, por otra parte, antecedentes morbosos.

Los caracteres de la lesión corneal eran los típicos de la queratitis intersticial (infiltración, vascularización en pincel, fotofobia y ligera congestión periquerática), si bien faltaba la participación del iris en el proceso.

El autor compara la queratitis intersticial traumática, con otras parciales de orígenes diferentes como la lepra y la de los estados de consunción del organismo; todas las cuales suelen evolucionar de un modo anormal con relación á la típica heredo-sifítica. (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, Junio de 1922.)—DR. MARÍN AMAT.



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

*La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. —Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. —Independencia y retribución de la función forense. —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorro.*

**SUMARIO:** Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Un triunfo del Dr. Azúa, por R. Pérez Valdés.—Hay que acordarse de los huérfanos de los médicos, por el Dr. Antonio Martín Menéndez.—El error del abolicionismo, por Antonio Curieses.—Exposición Internacional del Centenario de Pasteur.—Los médicos de la Dirección de Orden público.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaló.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

### Boletín de la semana.

#### De oposiciones, autonomía y otros excesos.

Lo que ocurre con la provisión de Cátedras por el antes estimado procedimiento de la oposición, merece bien que el señor ministro de Instrucción Pública fije en ello la atención, si otros asuntos, por él estimados como preferentes, no se lo vedaran.

Hace algunos años venía rigiendo un Reglamento, más ó menos imperfecto, según el cual, se componían los tribunales de siete jueces, cuatro de los cuales eran catedráticos, uno académico de la respectiva y otro en condición de persona competente. El espíritu que sin duda inspiró esta organización venía significando, tradicional y lógicamente, el convencimiento de que la provisión de Cátedras es una función, al propio tiempo que técnica, social, puesto que á la sociedad es á la que en último resultado interesa, y no una manipulación de estrecho espíritu de oficio, llevada al más sagrado de los ministerios por los manes ilustres de Juan Palomo.

Un ministro, el Sr. Rodés, de catalanista memoria, creyó poner una pica en las ramblas llevando las amplitudes de sus talentos autonomistas á la constitución de los Tribunales, y discurrió, ó le discurrieron, que éstos se formaran solamente por cuatro catedráticos numerarios, dos de los cuales serían los más antiguos y otros dos los más modernos de la asignatura vacante, según el orden del escalafón. Comenzó á funcionar el prodigioso sistema, sin tener en cuenta lo que de perturbador, aparte de impracticable, tenía; y con efecto, de entonces acá, según nos informan personas que tienen por qué estar bien enteradas, quizás no lleguen á tres los Tribunales que han podido constituirse con arreglo á la famosa disposición. Lo que antes se obtenía con siete, resulta ahora imposible para cinco, y á fuerza de apelar á distingos, asimilaciones y otras zaran-dajas, se constituyen tarde y nos tememos que con daño, algún que otro Tribunal.

Los señores catedráticos que tan oficiosos estuvieron en reclamar para sí solos la intervención en el engendro docente, son ahora los primeros á excusarse, cuándo por proximidades de exámenes, cuán-

do por vacaciones, cuándo por Comisiones en el extranjero y cuándo por no venirles en gana el estar en Madrid con escasas dietas algunos días. No tienen en cuenta que al marcárseles por un Real decreto el deber de formar parte en los Tribunales, no es en ellos excusable la asistencia á su cumplimiento, que es ya tan prefectiva como la asistencia á las clases.

Pero lo que la mayor parte de ellos se dice: «Ya hemos conseguido matar la provisión por certamen público para los auxiliares; pues dificultando las de los numerarios, ya conseguiremos proveer automáticamente dentro de cada casita ó de cada fábrica de títulos, las Cátedras que vaquen: ¿quién mejor que nosotros va á conocer á los parientes y amigos que las merezcan? ¿Y no es mucho más metódico y armonioso el que se repitan los mismos apellidos en el personal de cada Facultad?»

Y así caminan las cosas... del abuso al alto Templo; y así se dá el caso de que la Cátedra de Patología Médica de Madrid permanezca sin proveer *hace doce ó trece años* á pesar de las repetidas gestiones hechas por el presidente del Tribunal para reunirlo.

No es este sólo el caso, aunque sí el más estúpido, y nos consta que después de la última tentativa se ha oficiado al señor ministro pidiéndole que provea á la formación de otro Tribunal.

Y ya que al ministro hablamos: ¿sabe S. E. que en un cajón de su mesa, si no en un cesto de papeles, yace un proyecto, redactado hace dos años por una Comisión nombrada por el Ministerio y compuesta de intachables é indiscutibles competencias, y que tal proyecto, entre los unos y los otros, duerme el sueño... de los *ajusticiados*, sin que se dé cuenta á ningún ministro de que tal proyecto exista? ¿Y no piensa algunas veces S. E. que tan responsable como los catedráticos que no cumplen con su deber asistiendo á los Tribunales es él, que no les obliga á que asistan imponiéndoles las debidas sanciones?

DECIO CARLÁN





## UN TRIUNFO DEL DR. AZÚA

El reciente homenaje tributado por la Real Academia Nacional de Medicina á la memoria del muy ilustre doctor D. Juan de Azúa, me sugiere la idea de hacer público un episodio, tal vez el más importante de su vida profesional, que apenas es conocido fuera del círculo de sus amigos más íntimos.

El caso es el siguiente: por ahora hace justos veinte años, ó sea á mediados de Abril del 1903, se celebró en Madrid el XIV Congreso Internacional de Medicina. Azúa, que ya por aquel tiempo llevaba quince años prestando servicios en el Hospital de San Juan de Dios, se inscribió, como era natural, en la sección de Dermatología. Figuraban en ésta los próceres del mundo entero en la especialidad. No hay para qué decir que los temas que allí se trataron fueron muy interesantes y debatidos con gran lucidez.

Nuestro Azúa escuchaba con la atenta curiosidad interrogadora del hombre habituado á juzgar por sí mismo, de las cosas y de las personas. Si alguna vez intervenía, era escuchado por aquellos sabios con la amable benevolencia que les inspiraba un desconocido, y sobre todo un desconocido español, pero sin que en él parasen mientes.

Le llegó, por fin, el turno de leer una preciosa Memoria que tenía presentada en la Sección y cuyo título era: «Necrobiosis cutáneas por éxtasis capilar».

El asunto era completamente nuevo. Unna había publicado un caso con el título de «Aasphyxia reticularis multiplex», y Galloway, otro con el de «Necrosis of the Skin». Eran los únicos que se conocían en la dermatología. Ambos se limitaron a denunciar el hecho de observación, pero sin entrar en el estudio profundo y serio de su etiología y de su patogenia, como lo hizo Azúa, quien, por lo demás, se apartaba por completo del concepto expresado por estos autores, tanto en la interpretación clínica como en el substratum histológico, admirablemente estudiado por el eminente micrografo Dr. Claudio Sala.

El primer efecto, al terminar la lectura, fué, para aquel escogido auditorio, de sorpresa profunda, casi de estupefacción. No sospechaba que aquí, en España, se pudiese llevar á cabo un trabajo tan hondo y de tan exquisita perfección como el que acababan de escuchar. Pero á este primer movimiento de honrada espontaneidad, sucedió, bien pronto, otro de maliciosa sospecha. Comenzó la lucha. Un chaparrón de dudas, de interrogaciones, de objeciones de todo género, de investigaciones minuciosas, de escudriñamientos sin fin, cayó sobre el pobre Azúa. Pero éste, que tenía gran temple de alma y aún mayor confianza en sí mismo, no se amedrentó, á todos hizo frente, contestó á todos, con todos luchó, y, para terminar, como reto final, puso fin á la reñida discusión con estas ó parecidas palabras: «Señores, basta de juicios aventurados y de hipótesis sin fundamento serio. No precisa grandes discursos, lo que se puede demostrar objetivamente. El enfermo á que me he referido, permanece aún en el

Hospital de San Juan de Dios. Si á ustedes les interesa verle, señalan día y hora, y allí nos encontrarán á los dos; honradísimos con ponernos á su disposición.»

No habían pasado veinticuatro horas, cuando todos, sin faltar uno, se encontraban reunidos examinando al enfermo bajo la dirección de Azúa.

Esta vez la convicción se hizo pronto y la consagración de éste fué el acto de más gloriosa satisfacción que se puede brindar á un profesional.

Terminada la sesión técnica, y ya en el momento de separarse, el Dr. Unna, es decir, el sumo sacerdote de la Dermatología mundial, formó en corro á sus compañeros, y colocándose en medio y con emocionada palabra les habló así, poco más ó menos: «Señores, preciso es confesar que estábamos equivocados en cuanto al estado de la ciencia dermatológica en España. En adelante habrá que contar con ella y, muy principalmente, con el Dr. Azúa, que tan brillantemente nos le ha revelado. Es posible que éste no sea el único que en España cultiva tan interesante rama del saber, pero acompañado ó solo, será siempre para nosotros una respetable autoridad ante la que debemos levantar en alto nuestros sombreros y gritar muy fuerte: ¡Hurra por el Dr. Azúa!, ¡hurra por España!», y en los ámbitos de aquel Hospital resonaron tres hurras formidables, henchidos de satisfacción y de entusiasmo.

Aquellos hurras que consagraron y llenaron de gloria al Dr. Azúa, deben encontrar un eco fervoroso en el corazón de todos los españoles, quienes debemos un intenso recuerdo de gratitud al hombre eminente que tan alto logró poner el prestigio de nuestra ciencia patria.

R. PÉREZ-VALDÉS

## Hay que acordarse de los huérfanos de los médicos.

Es evidente el derecho que el hombre tiene á disponer del capital propio con objeto de legárselo á quien mejor le plazca, en casos en los que la ley no se lo impide (por carecer de herederos forzosos); pero no es menos cierto que en algunas ocasiones y sin negar esa condición de libre disponibilidad, la crítica encuentra á su juicio motivo para censurar ó no estar de acuerdo con esa dicha voluntad del testador; lamentando olvidos ó omisiones que quién sabe si hubieran podido subsanarse de haber llegado á su conocimiento la existencia de organismos, instituciones ó personas á las que haber podido aliviar, acudiendo en su ayuda.

Por esa mi creencia y por la reciente y última voluntad de un respetable compañero nuestro, fallecido ha poco, me atrevo á emborronar estas cuartillas, inspirándolas, no sólo el cariño que por los huérfanos de nuestro Colegio del Príncipe de Asturias siento, sino más también por aprovechar esta oportunidad, confiando en el posible fruto que pueda dar esta semilla, lan-



zada por el momento al acaso, pero quién sabe si recogida la idea por algún médico altruista, que hoy no sepa á quien dejar sus bienes de fortuna, se atreva á cederles á quienes la suerte fué adversa y contribuya con tan noble acción á redimir del hambre y quizá de la miseria á tantos y tantos seres que no pudiendo esperar nada de sus padres, ya que la muerte se les arrebató, tan sólo confían en el amor del prójimo al desvalido.

Hace pocos días relataba yo en un periódico profesional la triste situación de unos huérfanos de médicos asilados en el hospicio de Ciudad Real, faltos de todo recurso; y con posterioridad á ese lamentable estado de hechos, un presidente de Colegio de Médicos, venido á Madrid con ocasión de resolver asuntos tributarios para la clase, nos refería otra historia tan impresionable como la anterior; la de unos niños que, huérfanos de padres, viven en un pueblo (no recuerdo cuál) con el producto de su humilde trabajo cosiendo sacos para usos de faenas agrícolas, no teniendo hasta el presente otros medios de subsistencia ni personas que los protejan; y yo creo que, quién sabe si conocida esta página de intenso drama familiar por el compañero á que antes aludo, hubiera éste dejado parte de sus bienes, por pocos que fueran, á éstos huerfanitos, que tan despiadadamente fueron tratados por la veleidosa fortuna, y tengo la evidencia que la plegaria de esos niños por tan humanitaria obra hubiera llegado al trono del Altísimo con tanta eficacia como pueda conseguirse por los ministros del Señor.

En el último viaje que realizaron los presidentes de Colegios provinciales á Madrid, y en la visita que éstos hicieron al Colegio del Príncipe de Asturias, tuvieron ocasión de apreciar, que con los medios económicos de que hoy dispone, y con el local existente, no se puede sacar más partido ni realizar más esfuerzos que el que se obtiene, no obstante la improba labor del Patronato, á cuya cabeza figuran principalmente los nombres de los Dres. Cortezo é Isla; secundados con la valiosísima de los Colegios Médicos y con el cariño mostrado por las hermanas religiosas siervas de San José á cuyo cargo está el Colegio, incluso el virtuoso sacerdote D. Felipe Urraca, amante decidido y amigo de los niños; víctimas inocentes éstos de tanta y tanta desventura.

Hago, pues, un llamamiento á todos los médicos caritativos para que con su dinero coadyuven á que no se repita otro hecho si de libre disposición que podrá ser muy respetable como el que ha servido de pretexto á estas líneas, pero que en mi concepto es una manifestación, ó del desconocimiento de la existencia de un organismo que ampara á huérfanos de compañeros, ó de lo contrario, implica falta de amor al niño desvalido.

DR. ANTONIO MARTÍN MENÉNDEZ.

Madrid, 20 de Abril de 1928.

## EL ERROR DEL ABOLICIONISMO

FOR

ANTONIO CURIESES

La campaña abolicionista de la prostitución, dirigida por paladines eminentes, persigue el bien de la Humanidad, tiende á la desaparición de la temible plaga venéreo-sifilítica; pero jamás lograría lo que se propone, porque su programa está desprovisto de sentido práctico, porque sus fundamentos caen por la base en cuanto son sometidos á un análisis, siquiera sea superficial.

En mi artículo titulado «Manera de evitar las enfermedades venéreas», publicado en EL SIGLO MEDICO del 24 de Febrero, propuse el remedio para evitar esas enfermedades. En el de hoy voy á demostrar de un modo que no deje lugar á dudas, el error de la campaña abolicionista y á rebatir las conclusiones que el Dr. Juarros publica en *El Liberal* del día 1.º de Abril.

¡Abolición de la prostitución! ¡Hermoso y fantástico proyecto! ¿No les parece algo difícil á los señores abolicionistas? ¿Acaso se creen capaces de hacer desaparecer las causas de ese mal social, de renovar la moral social, de realizar de un modo inmediato la enorme transformación que se necesita para purificar las costumbres, para perfeccionar la sociedad corrompida y pestilente? Porque de no ser así, de no poseer la energía y sabiduría suficientes, de no contar con aptitudes para ser los nuevos y seráficos apóstoles, no llegarán á ver realizado ese proyecto gigantesco, ya que el mal ahondó sus raíces en lo más profundo de la organización social.

Conseguido el cierre de las casas de lenocinio, prohibida la prostitución, el denigrante y triste comercio ejercido por las ramera continuará igual que hoy, á pesar de todos los vetos gubernativos. La prostituta dejará de existir, cuando la mujer se halle en las condiciones que señalé en el referido artículo, y ese perfeccionamiento ha de lograrse á cambio de numerosas reformas y á costa de mucho tiempo.

El siguiente ejemplo comparativo bastaría para demostrar el error del abolicionismo:

Por la manera de llegar al organismo humano los agentes patógenos de las enfermedades venereo-sifilíticas y del paludismo, se puede establecer una semejanza, en efecto; llámese spircehete pallida, gonococo, plasmodium malariae, etc., el agente causal para actuar sobre el organismo, precisa de un vehículo que le transporte más allá de las barreras orgánicas; en las enfermedades venéreas el vehículo es la prostituta y el anofeles en el paludismo. Ahora bien; los mosquitos tienen ligada su existencia á la de los pantanos y tierras cenagosas, existen porque hay pantanos, y del mismo modo, la prostituta debe su existencia á la corrupción social, á ese charco social, donde anidan tantas monstruosas deformidades.

Si, para combatir el paludismo, el higienista se dedicase á la captura del mosquito, á matar de un modo directo los mosquitos, realizaría una obra sobradamente ridícula, malgastaría energías sin provecho, porque



mientras existieran tierras pantanosas, por muchos anofeles que capturase, serían en cantidad insignificante, porque los huevos depositados en las aguas estancadas multiplicarían la especie de una manera asombrosa. Idénticos resultados obtendría el higienista si se dedicase á la captura de la prostituta, porque mientras exista el cieno social, en tanto la moral humana siga tan corrompida, la prostituta continuará multiplicándose, invadiendo la sociedad, transmitiendo las enfermedades que se trata de evitar. Por estas razones, hijas del sentido común, el higienista de los Estados que se preocupan del paludismo, procede á cegar las lagunas, á sanear los terrenos pantanosos si los Gobiernos allegan recursos para ello, y cuando no cuenta con medios económicos, propone ó dicta medidas profilácticas individuales, tales como el uso de la quinina, la instalación de mosquiteros en las camas, telas metálicas en las ventanas... Por iguales motivos el higienista que desee evitar la plaga venérea, debe proponer á los Gobiernos el remedio ideal, para que, paulatinamente, vayan desapareciendo los portadores del mal; debe aconsejar el saneamiento del terreno cenagoso, el perfeccionamiento de la moral humana, para que las futuras prostitutas que se incuban en la inmoralidad reinante, no lleguen á ser las nuevas y prolíficas crisálidas que infecten á la humanidad. Como es labor larga y costosa, á la que no se debe renunciar, unido á su consejo, debe proponer las medidas de aplicación inmediata y práctica que preserven al individuo de las enfermedades de que son portadores las hijas del vicio y de la perversión de los hombres.

En ese artículo á que me refiero, he creído trazar las líneas generales del programa más sencillo y práctico, capaz de conseguir lo que no podrán los abolicionistas.

Y demostrado el error del abolicionismo, voy á combatir las conclusiones del insigne Dr. Juarros.

*Los abolicionistas*—dice el Dr. Juarros en su carta abierta—*piden que desaparezca la reglamentación del hetairismo, por estas cuatro razones fundamentales: 1.ª, porque es un procedimiento en que sólo se ejerce vigilancia sobre la mujer, despreciando toda fiscalización acerca del hombre; 2.ª, porque dicha vigilancia sólo tiene lugar cuando se trata de ramerías pobres.*

Con la reglamentación actual, serían dos razones, pero dejan de serlo si se tiene en cuenta que en mi proyecto (véase el referido artículo) se ejerce vigilancia sobre los dos sexos.

*Tercera, porque en los países donde triunfó el criterio abolicionista, se obtuvo un descenso en la cantidad de las enfermedades venéreas.*

Esta razón es sólo aparente, porque el descenso del número de afectos venéreos en aquellos países, se debe á que los individuos poseen un mejor conocimiento de las medidas profilácticas para prevenirse de esas enfermedades, y no es causa de la disminución el menor número de ayuntamientos sexuales con mujeres mercenarias, que existieran como antes, siquiera sea clandestinamente.

*Cuarta, porque en las naciones reglamentaristas fué tan*

*grande el fracaso, que la Liga internacional de la Cruz Roja ha declarado la necesidad de apelar á otros métodos.*

Otra pseudo-razón: fracasó la reglamentación por deficiencias de la misma, porque no se preveía la explotación y sólo se ejercía vigilancia sobre el sexo femenino.

Después traza el Dr. Juarros el ideario abolicionista. Como en mi artículo, es partidario de la creación de una moral igual para los dos sexos. Expone otras ideas que debieran ponerse en práctica y otras á discutir. Pero para no ocupar más espacio, termino estas líneas sosteniendo, como puede deducirse de lo expuesto, que el hetairismo persistirá mientras existan las causas señaladas, y que hasta conseguir la realización del ideal conviene ser prácticos y poner en ejecución el único remedio posible en la actualidad: poner en práctica una reglamentación escrupulosa que abarque la vigilancia de ambos sexos, un Reglamento que impida claudicaciones criminales, que sancione con severo castigo el incumplimiento del deber por los que tuvieren la misión de imponer el Reglamento.

Arquillos, 5-IV-1923.

## Exposición Internacional del Centenario de Pasteur.

El Gobierno francés, aprobando la iniciativa tomada por la Universidad y toda la ciudad de Estrasburgo, de acuerdo con la familia de Pasteur y con el Instituto Pasteur de París, ha decidido festejar con la mayor brillantez el Centenario del ilustre sabio en Estrasburgo, en donde comenzó su carrera científica y universitaria.

El programa de esta manifestación comprende:

1.º El 1.º de Junio de 1923, la inauguración solemne de un monumento elevado á la gloria de Pasteur en la plaza de la Universidad.

2.º La creación de un Museo de higiene destinado á perpetuar la memoria de Pasteur y de sus descubrimientos, y á mostrar por una lección de cosas el desarrollo de la ciencia bacteriológica, que tuvo su nacimiento en Estrasburgo.

3.º La apertura de una Exposición Internacional, llamada del Centenario de Pasteur, que tendrá por objeto esencial poner en evidencia todas las consecuencias de la obra de Pasteur en el dominio de la Medicina, de la Higiene, de la Industria y de la Agricultura.

Esta Exposición se inaugurará el 1.º de Junio de 1923, en presencia del presidente de la República, de los miembros del Gobierno, de los representantes del Parlamento y de numerosas delegaciones de sabios franceses y extranjeros.

Además se verificarán diversos Congresos durante la Exposición, que junto con esta última pondrán principalmente de relieve la revolución que aportaron los descubrimientos de Pasteur en las distintas condiciones de la vida. La Exposición tiene por objeto poner de relieve de qué manera en el dominio de la Higiene, la Ciencia ha servido de guía á la industria y de qué manera la técnica industrial ha llegado á ser la colaboradora indispensable de la Ciencia.

Uno de los grupos de la Exposición corresponde á la librería científica, en el cual se presentarán toda clase de publicaciones internacionales.

Las Compañías de ferrocarriles franceses han concedido que la vuelta de los objetos expuestos sea gratuita; la prolongación de la validez de los billetes de ida y vuelta con



destino á la Exposición y para cada expositor, ó su representante, un billete de favor á mitad de precio desde la procedencia á Estrasburgo, y viceversa.

El comisario general de la Exposición es el ilustre doctor Borrel, profesor de Higiene y de Bacteriología de Estrasburgo.

El presidente del grupo XII, de Librería Científica, es M. Pierre Masson, y para toda clase de detalles relativos á la exposición de libros, hay que dirigirse á M. A. Girard, 20, rue Saint-Lazare, París.

Seguramente Estrasburgo, durante el período de la Exposición, será el centro de una gran animación, no sólo por la atracción ordinaria que el valle del Rhin ejerce sobre los viajeros y turistas, sino también por el mismo hecho de la Exposición, á causa de las diversas importantes reuniones que en ella tendrán lugar y de las variadas fiestas deportivas que se sucederán en el estadio preparado especialmente por el Ayuntamiento de Estrasburgo.

## Los médicos de la Dirección de Orden público.

### HAY QUE OÍR LAS DOS PARTES

Una Comisión de médicos de la Dirección general de Orden público ha dado á la prensa la siguiente nota:

«El día 7 del actual publicó la *Gaceta de Madrid* una Real orden del Ministerio de la Gobernación, dirigida al señor director general de Orden público, reorganizando el servicio médico de la expresada Dirección.

Se ha deducido de dicha Real orden, á nuestro juicio sin base ni fundamento alguno, la cesantía de los médicos de la Dirección general de Orden público, confirmando en sus cargos á otros y haciéndose, además, nuevos nombramientos.

Las anteriores líneas suponen las siguientes infracciones legales:

1.ª La Real orden de referencia surte efectos de personal en pleno período electoral.

2.ª La reorganización de servicios que dicha Real orden establece está terminantemente prohibida por la vigente ley de Presupuestos, en su párrafo 11 del art. 40, que dice: «Los funcionarios técnicos y auxiliares no podrán ser declarados cesantes, sino en virtud de expediente gubernativo, instruído con la audiencia del interesado, por faltas graves de moralidad, desobediencia ó reiterada negligencia en el cumplimiento de los deberes del cargo.»

3.ª Por si las anteriores infracciones fueran escasas, se ordena la cesantía de funcionarios públicos amparados por la ley general de Bases, de 22 de Julio de 1918, que dice: «Queda prohibido durante el ejercicio de este presupuesto, y hasta que las Cortes no hayan aprobado la revisión de los haberes del personal, incoar expedientes para la concesión de créditos extraordinarios con suplementos de crédito para aumentar personal, «ni organizaciones de nuevas plantillas, categorías ó sueldos». Unicamente, pues, autoriza dicha ley la excedencia forzosa por reforma de servicios y con ciertos derechos que la ley señala.

4.ª La pretendida reforma no supone economía alguna para el Tesoro, ni mejora del servicio, pues deja incumplidas funciones y aumenta el sueldo de los médicos actuales á expensas del que disfrutaron los declarados cesantes.

Podrían ponerse de manifiesto más anomalías; pero considerando por hoy suficientes las enumeradas, nos dirigimos al ministro de la Gobernación, pidiendo la suspensión de la Real orden fecha 3 de Abril, publicada en la *Gaceta*

del 7, por las infracciones legales denunciadas y por los efectos que surten, seguros de que el buen criterio del ministro sabrá apreciar la razón de nuestra demanda y de que su espíritu de justicia ha de ser garantía y amparo de nuestros derechos, vulnerados por la reciente disposición.»

### NOTICIA OFICIOSA

#### Los médicos de la Policía gubernativa.

«El Cuerpo de inspectores médicos de la Policía gubernativa existe desde que se establecieron en la Policía los servicios de Vigilancia y Seguridad, siendo entonces nombrados dichos funcionarios libremente por el gobernador civil. En el año 1894 se proyectaron tales cargos, mediante concurso resuelto por la Real Academia Nacional de Medicina, habiendo en la actualidad ejerciendo sus funciones facultativos de los que obtuvieron su nombramiento en virtud de dicho concurso.

En el año 1907, siendo ministro de la Gobernación el señor Cierva, se dictó una Real orden por la que se asignó á un número determinado de médicos inspectores, gratificación con cargo á los presupuestos vigentes, é indicando que en lo sucesivo se consignarían nuevas cantidades para retribuir los servicios de todos los que constituyan el expresado Cuerpo médico.

En el último presupuesto se consignó una cantidad para gratificar á los médicos de Vigilancia y Seguridad, con el fin de mejorar la situación económica de los médicos inspectores de la Policía gubernativa de Madrid. El director general de Orden público á la sazón nombró libremente otros médicos sin previo concurso alguno, y á los cuales se fijaron gratificaciones.

Estimándose más ajustado al presupuesto vigente, se dictó por el excelentísimo señor ministro de la Gobernación una Real orden reorganizando los servicios médicos de la Policía gubernativa, con lo cual se le continúan encomendando todos los servicios que de carácter médico están establecidos ó se establezcan por la Dirección general de Orden público.

Como consecuencia de la citada Real orden, hubieron de cesar en sus cargos los médicos que no pertenecían al Cuerpo de Inspectores de la Policía gubernativa, habiendo ofrecido á aquéllos incluirlos, por orden riguroso de antigüedad, entre los supernumerarios del referido Cuerpo.»

## Sociedades científicas.

### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 24 DE FEBRERO DE 1923

#### El reumatismo de origen dentario y su tratamiento.

El DR. MARAÑÓN expone algunos conceptos sobre este problema de Odontología, del que se han ocupado varios clínicos de distintas naciones. Hasta hace muy poco tiempo, el reumatismo se le consideraba como una enfermedad de origen interno, endógena; que de las diferentes enfermedades que se englobaban dentro del diagnóstico de reumatismo articular crónico, hay algunos de origen endógeno seguro, por ejemplo, el reumatismo de tipo gotoso y pseudogotoso, pero al lado hay otras variedades como el reumatismo articular deformante propiamente dicho, cuya patogenia era desconocida, y la interpretación endógena, metabólica ó neurológica era completamente arbitraria. Se sabía que había reumatismos de tipo agudo, de origen infeccioso, desde lue-



go, el poliarticular agudo, y se estudiaron algunos crónicos de origen infeccioso también, pero refiriéndose principalmente á los de origen tuberculoso o sifítico. Después se empezó á ver, que además de la sífilis y de la tuberculosis, otras infecciones, principalmente las estreptocócicas, podían dar formas reumáticas de tipo subagudo y crónico. Que las septicemias y otras afecciones agudas, como la escarlatina principalmente, en ciertos casos había localizaciones articulares que evolucionan con tipo agudo y otras con tipo crónico, y éste era el que producía localizaciones articulares por dominar la sintomatología febril.

El Dr. Marañón añade que las infecciones primitivas que producen según dicho origen, son por el orden siguiente: 1.º, de origen faríngeo: faringitis crónicas difusas, amigdalitis crónicas repetidas, con ataques de angina; 2.º, infecciones de la boca: piorrea dentaria, abscesos apicales, todo el género de las infecciones englobadas por los americanos en el concepto de sepsis bucal ó oral; 3.º, infecciones del útero, de las trompas, de los senos, principalmente los frontales, de la vesícula biliar, enterocolitis, etc., y, por último, vienen las supuraciones crónicas del oído.

La escuela de Viena sostiene que las infecciones bucales de origen dentario son más numerosas que las faríngeas; y por ello, la infección inicial general, en la inmensa mayoría de los casos, en un 60 por 100 de los mismos es de origen bucal.

El Dr. Marañón explica el mecanismo de estos reumatismos de origen dentario y dice: el enfermo tiene una lesión infectada de la boca: una piorrea. Por lo menos es esta la lesión que se ofrece de una manera más sensible, una piorrea alveolo-dentaria complicada con abscesos apicales peridentarios, con las distintas variedades de infección focal. Los gérmenes contenidos en estos focos pasan á la sangre, originando así verdaderos estados septicémicos, poco manifestos; el enfermo no se da cuenta de que tiene fiebre; otras veces, se reduce á ligeras febrículas; con todo, el estado septicémico existe; los estreptococos circulan por la sangre y se localizan en las articulaciones del enfermo; los abscesos se verifican por las arterias de los tejidos periarticulares y los arcos terminales de la nutrición del hueso que van á la diáfisis, y que en las preparaciones anatomopatológicas están casi siempre ocluidas por émbolos de microbios. Una vez llegado á la articulación, el estreptococo produce un estado de inflamación aguda de la misma, y ya está el reumatismo en marcha.

Dice que en la patogenia de estas artritis de origen infeccioso juega un papel el estado de predisposición del enfermo, un estado humoral que pudiera llamarse artritis.

Estas afecciones articulares de origen infeccioso, son casi siempre estreptocócicas; que la bacteriología de las bucales es complicadísima, no reduciéndose al estreptococo; que existen ciertas especies de espirilos.

Al hablar del reumatismo crónico de origen focal dentario, dice el Dr. Marañón que el enfermo suele relacionar bastante el comienzo de su afección con alteraciones de la sepsis oral; que las lesiones articulares de origen focal se suelen localizar en las articulaciones pequeñas, la muñeca y la mano; también es frecuente en el cuello, lo mismo que los reumatismos musculares muy dolorosos; que esto no es una regla, pues se han observado en la cadera, etc. Recogidas estas primeras impresiones debe procederse inmediatamente á la exploración del foco inicial, no sólo á la boca, sino á todos los puntos antes citados; en la garganta, ver si hay infección crónica de la faringe ó de las amígdalas; en los senos frontales, si hay supuración crónica, etc. La piorrea se diagnostica con facilidad, pero en cambio, los abscesos apicu-

lares en la mayoría de los casos pasan inadvertidos, y hay que tener en cuenta que aun cuando la piorrea pone sobre la pista de los abscesos, hay muchos enfermos sin piorrea y con abscesos que son indolores, y que no dan trastornos en la función de la masticación. Los estudios radiográficos han comprobado que estos abscesos se presentan en los dientes desvitalizados, en los dientes enervados para empastarlos, etcétera, y ello ha dado lugar á un movimiento de los dentistas americanos contra la cirugía conservadora de los dientes, que los extraen en cuanto los consideran desvitalizados, para evitar un absceso apedicular. De todos modos, no hay que fiarse sólo de la existencia de los grandes abscesos peridentarios y de la piorrea, sino que es preciso buscar la existencia de los abscesos apicales, que sólo se encuentran por la radiografía, que da una imagen muy clara en que se ve el vértice del diente, con la línea neta normal substituída por la sombra borrosa del absceso.

Otro de los medios de diagnosticar es el estudio de la fórmula leucocitaria para encontrar la linfocitosis en un tanto por ciento del total de leucocitos. También ha sido empleada la desviación del complemento con antígenos estreptocócicos.

Después de detallar todos estos problemas reumáticos de origen dentario, el Dr. Marañón dedica algunos párrafos al tratamiento, y lo primero que hay que hacer es eliminar el foco; de lo contrario, el reumatismo de origen bucal no se cura, mientras deje de practicarse una desinfección rigurosa de la boca; si es preciso se sacan los dientes cuando no se puedan salvar de la infección; de no verificarlo así quedan focos secundarios que son nuevas fuentes de estreptococos.

El Dr. Marañón añade que en algunos enfermos de esta clase ha empleado la vacunoterapia (siembras de los estreptococos del pus dentario con un medio lácteo). Basa sus resultados en 19 casos, 11 mujeres y 8 hombres, y termina su interesante comunicación resumiendo cuanto ha expuesto en forma de conclusiones, en que además del estudio de las infecciones bucales, hay que tener en cuenta el estado humoral y metabólico de los enfermos; la desinfección de la boca, que sin ella se pueden localizar los gérmenes en las articulaciones, en el corazón, en los riñones, etc.

El Dr. DECRET cita algunos casos de reumatismo de origen dentario, como el del Dr. Albitos, que murió de estreptococia; el de un médico inglés, amigo suyo, que sufrió frecuentes ataques de reumatismo y en Londres le sacaron los dientes y desapareció el reuma.

Cree que deben ser distintos los orígenes de los reumatismos, y aun dentro de los infecciosos, deben ser distintos los gérmenes, dada la inmensa diferencia clínica que existe entre los reumatismos de forma aguda y febril y aun la de los crónicos con predilección por las serosas, y los crónicos con predilección por otros elementos articulares, como pasa en los tróficos vertebrales, entre los que se encuentran, por ejemplo, la espondilitis rizomélica. Recuerda la comunicación del Dr. Fernández Sanz, en la que se habló de reumatismos de origen nervioso central; habla de otra forma de reumatismo vertebral anquilosante, en el que emplea el amasamiento con vapor trementinado, y que en la actualidad tiene en tratamiento a un joven asturiano, hermano de un médico; que para la mutilación de los dientes, origen del reumatismo, hay que tener una seguridad completa en el diagnóstico.

El Dr. HUERTAS dice que el reumatismo poliarticular tiene su origen en el estreptococo y que ya lo expuso en la Academia hace diez años, sosteniendo la patogenia infecciosa con pruebas clínicas y de laboratorio, y del tratamiento con las inyecciones endovenosas de sublimado corrosivo. Que desde luego en las bacterias de la boca hay que buscar



el origen del reumatismo, que sencillamente es estreptocócico; que puede presentar la forma crónica de naturaleza artrítica y gotosa (artritis), que ésta afecta más bien á las serosas con transcendencia endocárdica y vascular, mientras que el infeccioso afecta á los tejidos fibrosos con artritis y anquilosis. Que las inyecciones de sublimado corrosivo, no sólo son eficaces en el reumatismo poliarticular, sino que lo son también y mucho en otras modalidades de la terrible infección estreptocócica, como son la erisipela, la fiebre puerperal y la septicemia por infección asociada; añade que ha ensayado otros medios (los sueros antiestreptocócicos, vacunas, etc.).

El DR. MÁRQUEZ dice que la vía conjuntival es otra por donde entran los gérmenes en los reumatismos exógenos ó exteriores; que desde luego es ya clásico el hecho de que como consecuencia de conjuntivitis purulentas ó gonocócicas, se han observado estos casos que se llaman pseudorreumatismos gonocócicos.

Concreta su intervención refiriendo dos casos curiosos, el de un enfermo operado de catarata, en la Habana, con resultado desgraciado, y que él luego operó por la infección consecutiva á una conjuntivitis crónica, á quien previamente le vacunó con gérmenes que no recuerda con detalles, y á las pocas inyecciones desaparecieron los dolores reumáticos.

El DR. CODINA dice que es indudable que la flora bacteriana que hay en los alvéolos dentarios, no está constituida única y exclusivamente por el estreptococo, como se ve con toda claridad en las vacunas que se preparan con ella misma, sin limitarse á buscar estreptococo y á preparar la vacuna con ese estreptococo; que en el reumatismo hay una serie de gérmenes que se han sucedido como causa del reumatismo y cuya puerta de entrada puede ser la uretra, la vagina, la misma boca, sin ser los alvéolos dentarios, la faringe... que desarrollándose pueden penetrar en el organismo localizándose en las articulaciones unas veces y otras en las serosas. Resume sus ideas diciendo que en su sala del Hospital General ha tenido una serie de casos clínicos de reumatismos designados con este nombre genérico, y, por lo tanto, con dolores articulares, deformaciones, limitación de movimientos, atrofia muscular, etc., etc., unas veces febriles y otras no; y cuando hace dos años estaba ensayando la vacuna antialfa de Ferrán, obtuvo más resultados favorables en los casos de reumatismos sífilíticos y gonocócicos, que tratados éstos por los preparados mercuriales ó de yoduro potásico, por lo que cree, que antes de aconsejar la extracción, deben estudiarse detenidamente los casos y cerciorarse del origen del llamado reumatismo.

DR. CESALDO

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 698,5; ídem mínima 694,7; temperatura máxima, 19°,4; ídem mínima, 2°,5; vientos dominantes, NNE.

Continúan los afectos gripales dominando en las estadísticas de la morbilidad, aunque conservando siempre su carácter relativamente benigno y marcando tendencia á disminuir; en cambio, los padecimientos reumáticos agudos y crónicos han aumentado, así como se han observado exacerbaciones en los afectos cutáneos, así en las dermatosis crónicas, como en las agudas.

En los niños siguen presentándose bronquitis y traqueo-bronquitis, con algunos casos de sarampión.

## Crónicas.

**Jubilación sensible.**—Por cumplir la edad reglamentaria, la Universidad Central se ha visto en la dolorosa necesidad de prescindir de las fructuosas enseñanzas de uno de sus maestros más notables, el Dr. D. Alberto Segovia y Corrales.

No necesitamos ensalzar la figura del docto catedrático que ha desempeñado la Cátedra de Zoología durante cincuenta años y que es bien conocido de médicos y farmacéuticos. La labor docente del Dr. Segovia se caracterizó por la importancia que daba á la enseñanza práctica; por el ahínco con que se ocupaba de los problemas de parasitología, tan importantes para los futuros médicos que componían la mayor parte de sus alumnos, y por la atención que despertaba en sus oyentes, requiriéndolos para que representasen en cuadros sinópticos y con explicaciones breves lo que iban aprendiendo.

Sus obras, interesantes por lo bien documentadas, eran además un modelo de claridad y de amenidad que todos recordamos con placer.

El descanso que impone la Ley al Dr. Segovia, le tiene muy merecido, pero nos tememos, dada su afición á la enseñanza, que lejos de servirle de reposo le produzca el sinsabor que han experimentado ya otros ilustres maestros jubilados por la misma ley cruel.

**La «Gaceta».**—*Gobernación.*—La del 24 del actual publica una Real orden por la que atendiendo á los relevantes servicios prestados por D. José Souto Beavis, subdirector de la Estación sanitaria del puerto de Valencia, en el desempeño de la comisión que le fué conferida por Real orden de 22 de Marzo último como delegado sanitario especial de este Ministerio en la provincia de Canarias, se dispone dar las gracias á dicho funcionario, haciéndose constar esta circunstancia en su expediente personal, y para satisfacción del interesado y conocimiento general, se publique en la *Gaceta*.

—Por otra Real orden se dispone que D. Federico Mestre Peón, inspector general de Sanidad exterior, pase, en comisión, á la ciudad de Málaga como delegado sanitario de este Ministerio, concediéndosele, dentro de las disposiciones vigentes, todas las atribuciones que le sean precisas para el mejor desempeño de su misión, y siéndole abonados los gastos de viaje y de cualquier medio de locomoción que necesita utilizar, así como las dietas de 75 pesetas, con cargo al capítulo que en su día se determine.

**Incendio en el hospital de Logroño.**—El día 20 por la tarde se declaró un enorme incendio en el hospital provincial de Logroño.

A pesar de los esfuerzos del servicio de bomberos no se pudo evitar que el pabellón destinado á dementes quedase totalmente destruido.

Afortunadamente no ocurrió ninguna desgracia personal. Los daños son de gran consideración.

**Dirección general de Sanidad.**—*Concurso.*—Vacantes las plazas de inspectores provinciales de Sanidad del Campo de Gibraltar, Guadalajara, Logroño, Soria y Zamora, se convoca concurso para la provisión de dichos cargos entre los inspectores en activo y los excedentes del Cuerpo y los individuos aprobados y propuestos por el Tribunal de las últimas oposiciones declaradas legales por Real orden de esta fecha, con arreglo á lo preceptuado por el párrafo primero, art. 7.º del Reglamento vigente del ramo, debiendo los aspirantes al mencionado concurso presentar sus instancias en el Registro general de este Ministerio dentro del plazo de diez días, á contar del siguiente al de la publicación en la *Gaceta de Madrid*. Adviértese que las vacantes que resulten de este concurso serán motivo y se proveerán en otro que se anunciará oportunamente.

Madrid, 20 de Abril de 1923 — El director general, Manuel M. Salazar. (*Gaceta* del 21 de Abril.)

**Desde Navajas. Homenaje á Cajal y á Rodríguez For- nos.**—Queriendo el Ayuntamiento de Navajas patentizar su adhesión al homenaje que todo el país ha rendido al ilustre Cajal, acordó dar el nombre del sabio histólogo á una de sus más modernas y mejores calles.

Al acto solemne con que el día 8 se celebró el descubrimiento de la artística lápida, asistieron el Ayuntamiento en pleno y las principales autoridades y personalidades de Navajas.

El secretario de la Corporación municipal leyó el expe-



diente instruido al efecto, las numerosas adhesiones recibidas y un autógrafo de Cajal.

El médico titular, D. Eustaquio Vercher, pronunció un elocuente discurso, haciendo resaltar la labor infatigable del homenajeado y sus relevantes méritos.

Después se descubrió, con las mismas ceremonias, la lápida que da el nombre del catedrático de la Universidad de Valencia, Dr. Rodríguez Fornos, á otra importantísima calle.

Al discurso pronunciado por el mismo Dr. Vercher, contestó el Dr. Fornos con sentidas frases de agradecimiento que fueron muy aplaudidas.

Tanto el homenaje á Cajal como el rendido á Rodríguez Fornos, resultaron lucidísimos.

**Becas para mujeres españolas en los Estados Unidos.**—Algunas Universidades de mujeres en los Estados Unidos han ofrecido becas para muchachas españolas que deseen hacer estudios en aquel país. La beca consiste en habitación, alimentación y enseñanzas gratuitas durante el curso.

Se ha constituido una Junta para la concesión de estas becas, la cual procura, cuando se trata de personas pobres, obtener auxilio para gastos de viaje.

Las señoritas que aspiren á becas deberán dirigirse «por escrito» á la secretaria de la Junta, doña Zenobia Camprubí de Jiménez, Castellana, 18, Madrid, con expresión de nombre, edad y domicilio de la solicitante, los estudios que hayan cursado y los que desearían emprender en América. Para obtener beca es indispensable el conocimiento del inglés.

**Nuevos inspectores provinciales de Sanidad.**—Por Real orden de 20 de Abril, y como resultado de las oposiciones convocadas en 14 de Diciembre de 1922, se ha acordado por el Ministerio de la Gobernación declarar individuos del Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad á los aspirantes D. Heliodoro del Castillo Martínez, D. Gerardo Clavero del Campo y D. Emilio Ferragud y Folgués, propuestos por el tribunal en los tres primeros lugares de los aprobados.

**Enhorabuena.**—Al cerrar nuestra edición nos llega la noticia que por hoy no podemos hacer más que señalar, de haberle sido otorgada la cátedra de Patología médica de Sevilla, á nuestro estimado amigo el Dr. D. Carlos Jiménez Díaz.

Nuestra enhorabuena.

**Imitadores de la antiphlogistine.**—La casa Denver, de Nueva York, nos escribe comunicándonos que son muchas las imitaciones que han podido denunciar por la fabricación de este producto, y recomienda á los señores médicos se procuren hacer de la verdadera Antiphlogistine.

**Endometritis puerperal.**—Los artículos aparecidos en nuestra Revista sobre «Endometritis puerperal», por el Dr. Gret, se han ajustado á un folleto de 107 páginas, que se reparte gratis pidiéndolo á esta Administración, ó á don M. Yañez, Apartado 823, Madrid.

**La epidemia de peste en la India.**—A título de información reproducimos algunos datos publicados en la Prensa y comunicados desde Londres acerca de la importancia de la epidemia de peste que invade las principales poblaciones de la India.

Las capitales más atacadas son: Bombay, Calcuta, Delhi y se afirma que en una de las últimas semanas del mes de Marzo se registraron 9.000 casos de los cuales 8.000 fueron seguidos de defunción.

La alarma en aquellas regiones es grandísima y las autoridades toman medidas enérgicas de profilaxis y curativas.

**A nuestros suscriptores.**—El libro *Paseos de un Solitario*, por el Dr. Cortezo, se vende en la Administración de nuestra Revista al precio de 4,25 pesetas á los suscriptores de provincias, y al de 4 pesetas á los que se presenten á recogerlo en la Administración. ÚNICAMENTE Á LOS SUSCRIPTORES DE ESTA REVISTA.

**Oposiciones á Médicos.**—De la Beneficencia Municipal de Madrid, próxima y extensa convocatoria de 60 á 80 plazas con 4.000 pesetas.

Obra que contesta con toda suficiencia al programa, por el Dr. Bravo, 75 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

**Importante donativo.**—En esta misma sección y con el mismo título, dábamos en el número anterior la noticia de haber hecho un donativo Mr. Roussel á favor del Colegio de Médicos de España, en lugar de decir á favor del Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos.

**Cuentas del Colegio de Huérfanos.**—En la página XXIV encontrarán nuestros lectores las cuentas del Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos, correspondientes al primer trimestre del año actual.

**Oposiciones á Forenses.**—Convocadas en la Audiencia de Valladolid, con instancia hasta el 29 de Abril, y en breve en las demás Audiencias.

Obra que contesta con toda suficiencia al programa, por el Dr. Egurén, 50 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

**Inmunizols Gremy.**—Al presente número acompañamos un prospecto y tarjeta sobre los productos del Laboratorio Gremy, de París, 14, rue de Clichy, cuya lectura recomendamos.

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

**Excipiente inerte.**—Que quiera ó no quiera, el presidente de una Cámara es probable que de diez veces, nueve concluya por ser enemigo natural del Ministerio.

(Cánovas.)

La experiencia es una fruta  
que ó está sin madurar ó está podrida.

(Campocmor.)

## PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicerol-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 MÉDICO.

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