

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Nuevo método de provocar el parto prematuro y sus indicaciones, por el Dr. Parache.—Los nuevos preparados antilúéticos de bismuto (trepol y neotrepol) en terapéutica ocular, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Algo de cirugía estética de la piel, discurso del Dr. D. Vicente Gimeno Rodríguez-Jaén.—Traumatismos craneocerebrales, por Vicente Fidalgo Tato.—Periódicos médicos.

Nuevo método de provocar el parto prematuro y sus indicaciones

POR EL

DR. PARACHE

Profesor de número de la Maternidad de Madrid.

En un artículo reciente publicado en EL SIGLO MEDICO, ofrecía ocuparme de un método por mí empleado para la provocación del parto artificialmente, que por su inocuidad, sencillez y eficacia, merece difundirse para ser empleado en aquellos casos en que por cualquier circunstancia esté indicada la interrupción del embarazo en época en que el feto sea perfectamente viable.

Estas indicaciones son más numerosas de lo que á una mirada superficial podría parecer, y en realidad no se cumplen más que muy contadas veces y en circunstancias de extrema necesidad, no porque en la práctica no surja muy frecuentemente la conveniencia de acortar un embarazo mal tolerado ó se vea con inquietud el desarrollo excesivo que va tomando un feto en una mujer de diámetros escasos, sino porque los medios hasta ahora conocidos y empleados ó eran de resultados inciertos, y en ellos se tenía escasa fe, ó llevaban aparejadas intervenciones de importancia con graves riesgos para la madre y para el feto. Ello es, que únicamente se provoca artificialmente el parto prematuro cuando hay una indicación extrema y se teme fundada-

mente que de no hacerlo será menester después practicar una operación cesárea abdominal, vaginal ó una pubiotomía.

El procedimiento que vengo empleando y estudiando hace más de cinco años, me fué sugerido por la necesidad de estimular el parto cuando sin contracciones de ninguna clase se verifica la rotura espontánea de membranas, tardando después varios días en aparecer los dolores con los riesgos consiguientes de infección del contenido ovular, prolapso del cordón, impaciencias de la mujer y de sus deudos y perjuicio para el feto. En una ocasión en que estas circunstancias duraban ya tres días se me ocurrió aplicar una inyección de extracto pituitario, y próximamente un cuarto de hora después se habían presentado los fenómenos de parto, con tal naturalidad y de un modo tan semejante á los de aparición espontánea, que quedé animado á repetir los ensayos. Continuaron éstos, y ante la persistencia en todos los casos de resultados felices y seguros, pensé que imitando las circunstancias antedichas, rompiendo artificialmente las membranas y aplicando después la pituitrina, podría provocarse el parto siempre que se creyera conveniente anticipar el término del embarazo. Tras una larga serie de experiencias he llegado á establecer un procedimiento completamente reglado para producir el parto artificial, que al propio tiempo de ser de facilísima ejecución, está desprovisto de todo peligro.

Es ya sabido, y así lo hacía constar en la comunicación hecha á la Academia de Obstetricia de Madrid en el año 1912 (Anales de la Academia, núm. 6), en la que dí á conocer la acción de los extractos pituitarios en Obstetricia, prediciendo la enorme importancia que más tarde habían de llegar á conseguir, que para que éstos tengan eficacia, es preciso que el parto esté ya comenzado, es decir, que el útero se haya puesto en movimiento, y solamente sobre ese útero movilizado es sobre el que los extractos pituitarios pueden obrar. Todo el que haya tenido que hacer uso de estas substancias, conoce su impotencia para provocar el aborto y habrá tenido algún caso en que por su aplicación precoz, engañado por dolores que no es raro ver en los últimos tiempos del embarazo, apenas si han producido media docena de contracciones débiles, que cesan pronto y que no ejercen la menor influencia en el curso del parto.

En cambio, la rotura del huevo es fenómeno absolutamente característico del parto, y cuando existe, no cabe duda de que éste ha comenzado. Al salir el líquido amniótico el contenido uterino disminuye, el útero se retrae y las fibras musculares se ven obligadas á retraerse y contraerse también y después de un período de tiempo variable en cada caso, que puede oscilar desde breves horas hasta tres ó cuatro días, comienza el trabajo con los caracteres bien conocidos, al principio con lentitud, más rápidamente después, igual en un todo como si no hubiera habido rotura previa de la bolsa. Se da entonces el caso requerido como condición previa para que los extractos pituitarios desenvuelvan su poder; el útero está movilizado y no necesita más que el estímulo para cumplir su misión.

La experiencia que poseo, que alcanza á mas de 60 casos, tanto de mi servicio de la Casa de Maternidad de Madrid como de mi práctica privada, unos ejecutados con fines experimentales y otros respondiendo á indicaciones bien establecidas de las que luego hablaré, me permite afirmar que en cerca de 40 por 100 el útero de una gestante próxima á su término queda sensibilizado tan pronto como sus membranas han sido perforadas, y en el resto tarda en serlo un tiempo no mayor de cuatro horas y sólo por excepción requiere hasta doce. Recomendando por consiguiente para mayor seguridad en el resultado, dejar transcurrir entre la maniobra previa y la inyección, un lapso de tiempo de unas cuatro horas, salvo si la urgencia del caso nos obliga á abreviarlo.

Con estas precauciones mi proceder es del modo siguiente: preparación de la enferma con enemas evacuatorios del recto, baño general si hay lugar á ello y limpieza local de sus órganos genitales; inmediatamente y con la mayor asepsia posible, perforación de las membranas, ya con los instrumentos perforadores conocidos, ya simplemente con la uña recortada en punta que suele bastar en casi todas las múltiparas en que el cuello está más permeable. Coloco un apósito de gasa y algodón esterilizado en la vulva, que se renueva cuantas veces sea empapado por el líquido amniótico, y dejo á la embarazada en la cama. Pasado el tiempo ya dicho de dos á cuatro horas ó más ó menos, cosa que el instinto del tocólogo muy pronto determinará, practico la inyec-

ción de un centímetro cúbico de extracto hipofisario de una marca y de una partida en la que tengamos absoluta fe. A los diez ó quince minutos, á veces cerca de la media hora, empiezan las contracciones, muy tenues al principio, reforzadas más tarde, y el parto así provocado y en marcha, continúa exactamente lo mismo que si se hubiera presentado espontáneamente.

Si, lo que es del todo excepcional, después de la rotura de las membranas é inyección de extracto hipofisario, no se presentaran las contracciones en el tiempo dicho ó éstas fueran perdiendo en intensidad hasta casi desaparecer, será inútil practicar en seguida una nueva inyección; este hecho nos indica que el útero no ha adquirido la sensibilidad necesaria y será preciso dejar pasar algunas horas antes de administrarla de nuevo.

Las contracciones provocadas de esta manera, hemos dicho que se presentan al principio leves, cortas y espaciadas para ir aumentando paulatinamente en intensidad, duración y frecuencia, como sucede en el parto espontáneo y normal. No son las contracciones violentas y casi tetánicas con que suele debutar la pituitrina aplicada en el curso del parto, y á esta particularidad se debe el que el procedimiento sea totalmente inocuo para el feto, cuya circulación no sufre presiones anormales de las que le sería difícil defenderse al faltarle desde el primer momento la almohadilla amniótica: en ninguno de mis casos el feto ha sucumbido ni ha nacido en malas condiciones de viabilidad.

La duración del parto así provocado, apenas si ofrece diferencias con la del parto normal. En este sentido hay que establecer, como es natural, una distinción según se trate de una múltipara ó de una primípara. En las múltiparas se desarrollan los hechos con gran facilidad y rapidez: el útero se sensibiliza más pronto y la inyección puede seguir mucho más de cerca á la perforación, los dolores no se hacen esperar, su intensidad acrece rápidamente, su eficacia es manifiesta, la dilatación progresa muy deprisa y el parto termina en tres ó cuatro horas. Tal cual vez tiene tendencia á detenerse y entonces una nueva inyección le pone en marcha nuevamente y le empuja á su fin.

En las primíparas las cosas se verifican con la lentitud misma que suceden en el parto espontáneo. El útero tarda algo más en hallarse sensibilizado y por ello es de aconsejar que transcurra mayor lapso de tiempo entre la rotura de membranas y la inyección de pituitrina. Asimismo es más tardía la aparición de los dolores, pero de todos modos, antes de media hora ya se presentan y continúan lo mismo que en los no provocados, y siguen unas veces hasta el fin, pero otras, muchas, es menester reforzarlas con una nueva inyección hasta lograr el resultado definitivo. Quizá también habrá que proceder á la extracción con fórceps, si el trabajo se detiene, una tercera inyección no es eficaz y el feto comienza á sufrir. Nunca he podido observar anomalías del alumbramiento, hemorragias copiosas ni puerperios accidentados.

Si comparamos ahora este método de parto prematuro artificial con los conocidos hasta el día, veremos que todas las ventajas están de su lado. Los medios

farmacológicos son de tan falaces resultados que nadie piensa científicamente en ellos cuando se trata de interrumpir un embarazo ni en los primeros meses, ni cuando se acerca á su término; muchos remedios que gozan fama de abortivos han sido ensayados por gran número de mujeres que luego vienen á parir á nuestras clínicas, y multitud de medicamentos que comparten igual reputación, fracasan cuando se los necesita. La tentativa más formal en ese sentido fué la de Orellano, de Valencia, con su poción etérea y dosis fraccionadas de cornezuelo de centeno, pero aun consiguiendo ciertos apreciables resultados, su inseguridad, requerir á menudo maniobras complementarias de dilatación y de extracción y entrañar algún riesgo para la madre y el feto, impidieron que se generalizase su uso. El sulfato de quinina, efectivamente, estimula las contracciones uterinas y alguna que otra vez, muy cerca del final del embarazo, se muestra capaz de determinar el parto, pero no puede ofrecernos seguridad de ninguna clase, por estar en mayoría las ocasiones en que no produce el efecto deseado, como habrán podido juzgar los que se han servido de esa substancia. Ultimamente Watson propone el método combinado de administrar previamente la quinina, y á continuación inyecciones de pituitrina hasta que se presenten los dolores, repitiéndolas cada dos ó tres horas, siendo muchas veces necesarias cuatro, cinco ó más para que el parto se inicie. Yo no tengo experiencia aún de este procedimiento, pero el empleo tan copioso de los extractos hipofisarios es abusivo y perjudicial, y los resultados que se obtengan no me merecen demasiada confianza.

Otros medios empleados para obtener el parto prematuro se fundan en la acción directa excitadora de ciertos medios mecánicos sobre la superficie interna del útero: éstos pueden ser, ó la simple rotura de las membranas, ó la colocación entre ellas y la pared uterina de objetos ó substancias que estimulen la contractilidad. La punción de las membranas va siempre seguida de parto; pero éste se presenta frecuentemente tan tarde, que invalida las ventajas que podría reportar y que reporta cuando por nuestra intervención los dolores se presentan en seguida. Los cuerpos extraños capaces de excitar la superficie interna del útero, como son la sonda de Krausse, la gasa introducida en el cuello y segmento inferior, los líquidos inyectados entre las membranas y la pared y los gases con los que se ha intentado despegar las membranas, son recursos inseguros que encierran graves peligros de infección, de hemorragias y de lesiones.

Vienen á continuación otros procedimientos fundados en la dilatación mecánica del cuello, ya con globos elásticos, ya con instrumentos metálicos. Las variadas clases de balones exigen para su introducción minuciosa técnica, y son muchas veces expulsados sin haber producido efecto. Los dilatadores mecánicos, si son de tipo rápido, como el de Bossi, producen desgarros y su empleo representa una verdadera operación, y si son de acción lenta, como el de Tarnier, obligan á mantener dentro de la hilera genital un aparato durante muchas horas, con las consiguientes molestias y perjui-

cios. La combinación de ambos procederes, es decir, la dilatación del canal cervical con el dilatador metálico y la del segmento inferior del útero con el globo de Champetier de Ribes (método de Champetier-Calderini), quizá fuera lo menos malo, pero ofreciendo siempre, además de los inconvenientes mencionados, el peligro de alterar la presentación fetal y facilitar la prociencia de miembros ó del cordón.

Quedan, por fin, los métodos de obtención del parto por medios cruentos, tales como las incisiones del cuello á lo Duhrsen y las cesáreas vaginales; pero estos procedimientos ya no son de producir el parto prematuro, sino que son métodos de extracción del feto sin parto propiamente dicho, entendiendo por tal el conjunto de fenómenos que el organismo pone en juego para que el útero elimine su contenido por las vías naturales, como no merece tampoco este nombre la operación cesárea, puesto que en ella se obtiene el feto sin que se verifique ninguno de los fenómenos naturales del parto.

Podría temerse por alguien en el procedimiento que yo preconizo, que la rotura previa de las membranas constituyera un defecto para el desarrollo ulterior del parto, teniendo en cuenta el papel dilatador que á la bolsa se le ha asignado. A mi juicio, esa función dilatadora le ha sido atribuída injustamente ya que la dilatación del cuello comienza cuando todavía no se ha formado la bolsa y el parto se hace más breve cuando, mediado el trabajo de dilatación, se rompe, y la parte fetal y las contracciones uterinas son las encargadas de terminirlas. El líquido amniótico, aparte de las funciones que en la nutrición del feto le corresponden, tiene una misión mecánica de protección del mismo, manteniendo distendida la cavidad del huevo para facilitar su movilidad y su crecimiento y evitar que la presión constante del mismo útero lo deforme y que las acciones traumáticas del exterior le afecten.

Decíamos al principio, que las indicaciones de provocar el parto prematuro son en la práctica mucho más numerosas de lo que parece, á juzgar por las escasas veces que se ejecuta. Sin entrar todavía en aquellas indicaciones que son de orden vital, recordemos el número de embarazadas que todos hemos visto en que si la voluntad de la paciente y la nuestra hubiera servido, habría dado á luz bastante antes de su término. ¿Quién en presencia de una gestante que tolera mal su último mes de embarazo, no ha sentido tentaciones de abreviarle? Ante una enferma que vomita y se desnute ó en que su corazón desfallece, que no duerme porque su disnea se lo impide, inmóvil porque los edemas la sujetan ó agotada por los dolores y ya con un feto bien desarrollado y capaz de vivir por su cuenta, muchas veces si hubiéramos tenido á nuestra disposición la manera de hacerla parir sin riesgo, lo habríamos hecho, y por no tenerla, hemos tratado de aliviarla por medios paliativos en los que no creíamos, y hemos sido testigos de sus sufrimientos, impotentes para suprimirlos. En estos casos la técnica que yo propongo encontrará muy frecuente aplicación.

En muchas embarazadas cuya pelvis sin poderse

calificar de estrecha porque sus diámetros apenas difieren de los normales, vemos con zozobra cómo el feto va adquiriendo un desarrollo excesivo y surge el temor de que á poco que la gestación se prolongue, el parto se ha de ver grandemente dificultado, su provocación prematura nos ahorrará muchas veces intervenciones tocúrgicas de mayor gravedad. En estrecheces moderadas de 8 á 9 centímetros de c. v., ya en primíparas, ya con historia anterior de partos distócicos y fetos muertos, el adelantar el parto puede resolver con toda facilidad el problema y evitarnos algunas pubiotomías é innúmerables aplicaciones de fórceps de dudoso éxito.

Ciertas mujeres ofrecen como fenómeno raro la muerte habitual del feto en los últimos días de la gestación, sin que siempre pueda encontrarse la causa de este hecho. Algunas veces me ha parecido, á falta de otra razón, observar un estrechamiento del calibre de los vasos funiculares, y otras, degeneración fibrosa de la placenta. En ellas está absolutamente indicado provocar el parto antes de la fecha en que el feto suele morir, y en mi estadística cuento con cuatro casos verdaderamente felices.

Podríamos continuar este capítulo de indicaciones del parto prematuro artificial, pero entiendo que no es necesario, pues cada práctico con lo que llevo expuesto podrá formularlas por sí mismo. Lo que yo me proponía era la exposición de mi procedimiento de obtenerlo y referir sus cualidades y ventajas, que son: sencillez, porque no requiere instrumental de ninguna clase ni habilidad técnica especializada; inocuidad, porque procediendo con asepsia, que es el factor común á todas las maniobras tocológicas, no son de esperar accidentes de ninguna clase, y seguridad, porque siempre se obtiene el objeto deseado. El disponer de un medio que ofrece tantas garantías hará que automáticamente aumenten las indicaciones y quizá alguna vez nos creemos autorizados ante las necesidades apremiantes de la vida moderna, á acceder á fundados deseos de una mujer de terminar un embarazo en una fecha de antemano fijada.

Los nuevos preparados antilúéticos de bismuto (trepol y neotrepol) en terapéutica ocular ⁽¹⁾

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT
(Madrid.)

Dedicado á mi querido amigo y condiscípulo, el sabio sifiliógrafo Dr. D. José Sánchez-Covisa, presidente de la Academia Médico-Quirúrgica Española.

Las manifestaciones luéticas (sifilíticas, heredosifilíticas y parasifilíticas) son bastante frecuentes en el aparato de la visión, y aparte de la medicación local que en algunos contados casos se emplea (queratitis é iritis), el tratamiento de las mismas es el de la infección general del organismo.

(1) Comunicación á la Sociedad Oftalmológica de Madrid, 19 de Abril de 1923.

Hasta hace trece ó catorce años, el tratamiento general de la sífilis ocular era el clásico, á base de mercurio (en sus múltiples preparados solubles é insolubles) y de yoduro potásico, alternando ó simultáneamente; y aun todavía estaba en boga la concepción antigua de que en el período primario de la sífilis se emplease el mercurio; en el período secundario, el mercurio y el yoduro; y en el terciario, el yoduro.

Pues bien, este tratamiento iodo-mercurial, que se llegó á considerar como insustituible y se le denominaba *espectífico*, era empleado sistemáticamente en Oftalmología, siendo bastante aceptables los resultados que con él se obtenían en casi todas las manifestaciones de la sífilis ocular (queratitis, iritis, coroiditis, retinitis, neuritis ópticas, parálisis oculares, etc.); si bien tenía el inconveniente de la larga duración, además de los inherentes á la propia medicación.

El sensacional descubrimiento del salvarsán, por Ehrlich, en 1910, y las sorprendentes curaciones que este medicamento produce en algunas manifestaciones de la lúes, especialmente tegumentarias: chancro, pápulas, úlceras, etc. (tanto de la piel como de las mucosas), consideradas en aquella época como definitivas curaciones de la sífilis, por el sabio Ehrlich (*therapia sterillisant magna*), produjeron una justificada revolución no sólo en Sifiliografía y en Medicina general, sino hasta en la misma Sociedad.

No fué, sin embargo, la Oftalmología, á pesar de las maravillosas curaciones que se observaban en las iritis luéticas con las inyecciones de salvarsán, la que más se entusiasmó con las excelencias de la nueva medicación, siendo debido, principalmente, al consejo del propio Ehrlich, quien recomendaba reconocer el fondo del ojo, el aparato circulatorio, la orina y los pulmones, antes de proceder al empleo del 606; no aconsejándolo en los casos de lesión del nervio óptico, del corazón, del riñón ó del árbol respiratorio.

Y como si este prudente consejo fuese poco (se tenía el triste recuerdo del atoxil), la pronta aparición en la historia del salvarsán, de las entonces enigmáticas neurorrecidivas, á la vez que lo engorroso de la técnica y el exagerado temor ante las dosis inacostumbradas de arsénico, que se introducían en el organismo, no siempre exentas de peligro, fueron motivo bastante para que los oftalmólogos estuviésemos un poco desorientados en aquella primera etapa de la aparición del arsenobenzol.

Fué unos cuantos años después, y ya descubierto el neosalvarsán, de técnica más simple y de dosis menos peligrosas, y cuando Ravaut y otros sifiliógrafos comenzaron á asociar el mercurio (especialmente el cianuro por vía endovenosa) al 914, cuando empieza la verdadera era de los salvarsanes en Oftalmología. Ya se había hecho el estudio desapasionado de la medicación arsenical, y se sabía que terapéuticamente era superior al mercurio en el tratamiento de la sífilis, si bien la asociación de ambos medicamentos resultaba de mayor eficacia, que cuando cada uno de ellos se empleaba por separado.

Tampoco se desatendió al yoduro potásico que que-

dó como medicamento coadyuvante y de descanso de la cura mercuriosalvarsánica, conservando su puesto y su valor en el tratamiento de la infección sifilítica. Hoy se emplea el ioduro sódico por vía intravenosa.

Durante varios años consecutivos, el neosalvarsán asociado á los mercuriales solubles (biioduro, benzoato, cianuro, novasurol, ciarsal, etc.) ha sido la medicación de elección en Oftalmología y ha prestado maravillosos servicios en las iritis, coriorretinitis y neuritis ópticas (por el orden indicado); siendo más inciertos los resultados en la queratitis intersticial y en las parálisis oculares, y nulos ó casi nulos en las atroñas del nervio óptico.

Más modernamente aparecieron los salvarsanes plata (silveralvarsán y neosilveralvarsán), cuyos efectos, especialmente los del silver, eran superiores á los del neosalvarsán y daba magníficos resultados en las formas graves, en las sífilis nerviosas y para los casos de arsenorresistencia (al salvarsán ordinario).

Y llegamos á la parte fundamental de nuestro trabajo, á la *medicación bismutada*.

Hace escasamente dos años que se introdujo en la terapéutica de la sífilis el bismuto, bajo la forma de tartrobismutato de potasio y sodio (*trepol*), y más recientemente todavía (menos de un año), este mismo preparado conteniendo más cantidad de bismuto (*neotrepol*) y el bismuto asociado á la quinina, iodobismutato de quinina (*quimby*).

Existen otros preparados de bismuto contra la sífilis (muthanol, sigmuth, etc.), pero los tres primeramente indicados son los que más se emplean y todos ellos por vía intramuscular.

Al principio se utilizaba el *trepol*, que contiene el 66 por 100 de bismuto, pero las inyecciones intramusculares de este medicamento resultaban dolorosas, y además, tenía cierta propensión á producir estomatitis, por lo que fué substituído por el *neotrepol*, más activo que el *trepol*, puesto que contiene el 96 por 100 de bismuto, sus inyecciones resultan indoloras ó poco dolorosas y la estomatitis se presenta menos frecuentemente: es el que actualmente se emplea, excepto en los niños pequeños, para los que se preparan unas inyecciones de *trepol* que contienen una cantidad mucho menor del principio activo. El *quimby* es aún menos enérgico que el *trepol*, por tener menos cantidad de bismuto; y por contener quinina, lo hace indicado para la sífilis asociada al paludismo y para la sífilis en sujetos demacrados.

El *trepol* es una substancia de color amarillento, el *neotrepol* es negro y el *quimby* rojo. Los tres están contenidos en ampollas de un poco más de 2 c. c. y hay necesidad de emulsionar perfectamente el contenido, introduciendo la ampolla en agua caliente, agitándola después.

Cada ampolla de *neotrepol* contiene 20 centigramos de bismuto y se expende en cajas de 6 y 12 ampollas; siendo alrededor de 12 el número de inyecciones (ampollas) que se requieren para una cura completa.

La técnica del tratamiento es en extremo sencilla. Previa la asepsia de rigor de la aguja, jeringa (la aguja

debe ser de 5 centímetros y la jeringa puede servir cualquiera) y región glútea y perfectamente emulsionado el contenido de la ampolla, se pone la primera inyección de 1 c. c. = á 10 centigramos del medicamento; en la segunda inyección se pone 1 $\frac{1}{2}$ c. c., y desde la tercera en adelante, se inyectan 2 c. c. = á 20 centigramos del medicamento. Las inyecciones se ponen cada cuatro días.

Antes de comenzar el tratamiento hay que convenirse de que no existe albúmina en la orina, y durante el curso del mismo es conveniente repetir el análisis, para suspenderlo al menor indicio de albuminuria. Hay que recomendar á los pacientes una perfecta higiene bucal, porque los trepoles (como los mercuriales) no sólo tienen efectos nocivos sobre el riñón, sino que también producen estomatitis.

Con respecto á la *tolerancia* para las inyecciones, hemos de decir que el *neotrepol* se tolera bastante bien, pues apenas si es doloroso, habiendo nosotros observado que en general (niños y adultos) toleran muy bien este medicamento, excepto los individuos á quienes le han puesto con anterioridad aceite gris, en algunos de los cuales se hacen en extremo dolorosas.

Es conveniente poner las inyecciones de *neotrepol* muy profundamente y hacer inmediatamente después un buen masaje sobre la región, al objeto de evitar la formación de abscesos químicos (bismúticos), cuando el líquido queda muy superficial y no ha sido distendido, como en nuestra observación segunda.

La *estomatitis bismútica* no tiene, ni con mucho, la gravedad de la *estomatitis mercurial* (la hemos observado en el enfermo núm. 11), cede bien á la limpieza bucal (perborato, agua oxigenada, etc.) y siempre va precedida de unas manchas negruzcas en los carrillos y en los bordes de lengua y de una orla negra en las encías. En los sujetos con buena higiene bucal no suele presentarse y cuando lo hace, es indicio de que la eliminación renal anda mal; por el contrario, es frecuente en los fumadores, en los que presentan caries dentarias y en los que no tienen limpieza bucal.

Los sífilígrafos de Madrid vienen utilizando estos preparados de bismuto desde su aparición y poseen una gran experiencia de la novísima medicación, que nosotros conocimos con detalles en la sesión inaugural de la Sociedad Dermatológica de Madrid, en el mes de Octubre próximo pasado; aunque ya con anterioridad habíamos visto el caso muy sorprendente (observación 9.ª), de un enfermo del Dr. Covisa (D. José). Posteriormente en la sesión del 13 de Noviembre último, de la Academia Médico-Quirúrgica Española, el doctor Sáiz de Aja, en su comunicación oral «Estado actual del tratamiento de la sífilis», se ocupó extensamente de la medicación bismutada, interviniendo en la interesante discusión los Dres. Covisa (D. José), Barrio de Medina, Sanz de Grado, Fernández Criado, Sicilia y Yagüe.

Nuestra experiencia personal sobre los trepoles, data desde el mes de Noviembre último, y desde entonces hasta la fecha hemos tratado con esta medicación á diez enfermos de nuestra consulta privada, te-

niendo actualmente dos en tratamiento, y hemos observado otro más perteneciente al Dr. Covisa; es decir, un total de once enfermos oftálmicos, número escaso, es verdad, para formar un juicio definitivo, pero el suficiente, para en unión de los datos suministrados por los sífiliógrafos (que son los que hasta ahora se han ocupado de esta medicación), podamos formarnos una idea de conjunto acerca del valor terapéutico del bismuto en la sífilis ocular.

Nuestra casuística, á pesar de ser pequeña, es bastante variada y corresponde á la mayor parte de las afecciones oculares de origen luético; así tenemos: dos casos de queratitis intersticial; uno de iridociclitis grave con condilomas; uno de iritis de comienzo; uno de iritis serosa con gran hipertensión; uno de coroiditis diseminada; uno de coriorretinitis difusa; uno de coriorretinitis de la región macular; dos de atrofia post-neurítica de la papila y uno de atrofia simple del nervio óptico. De los dos que tenemos en tratamiento, uno es de queratitis heredosifilítica tardía y el otro de neurocoriorretinitis en el curso de una sífilis adquirida.

Por ventajas en la exposición, referiremos las observaciones por el orden en que van enumeradas, sin tener en cuenta la fecha en que se han presentado en nuestra consulta.

OBSERVACIÓN 1.^a—Queratitis intersticial heredosifilítica del ojo derecho. Reacción de Wassermann intensamente positiva.

El niño Paul..., de ocho años, de nacionalidad francesa, fué presentado por su madre en nuestra consulta el día 2 de Enero de 1923.

Antecedentes.—Hacia cinco ó seis días que este niño había recibido en el ojo derecho un pequeño traumatismo, con el fleco de un mantel, y desde hacía dos días le lloraba este ojo y le había aparecido en el centro de la córnea una manchita.

Es un niño poco desarrollado con relación á su edad, presentando múltiples infartos ganglionares debajo de la mandíbula y en el cuello y conservando todavía los dientes de leche, que son muy pequeños y quedan, por tanto, muy distanciados unos de otros. No presenta ningún otro estigma de lúes hereditaria. La madre de este niño no ha tenido ningún aborto y sólo tiene otra niña, mayor que el niño, que padece crisis epileptiformes, cuyo origen no han podido precisar.

Exploración ocular.—Infiltración intersticial de la córnea derecha en su mitad inferior, con inyección periquerática, fotofobia, lagrimeo, miosis, pérdida casi total de la visión y sin vascularización corneal aparente.

Le prescribimos la oftalmolosa Cusi de atropina é indicamos á la madre la conveniencia de que se le hiciese una reacción de Wassermann. En algunos días no se decidió á cumplir nuestro encargo, si bien le aplicaba diariamente la pomada recomendada, y cuando le vimos de nuevo, la infiltración corneal había avanzado considerablemente hacia arriba y comenzaban á dibujarse finísimos vasitos sanguíneos, paralelos entre sí, en la parte inferior del limbo corneal. La reacción de Wassermann fué intensamente positiva.

Día 10 de Enero de 1923: En este día la infiltración intersticial ocupa toda la córnea. 1.^a inyección de trepol, de media dosis, con relación á su edad.

En los días sucesivos ha disminuído considerablemente la fotofobia y el lagrimeo, si bien la córnea conserva el mismo aspecto.

Día 14 de Enero: 2.^a inyección de trepol, de dos tercios de dosis.

Día 18 de Enero: 3.^a inyección á la dosis completa con relación á su edad. A los dos días, la infiltración de la córnea está más reducida concéntricamente, y sobre todo, menos densa.

Día 22 de Enero: 4.^a inyección á la dosis completa. Sigue la mejoría.

Día 26 de Enero: 5.^a inyección. Mejoría muy marcada, que aumenta progresivamente con cada inyección.

Después, cada cuatro días, otra inyección hasta el número de 14; habiéndose obtenido la transparencia completa de la córnea y sin haber llegado á interesarse el ojo izquierdo, en dos meses que duró la observación.

Nota.—No hubo que lamentar el menor accidente imputable á la medicación. Las inyecciones eran indoloras.

OBSERVACIÓN 2.^a—Queratitis parenquimatosa intensísima, en ambos ojos.

Basilisa P., de doce años, de Madrid, la presenta su madre en nuestra consulta el 26 de Noviembre de 1922.

Antecedentes.—Llevaba tres semanas sin visión y con los ojos constantemente cerrados. Antecedentes y aspecto luético hereditario. No pudo hacerse reacción de Wassermann por su extrema pobreza (nosotros la hemos asistido gratuitamente).

Reconocimiento.—Enorme blefarospasmo, fuerte inyección periquerática y gran fotofobia y lagrimeo. Las córneas están tan enormemente infiltradas en toda su extensión, que impiden reconocer el iris. La visión = 0. El enflaquecimiento y la demacración de la niña son extraordinarios.

Para tratar de modificar un poco los violentos síntomas reaccionales oculares, la sometemos primero á inyecciones de leche y á cura local de pomada de atropina y fomentación caliente, que no dan absolutamente ningún resultado.

En vista de ello, comenzamos á utilizar el *neotrepol*, á la vez que la pomada de atropina.

Día 29 de Diciembre de 1922: 1.^a inyección de *neotrepol* ($\frac{1}{2}$ c. c.).

Día 2 de Enero de 1923: 2.^a inyección de *neotrepol* ($\frac{2}{3}$ c. c.).

Día 7 de Enero: 3.^a inyección de *neotrepol* (1 c. c.).

Día 11 de Enero: 4.^a inyección de *neotrepol* (1 c. c.).

En este día abre espontáneamente los ojos, y podemos apreciar que la infiltración intersticial de la córnea es menos espesa y permite ver la pupila, muy contraída, casi puntiforme, en ambos ojos.

Después, y cada cuatro días, le hemos puesto una inyección de media ampolla (1 c. c.) de *neotrepol* y tres aplicaciones diarias de la pomada de atropina, y la mejoría ha continuado de un modo rápido y pro-

gresivo, habiéndose obtenido la curación con doce inyecciones de neotropol y en poco más de dos meses. No han quedado sinequias y las córneas han recobrado una transparencia completa.

Nota.—En esta niña hemos tenido un accidente imputable á la medicación, y del que ya teníamos noticias por las descripciones de los sifiliógrafos, si bien no lo hemos visto en ninguno de nuestros otros enfermos. Se refiere á la formación de un *absceso* químico (bismútico) en la nalga derecha, consecutivamente á una de las inyecciones. Sobre un fondo inflamatorio difuso, hacía prominencia una especie de quiste negro, que dilatado doce ó quince días después, dió salida á 1 c. c. de neotropol, tal como lo habíamos inyectado. Aún todavía se conserva un punto negro en el sitio donde radicó el absceso bismútico.

OBSERVACIÓN 3.^a—*Intensa iridociclitis, con dos condilomas en el esfínter del iris y un enorme precipitado ciclítico detrás de la córnea.* Wassermann fuertemente positivo.

Ventura M., de veintidós años, de Madrid, de profesión empleado, se presentó á consultarnos el día 21 de Diciembre de 1922.

Antecedentes.—Hace seis años tuvo un chanero y roséola, siendo tratado con seis inyecciones de neoarsenobenzol, y después no ha empleado ninguna medicación.

Hace varios días que tiene enfermo el ojo izquierdo y sufre de violentísimos dolores, especialmente por la noche, á la vez que ha observado que ha perdido la vista por completo.

Exploración.—O. D., sano; O. I., con edema del párpado superior, fotofobia, lagrimeo, fuerte inyección periquerática y ligero quémosis; córnea y humor acuoso, turbios; pupila puntiforme y sin reaccionar á la luz; iris decolorado y deslustrado y presentando dos condilomas en la región del esfínter (parte superior). Hipotensión, dolor á la presión en la región ciliar y visión = 0.

Tratamiento local.—Pomada Cusi de atropina cada tres horas y fomentación caliente.

Tratamiento general: Día 23 de Diciembre, 1.^a inyección de neotropol, en la cantidad de 1 c. c.

Día 26 de Diciembre: Visión = $\frac{1}{6}$. Los dolores han desaparecido totalmente, y los síntomas reaccionales han disminuído en intensidad. La pupila está medianamente dilatada, pero de un modo irregular; existe gran número de sinequias posteriores; 2.^a inyección de neotropol de 1 $\frac{1}{2}$ c. c.

Día 30 de Diciembre: Visión = $\frac{1}{3}$. Ojo con poca inyección periquerática; cámara anterior, casi totalmente transparente; no han reaparecido los dolores; 3.^a inyección de neotropol de 2 c. c.

Día 2 de Enero de 1923: Todos los síntomas mencionados mejoran progresivamente y se observa una extraordinaria modificación en el diámetro de la pupila (que casi está dilatada al máximo) y en la cantidad y tamaño de las precipitaciones ciclíticas (que son más pequeñas y menos numerosas). 4.^a inyección de neotropol de 2 c. c.

Día 6 de Enero: Visión = $\frac{1}{2}$ fácil; el ojo tiene todas las apariencias de la normalidad; sin embargo, quedan precipitaciones ciclíticas, si bien muy pequeñas y en reducido número. 6.^a inyección de neotropol.

Día 15 de Enero: Visión = $\frac{2}{3}$. 7.^a inyección de neotropol.

Días 20 y 27 de Enero y 1.^o y 7 de Febrero: 8.^a, 9.^a, 10.^a y 11.^a inyección de neotropol.

En este último día (7 de Febrero de 1923) se le da de alta por curación, habiendo quedado el ojo con visión normal ($\frac{2}{3}$, todavía bajo la acción de la atropina); sin el menor vestigio de precipitados detrás de la córnea; la pupila sin adherencias y el fondo del ojo perfectamente transparente y normal. Se le prescribió ioduro potásico.

Nota.—En este enfermo no se observó absolutamente ningún accidente dependiente de la medicación. Las inyecciones no eran dolorosas.

OBSERVACIÓN 4.^a—*Iritis de comienzo del ojo derecho.* Wassermann positivo.

Sr. S., de veintinueve años, ingeniero, de Madrid, se presentó á consultarnos el día 19 de Marzo de 1923.

Antecedentes.—Hace un año tuvo un chanero y roséola y fué tratado en Suiza con neosalvarsán y mercurio, desapareciendo las manifestaciones totalmente. Ahora, hacía dos días que tenía el ojo derecho un poco encarnado, le dolía, veía turbio y le molestaba la luz.

Reconocimiento.—Toda la sintomatología correspondiente á una iritis poco intensa, incluso el dolor provocado á la presión en la región ciliar y agudeza visual = dedos 4 metros.

Día 20 de Marzo de 1923: 1.^a inyección (1 c. c.) de neotropol. Localmente pomada de atropina.

Día 24 de Marzo: Pupila dilatada al máximo, la sensación de dolor y los síntomas reaccionales han desaparecido por completo. Agudeza visual = $\frac{1}{2}$. 2.^a inyección de neotropol de 1 $\frac{1}{2}$ c. c.

Día 28 de Marzo: Ojo de apariencia completamente normal anatómica y fisiológicamente. El dolor no ha reaparecido. Una sola y ligera aplicación de pomada de atropina. 3.^a inyección de neotropol de 2 c. c.

Día 30 de Marzo: La iritis está completamente curada y se le hace una sola aplicación de atropina en días alternos.

Día 1.^o de Abril: 4.^a inyección de neotropol. Alta por curación.

Nota.—Este paciente no ha presentado ningún accidente por el hecho de las inyecciones de neotropol. La primera fué ligeramente dolorosa y las restantes indoloras.

OBSERVACIÓN 5.^a—*Iritis serosa, con gran hipertensión O. I.* Wassermann positivo.

D. C. M., de cuarenta y seis años, empleado, de Madrid, se presentó á consultarnos el día 17 de Enero de 1923.

Antecedentes.—Este señor, antiguo luético, tuvo el verano pasado una iritis que fué tratada con atropina y aceite gris, aumentando á poco la tensión ocular, por lo que le fué prescrita la pilocarpina.

Examen.—O. I. Cámara anterior muy profunda,

pupila medianamente dilatada, sensibilidad corneal normal, agudeza visual = $\frac{1}{2}$, dolor á la presión en la región ciliar, fotofobia, lagrimeo é inyección periquerática, papila sin excavación, campo visual reducido ligeramente y de un modo regular y concéntrico al igual que en ojo sano. Tensión = 48 mm. de Hg. (tonómetro de Schiotz).

Tratamiento general.—Seis inyecciones de neotropol, una cada cuatro días, con las cuales aumentó ligeramente la agudeza visual = $\frac{1}{2}$ no sufriendo variación la tensión ocular.

Localmente: pilocarpina y dionina.

(Continuará.)

ALGO DE CIRUGÍA ESTÉTICA DE LA PIEL

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL DR. D. VICENTE GIMENO Y RODRÍGUEZ-JAÉN Y CONTESTACIÓN DEL EXCELENTÍSIMO SR. D. ANGEL PULIDO, EN LA REAL A. N. DE MEDICINA EL 6 DE MAYO DE 1923

El segundo grupo comprende todo lo que se refiere á la reparación de las partes blandas, mutiladas, destruidas ó no completas accidentalmente, por traumatismos, quemaduras, etcétera, ó congénitamente, como el labio leporino, las deformaciones auriculares del pabellón, las de las narices, etc., ó también las deformadas á consecuencia de procesos epidérmicos, dérmicos ó hipodérmicos anteriores dependientes de determinadas dermatosis (ulceraciones por sífilis, tuberculosis, etc., etc.).

El grupo restante, ó sea el tercero, es el que exige y practica la modificación de la superficie cutánea desfigurada á causa de deformaciones sufridas en anteriores operaciones hechas sólo con fines curativos sin atender á los resultados estéticos (cicatrices viciosas, queloidianas, plegaduras de la piel, etc.), ó por aquellas otras antiestéticas relacionadas con dermatosis que, extensas ó no, carecen de suficiente relieve para la extirpación, ó son por su especial naturaleza, á veces, nada á propósito para ser reparadas, v. gr., los lupus, los tatuajes, etc., las telangiectasias, las arrugas y las atrofas por edad, pudiendo también incluirse, más ó menos, en este tercer grupo procesos que, como la hipertrichosis, la flebitis, las varices linfáticas, etc., pueden tratarse convenientemente con la aplicación de los medios que exclusivamente ofrece la pequeña cirugía dermatológica.

El primer procedimiento, el de extirpar, que va seguido del de reparar, pues ambas cosas deben procurarse sucesivamente, exige el empleo del bisturí, las tijeras y las cucharillas; obligan á practicar principal y primeramente una exéresis, incindiendo, cortando ó raspando los tejidos. Y como es á la vez una operación curativa y estética, exige que los agentes que se utilicen (bisturí, tijeras, cucharillas) sean empleados sin olvidar el doble fin quirúrgico que con su aplicación se persigue. Por eso, tanto las incisiones que se realicen como luego las aplicaciones de los medios plásticos que se lleven á cabo y que pertenecen al segundo grupo, deberán cumplir las condiciones primordiales de un fin estético.

El segundo procedimiento, igualmente de cirugía general, como el anterior, puede ser también en ocasiones exclusivamente de orden dermatológico. En él se impone casi

únicamente el empleo de los injertos, una de las partes de la llamada prótesis cutánea, para con ellos reemplazar las partes de tejidos no existentes ó suministrar elementos de epidermización en los procesos ulcerosos. En este segundo procedimiento va á veces unida al empleo de esos medios la necesidad de aplicar además los diversos elementos protésicos generales que sirven para hacer recuperar su forma á las regiones y órganos que la perdieron por procesos destructivos anteriores.

El tercer procedimiento, el únicamente modificador, el que pudiéramos decir que corresponde por entero al pleno dominio de la cirugía estética dermatológica, empleará tan sólo aquellos elementos y agentes quirúrgicos cutáneos que, como los escarificadores, la fototerapia, la nieve carbónica, la electrolisis, etc., procuran, á la vez que destruir los elementos de vida cutánea, como son los vasos sanguíneos y linfáticos, originar consecutivamente en general un proceso fibro-escleroso de la piel, á fin de obtener la desaparición de los tejidos patológicos y con ella la curación definitiva del proceso.

En realidad, pues, las incisiones, raspados, escarificaciones, suturas é injertos, son los procedimientos generales que constituyen la base de la cirugía estética cutánea, á los que hay que añadir, según hemos dicho antes, la electrolisis, la fototerapia, la nieve carbónica, el masaje, los agentes químicos, físicos, etc., etc., que constituyen el grupo de los que, á mi modo de ver, debieran incluirse entre los recursos de la ya citada cirugía estética dermatológica.

La exéresis cutánea ocupa realmente el primer lugar entre los medios quirúrgicos estéticos. Para realizarla hay que tener presente, ante todo, la forma, disposición y condiciones de resistencia de los tejidos; luego, saber bien cuáles son los métodos más á propósito para extirpar, y por último, los medios de cicatrización más adecuados. Los resultados estéticos que se logren no pueden ser los mismos si se emplea el simple raspado, las canterizaciones, la escarificación ó la previa y simple incisión para el refrescamiento de los bordes de una herida ó de una pérdida de substancia seguida de la sutura final, ó si se hace uso de las plastias necesarias.

La forma, disposición y condiciones de la región importan mucho por lo que se refiere á su irrigación sanguínea y distribución nerviosa, factores ambos dignos de no ser olvidados para la futura vitalidad de los tejidos, base de su reparación consiguiente, lograda por primera ó por segunda intención; en este último caso, sin embargo, con la posible contingencia de que la reparación resultante, por el tejido de granulación formado, dé lugar á cicatrices viciosas y retráctiles que más tarde exigirán una nueva intervención reparadora y estética. Tal sucede en determinadas regiones, como, por ejemplo, en la de la nuca donde es frecuente la tendencia á la formación queloidiana, si bien en este caso no hay que olvidar la influencia de las tracciones constantes y repetidas á que, por los movimientos, puede hallarse sometida la cicatriz. Del mismo modo serán interesantes las particularidades de las lesiones por lo que se refiere á la adaptación de los bordes de la herida y á los medios de unión que se empleen á fin de facilitar su cicatrización por primera intención, ya que su elección no es del todo indiferente. Como también deberá no olvidarse cuanto se refiere á los distintos géneros de cura (compresión, oclusión, sostén, etc.). Indicaciones son estas que han permitido á Sabouraud destruir por medio del termocauterio xantelasmas extensos de los párpados y lograr después cicatrices perfectas, lo que ha determinado á Passot, siguiendo los consejos de aquél, á

(1) Véase el número anterior.

practicar en estas regiones intervenciones del todo estéticas, evitando en ellas el posible estropeo con sólo procurar que quede respetada una banda de piel de una anchura de cuatro milímetros á todo lo largo del borde libre del párpado, en que se hallan alojadas las pestañas. Teniendo esto presente, puede hoy lanzarse la afirmación, que en otros tiempos hubiera parecido algo extraña, de que la región de los párpados es una de las mejores del cuerpo para este género de intervenciones, ya que la cicatrización con fines estéticos encuentra en ella el máximo de condiciones para ser perfecta y rápida.

*
* *

A fin de entrar en la técnica de la cirugía estética de la piel, me váis á dispensar que os hable, aunque sea ligeramente, de lo que mi experiencia personal me ha enseñado respecto á los diminutos y ligeros instrumentos necesarios para cumplir sus fines. No temáis que insista mucho en cosas que de sobra son sabidas de los especialistas; nada de ellos ignorado podría ocuparme, pero eso ha de suceder frecuentemente en trabajos de esta índole, en los que solamente puede exponerse el criterio personal que uno tenga sobre cuestiones que ya son del dominio científico conocido.

Tres son los principales instrumentos y los comúnmente usados en la estética quirúrgica cutánea: los cuchilletos ó finos bisturíes, los escarificadores y las variadas cucharillas, según se practiquen incisiones ó escarificaciones, raspados ó verdaderas mondas. De los primeras, apenas hay que decir nada que sea importante; casi no se diferencian de los que la cirugía general emplea más que en el tamaño, y su uso es parecido; de los segundos hablaremos más tarde. Las cucharillas son usadas en la utilísima operación de separar de la superficie y fondo de las lesiones cutáneas cuanto con escasa ó nula vitalidad sirve de estorbo á la cicatrización ó los elementos de tejidos anormales que mantienen el proceso morboso; difieren bastante de lo que son las empleadas en la cirugía general. Desde el modelo ginecológico de Volkman, que hubo que abandonar en dermatología por su tamaño nada á propósito para penetrar en las anfractuosidades de las lesiones cutáneas, hasta la moderna de Vidal en cuadrante de círculo, muy recomendable en casi todos los casos por acomodarse su forma y dimensiones á la necesidad de meterse en senos y prolongaciones cuando ciertas neoplasias se hunden entre los haces conjuntivos, puede citarse multitud de modelos: la pequeña de Balmano Square; la hendida ó calada de Besnier, que los galicistas impurificadores de nuestro idioma llaman *fenestrada*; la de Hebra, semejante á la de Volkman; la cortante de Wolf; la de Auspitz, con su espigón punzante, sirviendo para raspar y escarificar simultáneamente; el ingenioso escarbador de Motais, que, puesto en el índice del operador, hace como una prolongación de su propia uña, etc., etc. Como cucharillas, todas tienen inconvenientes en la práctica, obligándonos á los especialistas á reconocer que cualquiera de ellas puede ser relativamente útil, según los casos, teniendo en cuenta siempre que debe preferirse la que por su forma, disposición y tamaño no guarde en su concavidad los desechos del raspado y permita penetrar en relativas profundidades de la piel.

En cirugía estética cutánea todas las minuciosidades son dignas de la mayor atención. Se trata con ella de borrar, en lo posible, las huellas de la lesión padecida, de devolver á la cubierta cutánea, por medio de los necesarios artificios, casi todos los caracteres normales que hacen de ella una de las claras pruebas de la salud y de la belleza humanas; y cuanto se haga, manipulando sobre tejidos delicados á fin

de conseguirlo con la mayor limpieza, regularidad y perfección, será siempre poco. Por eso los raspados han de ser completos, las incisiones finas y limpias, la antisepsia cumplida, y las suturas hechas con femenino cuidado. Y en esta tarea el bisturí será siempre el instrumento recomendable cuando sea posible utilizarlo, puesto que con él se obtiene el ideal del método por el que se extirpa, á veces se repara y siempre se tiende á alcanzar el fin de la estética quirúrgica. ¡Ojalá pudiera hacerse uso de él con exclusión de otro alguno! Así se obtendrían frecuentemente cicatrices regulares, como si con él se dibujaran sobre la piel líneas que hubieran de ser luego apenas perceptibles y fueran sólo un recuerdo borroso de la fealdad desaparecida.

Un interesante problema respecto á incisiones es el de las incisiones *ocultas* y el de las *disimuladas* para fines estéticos. En su día fueron las primeras el objetivo único que se perseguía en la estética cutánea. Morestin, su gran propagador y el verdadero creador de la cirugía estética á principios de este siglo, las combinaba con los grandes despegamientos y desprendimientos que permitían reparar lesiones en regiones apartadas del sitio de la incisión, corrigiendo sus defectos. Estas incisiones, que parecían en otro tiempo de gran necesidad para resecciones tegumentarias extensas, suplían la falta de elegancia de la cicatriz con la solidez, pero tenían los inconvenientes de no dejar á veces suficiente espacio para operar por lo lejano de la abertura, lo que solía producir falsas rutas, fáciles secciones de nervios (muy de temer particularmente en la cara) y también de las venas subcutáneas con penosa hemostasia que dejaba hematomas en el fondo del saco formado. Por eso y por una natural evolución hacia lo más útil, puede asegurarse que el método de las incisiones ocultas en toda ocasión pertenece ya á la historia de la cirugía contemporánea. Los perfeccionamientos modernos han permitido hacer suturas que pueden soportar grandes tracciones á pesar de parecer frágiles, siendo estéticas, sin necesidad de acudir á las incisiones ocultas.

Claro es que hay otras incisiones que, aun no siendo por el método de Morestin, pueden y deben hacerse algunas veces; son las *disimuladas* las que se hacen entre los pliegues naturales de la piel y, en estos casos, con una sutura ordinaria bastará si se tiene cuidado de unir bien como es de rigor los labios de la herida. Y, sin embargo, no son fáciles de hacer estéticas, á no guardar ciertas reglas, como la de atender bien las partes terminales, de las que suelen partir las feas irradiaciones de las cicatrices nacidas de incisiones mal hechas, siempre que el ángulo de reunión de los bordes traspasa los 30° á 40° en la piel gruesa ó los 40° á 50° en la piel fina y suave, cosa evitable cuando se termina la incisión en forma de punta de lanza si la resección extensa lo ha sido en la de elipse; y como también la regla de hacer que el punto final caiga sobre un pliegue de la piel que le sea perpendicular, á fin de que no se forme luego un verdadero cordón que desfigure y afee. Todo ello más que en los libros, debe aprenderse en la continuada práctica.

Generalmente en los casos de incisión lineal sobre superficies lisas sin extirpación tegumentaria no se ofrecen grandes dificultades para practicar la consiguiente sutura á fin de que quede una cicatriz aceptable. Las dificultades se presentan en cirugía estética cuando se realiza, no una incisión simple, sino una resección cutánea en la que, siendo los bordes de la herida curvilíneos, v. gr., en ciertas autoplastias, hay que llegar en ocasiones á resolver verdaderos problemas de estética de la piel. Cuando hay posibilidad de disimular la cicatriz en un pliegue cutáneo todo quedará reducido á trazar la figura geométrica que describa la in-

cisión, por ejemplo, una elipse ó un ovoide, etc., de manera que su eje mayor coincida con el repliegue correspondiente. Pero esto no es posible realizarlo siempre, pues según el sentido en el que sufran la tracción los tejidos limítrofes de la cicatriz, ésta se saldrá del surco donde se la procura ocultar. De aquí la necesidad de recordar que una incisión hecha, por ejemplo, cerca del pliegue superior del cuello, no es conveniente que se haga en el mismo pliegue (pues la ptosis natural de los tejidos tenderá en su día á atraerla hacia adelante para hacerla visible), sino á 2 ó 3 milímetros de ese pliegue, sobre todo si el sujeto presenta la tendencia á tener una doble barbilla. De idéntica manera deberá procederse cuando se practiquen incisiones en la región pre-esterno-mastoidea en donde pueden disimularse igualmente con sólo procurar adelantarlas, teniendo en cuenta que el juego del músculo tenderá á hacerla ascender hacia atrás en dirección al relieve que hace la superficie del músculo. Este desplazamiento general de los tejidos, que pudiera llamarse movimiento de deslizamiento, no es seguramente del todo conocido por los fisiólogos á pesar de haberse observado bastante por aquellos que se dedican especialmente á la práctica de intervenciones quirúrgicas estéticas; de un modo general es posible apreciarlo en todas las regiones y el tenerlo en cuenta es de un gran valor para el buen éxito de las operaciones de este género. La dirección en que se realiza este deslizamiento es variable para cada región del cuerpo y está subordinado siempre á la clase de esfuerzos que lo motivan; esfuerzos y movimientos que, tirando de la piel, movilizan de este modo lentamente los tejidos sobre los planos profundos. Y que este deslizamiento se efectúa es tanto más cierto cuanto que ha sido observado por todos los que se dedican á este género de intervenciones. Fácil ha sido comprobar frecuentemente cómo cicatrices que servían de puntos de referencia que se consideraban fijos, se desplazan, elevándose ó descendiendo en grande extensión. De aquí que estimemos que, á pesar de lo insignificante que puedan parecer estas advertencias, el tenerlas presente es tanto como recordar á cada instante que en cirugía estética cutánea los éxitos y los fracasos dependen generalmente de causas al parecer insignificantes.

En cuanto al raspado y la monda habrá que decir que también requieren finura y tacto delicado. El raspado se usará cuando haya que arrastrar y separar producciones morbosas que hagan relieve en la cubierta cutánea ó se extiendan sobre su superficie, manejando la cucharilla paralelamente á ésta, y la monda cuando haya necesidad de penetrar en la profundidad de los tejidos. El raspado es útil si se trata, v. gr., de un molluscum contagioso, de un papiloma ó una verruga, y la monda en casos, v. gr., de una infiltración lúpica, en cuyo caso el raspado previo no será más que la preparación de la verdadera monda, única capaz de llegar á lo profundo, escarbando, huroneando y destruyendo lo patológico en el seno de todas las oquedades y anfractuosidades fraguadas en lo íntimo de los tejidos aún sanos, y pudiendo enuclear así las parcelas más insignificantes de lo sospechoso. El tacto del especialista sabrá, por la diferente resistencia de los tejidos, donde hay que detener el instrumento.

Permitidme ahora hablar de uno de los más interesantes puntos de este ligero estudio de cirugía estética de la piel, con alguna mayor extensión, aunque nunca con exagerado abuso de vuestra benevolencia. Es el de las suturas. Coser tejidos que violentamente fueron separados por el traumatismo patológico ó por procedimientos operatorios tiene siempre por objeto hacer que la piel, la protectora de las

partes interiores y la barrera natural contra la infección, vuelva á unirse para cubrir lo que la naturaleza quiere tener constantemente á cubierto; pero también se propone alcanzar otro fin, sobre todo si la piel es la de partes á la vista; interviene entonces un factor nuevo y es el de la necesidad de dejar sobre ella la señal menos ostensible de la lesión.

De todos los tejidos del cuerpo humano, unos de los que más derecho tienen á ser bien tratados por el práctico son los de la envoltura cutánea. El rostro, el cuello, la entrada del seno en la mujer, los brazos y las manos, son partes que atraen la mirada y fijan la atención; son también las que llevan ostensibles las huellas de enfermedades padecidas y en las que imprimen su sello los años. Por su aspecto constituyen la ejecutoria de la belleza y el certificado de la salud. El cirujano que no cuida del privilegio que tiene la piel para ser bien tratada, que no evite las señales de la lesión, en lo posible, ó haga evidente el mal trazado dibujo de su bisturí, ó la tosca mano que juntó mal los labios de la herida ó hizo burda la sutura, no se hará nunca perdonar por el cliente agraviado. El estigma vitalicio de las cicatrices será también el de la impericia del operador.

En la actualidad son variadísimas las formas de sutura estéticas que se emplean, así como lo es la técnica para practicarlas. No extrañéis que en su descripción me extienda un tanto, porque considero que este es uno de los más importantes asuntos de que se puede hablar cuando de cirugía estética de la piel se trata. Una cicatriz viciosa que deforma y afea debe evitarse siempre, y el arte posee actualmente medios de conseguirlo.

Para ello se empleará la sutura verdadera, corriente, llamada cruenta, ó sin grapas (mal llamadas *agraffes* por los que se empeñan en desconocer nuestro idioma), que es el mejor medio de síntesis de los tejidos y el más común en todo género de heridas.

Esta sutura podrá ser ó percutánea ó intradérmica ó hipodérmica: la primera, en forma de sutura entrecortada simple, doble, de punto por encima y de punto por encima con puntos de refuerzo y sostén. Su empleo no es de un gran provecho generalmente en cirugía estética de la piel. La intradérmica, comprendiendo solamente las capas profundas de la piel (de modo que no sean visibles sus puntadas por quedar ocultas tras la línea de reunión), es la que preferentemente interesa á los fines estéticos, practicándose de muy diverso modo en forma, primero, de sutura continua de puntos dados en el sentido longitudinal de la incisión; segundo, de sutura de puntos transversales; tercero, de sutura en zig-zag, y cuarto, de sutura de puntos separados. Finalmente, la sutura hipodérmica se hace cuando se realizan extirpaciones profundas en las que se ha interesado el hipodermis, cosa no tan frecuente en las operaciones dermatológicas.

(Continuará.)

TRAUMATISMOS CRANEOCEREBRALES ⁽¹⁾

POR

VICENTE FIDALGO TATO

Médico titular jubilado del Ayuntamiento de San Pedro Abanto y Ciérvana (Vizcaya) y del Hospital minero de Triano.

El afásico sólo cuenta con algunos monosílabos ó alguna palabra incoherente; recuérdese el Bo... bo... bo... repetido de Olo; se le enseñaba cualquier objeto de uso corriente, como una llave, un tenedor; sabe

(1) Véase el número anterior.

para qué sirve cada uno, pero no lo puede expresar con palabras, diciéndole el nombre, y en seguida mostrará por gestos su agrado y asentimiento, por oír el nombre de la palabra que buscaba.

El aparato fonador está íntegro, pero le falta transformar la idea concebida en signos exteriores; cuando la lesión no es irreparable, puede recobrar el funcionamiento de su aparato; pero si es profundamente irreparable, el afásico queda cojo del cerebro, según Trousseau.

«En algunos casos, dice J. Dieulafoy, el trastorno del lenguaje debido á un defecto de transmisión, se manifiesta por agrafia; el enfermo ya no puede escribir; la parálisis del brazo derecho, á menudo asociada á los trastornos afásicos, no permite siempre que se observe este síntoma; pero por lo general la parálisis es poco marcada, y el enfermo podría, por lo demás, trazar letras ó palabras con la mano izquierda. Ahora bien: el que está afectado de agrafia no puede escribir como el afásico de que antes he hecho mención; no puede hablar; la agrafia puede presentarse sola ó coincidir con la afasia propiamente dicha.

Al lado de la afasia que acabo de estudiar, y que puede servir de tipo porque representa el caso más común, hay otras variedades: en ciertos individuos las facultades intelectuales están comprometidas, lo que se explica por la extensión de la lesión cerebral; en otros la afasia es incompleta, y el enfermo sustituye por otras, en medio de una palabra ó de una frase, letras ó sílabas, que hacen ininteligible la palabra ó la frase: esta es la *parafasia*. Dicha sustitución la hace también cuando escribe. En ciertos casos los diversos modos del lenguaje están independientemente afectados. Lasse, que habla de un músico afásico, que no podía leer ni escribir, pero que anotaba cualquier frase de música que oía cantar; la mímica no está perdida siempre en el afásico; antes bien, á veces resulta exagerada.»

«La afasia que acabo de describir es la conocida desde muy antiguo y la más común, que se conoce en la actualidad con el nombre de afasia motora. Esta designación la distingue de las afasias sensoriales, que ahora vamos á estudiar.»

«Algunos individuos no son afásicos propiamente dichos, porque pueden hablar y escribir; pero están afectados, según la expresión Kussmaul, de ceguera verbal ó de sordera verbal. En el enfermo con sordera verbal, el oído ha conservado su agudeza, pues percibe fácilmente el tic-tac de un reloj; la inteligencia está intacta y el individuo contesta con claridad y en alta voz á las preguntas que se le hacen por escrito; pero si se le habla, no comprende nada; percibe una serie de ruidos que no tienen para él forma de palabras y carecen de significación para su inteligencia.

»En la ceguera verbal, el enfermo puede hablar y escribir; pero es incapaz de leer cualquier escrito suyo ó de otro; las letras sólo representan para él una serie de rasgos sin significación; de igual modo que en el caso de sordera verbal, las palabras no representan para el enfermo más que una serie de ruidos. En tales casos está rota la asociación entre el signo convencio-

nal—palabra hablada ó escrita—y la idea. En la afasia propiamente dicha, afasia motora, la que hemos estudiado en primer término, el enfermo es incapaz de transformar su idea en signos exteriores; pero estos signos—palabra ó escritura—los percibe perfectamente, mientras que en las afasias sensoriales, en la ceguera y en la sordera verbales, el aparato de recepción que en el cerebro debe recibir estos signos y darles su valor, está suprimido. En el primer caso hay trastorno en el aparato que elabora transmitiendo; en el segundo, lo hay en el que elabora recibiendo.» Consúltese la *Patología interna* de J. Dieulafoy, tomo III, cuarta edición española, páginas 320 y 321.

No obstante el tiempo transcurrido, Dieulafoy es el autor que trata con más claridad el centro ó centros del lenguaje.

Wernicke, después de Broca, es una de las figuras de más relieve acerca del estudio de la afasia; además del procedimiento que se percibe en la articulación de la palabra, hay otros en que el trastorno de la articulación de la palabra no es el síntoma principal. Muchas veces está alterada la comprensión del lenguaje, las palabras se emplean en sentido diferente al suyo, existen profundos trastornos en la lectura y escritura. Wernicke localiza un centro de imágenes auditivas en la primera circunvolución temporal izquierda; según él, el centro auditivo juega en el lenguaje un papel primordial relacionando la evocación de las imágenes motrices verbales localizadas en la parte posterior de la tercera frontal. Cuando el lenguaje interior está alterado por una lesión directa del centro sensorial, la palabra no desaparece, sino que está alterada, debido á que el centro de Broca se encuentra privado del freno auditivo. Niega los centros para la lectura y la escritura; sólo el lenguaje oral, según Wernicke, tiene centros corticales.

Wernicke admite varios tipos de afasia. La afasia sensorial está caracterizada por la imposibilidad de identificar las impresiones auditivas verbales, la comprensión del lenguaje hablado es imposible, como si al enfermo le hablaran un idioma desconocido, ó desde el punto de vista auditivo, hubiese olvidado su propio idioma. Se conserva el lenguaje articulado, aunque se emplean palabras vanas y sin sentido. El lenguaje voluntario y la repetición de frases raya en lo imposible. Esta alteración de la palabra, debida á la supresión del centro auditivo, lleva consigo perturbación en la emisión verbal (lectura y escritura).

La afasia motriz: en esta alteración el lenguaje articulado está casi completamente abolido, y la audición verbal está generalmente intacta, la escritura presenta graves alteraciones, ya por la pérdida de los movimientos necesarios al acto de escribir, ya porque se destruyen las conexiones de asociación entre las imágenes motrices y las gráficas, ya fuera entre éstas y el centro auditivo.

En la afasia de conducción hay integridad del lenguaje interior, percibiéndose sólo la parafasia, perturbación del lenguaje, en que se emplease unas palabras por otras extrañas á la idea.

Hay sordera verbal cuando se interrumpe la vía que une el centro sensorial á la periferia, no entendiendo el enfermo lo que se le habla, pero sin trastornos intelectuales de articulación, lectura ni escritura.

En la afasia motriz pura está interrumpida la vía que une el centro de Broca á la periferia, limitándose los trastornos á la imposibilidad de la articulación de las palabras, sin alteraciones sensoriales, ni intelectuales.

Charcot admite la existencia de cuatro centros distintos: uno para las imágenes motrices llamado de Broca, otro para las imágenes auditivas ó de Wernicke; el tercero para las visuales ó de Dejerine Kussmaul; y el cuarto situado en el pie de la segunda frontal ó centro de Exner, para las imágenes gráficas. En concordancia con esto admite cuatro tipos de afasias, la motriz, la agrafia, la sordera verbal y la ceguera verbal. La palabra en una persona culta, no es unidad, sino un compuesto de cuatro elementos: dos sensoriales—uno auditivo y otro visual—y dos motores—uno oral y otro gráfico—superiormente á los centros de adquisición, se encuentra el centro de ideación en donde se elabora los distintos conceptos.

Las ideas resultan del funcionamiento solidario de diferentes centros y su íntima asociación.

El esquema de Grasset, ó la constitución de las afasias poligonales, con el puro objetivo de dar precisión matemática á los distintos tipos de afasia, en lugar de simplificar la cuestión, la embrolla.

En este dedalo intrincado de la afasia, de contrapuestas teorías en donde es difícil orientarse, salió á la palestra el eminente neurólogo Pierre Marie, que considerando como pesado lastre—que había de desechar—los conocimientos adquiridos acerca de la materia, ha creado una nueva doctrina de la afasia, más ó menos hipotética pero con sólida base anatomopatológica y clínica.

Comienza el insigne médico de la enfermería de Bicêtre, por negar lo que casi todos los demás habían admitido como verdad inconcusa: el que las lesiones del pie de la tercera circunvolución frontal izquierda produzcan afasia. Seguidamente, niega la existencia de las imágenes motrices y sensoriales y de sus centros, explicaba los trastornos de la comprensión y del lenguaje inferior por un déficit intelectual especializado para el lenguaje.

En la autopsia de un afásico puede encontrarse ó no una destrucción de la tercera frontal; esta destrucción, caso de existir, es accesoria. Se observa constantemente una doble lesión; los trastornos de la articulación de la palabra—anartria—dependen de una lesión de la zona lenticular; los de la comprensión y los de la emisión de la palabra, relacionados con el valor que se da á los sonidos articulados, dependen de una alteración de la zona temporoparietal de Wernicke; siguiendo en la descripción á F. Valladolid.

La base anatómica de la doctrina de Pierre Marie está bien fundamentada; en todos los citados en apoyo de su tesis ha hecho un estudio serio y detallado de los lóbulos cerebrales macroscópicos y microscópicos, del

que se deduce la existencia constante en los afásicos de lesiones en la zona lenticular ó de Wernicke.

Son también muy ponderables las razones en que se apoya para abandonar la clásica localización de la afasia en la tercera frontal izquierda; prueba que en el caso de Leborgne, que es el que sirvió á Broca para crear su doctrina; la lesión no estaba limitada al centro de las imágenes motrices de articulación, sino que la zona de reblandecimiento se extendía al pie de la frontal ascendente y á la ínsula y zona de Wernicke. ¿Qué fundamento había para localizar en el pie de la tercera frontal las alteraciones productoras de los trastornos afásicos? Ninguno.

El segundo caso que publicó Broca como reafirmativo del primero y de su base anatómica, es el caso de Lelong, cuyo cerebro se conserva en el Museo de Dupuytren, pudiendo comprobarse de la manera más clara la integridad absoluta de la tercera frontal.

Podría considerarse que la quiebra de la teoría de Broca era sólo aparente, por hallarse la lesión en el lado opuesto en los zurdos y ambidextros, pero Pierre Marie comprueba que tanto en la frontal izquierda como en la derecha, había integridad anatómica. Niega la existencia de las imágenes verbales, motrices y gráficas y de sus centros.

Para Pierre Marie, la afasia no es una enfermedad, no es una individualidad clínica, es un síndrome. Resulta de la combinación ó yuxtaposición de dos alteraciones muy distintas: la anartria y la afasia: la afasia de Broca se disgrega, pues, en anartria y afasia. La anartria es la imposibilidad de articular las palabras, corresponde clínicamente á la afasia motriz subcortical; el pensamiento del anártrico está intacto; el lenguaje está alterado.

La división clínica del síndrome de Broca en sus dos elementos, la anartria y la afasia, queda corroborada por la disociación de la lesión de origen. En la autopsia se encuentra fijamente la lesión de la zona de Wernicke. Toda lesión situada por delante del istmo temporoparietal, origina la anartria; por detrás la afasia, si abarca las dos la afasia de Broca.

Según P. Marie, en el afásico existe constantemente un déficit intelectual que varía desde la supresión total de todas las facultades hasta la disminución de las funciones normales; este déficit puede estar especializado por el lenguaje ó afectar también á la inteligencia general.

En la doctrina de P. Marie, hay una parte destructiva, que es la de relevar á la circunvolución frontal tercera, de la función del lenguaje, y, otra parte, constructiva, localizando aquella facultad en la región lenticular.

Una mujer observada con regularidad por G. Minigani, se hizo epiléptica á los cuarenta y dos años, y después sufrió una hemiplejia derecha, repite las palabras más difíciles, mas se embrolla al hablar de prisa (1).

La muerte sobrevino á los cuarenta y seis años;

(1) *La Semaine Médicale*, 7 Février, 1912.

presenta un sarcoma de 6 centímetros de diámetro, habiendo destruido enteramente la tercera frontal.

En el caso de M. Mott, se trata de un pensionado de asilo, algo imbecil, no presentando ningún trastorno de la palabra. La autopsia muestra que la tercera circunvolución frontal izquierda estaba destruida, y la circunvolución homónima derecha atrofiada.

La fisiopatología del lenguaje es una de las cuestiones cuyo desarrollo evolutivo ha sido más complicado dentro de los problemas que preocupan hoy a la patología.

La obra de los precursores de la afasia es bien conocida.

Todos citan a Gall, que arrastrado por su personal concepto de la fisiología del cerebro, localizaba la función del lenguaje en la circunvolución de la cara inferior en la parte posterior del lóbulo orbitario. Los ojos saltones indican el gran desarrollo de la facultad de hablar, medio de que se valía Gall para fijar esta calidad en una persona determinada.

En general los afásicos, según la escuela corriente, son enfermos que han perdido la facultad de transformar las ideas en signos sensibles de expresión y los signos de expresión en las correspondientes ideas. Esta definición fundamental queda en pie todavía, aunque la interpretación es diferente de la que le daban los clásicos (1).

Hay que poner varios reparos a la escuela francesa, que se lanzó a controversias interminables que continúan.

Un reformador del concepto de la afasia hay que buscarlo ahora en la teoría de la diáquisis de Monacow; en un libro sobre localizaciones cerebrales que se ha hecho célebre, von Monacow establece diferencias claras entre las localizaciones anatómicas y las fisiológicas. Tiene menos importancia la función encomendada a las neuronas lesionadas, que la disociación, la separación, la diáquisis por la que en un elemento anatómico pierde los estímulos funcionales que recibía del resto de los que con él desempeña una función.

Posteriormente Head ha dado una nueva interpretación de la afasia, que pretende eclipsar toda las doctrinas emitidas hasta la fecha.

La doctrina de Head es un esfuerzo en defensa de la minuciosa exploración de los afásicos, que ha sido poco atendida hasta ahora. Al mismo tiempo de saber la lesión que determina la afasia, es muy importante saber qué es la afasia misma.

Es una de tantas maneras de hacerse original, porque todos los que han formado escuela acerca de la afasia no han descuidado detalle que esclarezca las múltiples y casi insondables lagunas de la afasia.

Las conclusiones del neurólogo inglés Head, tienen la novedad de haber empleado nuevo material de observación, los combatientes de la última guerra europea, jóvenes con lesiones craneales recientes limitadas a la zona del lenguaje, descartadas todas las secuelas

de la cerebroesclerosis, que presentan siempre los enfermos de hemorragia cerebral.

Con el material clínico y exploración indicados, deducen las conclusiones clásicas: que en los afásicos no se encuentra nunca trastornos aislados de la palabra, de la lectura, de la escritura; en todos los afásicos hay alteraciones de todas las manifestaciones del lenguaje, previstas por nosotros en los traumatizados de las minas.

Head declara y demuestra, que el afásico tiene alteradas todas aquellas actividades que exige la verbalización. No ha perdido la palabra, ha perdido el uso voluntario de ella.

Al recibir una lesión en la zona del lenguaje, se produce una inhibición general de todas las actividades, y la afasia es total.

Los trastornos disociados de la zona del lenguaje presentan tipos diferentes. Figura en primer lugar la afasia verbal, se trata de un defecto de formación de las palabras, que son evocadas con dificultad. La lectura, la escritura, adolecen de los mismos defectos. Referente al aspecto sensorial, las órdenes dadas de palabra ó por escrito pueden ser ejecutadas, pero de un modo erróneo.

Colocan en segundo término la afasia nominal; es en esencia el uso defectuoso de los nombres, con pérdida de la comprensión del valor nominal de las palabras y signos.

La afasia sintética, es el tercero de los tipos de Head, se caracteriza el lenguaje por la pérdida de la coherencia gramatical. La lectura para sí es posible para estos enfermos, pero no la explicación del oído. La escritura también está gravemente afectada.

La afasia simpática, consiste en la pérdida de la facultad de reconocer correctamente la significación de las palabras y de las frases. El paciente puede comprender exactamente el significado de cada palabra, formando frases, pero el último sentido de ella le escapa completamente. No se puede enunciar simbólicamente una concepción general, aunque puede enumerar los detalles que la componen.

Aquí está en resumen la obra de Head con respecto a las afasias, conservando en el fondo la visión clásica de afasias de comprensión y afasias de expresión. Las afasias verbales y sintéticas son de expresión, en tanto que la nominal y las simpáticas son principalmente de comprensión. Crean muchos que tiene la teoría de Head la ventaja de ajustarse a lo que se presenta en la Clínica.

Aunque muchos creen que es un progreso y simplificación, a mí me parece que se aumentan las divisiones y la confusión; se trata de un alarde de novedades sin realidad clínica.

Se han establecido las localizaciones, no sólo por lo que se observaba en la Clínica y autopsias, sino que también se determinaba por exploraciones eléctricas en los centros de experimentación.

Sienta H. Duret, en su extensa y documentada obra de Traumatología cerebral de 1920, que las localizaciones han perdido de precisión; no es de sorprender la

(1) Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, 1.º de Octubre de 1920, núm. 1, Crónica.

afirmación, porque la realidad de los hechos, la lesión no se limita á una localización aislada, sino por congestión edema, y algunas veces derrame, se extiende á las regiones circundantes.

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un método sencillo para la demostración de las parálisis motoras de la extremidad inferior, por el doctor T. B. Throckmorton.**—En 1908 describió Hoover un síntoma nuevo para determinar las simulaciones de parálisis de la extremidades inferiores y las parálisis funcionales y diferenciarlas de las orgánicas. Cuando una persona normal yace en decúbito supino y trata de levantar en extensión uno de sus miembros inferiores, hace involuntariamente una presión con el talón del otro pie sobre el plano de sostén, presión que casi equivale á la fuerza que ha hecho para levantar el miembro opuesto y que es como un esfuerzo de equilibrio. Si se trata de un sujeto que tiene paralizado uno de los miembros inferiores (por parálisis orgánica verdadera) y trata de levantarlo en extensión, el talón del otro pie hace sobre el plano de resistencia una presión casi igual á la que haría en un sujeto normal, independientemente de que el esfuerzo hecho para elevar la pierna paralizada tenga resultado ó no le tenga. Cuando se trataba de simuladores ó de paresias funcionales, ocurría lo siguiente: Mandando al enfermo que elevara el miembro sano hacía con el que decía estar parésico una presión enérgica sobre la superficie de resistencia, y esta presión se hacía mayor todavía si se trataba de oponerse á la elevación del miembro sano. Y, por el contrario, mandándoles elevar el miembro enfermo, no sólo no lo elevaban, sino que el miembro sano no hacía la menor presión sobre el plano de resistencia. Si la parálisis hubiera sido orgánica, el pie sano hubiera hecho una presión enérgica. Este síntoma se ha generalizado poco, probablemente por la dificultad de determinar con seguridad la presión que el pie en reposo hacía sobre la mesa. Después de algunos ensayos, el autor ha discurrido un procedimiento de medir esta presión por medio del esfigmomanómetro. Coloca el manguito del esfigmomanómetro debajo del talón. Con el fin de que toda la presión se ejerza sobre él, conviene tener cuidado de que ni la pantorrilla ni el muslo toquen á la mesa, y para eso coloca debajo del manguito uno ó dos libros. Las paredes del manguito de goma deben estar separadas lo suficiente para que, á pesar de la presión, no lleguen al contacto, porque si llegaran, dejaría de poderse apreciar la totalidad de la fuerza hecha; esta presión se consigue cuando se inyecta aire en el manguito hasta que la aguja del manómetro marque, aproximadamente, una presión de 30 milímetros. Apuntada la cifra exacta que marca la aguja del manómetro antes de la maniobra se manda al enfermo que eleve uno de los miembros, teniendo el manguito colocado debajo del talón del otro y se apunta la presión máxima que marca la aguja y, especialmente, el punto en que se mantiene fija mientras la otra pierna está elevada. Terminada la lectura, que se debe repetir dos ó tres veces, se cambia de lado el manguito. Cuando se trata de una parálisis orgánica se observa que, al elevar el lado sano, el paralizado, si la parálisis es incompleta, hace una presión no muy intensa, pero sostenida, mientras que al elevar el lado paralizado, el lado sano hace una pre-

sión, no sólo escasa, sino que no se sostiene y muestra tendencia á ir disminuyendo constantemente, según van desfalleciendo los músculos que mantenían elevado el miembro afecto. En los casos de parálisis reciente, los intentos de elevación del miembro se traducían por presiones muy enérgicas del otro sobre el manguito, mayores que en las personas normales. En cambio, al tratar de elevar la pierna sana, apenas si la paralizada hacía presión hacia abajo. (Edición inglesa de *The Journal of the American Medical Association*, 14 de Abril de 1923.)

EN LENGUA ESPAÑOLA

2. **Abscesos provocados á bacilos de Eberth.**—Los doctores Destefano y Tobios comunican el siguiente caso clínico:

J. P. I., de quince años de edad, ingresa al servicio del profesor Allende ocupando la cama 4 el 6 de Febrero de 1922.

El padre sufre de una afección gástrica, la madre falleció á consecuencia de una hemoptisis, habiendo tenido un aborto y cuatro hijos que viven.

Como antecedentes personales nos refiere haber tenido gripe varias veces, no ha tenido aún contacto sexual, es onanista.

Comienza su enfermedad actual una semana antes de ser internado, con cefalalgia, insomnio, anorexia y decaimiento general; toma un purgante quedándose á dieta láctea, diarrea que persiste al ingresar al servicio.

Estado actual.—Sujeto de estatura mediana, en regular estado de nutrición, buen esqueleto. Adinamia y postración marcada.

Piel blanca con una erupción maculopapulosa de coloración rosa pálido algunas, de un rojo vivo otras, que desaparece á la presión del dedo y tracción de la piel, abundantes, á nivel del abdomen y escasas sobre el tórax.

Buen desarrollo piloso, escaso panículo adiposo; sistema muscular y óseo bien desarrollado.

Cráneo normal. Facies indiferente. Pupilas céntricas regulares, iguales, con reflejo fotomotriz normal. Labios secos, dientes bien implantados y conformados, lengua seca saburral, roja en sus bordes y punta.

Bradisfigmia, hipotensión arterial, dicotismo.

Area cardíaca normal, tonos limpios, bien timbrados. Bradicardia.

Ronquidos y sibilancias diseminados en toda la extensión del área pulmonar.

Abdomen ligeramente abovedado, meteorismo intestinal, gorgoteo en la fosa ilíaca derecha.

El borde inferior del hígado desborda dos traveses de dedo el reborde costal derecho y es algo doloroso á la palpación.

Bazo aumentado de volumen á la percusión, siendo palpable su polo inferior.

Deposiciones diarreicas, fétidas, en número de 3 á 4 por día.

Psiquismo normal, movimientos activos y pasivos normales. Reflejos tendinosos vivos, cutáneos normales. Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa normal.

Vestigios de albúmina y urobilina en orina.

La hemocultura revela la existencia de bacilos de Eberth en el medio sanguíneo, la reacción de aglutinación de Widal para el bacilo tífico es positiva al 1 : 50, 1 : 100 y 1 : 150. Hay leucopenia.

La temperatura oscila durante dos semanas entre 38°,5 y 40°.

El cuadro clínico presentado por el enfermo nos hizo for-

mular el diagnóstico de fiebre tifoidea, confirmado por el resultado positivo de la hemocultura y la reacción de Widal.

El enfermo es sometido á un régimen higiénico y dietético adecuado, aplicaciones frías permanentes en abdomen, adrenalina en ingestión, urotropina en inyecciones endovenosas y aceite alcanforado en inyecciones subcutáneas.

En la cuarta semana de la evolución del proceso tifoideo aparece en la cara externa y parte media del muslo derecho, en el preciso lugar donde practicaron varias inyecciones de aceite alcanforado, una tumoración caliente que en pocos días adquiere grandes proporciones, se hace muy dolorosa y fluctuante. Se la incinde entonces saliendo gran cantidad de pus espeso, amarillento. En la sospecha de que se trataba de un absceso eberthiano solicitamos del profesor Mazza, entonces director del laboratorio central del Hospital de Clínicas, el examen bacteriológico del pus. El resultado fué positivo desarrollándose en las siembras practicadas bacilos de Eberth al estado de pureza.

El cuadro térmico durante los días en que se formó el absceso adoptó un tipo intermitente con oscilaciones de más de 2°, cayendo la temperatura á 37°,5 después de la incisión del mismo, la que persistió algunos días para normalizarse luego definitivamente.

El enfermo sale de alta completamente restablecido el 19 de Abril.

En resumen, nuestro enfermo en la cuarta semana de su fiebre tifoidea hizo un absceso subcutáneo á nivel del muslo derecho en el sitio mismo en que se habían practicado varias inyecciones de aceite alcanforado, y este absceso encerraba bacilos de Eberth únicamente. El aceite alcanforado desempeñó aquí el mismo rol ocasional en la aparición de la colección supurada, que la cafeína, azul de metileno, sulfato de quinina, esencia de trementina, en las otras observaciones conocidas.

La producción de estos abscesos provocados á bacilo de Eberth ha sido considerada por Widal, al comentar la comunicación de Rathery y Bonnard y sus propias observaciones, como una reacción local del organismo á la penetración del bacilo en un punto de sus tejidos, cuando él está ya vacunado contra la infección, dado que generalmente han aparecido en un período tardío de la enfermedad, fijando entonces allí los bacilos acarreados por la sangre.

Queda sin explicación para nosotros, aun admitiendo esta interpretación para los casos positivos, el por qué de la rareza de estos abscesos provocados en una enfermedad tan difundida como la fiebre tifoidea y en la cual se hacen inyecciones de todo orden, verdaderos traumatismos químicos, á tal punto que creemos no exista un solo enfermo al que no se las practique durante la evolución del proceso.

Sobre la influencia que el absceso provocado pueda ejercer sobre la evolución de la fiebre tifoidea al fijar el germen en un punto dado, nada podemos concluir de nuestra observación, pues el proceso evolucionó siempre sin adquirir mayor gravedad, pero, hecho digno de mención, todos los casos hasta ahora conocidos terminaron con la curación. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 25 de Enero de 1923.)

SIFILOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Caso de sífilis cerebral hereditaria latente despertada por traumatismo.**—El Dr. José González J. Meneses comunica el siguiente interesante caso clínico:

En el curso del año 1920 al 1921, mes de Febrero, ingresó en la Clínica de enfermedades de la infancia de la Facultad de Medicina el niño de cuatro años J. G. F. Veinte días

antes, al salir de su casa, fué arrollado con gran violencia por una bicicleta, sufriendo un fuerte golpe en la región parietal derecha, con herida de 2 centímetros de extensión é intensa conmoción cerebral. Recobró el conocimiento á las tres horas en la Casa de Socorro, y entonces fué trasladado á su domicilio. Aquella noche aquejó cefalea y tuvo dos vómitos, y llamado el médico de la familia, prescribió un purgante, dieta hídrica y reposo en cama. A las cuarenta y ocho horas del accidente el enfermo pudo dejar el lecho, sin que se repitieran los vómitos; el dolor de cabeza era casi nulo, y aunque algo fatigado y pálido, podía considerarse fuera de peligro. La herida tenía buen aspecto y no se apreciaba hundimiento del cráneo.

Cinco días después este niño sufre un ataque epiléptico, con pérdida súbita de conocimiento, mordedura de lengua, micción involuntaria y movimiento convulsivo clínico del lado derecho de la cara y brazo del mismo lado. Al día siguiente se repiten estos ataques cuatro veces, pero sin pérdida de conocimiento. En todos ellos las convulsiones se limitan á la mitad derecha de la cara y brazo derecho. No hay afasia.

Los accesos epilépticos son cada día más numerosos, 6, 10, 14, 18, y así llegamos al del ingreso en la Clínica.

Presenciamos uno de ellos durante la visita. La mano derecha se crispa, los dedos se separan y contraen en flexión, la muñeca y los músculos del brazo en extensión, el lado derecho facial gesticula vivamente; hay un grito de poca intensidad que pudiera atribuirse al dolor producido por la contracción muscular exagerada. Esto dura dos ó tres minutos, dejando los músculos faciales y la extremidad sacudida en ligero grado de parálisis, pero con contractura y reflejo de la muñeca exaltados. El pulso, retardado, tratándose de un niño (70 pulsaciones).

Tenía este niño cráneo natiforme, frente olímpica, sistema dentario normal, desarrollo de tórax y miembros correspondiente á su edad, sistema ganglionar palpable, palidez acentuada de la cara, anterior, según los padres, al momento de la contusión. El examen de la sangre, llevado á cabo en el laboratorio de la Clínica, dió por resultado algo más de cuatro millones de hematíes, fórmula leucocitaria anormal en el sentido de aumento de los linfocitos (30 por 100). Reacción de Wassermann francamente positiva. Orina de veinticuatro horas, normal.

No podíamos dudar que teníamos un enfermo de epilepsia jacksoniana de tipo cervicobraquial originada por un fuerte traumatismo de la región parietal izquierda. ¿Qué era lo que motivaba esta epilepsia? ¿Era una hemorragia extra ó subdural ó aracnoidea, producida por lesión de la meníngea media ó de los vasos de la corteza cerebral? Dudábamos porque la hemorragia produce el coma, pero pocas veces producirá la epilepsia parcial; la parálisis intensa y de toda una mitad del cuerpo es muy característica de estas hemorragias, pero no la ligera parálisis que permitía en este enfermo hacer ciertos movimientos del miembro superior derecho cuando habían pasado unas horas del último acceso. Ciertamente era, sin embargo, que había existido *el intervalo libre*, al que todos los cirujanos conceden tanta importancia para el diagnóstico de las hemorragias craneales. Nuestro juicio diagnóstico acogía como más probable una fractura de la lámina vítrea del parietal con esquirlas clavadas en la zona motora. Pensábamos que *el intervalo libre* había sido el tiempo necesario para que la inflamación de la herida cerebral se produjese y la irritación y excitación motora de la corteza se manifestasen. Si habíamos de creer en la teoría de las localizaciones, debía ser pequeña la zona lesionada y corresponder á la parte media de las circunvo-

luciones frontal y parietal ascendente. La idea de una esquirla era más probable que la de una hemorragia para producir tan limitada lesión.

Este enfermo era seguramente sífilítico, no sólo por su reacción de Wassermann fracamente positiva, sino por presentar cráneo natiforme que con el diente de Hutchinson, la tibia en sable, el diente en destornillador y la atrofia cuspidiana del primer grueso molar constituye el grupo de distrofias consideradas por Fournier como absolutamente típicas de la sífilis heredada ó adquirida en los primeros meses de la vida. Además, el padre no ocultó que tres años antes de nacer este niño había sido contagiado. A pesar de esta convicción, no consideré á la sífilis como causante de las convulsiones, y muy convencido de que las lesiones podrían repararse por una intervención propuse al padre la craneotomía, que fué aceptada y practicada á los ocho días de su ingreso.

Anestesia por éter con el aparato de Ombredanne. Desinfección de la piel con el cloroformo iodado al 5 por 100. La craneotomía que practiqué en este caso, fué la amplia de Doyen y no la de Krönlein ó de Harvey Cushing. Estas son menos traumatizantes, pero parecen más indicadas cuando la lesión que se sospecha es una hemorragia craneana. Coloqué tubo de Esmarch rodeando la cabeza, pues si en el adulto puede prescindirse de él, no así en el niño, en el que es prudente evitar, aunque solo sea parcialmente, la hemorragia de los vasos del colgajo cutáneomuscular. Incisión de todos los tejidos blandos, cuyo extremo anterior empieza á un través de dedo por detrás de la apófisis ascendente del malar á nivel del arco zigomático, y elevándose recorre la región escamosa del temporal y una gran extensión del parietal, terminando en forma de herradura á un centímetro por encima y detrás del pabellón de la oreja. Las boquillas de los vasos fueron ligadas en seguida para quitar el tubo de Esmarch. Despegamiento del periostio con la rugina en un centímetro de extensión reproduciendo la forma de la incisión de la piel y tejidos blandos. Aplicación de los perforadores y de la fresa núm. 2 en cinco puntos equidistantes de la zona de periostio despegado. El que haya practicado esta operación en el adulto y podido apreciar la dureza del cráneo y su oposición á la fresa, se sorprenderá al compararla con la blandura del cráneo infantil. Es, por ésto, un tiempo delicado y debe hacerse escasa presión con la mano izquierda sobre la cabeza del trépano. También fué en extremo fácil el corte de los espacios óseos ó puentes entre los orificios practicados con la fresa. Utilicé la sierra de Gigli para ello, y en seguida, introduciendo la rugina en la incisión ósea á modo de palanca, fracturé por su base el colgajo óseo que fué invertido sobre el pabellón auricular, formando cuerpo con el colgajo de partes blandas.

Ningún derrame sanguíneo extradural, la meníngea media intacta y la cara vítrea del colgajo sin la más pequeña esquirla. Incindí la duramadre en toda la extensión de la herida y encontré las circunvoluciones sanas. La zona rolándica estaba expuesta casi en totalidad, sólo faltaba una pequeña parte del lóbulo paracentral. El color del cerebro era rosado como corresponde á la infancia. Lo único anormal que observé, era que éste no latía y que tenía muy pronunciada tendencia á herniarse. Puncé el ventrículo lateral con una fina aguja de platino, obteniendo un líquido céfalorraquídeo que salió en arco con mucha presión. Vacíé 30 c. c., y desde que había extraído la mitad empezó el latido cerebral. Había, pues, hidrocefalia.

Terminé la operación suturando con cuatro puntos de catgut la duramadre y colocando un drenaje de crines formado por un pequeño mazo de éstas, que asomaba por las

dos extremidades de la herida cutánea. Suté la piel con crín.

Apenas salió este niño de la anestesia, los ataques de epilepsia cóvico-braquial se reprodujeron con mucha intensidad y frecuencia. Primeras veinticuatro horas, 23 convulsiones. Segundas, 28. Terceras, 31. Cuartas, 20. Su estado era tan grave, que sólo esperábamos la muerte, y cada mañana me sorprendía al llegar á la clínica y saber que aún no había fallecido.

La epilepsia fué haciéndose más tolerable y los accesos eran ya 10, 12, 9, siempre sin pérdida de conocimiento.

A los treinta y dos días de su ingreso le dí de alta con la herida cicatrizada, pero padeciendo los ataques como antes de la operación.

Ya en su domicilio, bien tarde por cierto, pensé que la sífilis pudiera ser la causante de todo é instituí su tratamiento. Fricción diaria con 3 gramos de ungüento mercurial doble, 30 centigramos de yoduro potásico y 15 centigramos de neosalvarsán en inyección intravenosa cada ocho días. Al día siguiente de la primera intravenosa cesaron las convulsiones, sin que se hayan repetido hasta el día. Se encuentra hoy en perfecto estado de salud y desenvolvimiento psíquico.

Este caso patológico da motivo á varias reflexiones:

1.^a La teoría de las localizaciones cerebrales sufre en él excepción, pues puedo asegurar que el punto rolándico de la corteza que inerva el brazo y cara presentaba un aspecto idéntico á las demás partes descubiertas del cerebro, es decir, completamente normal. Esta excepción no es única, varios autores mencionan otras; véanse los casos publicados por los profesores Lépine, Faguet, Lowitz, Bihzault, Lucas Championer, Dieulafoy y otros.

2.^a Siendo la epilepsia, tanto la parcial como la general (mal llamada esencial), muchas veces de naturaleza sífilítica, debemos siempre instituir en todos estos enfermos un tratamiento de prueba, aun en aquellos en que los antecedentes sean negativos, no existan estigmas y la reacción de Wassermann sea negativa. De haber seguido esta prudente conducta el enfermito no hubiera sufrido operación de tanta gravedad.

3.^a El diagnóstico anatómico de este proceso patológico, sólo ha podido precisarse después de la craneotomía, porque si antes de ella trató al enfermo como sífilítico, siempre hubiera seguido creyendo en la existencia de una lesión en la zona rolándica. Ha sido el relatado un caso de hidrocefalia aguda de todos los ventrículos, ó más probablemente, sólo del ventrículo lateral izquierdo. Bastaría para producir esta hidrocefalia parcial que la ependimitis ventricular obstruyera el agujero de Monro. Es sabido que el epéndimo ventricular, las venas de Galeno protegidas por la tela coroidea, la ampolla de Galien son órganos delicadísimos cuya menor alteración ocasiona un cambio de presión en el líquido céfalorraquídeo con producción de hidrocefalia, y que esta enfermedad se manifiesta muchas veces por fenómenos convulsivos generales que en el caso presente, y sin que pueda explicar la causa, fueron parciales.

El traumatismo obró en este enfermo disminuyendo la capacidad defensiva de los tejidos cerebrales y entregando á éstos á la acción de los treponemas. (*Archivos Españoles de Pediatría*, Diciembre de 1922)

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 Carlián.—Cuestiones sanitarias: Reformas en el Cuerpo de Baños, por H. Rodríguez Pinilla.—Futura reforma del Senado, por el Dr. Luis Marco.—Al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, por Manuel Martínez Saldaña.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Sección oficial: Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Real Academia Nacional de Medicina.

¿Por qué tal sorpresa?—Real orden de Hacienda.

Por fin el último miércoles, desaparecidas las causas involuntarias que la habían hecho aplazar, dió, ante numeroso y selecto público, el joven catedrático Sr. Giménez Díaz su anunciada conferencia acerca de «La predisposición constitucional en Medicina interna» en la Real Academia Nacional de Medicina. El conferenciante, escuchado durante hora y media con religiosa atención, dió gallarda muestra de sus condiciones oratorias y de la novedad copiosa de sus conocimientos. Nuestros lectores podrán conocer este trabajo que con la suficiente extensión publicaremos y que el público académico premió con calurosos aplausos.

En la sesión literaria del sábado, que debió ser la última de este curso, hicieron comunicaciones interesantísimas, el profesor Sr. Márquez acerca de «Las hemorragias, las perturbaciones visuales y la ceguera»; el Dr. Pulido Martín sobre un cálculo colosal extraído con buen éxito de la vejiga de la orina; el Sr. Codina acerca del caso de tuberculosis por él presentado en sesiones anteriores y que ha dado lugar á la lucida discusión en que viene resumiéndose el estado actual de las aplicaciones de las doctrinas del Dr. Ferrán á la profilaxia y tratamiento de dicha enfermedad. Quedando varias comunicaciones anunciadas desde el principio de curso y que no han podido exponerse, propuso el presidente que se celebre otra sesión extraordinaria con la que deberá cerrar sus tareas el curso excepcionalmente brillante de 1923.

Al día siguiente, domingo, se celebró sesión solemne para la recepción del Dr. Cardenal, quien leyó el correspondiente discurso doctrinal acerca de los *Ensayos de rejuvenecimiento*. Este trabajo de tanta originalidad como erudición y sentido práctico, fué recibido con marcadas y repetidas muestras de aprobación por el selecto y numeroso público que llenaba el local.

La contestación del Sr. Marañón fué nueva muestra del espíritu elevado y culto al par que de la exquisita forma literaria que cada día resplandece más claramente en los trabajos de nuestro joven

amigo. Como de uno y otro discurso hemos de dar cumplida y extensa cuenta, dejamos á los lectores que en su día los comenten como merecen.

Nuestros comentarios acerca de la oportunidad ó inoportunidad de la Real orden convocando á la elección de la Junta de Patronato y Defensa, manifestamente desautorizada por las opiniones de los médicos particulares, de la prensa, de los Colegios médicos y del famoso plebiscito, han producido sorpresa en los paladines residuales periodísticos de la susodicha Junta.

Nosotros nos limitamos á preguntar como Mefistófeles en la ópera de *Fausto*: ¿*Per che tal sorpresa?* Solamente á los que tengan muy dormida la memoria ó muy despierta la poca caritativa intención, les puede producir maravilla que EL SIGLO MEDICO predique la *formalidad* en los asuntos oficiales y quiera que todo el mundo se someta a ella, como él se ha sometido y procura someterse siempre durante su larga vida.

Si con tales aspavientos se pretende imponernos un cambio de conducta, es tiempo perdido el que en tal labor se emplea. Creemos, y en vista de ello nos permitimos llamar la atención de nuestros lectores:

1.º Que la Junta de Patronato y Defensa, creada con la más sana intención en la Instrucción General de Sanidad, lejos de llenar los fines discurridos por su autor el Sr. Maura y sostenidos por el Sr. Cortezo, ha venido á constituir un organismo inútil nocivo que dificulta, sin visible provecho, el mejoramiento de las clases sanitarias.

2.º Que existentes los Colegios obligatorios provinciales, á éstos están lógicamente conferidas en cada provincia las funciones de dicha Junta, sin embarazosas duplicidades y con más fácil conocimiento de las circunstancias y necesidades locales.

3.º Que las condiciones en que se verificaron las elecciones de esta Junta anteriormente no ofrecen garantía suficiente de exactitud.

4.º Que los resultados de las opiniones consultadas en los diferentes organismos debieran justificar el que tal convocatoria no se hubiera llevado á efecto.

5.º Que ya que se ha tenido este metódico

respeto á una fecha automática (cuando no se suele guardar igual con otros preceptos de la Instrucción), es deber de la Dirección general primero, y por intermedio de sus inspectores provinciales y del Consejo de Sanidad después, el vigilar la forma de la elección, evitar las autorizaciones y representaciones fantásticas, no computar más que los votos legales y efectuar el escrutinio con absoluta legalidad.

6.º Que insistimos en que los cargos de esta Junta que debió ser representante de *todos los médicos titulares*, no deben estar hipotecados en personas determinadas, evitando las reelecciones y aun prohibiéndolas oficialmente.

7.º Que las abstenciones numerosísimas, que es lógico se comprueben, consten como elemento de juicio para inutilizar en su día la posibilidad de una elección artificiosa.

Y por último, que en esta tranquila y firme actitud nuestra de pedir seriedad y de predicar procedimientos claros, justos y legales, no pensamos cejar por nadie ni por nada.

Por el Ministerio de Hacienda, en Real orden que publicaremos íntegra en nuestro número próximo, se resuelve negativamente la instancia presentada por los Colegios médicos, mediante su Federación, proponiendo la forma de hacer practicable el impuesto de utilidades con relación á la clase médica.

Las personas ilustradas y competentes que son guía de este asunto, no necesitan que nosotros les recordemos, que contra esta determinación ministerial cabe el recurso contencioso administrativo, siempre que al invocarle se procure cumplir las condiciones que la ley correspondiente de 1904 marca y que nosotros hemos consultado á nuestros asesores, para poder hacerlas públicas y evitar la inutilidad del recurso por olvido de requisitos circunstanciales. Por hoy no decimos más.

DECIO CARLÁN

CUESTIONES SANITARIAS

Reformas en el Cuerpo de Baños.

CARTA ABIERTA AL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD

Mi distinguido amigo y colega: Corren rumores entre la clase médica, de que se trata de promulgar por Real decreto el proyecto de ley sobre «Profilaxis de enfermedades evitables», ya dictaminado en la alta Cámara, y que esto se realiza por satisfacer necesidades ineludibles de la higiene pública en España, y por satisfacer indicaciones de extraños, que procuran una sanción legislativa al viejo aforismo de que la salud de los pueblos no depende de un pueblo solo, y el conservarla y fomentarla es suprema ley.

Si tales rumores se confirman y vemos en la *Gaceta* las Bases y aun el Reglamento de la ordenación higiénica á que se alude, no cabe dudar que se pondría en manos de usted—quiero decir, en manos de las autoridades sanitarias—un arma

que podría ser eficaz para el mejoramiento de la salud pública en nuestro país. Ello será así, con la condición de que esa ley nueva otorgue medios para ser efectiva, y no sea una disposición gacetable más. Este resquemor que algunos sentimos, se debe á haber leído en una de las Bases, preceptos que son francamente inaplicables, como, por ejemplo, la obligación impuesta á los médicos y al público de denunciar la existencia de enfermos con tuberculosis, sin distinguir entre tuberculosis abierta ó cerrada, activa ó latente, quirúrgica ó médica. Como este olvido hay otros, teniendo el inconveniente del descrédito de que no se obedezca una orden gubernativa, que mejor estudiada podría tener sanción.

Se han escrito ya muchos artículos, comentando otras bases del proyecto, sobre las cuales yo no he meditado bastante, y no debo dar opinión. Pero hay una, la referente á la higiene balnearia, sobre la cual creo estar en condiciones de emitir juicio, y éste lo deseo someter á la consideración de usted.

Se advierte á la simple lectura de la Base á que aludo, que su redacción está inspirada en literatura extranjera. Se lee, entre líneas, que el autor ha debido pensar que España tenía que entrar en el concierto (1) europeo, copiando las disposiciones legislativas de las demás naciones, y en obediencia á tal juicio planea una gradual «libertad balnearia», es decir, una disolución del Cuerpo facultativo de médicos-directores de baños.

Esto de copiar lo europeo, sin poner mientes en las condiciones geográfico-históricas del país, tiene algunas veces un aspecto pintoresco, porque suele ocurrir que en el extranjero nos copian á los españoles, ó alaban nuestras instituciones legislativas. Y hasta suelen extenderse por ahí fuera, cosas españolas que no son de la mayor conveniencia, como, por ejemplo, la lotería y los toros.

En materia de legislación balnearia ocurre algo de eso. Hay en Francia muchos médicos, y de autoridad como la tuvo Brouardel, que estiman muy puesta en razón la obligatoriedad de la consulta médica del bañista con el técnico de la localidad balnearia. En la Sociedad de Hidrología de París se ha suscitado varias veces este asunto y ahora mismo en Italia se pone sobre el tapete, con motivo de cierto documento del profesor Domenico Barduzzi (de la Universidad de Siena), en el cual solicita de los Poderes públicos la creación de una cátedra oficial de Hidrología médica. En general se estima que el uso de ciertas aguas minerales puede ser peligroso, y que, por lo tanto, no puede dejarse al arbitrio del vulgo. Así, por ejemplo, ocurre en Italia con las termas de Salsomaggiore con cuyas aplicaciones mal hechas se corre peligro de agravar muchas dolencias, y en cuyo Establecimiento hay obligación para el bañista de exhibir un certificado del médico que aconseje el plan, y en el cual se haga solidario el firmante de las contingencias en la aplicación de su dictamen.

El problema fundamental en este asunto se refiere, en nuestra opinión, á considerar el grado de cultura de un país, el grado de instrucción y educación media que ostente un pueblo determinado. Porque, si bien es cierto que no crecen las alas de las aves en una jaula, también lo es que el condor se estrella en el abismo cuando remonta su vuelo á las capas elevadas de la atmósfera.

El Cuerpo Facultativo de Médicos-directores de Baños creado hace un siglo en España, se ha connaturalizado en el país, y lo reclama su condición nacional histórica. En el vocabulario hidrológico se llaman rocas congénereas á las que tienen una composición química análoga á la de las aguas que brotan de ellas. Y así podría decirse, metafóricamente, que la legislación balnearia española es congénere con la cultura

popular. La libertad para un hombre inteligente, es la conciencia de la ley, y para Juan Palomo, es hacer lo que le venga en gana.

En modo alguno quiere decir todo esto, que no haya que modificar lo estatuido, y que no tenga defectos. Los tiene y son modificables. Veamos algunos defectos, y acotemos algunas reformas, esbozando un plan rápidamente.

La idoneidad ó aptitud de los médicos-directores de baños tiene que ser una garantía para el público y los compañeros de profesión. No puede continuar un día más, señor Martín Salazar, eso de que tres médicos de baños certifiquen de la aptitud profesional de un compañero suyo con setenta años de edad. O tiene que hacerse la jubilación obligatoria, ó tiene que nombrarse otro personal que juzgue sin los prejuicios y afectos del compañerismo.

Los Bañerios de más de 2.000 concurrentes no deben tener un solo médico, sin auxiliar oficial que colabore en el trabajo. Hasta esa cifra puede un profesor capacitarse para tener cumplida su misión. Es sabido que no existe un solo Bañerio español que no cuente algún médico adjunto ó libre cuando el número de clientes llega á la cifra señalada, pero hay que prever las exigencias crecientes de la práctica profesional.

Los médicos-directores deben permanecer en sus establecimientos un número determinado de años. Y esto, no por la razón que se oye esgrimir entre los médicos generales y entre el gran público, es, á saber: porque conozcan mejor las propiedades de las termas, sino por otra razón, la de que conozca la clientela al mismo médico, y éste á sus enfermos consuetudinarios, que son muchos.

En efecto: el médico hidrólogo, si es tal, se pone pronto «al cabo de la calle», como suele decirse, en cuanto se instala en su bañerio. Si no fuese por esto, ¿á qué santo se llamaría especialista? Yo no enseño en mi cátedra de Hidrología solamente las técnicas de esta ciencia, sino que procuro también capacitar á los alumnos para que conozcan las indicaciones y contraindicaciones de las aguas minerales. No tanto me preocupa el hacer hidrólogos—pretensión vana en la escasez de tiempo y multiplicidad de problemas químicos, geológicos y médicos—cuanto la de completar la cultura del profesional con esa nueva fuente de aplicaciones curativas que dimana de la fisioterapia y crenoterapia.

Que los médicos-directores sean más estables, y que sean ellos y no los sustitutos los estables, Sr. Martín Salazar. Hay que exigir responsabilidades civiles, y no sólo en la administración burocrática, sino también en la profesional libre. No hay libertad de hacer lo que nos convenga, y ancha es Castilla.

Estas responsabilidades de que ahora se habla tanto en España tienen correlaciones orgánicas. Saltan de lo militar á lo civil, y de lo sacerdotal á lo laico, y de la aristocracia al pueblo.

En materia de legislación balnearia hay que pedir responsabilidad también á los propietarios de baños. ¡Qué vergüenza es, señor director de Sanidad, que se burlean de óptimas disposiciones legales los señores propietarios de las termas españolas! Se les mandó que renovasen los análisis químicos de las mismas, y no lo hicieron. Se les dijo que atendiesen á la policía sanitaria, á la higiene de los establecimientos, y no la atienden. Hay bañerio de justo renombre al que no se puede ir sin miedo de atrapar un paludismo. Y los hay, ¡ay!, ¡ay!, ¡ay!, donde toda incomodidad tiene su asiento.

Vea usted, pues, mi distinguido amigo y jefe, si esto se remediará con la base cuarta de la ley de «Profilaxis de enfermedades evitables». Yo me permito creer que no sucede-

rá así. Y, en cambio, es seguro que sin una ley más de las existentes, sin ningún Real decreto de los ya acatados, pero no cumplidos, se podrían obtener mejores resultados. Bastaba sancionar lo hecho.

Mientras la Sanidad española esté mediatizada en el Ministerio de la Gobernación, el remedio á sus males es difícil.

Mientras no haya castigo á los contraventores de lo ya preceptuado, el remedio á nuestros males es del todo imposible.

La Sanidad pública, ó es un organismo autónomo, ó no es organismo, sino un conglomerado de amena literatura y buenas intenciones.

Siempre suyo afectísimo,

H. RODRÍGUEZ PINILLA.

FUTURA REFORMA DEL SENADO

SENADORES UNIVERSITARIOS

I

Del 5 de Noviembre de 1921 al 4 de Marzo de 1922 publiqué en EL SIGLO MÉDICO siete artículos acerca de los desatinadísimos Reales decretos del exministro señor Silió y el no menos desatinadísimo Estatuto de la Universidad de Madrid ó Central. Titulábanse:

«El Claustro ordinario autónomo.—El Dr. Juan Palomo, catedrático.—La familia feliz universitaria.—Juana Lanús, oveja universitaria.—La estudiantina pasa.—Los bracmanes universitarios.—Preparatorios y postparatorios universitarios.» No voy á repetir lo dicho, sino á razonar la supresión de la Senaduría por las Universidades, ó el reemplazo del sistema electivo en éstas por la designación de los Rectores como Senadores natos, sin que se les pueda privar de la Rectoría durante el mandato legislativo del Senado hasta su disolución legal. Aún me satisface más la primera reforma que la segunda.

Pero, de seguir el sistema electoral universitario (i. i. aunque se volviese al esperpento de la fracasada falsa autonomía), al Claustro ordinario habría que impedirle *en redondo*, que fabricase á su medida el Estatuto de la Universidad y el cúmulo de Reglamentos anejos al mismo, para *explotación industrial de la Universidad por sus Funcionarios docentes*.

¿Quiénes son los interesados en la utilidad social de las Universidades y en el prestigio de su Profesorado? Las familias que costean estudios universitarios á sus hijos y á sus demás deudos, gastando no sólo, como todos los contribuyentes, en sostener el funcionamiento del Estado en todos sus órdenes, sino sufragando los gastos especiales de matrículas, libros de texto, programas, repases y lecciones particulares, derechos de exámenes, de reválidas y de títulos académicos universitarios; ingresos todos que irían á parar al Profesorado sin mejorar la enseñanza ni en personal docente, ni en edificios ó instalaciones científicas para la instrucción superior ó académica. Pues bien: á las familias de los estudiantes no se les da voz ni voto, ni *inspección* ninguna en lo que respecta á problema público y privado de tanta importancia para la nación y para las familias de los escolares.

¿Quiénes más están interesadísimos en que la Universidad y el Profesorado de ella sepan y quieran y puedan enseñar las ciencias á conciencia? Los alumnos de las Facultades todas, en los diversos títulos académico-profesionales que expiden. Estos deben constituir una sola Asociación escolar, con tantas Secciones como tengan las Facultades, y federadas todas las de las Universidades españolas, por mandato de la ley, sin permitirse que los Estudiantes (como *Corporación nacional*) puedan añadir al adjetivo sustantivado *estudiante* ningún otro adjetivo político, religioso, filosófico, social, etc., excepto el de *nacional* ó *español*.

¿Quiénes más están interesadísimos en los problemas de ciencia pura, de ciencias aplicadas, de la enseñanza fructífera para los escolares, sus profesiones técnicas, el adelantamiento científico y profesional, el prestigio, la cultura y la riqueza de la Patria? No sólo los contribuyentes en general, las familias de los alumnos y el Cuerpo estudiantil presente y futuro, sino la totalidad de los discípulos pretéritos que padecieron hace más ó menos tiempo la enormísima deficiencia de la enseñanza en sus tres órdenes y el enormísimo perjuicio que en sus profesiones respectivas les causó aquélla para siempre, á no convertirse en *autodidactos todos los licenciados y doctores*. El que, obtenidos tales títulos, no estudie más ó menos, y por sí mismo y siempre, no sabrá jamás nada de nada. Los Estudiantes, los Licenciados y los Doctores son ó han sido el verdadero Conde: *el verdadero Conde es el que paga*.

Para los Alumnos es la Enseñanza, y no para los Profesores. Mientras los últimos, corporativamente, no se pongan en el puesto subordinado que les corresponde (*el órgano es para la función*, y no la función para beneficio del órgano, sino para el organismo entero) el Claustro ordinario, donde tan respetabilísimos claustrales sueltos hay con los colores de todas las borlas y mucetas, donde existen eminencias dignas del primer lugar en el mundo civilizado, el Claustro universitario de Profesores, digo, no cumplirá con ciencia y á conciencia, con amor y devoción sus deberes en pro de la sociedad, las misiones científicas, técnicas y profesionales que el Estado les encomienda.

II

Entre los más graciosos artículos de *Figaro* hay uno en que, refiriéndose al hecho de haber sido electo diputado Mendizábal en muchos distritos, viene á decir el gran Larra (cito de memoria): —Si oís decir que se abren las Cortes, contestad que quien se abre es don Juan Alvarez Mendizábal.

De igual manera, podemos decir que: Se hizo no la autonomía de la Universidad, sino la autonomía de los Catedráticos con anulación de aquellos á quienes importa y conviene que haya buena enseñanza de tercer grado (y de los 1.º y 2.º también).

No me parece mal que ellos mismos, en su estupendo Estatuto se elevasen los sueldos (10.000 pesetas de entrada, 11.500 á los cuatro años, 14.000 á los nueve años, y 16.000 á los catorce años de haber ingresado en el escalafón). Si han de vivir con decoro y gastando

de su peculio para *estar al día* y siendo independientes de toda ocupación que el cultivo de las ciencias reclama, tengo por míseros é irrisorios tales sueldos. Merecen mucho más, todo sería poco.

En cambio, paréceme rematadamente mal que se hayan propuesto no dar *á cambio de los sueldos* (con detrimento de su respetabilidad y de su ética profesional docente) nada más que *sesenta horas* anuales, cuando el año tiene ocho mil setecientas sesenta horas, ó bien ocho mil setecientas ochenta y cuatro en el bisiesto, lo cual da por una hora de enseñanza ciento cuarenta y seis horas ó ciento setenta sin enseñar, y hasta pudiendo cobrar los sueldos *sin poner los piés en la Universidad*, ni en sus *Facultades* con dependencias fuera.

En cambio de su avidez por los *salarios no ganados* (huelga perpetua de «cerebros caídos»), cada año académico tendría dos cursos completos con matrícula independiente, en esta forma: 1.º curso, 15 de Septiembre á 31 de Enero, con *vacaciones* desde el 21 de Diciembre, aparte de los domingos y fiestas y elecciones, etc.; 2.º curso, 1.º de Febrero á 14 de Septiembre, con otras vacaciones desde 1.º de Junio. Además, dicen á los estudiantes que si no asisten á las lecciones no les parará ningún perjuicio (excepto el de no aprender) como estimulándoles á que los dos cursos del año académico sean una huelga estimulada por los Profesores, *ad maiorem Hispaniæ glorie*.

Y claro es que sobrados de tiempo, sin quehaceres obligatorios por el sueldo oficial, y necesitados de mayores ingresos no obligatorios, están dispuestos los señores Catedráticos á dar por dinero todos los cursillos, cursos y cursazos que les quieran pagar los estudiantes ó sus papás, en vista de las famosísimas *sesenta horas anuales* (en los doce meses completos de ambos cursos, con dobles vacaciones y todo) de lección por el salario que sus familias ya pagan.

Después de otras socaliñas universitarias autonómicas (abolidas las *autonomías industriales* de la Universidad), se ha manifestado en el periódico *El Sol*, órgano de varias empresas enlazadas por su origen, periodísticas, editoriales, librerías, fabriles y almacenistas, monopolizadoras y exportadoras, en los números del 15 y 16 de Mayo último, á razón de 2 y 3 artículos sobre la elección de Senador por la Universidad de Madrid: 1.º, que el celeberrimo Estatuto representa fielmente las grandiosas aspiraciones de los Catedráticos; 2.º, que sólo los Catedráticos deben ser elegibles para la Senaduría; 3.º, que el *Censo electoral* debe estar constituido de modo que sólo formen parte del Claustro extraordinario los Catedráticos y sus subordinados (auxiliares, supernumerarios, ayudantes, etc.), los doctores matriculados á quienes quieran conceder méritos científico-universitarios, los presidentes de las varias asociaciones estudiantiles y varios representantes de éstas. Todo ello con la idea de hacer un Claustro electoral á su imagen y semejanza; por primera providencia borrarón de una sentada á más de 80, proponiéndose ir en lo sucesivo disminuyendo el número de claustrales hasta dejar achicado el Censo y anulado el Claustro extraordinario, en su porción constituida por

derecho del título de doctor con arreglo á la Ley Moya no y á la del 77.

¿En qué proporción están los claustrales catedráticos y los doctores no funcionarios retribuidos universitariamente? El Censo de 25 de Enero del año en curso da un total general de 580, al que es preciso añadir otro que no consta en la lista, y eliminar dos fallecidos (los Profesores Ortega y S-govia), quedando en 581 votantes: de ellos, forman el Claustro ordinario 33 jefes de Institutos y Escuelas especiales, más 128 Catedráticos, que suman 161 Profesores; los 420 restantes son doctores matriculados, á la casi totalidad de los cuales se querrá privar de su derecho electoral en la futura reforma del Senado y de su Ley electoral, como se intentaba hacerlo en el Estatuto.

Y cuenta que estos últimos Doctores «compraron» el título (no supone saber más que los Licenciados, sino gastar más dinero) voluntaria y espontáneamente; mientras que casi todos los 128 catedráticos tuvieron que «comprar» á la fuerza el título de Doctor para tomar posesión de la Cátedra, firmar la primera nómina y cobrarla hasta que cumplan setenta años de edad. Los funcionarios pagados, los doctores por las pagas del cargo oficial, los Catedráticos que no quieren dar, á lo sumo, sino sesenta horas anuales de lección y desean que los alumnos no asistan y que paguen á los mismos Catedráticos otros cursos no oficiales, más libros de texto y programas y otras sinecuras por el estilo, esos entusiastas Profesores autónomos dicen que deben ser eliminados los doctores independientes; dicen que sólo los Catedráticos son la Universidad y que sólo un Catedrático debe representar... no á la Universidad, sino á los empleados docentes (ó indocentes) retribuidos para enseñar y no para explotar el cargo hasta lo más inútil de él, que es la representación parlamentaria electiva senatorial.

A lo cual acudo y digo: que no deben ser elegibles para Senador, ni tampoco electores para esa representación. Son unos empleados del Estado, con autonomía ó sin ella. Sólo miran al afán por los bienes terrenos. Los estudiantes y sus familias, los licenciados y doctores no catedráticos, los jefes de los demás Centros de enseñanza superior que no forman parte del Profesorado universitario efectivo, esos deben constituir el Censo electoral de la Universidad; de ninguna manera los que se han mostrado más ávidos de ganancias que de enseñanza, más deseosos de representar una nueva industria ó intereses industriales ajenos, que de los bienes intelectuales y nacionales supremos.

Y encima, en 5 ó 6 artículos de *El Sol* y de *La Voz* nos han llamado *beocios*, cual si fuese un insulto ser paisanos de Hesiodo y de Píndaro, habitar con las nueve Musas en el Helicón (sito en Beocia) y beber en la Fuente de Hipocrene (sita en Beocia). Son Beocios (en el sentido *papelistico*) los cuatrocientos ó más que no votaron á un Catedrático, y aun los miembros del Claustro ordinario que tampoco le votaron. He aquí las cifras: votos á favor del candidato de *El Sol* y de *La Voz*, 121 (el Claustro ordinario tiene 161 miembros vivientes hoy); no votaron á dicho ilustre periodista

460 *beocios*, en esta forma: por el candidato *beocio* 236 (por desgracia ha fallecido sin tomar posesión), abstenidos 216, votos sueltos y en blanco 7; total 460 *beocios*.

El Sol deplora que el *beocio* madrileño Sr. Conde de Romanones haya sido elegido por la Universidad de Salamanca; que el *beocio* valisoletano Sr. Silió, editor responsable del aborto autonómico universitario, haya sido vencido por un Catedrático conservador (no *beocio*) en la autonomista Barcelona; y que el *antibeocio* Sr. Ortega y Gasset haya sido rechazado por 460 *beocios* madrileños, de 581 claustrales de que consta el Censo universitario. El redactor de *La Voz*, Profesor Dr. Ortega y Gasset, 121 votos de *no beocios*.

En resumen: véase que no metan de matute (sin autonomía universitaria) en la reforma del Senado y su Ley electoral propia, la ilegal é inmoral é inconveniente supresión de los doctores matriculados. Antes que eso, es preferible suprimir las falsas representaciones senatoriales universitarias; con todos los respetos debidos á quienes han ostentado esa investidura parlamentaria, debemos confesar que no han hecho sino *ostentarla*. Eso ha causado el daño del bien que no han hecho; con autonomía ó con complacer á los Catedráticos en lo de no explicar, en lo de cobrar como funcionarios ó empleados en huelga, el daño sería mayor por el mal que harían.

El mal menor sería (en caso de que eso fuese un mal) prescindir de tal Senaduría, inútil en un caso, dañina en el otro. Si la Universidad sólo es el Claustro ordinario, si éste quiere ser el único representado por la Universidad, y si ésta ha de ser representada quieras ó no quieras por un Catedrático numerario y de su Claustro... no hay por qué ni para qué exista semejante falsísima representación universitario-senatorial. Catedrático el candidato, ó bien sólo Doctor matriculado, sea Senador quien tenga probados méritos eminentes, de carácter científico y hasta pedagógico. Y nunca, jamás, parecer que (tras de no representar á todos los elementos integrantes de la Universidad ó interesados en primer término por ella) se llevan representaciones extrauniversitarias, industriales, mercantiles, políticas, religiosas, económicas, etc.

De lo contrario, si un candidato carece de condiciones de cualquiera clase, por muy respetable que sea su persona, no merece la pena de que el Claustro extraordinario se reúna para elecciones de Senador.

DR. LUIS MARCO.

Al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.

Los obcecados individuos que á todo trance quieren aferrarse y convivir, dándose pisto de superhombres, al amparo de la Junta de Patronato de Médicos Titulares, no se hartan de hacer tonterías y ponerse, y lo que es más sensible, poner á todo el que con ellos se pone en contacto, en evidencia.

Que viven fuera de la realidad y en un mundo de ilusiones considerándose en posesión de una influencia y un ascendiente moral que los hechos y los números palmariamente demostraron no ser verdad, ya lo sabíamos; pero que



llevaran su insensatez hasta el punto de creer que la apasionada y ampulosa carta de recomendación lanzada á los cuatro vientos en loor y apoyo del político Sr. Sánchez, hubiera de repercutir en la opinión pública facilitando á este señor un triunfo que, si por su escaso relieve y significación desde luego, era muy problemático, á partir del momento en que ellos intervinieron precipitó á dicho señor de cabeza á una derrota, tanto más ridícula y bochornosa cuanto más se salía del marco en que se consumara, y de la cual difícilmente reaccionará en mucho tiempo... Por todo el mundo fué previsto, y sólo á ellos, que sin timón ni brújula navegan por el piélago inmenso del vacío, podía ocultarse.

[Al demonio se le ocurre aventurar á los desamparados titulares á una lucha en busca y captura de compromisarios, cuando sabido de todos es, que basta que expresen un deseo, para que el pueblo se les vaya encima y le haga imposible! Decididamente, los flamantes directores, no saben lo que se pescan.

¿No es una pena, y no supone una decepción y un inconcebible rebajamiento, el que una Junta, cuya presidencia en otros tiempos aceptada y enaltecida con gratitud por ilustres personalidades de máxima autoridad, se encuentre hoy abandonada en medio del arroyo, de donde no hay quien la recoja, y sucumba abrazada al único Sánchez con que, por lo visto contaba, como única garantía de su existencia y porvenir?

Y en tan desairada y grotesta situación, ¿tendrán los zarandeados caballeros desfachatez bastante á consentir aparezcan sus nombres en candidatura, imposibilitados como están de transportar sobre sus hombros el enorme bagaje de sus desaciertos, extralimitaciones y calabacinadas?

Trabajo cuesta creerlo, porque esto ya rayaría en la más descocada y cínica desvergüenza; pero ante la posibilidad de tamaño dilate que muy bien podría consumarse dada la abúlica indiferencia de los más inmediatamente obligados á evitarle, yo, pobre exmédico rural retirado de la profesión por el enervador agotamiento físico que acarrea el peso de los años, no puedo, á mi pesar, contemplar impasible y dejar pasen sin protesta los malabáricos cubileteos políticos á que los desaprensivos individuos de la Junta empujan á mis ex camaradas, porque ello supone además de una abusiva extralimitación de atribuciones en abierta pugna con los intereses colectivos que se la confiaron *en coto cerrado que jamás debieron traspasar*, un completo desconocimiento y punible indiferencia hacia las posibles desagradables contingencias que á los compañeros metidos á políticos pudieran sobrevenir.

Tan intolerables desafueros, más propios de exaltado club que de Junta protectora de una clase bien ponderada, ecuánime y reflexiva, deben tener á mi juicio el más enérgico y apropiado correctivo.

Ahora bien, en tanto las responsabilidades en que hayan podido incurrir se depuran, me permito suplicar al excelentísimo señor ministro de la Gobernación con toda clase de respetuosos encarecimientos, que decrete sea suspendida la elección convocada para el día 10 del próximo Junio; y de no ser así, que se aclare la Real orden anteponiendo un *No* al concepto «pudiendo ser reelegidos los que cesan» con que termina el art. 2.º, porque ese sería el mejor medio de que los individuos que constituyen la actual Junta no jugaran más al alimón con la clase médica titular, harta ya de sufrirlos y aguantarlos; y de que recobraran la tranquilidad y el ordenado funcionamiento fisiológico de que se hallan tan necesitados; dejando á otros la árdua tarea de restablecer los perdidos prestigios del organismo que aún pudiera ser en mejores manos de tanta valía.

No concluiré este artículo sin hacer patente el sentimiento que me causa el ver en este caso del brazo de los exaltados, á compañeros tan juiciosos y reflexivos como Campos, Sáinz, Vilarrubia y Gosálvez á quienes siempre consideré en el fiel de la balanza, y que no sé por qué, á mí se me antoja han de andar asqueados y poco satisfechos de algunas cosas.

MANUEL MARTÍNEZ SALDISE

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

RECEPCIÓN DEL DR. CARDENAL EN EL DÍA 27 DE MAYO DE 1923

El acto de ingresar en esta docta Corporación el sabio cirujano y director del Hospital Clínico, Dr. D. León Cardenal, ha revestido solemne fiesta académica. Fué presidida por el Dr. Cortezo, nuestro querido director, á quien acompañaban en la mesa los Dres. Fernández-Caro y Mariscal, que actuaba de secretario.

Los demás sillones estaban ocupados por sus compañeros de Academia y otros de distintas Corporaciones científicas. En la tribuna se veían distinguidas damas que embellecían el local con su presencia, y los divanes destinados al público ocupados en su totalidad por distinguidos médicos y muchos discípulos del Dr. Cardenal.

Empezó el recipiendario por dedicar encomiásticas frases al eximio Dr. Cortezarana, á quien viene á sustituir en el cargo, y después leyó su discurso que lleva por título *Ensayos de rejuvenecimiento*, materia ésta de tal importancia de la que procuraríamos dar una sucinta idea de cuanto interesante encierra. Explica el por qué de lo que hace muchos años se dió en llamar cirugía mutilante, que ha ido limitándose su campo de acción á medida que las ciencias auxiliares han progresado y la técnica ha tomado rumbos de mejor aspecto, para convertirla en cirugía conservadora. Mas este afán no ha quedado sólo á limitar mutilaciones, ha ido más allá y los cirujanos de hoy día han intentado substituir, reemplazar, restaurar todo lo estropeado, aunque ya no enfermo, para restablecer del modo más perfecto posible la integridad del individuo, cuyos éxitos se deben particularmente á los nuevos conocimientos en histología y fisiología, y á la mejor técnica quirúrgica. De aquí los injertos de tejidos vivos, y donde falta piel, se pone piel nueva; si es un pedazo de hueso el que ha desaparecido, se substituye por otro; si son tendones ó nervios, se buscan y se colocan en sustitución de los defectos existentes, y todos estos órganos ó tejidos transplantados pueden llegar á vivir y regenerarse, y más aún, hasta se han practicado injertos de órganos de estructura complicada y funciones muy complejas, como el tiroides, el ovario, etc., todo lo cual constituye lo denominado cirugía restauradora. Pero el cirujano de hoy aspira á más, y ha iniciado la cirugía regeneradora; pretende regenerar el individuo entero, haciendo retroceder en su vida, unas veces, á la época de mayor actividad, que rebasó prematuramente, á esa época de mayor lucidez de su inteligencia y de mayor resistencia de sus elementos orgánicos, que es lo que al mismo tiempo rinde mayores beneficios á la sociedad y á la especie y que debe durar más, fisiológicamente, de lo que parece admitirse; y otras veces, detener el desgaste producido por los hechos con los agentes exteriores, cada día más numerosos y agresivos; en una palabra, se trata de que el individuo pueda verificar su evolución en el tiempo asignado por la Naturaleza á cada especie, y pueda resistir á los acosos de la lucha por la existencia. Se trata, por consiguiente, no de restaurar tal ó cual órgano ó tejido afectado, sino del mismo organismo entero en conjunto.

El Dr. Cardenal explica la posibilidad de todo esto; la de restituir las energías perdidas en la vejez prematura, siempre y cuando no intervenga una causa extraña, una enfermedad, un traumatismo, etc. Para entrar en el fondo del problema estudia al individuo en sus distintas fases de infancia, pubertad, adolescencia y edad madura y vejez que termina por la muerte, para fijar cuál debe ser la duración de cada uno de estos períodos, si bien se expone á errores el determinarla. Según Buffon, la duración de la vida es de

seis á siete veces el período de crecimiento, y si éste termina de los catorce á diez y seis años, resulta que la vida natural del hombre es de noventa y cinco á cien años. Flourens rebasa esta edad hasta los ciento cuarenta años, basándose en que la terminación del crecimiento es á los veinte años.

El Dr. Cardenal cita curiosísimos ejemplos de vida longeva, cuyos individuos abusaron de los licores, de la venus, etcétera, á pesar de que estos abusos son desde luego muy perjudiciales para prolongar la vida; son casos rarísimos. Explica en qué consiste el envejecimiento y á qué se debe, y dice: «Todos sabéis que uno de los mecanismos más importantes de los encargados de regular las transformaciones que sufre el organismo durante su evolución, está constituido por un conjunto de glándulas, que por verter directamente á la sangre los productos que elaboran, se conocen con el nombre de glándulas de secreción interna, de las cuales citaremos por ser las más importantes y las mejores conocidas, el timo y el tiroides; la epífisis, las cápsulas suprarrenales y las paratiróideas; la hipófisis, el ovario y el testículo; el páncreas y el hígado, sin que esto quiera decir que no puedan descubrirse otras, ni prejuzguemos en un sentido ó en otro la posible intervención de la secreción interna de todas, absolutamente todas las células de nuestra economía.»

Como semejante estudio lo tiene tratado admirablemente el Dr. Marañón en su libro *La doctrina de las secreciones internas*, transcribe algunos párrafos de tan notable publicación, que le sirven de base al Dr. Cardenal para el desarrollo de su tesis. De ello se comprende que la glándula alrededor de la cual giran, por decirlo así, todas las demás, es la glándula genital, representada en el hombre por la substancia intersticial de Leydig, y en la mujer por los cuerpos amarillos y la substancia intersticial del ovario. La supresión de la glándula mononuclear produce hondas alteraciones morfológicas, que varían considerablemente según que esta supresión se practique antes ó después de la época de la pubertad. En el primer caso el individuo conserva la característica de la infancia que es el crecimiento; siempre resulta un niño (los eunucos): talle corto, pelvis de niño, dolicocefalia pronunciada, y también la distribución de la grasa al acumularse en determinadas regiones, comunica un aspecto muy típico á estos individuos, más parecido al niño que á la mujer. La laringe se detiene en su desarrollo y osificación y conserva el tipo infantil y, por lo tanto, también el timbre infantil ó pueril de la voz; sus órganos sexuales alcanzan un desarrollo muy escaso, no hay bigote, ni barba, ni vello en el tronco. En cuanto á su estado psíquico son perezosos, egoístas, fanáticos, envidiosos, en una palabra, conservan los caracteres distintivos del niño, más ó menos modificados por el ambiente en que hayan sido educados. La castración en la mujer va seguida de análogas manifestaciones. Saltan desde la infancia, sin dejarle pasar á la edad adulta, saltando, por decirlo así, todo el período más interesante de la vida humana. En el segundo caso, es decir, la castración en la edad adulta, los efectos son aparentemente distintos, pero en su esencia vienen á ser los mismos.

El Dr. Cardenal reseña los primeros síntomas de la vejez que empiezan, por lo general, entre los cuarenta y cuarenta y cinco años, aun cuando hay personas en que se observan ya alrededor y antes de los treinta años. Estos síntomas son: cierta corpulencia, aparición de arrugas en la cara, alargamiento de los dientes por retracción de las encías, atrofia de los maxilares, agrisamiento y fragilidad del cabello y caída del mismo, dureza del pulso, flexuosidad de las arterias, sequedad de la piel, alteraciones psíquicas, impotencia más ó menos acentuada, alteraciones ó desaparición de la menstruación, etc. Como todos estos síntomas van acompañados de una disminución de la actividad de la glándula sexual y recuerdan los efectos de la supresión de esta glándula, se ha intentado detener los progresos de la vejez prematura y que el período de madurez dure lo que debe durar con arreglo á la ley de Buffon, interviniendo, en una forma ó en otra, sobre la secreción interna de la glándula genital.

Los medios de que se dispone, los principales son tres: 1.º, la inyección ó ingestión de productos opoterápicos, como la espermina de Brown-Sequard ó de Pöhl; 2.º, injertos de glándulas sexuales de la misma especie ó especies afines; 3.º, provocar una hipertrofia de los tejidos endocrinos á expensas de los tejidos glandulares.

El Dr. Cardenal se ocupa preferentemente del tercer medio, por parecer el más racional, pues la secreción inter-

na es una secreción genérica en que ciertos tejidos se especializan, por más que todos son aptos.

Sigue en su práctica los experimentos de Steinach en los ratones, que han inducido al Dr. Cardenal á intentar en la especie humana, y se ha aprovechado en los momentos en que operaba á los herniados sin decir nada á nadie para que no tomase parte en sus resultados, la autosugestión, y dice que cuando á una glándula de secreción externa pura se le practica la ligadura, ó la ligadura y sección de su conducto excretor, se atrofia el tejido glandular doble, substituido luego por el conjuntivo. Expone varias conclusiones que motivan esta ligadura.

Los individuos operados en número de 58, los ha dividido en tres grupos: 27 de hombres que antes de cuarenta años están agotados y gastados por la vida del trabajo y privaciones; 22 que se encuentran en la edad crítica, entre los cincuenta y los sesenta años, y 9 de más de sesenta años. Se les practicó la ligadura y sección del conducto deferente de un solo lado, y más tarde, del otro; á otros, de ambos lados en la misma sección y se ha observado que en éstos es donde se han conseguido resultados positivos de rejuvenecimiento. Habla de cierto número de fracasos y expone luego la estadística de los 58 casos operados por ligadura del conducto deferente y de los conductos aferentes de un lado y de ambos á la vez. El éxito de estas intervenciones empieza á manifestarse á partir de las ocho semanas después de la operación y puede contarse con él hasta los cinco meses; que todavía ha transcurrido poco tiempo para sacar conclusiones relacionadas con la duración de los efectos del rejuvenecimiento de la glándula puberal.

La contestación á este sugestivo discurso estuvo á cargo del Dr. Marañón, que con tal motivo vino á demostrar sus profundos conocimientos sobre secreciones internas, expuestos de manera magistral y castizamente reseñadas.

Ambos discursos fueron estrepitosamente aplaudidos.

DR. CESALDO

Sección oficial.

MONTEPIÓ FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

Dofia Carmen Montesinos y Salas, viuda de D. Enrique Villegas, solicita pensión de viudedad.

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

Madrid, 9 de Mayo de 1923.—El secretario general, *Marrín*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 704.3; ídem mínima 693.5; temperatura máxima, 26.6; ídem mínima, 8.2; vientos dominantes, SSO. NNO.

Nuevo recrudecimiento en los afectos catarrales agudos de los órganos respiratorios; persistencia de las manifestaciones dolorosas reumáticas articulares y musculares; aumento de las manifestaciones cutáneas eruptivas del artrismo y de otros estados diatésicos. Tales han sido los datos que hemos recogido y que se explican por las incesantes variaciones meteorológicas de estos días.

Crónicas.

El centenario de Pasteur.—Por el Ayuntamiento de Madrid ha sido nombrado el Dr. D. César Chicote delegado para que represente á la citada Corporación en el centenario de Pasteur, que se va á celebrar en Estrasburgo.

Premio Achúcarro.—El premio Achúcarro, constituido para ser otorgado á los autores de los mejores trabajos de investigación histológica, ha sido concedido por el tribunal formado por D. Santiago Ramón y Cajal, como presidente; por el marqués de Palomares, y los doctores del Rfo Ortega y Severino Achúcarro, al Dr. D. J. Francisco Tello, cuyos méritos y renombre nos relevan de ensalzar su figura.

Nuestra enhorabuena.

La mortalidad en Madrid.—Según *La Voz Médica*, durante la semana del 14 al 20 del actual han ocurrido en Madrid 271 defunciones, cuya clasificación por edades es la siguiente:

Menos de un año, 49; de uno á cuatro años, 28; de cinco á diez y nueve, 32; de veinte á treinta y nueve, 32; de cuarenta á cincuenta y nueve, 55; de sesenta en adelante, 57.

Las principales causas de defunción son las siguientes:

Bronquitis, 39; bronconeumonía, 29; neumonía, 21; enfermedades del corazón, 18; congestión, hemorragia y reblandecimiento general, 13; tuberculosis, 34; meningitis, 14; cáncer, 14; nefritis, 4; gripe, 2.

El número de defunciones ha disminuído en 27 con respecto á la estadística de la semana anterior, y siguen dominando las enfermedades del aparato respiratorio.

Colegio del Príncipe de Asturias, para huérfanos de Médicos.—En la Junta últimamente celebrada por el Patronato de esta Institución, presentó el Sr. Isla la siguiente cuenta de Tesorería:

CARGO	Pesetas.
Existencia en Caja el 1.º de Abril de 1923.....	111.857,94
Ingresos habidos en Abril de 1923.....	17.808,60
Idem íd. del 1 al 27 de Mayo de 1923.....	15.147,65
	<hr/> 144.814,19
DATA	
Pagos efectuados en Abril de 1923.....	14.225,61
Idem íd. del 1 al 27 de Mayo de 1923.....	6.965,22
	<hr/> 21.190,83
Saldo s. e. ú o. existente el 28 de Mayo de 1923.....	123.623,36

Se acordó por el Patronato nombrar director interino del Colegio al secretario del Colegio de Médicos de Madrid, el Dr. D. Antonio Martín Menéndez.

De la Fiesta de la Flor.—El día 25 de Mayo por la mañana tuvo lugar la inauguración de un nuevo pabellón en el Sanatorio de Húmera, construído con parte de los donativos del pueblo español en la fiesta llamada de la Flor.

S. M. la Reina Victoria inauguró el pabellón capaz para 20 camas y en cuya construcción sólo se han invertido 55.000 pesetas.

El obispo de Madrid bendijo el edificio.

Asistieron la condesa de Romanones, duquesa de la Victoria y los Dres. Verdes, Martín Salazar, Call y el gobernador de Madrid.

La Fiesta de este año se celebra en el día de hoy.

En los años anteriores la recaudación fué:

En 1914, 131.207,93 pesetas; en 1915, 111.615,78; en 1916, 106.293,49; en 1917, 121.881,41; en 1918, 125.748,55; en 1919, 178.472,33; en 1920, 176.448,70; en 1921, 275.137,12, y en 1922, 135.894,00.

Instituto Rubio. Un banquete.—Por iniciativa de los Dres. Verdes Montenegro, González Bravo, Negrete, Landete, Sampelayo y García del Diestro, el banquete tradicional de fin de curso de los profesores del Instituto Rubio se celebrará este año con el carácter de homenaje al director y los compañeros que, aceptando la invitación de eminentes maestros alemanes, han acudido á Berlín, celebrando un acto científico que ha afirmado el prestigio del Instituto.

La Comisión espera que todo el Profesorado acudirá á rendir este homenaje á los distinguidos compañeros que de esa suerte han elevado en el extranjero el prestigio de la Medicina española.

Asociación hidrológica.—Se ha constituído en Madrid la Asociación hidrológica de médicos habilitados de aguas minerales, cuyos fines no pueden ser más laudables ni de mayor transcendencia para la Hidrología nacional, que, como se sabe, es una verdadera riqueza patria.

Dicha Asociación se propone el cultivo científico de tales estudios, el fomento y divulgación de estos medios terapéuticos y la defensa de los intereses del Cuerpo de médicos habilitados de baños, que lo forman una juventud brillantísima, ansiosa de trabajo y merecedora de toda clase de consideración y estima, puesto que sólo ellos pueden ser los cultivadores oficiales de la Hidrología y los propulsores de

la misma en su aspecto práctico tan beneficioso para los enfermos como para el Estado.

Fueron elegidos para regir dicha Asociación:

Presidente, el Dr. Eleizagui; vice, el Dr. Lavín; tesorero, el Dr. Piquer; secretario, el Dr. Carrillo, y vocales: los doctores Méndez Jiménez, Pamplona y Ratera; además de un vocal delegado por distrito universitario, en representación de los de provincias.

Podemos asegurar, dadas las personalidades que se han puesto al frente de la Asociación, que el éxito acompañará á su científica y patriótica labor.

Suscripción para los intelectuales de los países germánicos.—El Colegio de Doctores de Madrid está organizando una suscripción nacional entre todos los hombres que trabajan con la inteligencia y las Sociedades y Corporaciones de carácter cultural, para aliviar la situación por que atraviesan los intelectuales de los países germánicos, que, por carecer de material de laboratorio é instrumental quirúrgico, han interrumpido su comunicación con el mundo científico.

Bioplastina Sersono.—Al presente número acompañamos una delicada tarjeta del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), productos Sersono y Ergon; agente para España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona.

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

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.



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

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, caquexia, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

NIÑOS.—FIEBRES PALUDICAS,

GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES, después del brote en las ERUPTIVAS, estados febriles de las NEUMONIAS, BRONQUITIS y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles á base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

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

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