

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

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

SUMARIO: Sección científica: Notas clínicas: Hipospadias, por Antonio Morales.—Síndrome talámico, por Gonzalo E. Lafora.—Los nuevos preparados antilúéticos de bismuto (trepol y neotropol) 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.

NOTAS CLÍNICAS

HIPOSPADIAS

POR

ANTONIO MORALES

Hace muy pocos días he visto en mi consulta, en unión de mi hijo, á un niño de cuatro meses, con un hipospadias tan notable, que á primera vista se hubiese creído que se trataba de un individuo femenino. Este niño era de Olost de Llusanés. Sus padres están muy sanos y en completo desarrollo.

Estos casos son los que han hecho creer en el tipo hermafrodita. Había ausencia completa del pene y una hendidura en el rafe escrotal, que con las dos bolsas del escroto y sin las glándulas didímicas, que todavía deben estar dentro del abdomen, sujetas por el *gubernaculum testis*, daban la sensación de una vulva con los grandes labios.

Hay en los hipospadias una serie de formas, desde el que presenta el meato urinario en la base del frenillo, hasta el escrotal más acentuado, que parece del sexo femenino, que puede establecerse una serie bastante dilatada.

He operado alguno de los primeros, aprovechando el exceso de prepupucio del dorso. Se hace una abertura en la base, por donde ha de salir el glande, y, re-

frescando los bordes de este *colgajo-puente*, se forma la pared inferior de la nueva uretra, haciendo una canal en el glande, que llegue hasta el mismo vértice. Se coloca una sonda de goma, la que ha de estar aplicada, siete días, hasta obtener la cicatriz para el paso de la orina por el tramo de la nueva uretra.

A veces saltan algunos puntos de sutura y hay que repetirlos hasta dos y tres veces.

Depende de la paciencia con que han de tener la sonda, por cuyo motivo es conveniente practicar la operación en niños de alguna edad y que estén capacitados de la índole de la operación, ante el temor de una deformidad permanente.

Cuando se trata de esos hipospadias escrotales, como el que motiva este artículo, y otros que ligeramente describiré, por haber sido hace años objeto de una publicación, los procedimientos quirúrgicos no cumplen indicación alguna.

Ví, hace años, á un hipospádico, de siete años de edad, tan acentuado, que lo habían bautizado como á niña, dándole el nombre de Agustina; y á la que sus padres, creyéndola hembra, la vestían con el traje femenino.

Grande fué la sorpresa que tuvieron, así como su médico, de que yo dijese que se trataba de un niño, que hasta me indicaron que tuviese una consulta, á la que

consentí gustoso, y el diagnóstico se confirmó plenamente.

Había ausencia completa del pene y sólo un tubérculo con una pequeña depresión en el vértice, que fué lo que me sirvió para el diagnóstico anatómico. Este tubérculo parecía á primera vista el clítoris, pero éste nunca tiene la depresión que marca el hipospádico, el sitio que correspondía al meato-urinario.

Presentaba la división total del escroto con una hendidura profunda de la uretra, que parecía una vagina con los grandes labios. No había didimos y la orina salía á grandes chorros por lo que parecía vagina.

Para cerciorarme bien, tomé una sonda de goma y llegué á la vejiga urinaria.

El inocente padre se lamentaba de si él *podía tener la culpa de tal deformidad*, y tuvimos que demostrarle que la Naturaleza se había quedado corta en su tarea embriogénica.

Le aconsejamos que vistiese á la niña Agustina de niño, y que cambiase el nombre por el de Agustín para los efectos legales.

He visto otro caso igual en un niño de la Barceloneta, pero éste tenía muy pocos meses.

Una comarca del partido municipal de mi pueblo, Alora, provincia de Málaga, que llaman *Los Lagares*, está habitada por unos campesinos que muy pocas veces van al poblado. Hay individuos que no conocen la villa, capital del término municipal, más que cuando entran en quinta. Viven una vida casi salvaje. No hay escuelas, y sólo de vez en vez va por allí algún maestro famélico, hasta que encuentra otro medio mejor para vivir, que no andar ambulante, dando lecciones en caseríos pobres y distantes unos de otros.

Un maestro de esta clase hizo una gran propaganda comunista en 1860, cuando la sublevación de Loja por el veterinario Pérez del Alamo, que reclutó á muchos de éstos y algunos fueron desterrados á Fernando Póo, que fueron indultados poco tiempo después.

Los *lagareños* tienen el atavismo marroquí. No sabrán leer, pero tienen una destreza en manejar la escopeta, su eterna compañera, que muy pocos tiradores les aventajarán en su buena puntería.

Como hombres pegados al *terruño*, es su eterna obsesión el servicio militar, y mucho más cuando duraba seis años en filas. Pues para evitar dicha *contribución de sangre*, se ha podido comprobar: que muchos padres bautizaban á sus hijos como hijas, siendo un problema de difícil solución si llegaban á contraer matrimonio eclesiástico ó civil, lo que para evitar responsabilidades optaban por prescindir de toda fórmula legítima.

El hermafroditismo en las flores con sus estambres y pistilos, como si reconcentrasen su amor entre los pétalos de sus corolas, no es admisible en la especie humana.

Claro está, que en el concepto moral están invertidos los sexos en algunos individuos; así vemos mujeres *muri machos* y hombres *afeminados*, pero todo ello son formas degenerativas, que toda Sociedad debe combatir sin tregua de ninguna clase.

Barcelona, Mayo, 1923.

SÍNDROME TALÁMICO

POR

GONZALO R. LAFORA

Como es sabido, el síndrome talámico, descrito en 1906 por Déjérine y Roussy (1), se caracteriza por los síntomas siguientes:

- 1.º Hemiplejia ligera, rápidamente regresiva.
- 2.º Hemianestesia superficial con trastornos marcados de la sensibilidad profunda articular y muscular.
- 3.º Hemiataxia ligera y astereognosia.
- 4.º Dolor central del lado afecto.
- 5.º A veces movimientos coreico-atetósicos.

La mayoría de los casos de síndrome talámico con estudio anatomopatológico tenían la lesión localizada en la parte posteroexterna del tálamo, afectando al núcleo externo y al núcleo medio é interno. En los que se observaron movimientos coreico-atetósicos, la lesión se extendía algo por la parte posterior de la cápsula interna hasta lesionar el extremo posterior del núcleo lenticular. Debemos considerar este síntoma como ajeno al síndrome talámico puro, pues los estudios modernos (Hunt, Vogt, Mingazzini, etc.) sobre la localización de las lesiones extrapiramidales en el síndrome coreico-atetósico, parecen atribuir cada vez más éste á lesiones en la vía cerebelo-rubro-estriada.

La enfermedad se inicia, por lo general, con una hemiplejia sin pérdida del conocimiento. Esta hemiplejia mejora rápidamente en pocos días, sin que quede rigidez (á menos que haya lesión capsular) ni síntomas piramidales (signo de Babinski, clonus, etc.), y si solamente una ligera hemiparesia. En cambio, los síntomas sensitivos subjetivos y objetivos se hacen muy marcados. Entre los subjetivos destaca el dolor central que se localiza ya en el hombro (dolor óseo profundo) ó ya en el extremo distal de los miembros y en la piel de éstos (pinchazos, sensación de quemadura, etc.), mostrando exacerbaciones paroxísticas que hacen gritar á los enfermos; rara vez falta este síntoma. Entre los síntomas sensitivos objetivos debemos señalar la disminución de la *sensibilidad profunda* (muscular, articular y perióstica), con astereognosia y hemiataxia consecutivas, y la de la sensibilidad superficial (contacto, dolor y temperatura), que dan lugar á la hemianestesia talámica (2). También son muy frecuentes los trastornos vasomotores (frialdad y cianosis del lado afecto) y tróficos debidos á los centros de orden simpático que la fisiología asigna al tálamo.

Los *síndromes talámicos puros* son muy raros, pues casi siempre van asociados á síndromes de hemiplejia capsular, ya que los reblandecimientos talámicos se extienden, por lo general, á la parte posterior de la cápsula interna por estar ésta irrigada por los mismos vasos que la parte posterior del tálamo. Por esta razón

(1) DÉJÉRINE Y ROUSSY: *Rev. Neurologique*, 1906, pág. 521.

(2) En algunos casos se observa un trastorno de la sensibilidad térmica, que consiste en la disminución de la sensibilidad al calor, con gran exageración de la sensibilidad al frío. Suelen ser casos con marcados síntomas vasomotores.

es interesante nuestro caso, pues revela clínicamente que la lesión se ha localizado exclusivamente en el tálamo, respetando la cápsula interna y el núcleo lenticular, ya que de haber lesionado este último, habrían aparecido síntomas de movimientos involuntarios (síndrome estriado) ó de hipertonia (síndrome pallidal).

La *diferenciación* entre el síndrome talámico y el *síndrome sensitivo cortical* producido por lesión de la circunvolución parietal ascendente, estriba en que en éste no hay dolor central, ni se observan movimientos involuntarios coreico-atetósicos; además, la hemiparesia es muy poco marcada y depende de los trastornos de la sensibilidad que originan una cierta incoordinación motora. Los trastornos sensitivos en el síndrome sensitivo cortical consisten principalmente en una alteración de la localización de la sensibilidad ó diseminación táctil (separación de los puntos en los círculos de Weber y localización del sitio de los contactos), del sentido de las actividades pasivas y del sentido estereognóstico (1), que está abolido (aestereognosia), en tanto que se conservan casi normales la sensibilidad superficial á los finos contactos, al dolor y á la temperatura y también la sensibilidad perióstica (al diapasón). En vez del dolor central de los casos de lesión talámica, se observan en este otro síndrome ligeros síntomas subjetivos que consisten en parestesias poco intensas (hormigueos, adormecimientos, etc.) que no molestan casi al enfermo.

El primer caso de síndrome talámico que vamos á describir presenta una historia de hemiplejia rápidamente regresiva con trastornos sensitivos que parece bastante típica.

Caso I.—Síndrome talámico izquierdo puro por tumor probable del tálamo derecho.

Mujer de veintinueve años, casada (núm. 1.097 de la consulta pública), natural de un pueblo de Ciudad Real. La madre padeció ataques nerviosos. La enferma padeció paludismo; tuvo tres hijos (los muertos de meningitis) y no ha tenido abortos. Su marido niega haber padecido sífilis, y el análisis de la sangre de la enferma revela un Wassermann negativo y reacción de Sachs-Georgi negativa (Dr. Mouriz). Como único antecedente patológico figura una gripe padecida hace cuatro años.

En Noviembre de 1921, al levantarse á media noche, notó que no podía volver á subir á la cama, porque se le había quedado paralizado el lado izquierdo de la cara y el cuerpo sin haber perdido el conocimiento; tampoco podía hablar bien. Este estado permaneció cierto tiempo, pero luego ha ido mejorando considerablemente, y sólo queda una ligera hemiparesia, izquierda que es casi imperceptible al andar la enferma. Desde que se le produjo la hemiplejia hasta el mes de Agosto de 1922, ha tenido varios ataques epilépticos generales y con frecuencia cefalalgias intensas con náuseas, y una vez con vómitos. La enferma se queja de tener dolor central en el brazo y pierna izquierda y de no sentir bien en dicho lado.

El examen neurológico revela que la fuerza muscular es próximamente igual en los miembros de ambos lados, especialmente para los movimientos de flexión, pues para los de extensión, hay una cierta disminución en el lado izquierdo.

(1) LAFORA: «Un caso de aestereognosia» (*Revista Clínica de Madrid*, 1918).

Los reflejos tendinosos están exaltados, pero son iguales en ambos lados, excepto el reflejo patelar que parece algo más marcado en el lado izquierdo. No se observa clonus del pie; el reflejo plantar es normal (no hay Babinski). Hay ligera ataxia del lado izquierdo. Los movimientos finos de la mano izquierda muestran cierta torpeza y lentitud. No hay movimientos involuntarios. Los reflejos pupilares son normales. El reflejo corneal está algo disminuido en el ojo izquierdo. La sensibilidad al contacto y al dolor en el lado izquierdo de la cara y del cuerpo está muy poco disminuida.

También se observa esto mismo en el lado izquierdo de la lengua. La sensibilidad térmica está conservada, pero se observa una cierta hiperestesia al frío en el lado izquierdo. También está disminuida la sensibilidad á la presión y articular en el lado izquierdo; igualmente se observa la pérdida del sentido estereognóstico del lado izquierdo. Hay trastornos vasomotores en el brazo y pierna izquierda, y se observa que al tenerlos al aire nota frío y malestar en el brazo izquierdo. El examen de los órganos de los sentidos no revela ninguna diferencia de un lado con respecto al otro. No hay hemianopsia. La percusión del cráneo resulta dolorosa en la región frontoparietal izquierda. El examen de fondo de ojo revela algo de congestión papilar y ligero edema. La enferma tiene de 76 á 84 pulsaciones, y el pulso es débil. El examen del corazón no muestra nada anormal.

El diagnóstico probable es el de un tumor de la región talámica posterior derecha, que ha determinado un aumento de la presión intracraneal, causante del ligero edema papilar, de las convulsiones epileptiformes y del dolor á la percusión en la región frontoparietal izquierda, ó lado opuesto al de la lesión (quizá debido también á la hiperalgesia de todo el lado enfermo).

Apoyan este diagnóstico el hecho de que la enferma presente dolor central, que tenga trastornos vasomotores, acompañados (como es frecuente en algunos síndromes talámicos con alteraciones de naturaleza simpática) de modificaciones curiosas de la sensibilidad térmica consistentes, principalmente, en la hiperestesia al frío de los miembros afectos y que estén alteradas las sensibilidades superficiales como no suele suceder en los síndromes sensitivos corticales (parietales). El que no se observe hemianopsia, ni hemiparesia no está en contra de este diagnóstico, pues no se han encontrado más que en los casos en que la lesión se extendía hacia la radiación óptica ó el ganglio geniculado externo (la hemianopsia) ó hacia un núcleo lenticular ó vías rubroestriadas (los movimientos involuntarios).

El segundo caso que vamos á describir parece producido por un reblandecimiento de origen arterioesclerótico y tiene también un curso típico.

Caso II.—Síndrome talámico derecho por reblandecimiento (con ligeros síntomas piramidales).

Mujer de cincuenta y ocho años, casada (núm. 1.868 de la consulta particular). El 8 de Junio de 1922 despertó con el lado derecho torpe y con parestesias. Al día siguiente era más marcada la hemiparesia derecha. No tenía afasia. A los dos meses podía ya andar, aunque no se sostenía bien (incoordinación?). Ha tenido risa y llanto espasmódico.

Cuando la vimos en Diciembre de 1922, tenía una ligerrísima hemiparesia derecha (sin asimetría facial), con mar-

cados síntomas sensitivos de orden subjetivos. Siente en el brazo y mano dolor en los huesos, quemazón en la piel á ratos muy molesta, hormigueos; en la cara y cabeza pinchazos y ardores, sobre todo, de la piel de la cara; en la pierna dolor molesto. La mano derecha se le queda muy fría por trastornos vasomotores. Intellectualmente hay cierto déficit, según refiere la familia.

La exploración demuestra lo siguiente:

Los reflejos tendinosos son iguales en ambos lados. No hay clonus. El único indicio de una participación de la vía piramidal es el síntoma de Babinski en el pie derecho.

No hay asimetría facial. La lengua sale en la línea media.

La enferma tiene ligera ataxia de mano derecha con temblor intencional poco marcado. No hay otros movimientos involuntarios.

La sensibilidad superficial es algo menor en todo el lado derecho (cara, brazo y pierna). Hay algo de astereognosia. La sensibilidad de las posiciones está conservada. Localiza con poco error los contactos. La temperatura la nota casi igual en ambos lados.

Las pupilas reaccionan y son iguales, pero están mióticas. El reflejo corneal es normal. No hay hemianopsia.

La tensión vascular es de 20 en la máxima, y de 11 en la mínima.

Se trata, pues, de un caso con los síntomas esenciales del síndrome talámico y en el cual la lesión parece ser de origen arterioesclerótico (reblandecimiento), y que afecta ligeramente á la cápsula interna ó vía piramidal.

Bibliografía.

Dejérine y Roussi: *Revue Neurologique*, 1906.

Head y Holmes: *Brain*, 1911.

Horsley: *British med. Journal*, 1909.

Jelliffe: *Medical Record*, Vol. 77.

Roussy: *Le couche optique*, París, 1907.

— *Les troubles sensitifs d'origine cérébral. (Questions Neurologiques d'Actualité, París, 1922.)*

Spiller, Frazier y Van Kaathoven: *Amer. Journ. Med. Sci.* 1906.

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

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

(Madrid.)

Nota.—Las inyecciones en este enfermo eran un poco dolorosas.

OBSERVACIÓN 6.ª.—*Coroiditis diseminada, con focos en la región macular del O. D.* Wassermann positivo.

D. R. V., de treinta y cinco años, soltero, de Valencia, escritor, se presentó á consultarnos el día 22 de Diciembre de 1922.

Antecedentes.—Hace muchos años contrajo la sífilis y fué tratado primero con mercurio y después con salvarsán y desde hace cuatro ó cinco años observa que vé menos con el ojo derecho que con el izquierdo, á lo que no ha concedido importancia; pero que desde hace dos días tiene como una niebla en el ojo derecho, que le dificulta la visión.

(1) Véase el número anterior

Reconocimiento.—Visión O. I. = $\frac{2}{3}$, y visión ojo derecho = $\frac{1}{3}$ difícil y en posición lateral de la mirada, con la particularidad de que el ojo izquierdo es amétrope (hipermétrope de 3 dioptrías con un astigmatismo inverso de media dioptría), y el ojo derecho emétrope; pero en cambio, en éste último ojo existe una *coroiditis diseminada antigua* con muchísimos focos en distintos períodos evolutivos, algunos en fase de comienzo, á la vez que un *foco reciente en la región macular*.

Tratamiento —Día 23 de Diciembre: 1.ª inyección de neotrepol de 1 c. c.

Día 27 de Diciembre: 2.ª inyección de neotrepol de 1 $\frac{1}{2}$ c. c. La visión en este día es de $\frac{1}{2}$.

Día 31 de Diciembre de 1922 y 3 de Enero de 1923: 3.ª y 4.ª inyección de neotrepol á la dosis de 2 c. c.

Día 9 de Enero: Visión = $\frac{1}{3}$, fondo del ojo completamente transformado. Los múltiples focos de coroiditis recientes, entre ellos el de la región macular, se han reducido de extensión y están muy transparentes: 5.ª inyección de neotrepol.

Días 13, 17, 21, 25 y 29 de Enero: 6.ª, 7.ª, 8.ª, 9.ª y 10.ª inyección de neotrepol. En éste último día los focos recientes de coroiditis han desaparecido totalmente por reabsorción, sin dejar placas atróficas, si bien los antiguos focos presentan igual aspecto oftalmoscópico.

Sin embargo, los días 7 y 12 de Febrero se le ponen la 11 y 12 inyección de neotrepol y se da de alta al paciente.

Nota.—Este señor llegó á presentar (es muy fumador y ha sufrido con anterioridad una estomatitis mercurial), una estomatitis bismútica ligera, que curó muy bien con múltiples enjuagatorios de agua oxigenada y disminuyendo el tabaco; que no impidió la continuación del tratamiento. Las inyecciones eran un poco dolorosas.

OBSERVACIÓN 7.ª.—*Coriorretinitis difusa de ambos ojos.* Wasserman negativo.

D. G. O., de cincuenta y cinco años, empleado, natural de Madrid, nos consultó en Octubre de 1922.

Antecedentes.—Existen antecedentes lúéticos dudosos, y su señora ha sufrido muchos abortos. Como el Wassermann fué negativo, y á pesar del aspecto oftalmoscópico de coriorretinitis difusa lúetica, no nos decidimos á emplear un tratamiento francamente antisifilítico, le prescribimos yoduro potásico al interior. Posteriormente, y por ir peor, le recomendamos gránulos de sulfato de estriquina, con los que tampoco ganó nada la agudeza visual, ni el aspecto oftalmoscópico.

Día 2 de Marzo de 1923: Habiendo descendido considerablemente la agudeza visual en ambos lados ($\frac{1}{10}$) y presentando el fondo del ojo el aspecto típico de la coriorretinitis difusa sífilítica, así como los restantes síntomas clínicos, y con la autorización del paciente empezamos á utilizar el neotrepol. En este mismo día 1.ª inyección de 1 c. c.

Día 6 de Marzo: 2.ª inyección de 1 $\frac{1}{2}$ c. c. En este día la visión del ojo derecho es = $\frac{1}{3}$.

Día 10 de Marzo: La visión es de $\frac{1}{6}$ en el ojo izquierdo, y de $\frac{1}{2}$ en el derecho: 3.ª inyección de 2 c. c.

Día 14 de Marzo: Visión ojo izquierdo = $\frac{1}{8}$, visión ojo derecho = $\frac{1}{2}$. 4.ª inyección de neotrepol, como la anterior y las sucesivas de 2 c. c.

Día 20 de Marzo: 5.ª inyección.

Día 24 de Marzo: Visión ojo izquierdo = $\frac{1}{8}$; visión ojo derecho = $\frac{1}{2}$. 6.ª inyección.

Desde este día, y por haber aparecido una pequeña cantidad de albúmina en la orina, se suspende el tratamiento; con la particularidad de que en el día de hoy la mejoría se sostiene.

OBSERVACIÓN 8.ª—*Coroiditis de la región macular*. Wassermann positivo.

D. V. C., de cincuenta y tres años, empleado, está sometido á nuestra asistencia desde el mes de Septiembre de 1922.

Antecedentes.—Antiguo sífilítico, tratado muchas veces, pero por cortos períodos, viene notando desde hace dos años una disminución progresiva de la agudeza visual de su único ojo sano, el izquierdo (el derecho lo tiene sin visión desde la infancia, por amaurosis estrábrica).

Reconocimiento.—Coroiditis de la región macular en período atrófico.

Tratamiento.—Inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio alternando con las de ioduro sódico, durante tres meses, sin obtener ninguna mejoría.

Día 6 de Diciembre de 1922: Visión igual dedos á un metro, sin mejorar con el agujero estenopéico. En este día 1.ª inyección de neotrepol, de 1 c. c.

Día 16 de Diciembre: 2.ª inyección de neotrepol de $1\frac{1}{2}$ c. c. La visión en este día es de dedos á 2,50 metros.

Día 29 de Diciembre: 3.ª inyección de neotrepol de 2 c. c.

Días 5 y 12 de Enero de 1923: 4.ª y 5.ª inyecciones de neotrepol. La visión en este último día es de dedos á 3 metros.

Después y desde el 12 de Enero hasta el 12 de Marzo se le ponen siete inyecciones más de neotrepol y de un modo irregular sin que la agudeza visual siga aumentando y se le da de alta en esta última fecha.

Nota.—Las inyecciones eran tan extraordinariamente dolorosas en este enfermo, que le imposibilitaban para la marcha y había que esperar que pasasen estos dolores, para seguir el tratamiento; por eso lo irregular en las inyecciones. A este enfermo le habían puesto muchas veces aceite gris y conservaba nódulos intramusculares consecutivos á las inyecciones de este medicamento.

OBSERVACIÓN 9.ª—*Atrofia óptica postneurítica en ambos ojos*. Wassermann fuertemente positivo. Caso del Dr. Covisa (D. José).

J. R., de treinta y seis años, soltero, bracero, natural de Dúrcal, se presentó á la observación del Dr. Covisa el día 24 de Septiembre de 1922.

Antecedentes.—Hace tres años que padeció un chancre sífilítico seguido de manifestaciones secundarias y desde hace dos años y medio empezó á perder la vista, primero del ojo izquierdo y después la del derecho, estando completamente ciego desde hace dos años.

El Dr. Covisa le ha puesto cinco inyecciones de neotrepol, una cada cuatro días, y el día 14 de Octubre se presenta á nuestra observación encontrando nosotros una atrofia postneurítica típica de la papila, en ambos ojos, con visión = 0 en el ojo izquierdo y de dedos á 2,25 metros en el derecho (hay que recordar que no veía absolutamente nada al comenzar el tratamiento).

Desde el día 14 de Octubre al 2 de Noviembre, el Dr. Covisa le pone otras cuatro inyecciones más de neotrepol. Nosotros encontramos en el ojo izquierdo buena percepción y proyección luminosas y en el ojo derecho visión = $\frac{1}{8}$. El aspecto oftalmoscópico del fondo del ojo es sensiblemente igual al de la primera observación.

Día 22 de Noviembre de 1922: Desde el 2 del mismo mes hasta el día de la fecha, le han puesto otras tres inyecciones de neotrepol (12 hasta entonces); siendo la agudeza visual en este día de $\frac{1}{8}$ en el ojo derecho y de dedos á 15 centímetros en el ojo izquierdo.

El día 9 de Diciembre le dá de alta el Dr. Covisa.

Vuelve el 1.º de Marzo último y el día 7 del mismo le vemos nosotros y conservaba igual la agudeza visual que tres meses antes. O. I. visión = dedos 15 centímetros y O. D. visión = $\frac{1}{8}$. El aspecto oftalmoscópico del fondo del ojo era también el mismo: una atrofia típica postneurítica, con las arterias muy finas y borrosos los contornos de la papila.

Nota.—Posteriormente á este enfermo se le han puesto otras ocho inyecciones de neotrepol desde el 2 de Marzo hasta el 2 de Abril. La reacción de Wassermann que era positiva de tres cruces, se ha hecho positiva de dos cruces.

OBSERVACIÓN 10.—*Atrofia óptica postneurítica*. Reacción de Wassermann negativa.

D. G. L., de cuarenta y nueve años, de Madrid, se presenta á nuestra observación el día 5 de Diciembre de 1922.

Antecedentes.—Hace cinco años que este sujeto comenzó á notar disminución de la agudeza visual y con este motivo ha sido sometido á toda clase de tratamientos antisifilíticos (salvarsán, aceite gris, cianuro de mercurio, inyecciones de estricnina, etc.) y se le han practicado todo género de reacciones (Wassermann en sangre y líquido cefalorraquídeo, análisis repetidos de orina, etcétera); pero la disminución de la visión ha ido en aumento á pesar de todas las medicaciones, hasta que ya no veía conducirse y necesitaba lazarillo.

Estado actual.—Midriasis aumaurósica en ambos ojos. Visión O. I. = dedos 10 centímetros (de espalda á la luz), visión O. D. = 0. Por oftalmoscopia se comprueba una atrofia total postneurítica de ambas papilas ópticas de grado sensiblemente igual en ambas. El paciente se queja de dolores de cabeza, de sensación de atontamiento y de vértigos. Exámenes complementarios negativos.

Tratamiento.—Día 7 de Diciembre de 1922: 1.ª inyección de neotrepol de 1 c. c.

Día 12 de Diciembre: Visión O. I. = dedos 35 centímetros. O. D. visión = 0.

Día 13 de Diciembre: 2.ª inyección de neotrepol de $1\frac{1}{2}$ c. c.

Día 19 de Diciembre: Visión O. I. = dedos 70 centímetros, visión O. D. = 0; 3.^a inyección de neotrepol de 2 c. c.

Día 26 de Diciembre: Visión O. I. dedos un metro, visión O. D. = 0; 4.^a inyección de neotrepol á igual dosis, como igualmente todas las sucesivas.

Días 2 y 8 de Enero de 1923: 5.^a y 6.^a inyección de neotrepol. La visión sigue en el mismo estado que en la exploración anterior; en cambio, nos manifiesta que los dolores de cabeza, la sensación de atontamiento y los vértigos han desaparecido casi por completo y que el estado general es mucho mejor.

Día 16 de Enero: Visión O. I. = dedos 1,50 metros, visión O. D. = 0; 7.^a inyección de neotrepol.

Los días 23 y 28 de Enero y 5, 10 y 15 de Febrero, 8.^a, 9.^a, 10, 11 y 12 inyección de neotrepol, conservando idéntica la agudeza visual (O. I. = dedos á 1,50 metros y O. D. = 0), y se le da de alta.

Nota.—No hubo que lamentar ningún accidente en el curso del tratamiento. Algunas inyecciones le molestaban un poco, y, en cambio, otras eran totalmente indoloras.

OBSERVACIÓN 11.—*Atrofia simple de la papila del O. D.* Wassermann positivo.

D. A. C., de cuarenta y tres años, empleado, de Madrid, se presentó á consultarnos el día 20 de Septiembre de 1922.

Antecedentes.—Antiguo luético, ha sido muy mal tratado de su enfermedad y siempre á base de aceite gris. Hace unos cuantos meses que observa disminución progresiva de la visión en el O. D.

Estado actual.—Atrofia simple, en evolución, de la papila del ojo derecho. Visión de este ojo = $\frac{1}{6}$. El doctor Fernández Sanz nos manifiesta que no existe tabes.

Tratamiento.—Cianuro de mercurio y yoduro sódico en inyección intravenosa, alternando, hasta el día 18 de Noviembre que, tendiendo á empeorar, le aconsejamos el neotrepol.

Día 24 de Noviembre: 1.^a inyección de neotrepol de 1 c. c. Desde este día hasta el 28 de Febrero de 1923, se le han puesto solamente, y de un modo irregular, 10 inyecciones de neotrepol. La agudeza visual del ojo enfermo se mantiene igual que al comienzo del tratamiento.

Nota.—En este paciente las inyecciones eran muy dolorosas y se presentó á la 10.^a inyección una estomatitis bismútica. Hay que tener en cuenta que tenía múltiples nódulos en las nalgas, consecutivos á las inyecciones de aceite gris y que había sufrido, con anterioridad, una estomatitis mercurial; que era un fumador inveterado; que tenía muchos raigones y que cuidaba poco de su higiene bucal; sin embargo, la estomatitis curó pronto con gargarismos y lavados de agua oxigenada.

Una vez expuesta la casuística, hagamos ahora un estudio abreviado del *valor terapéutico* y de las *indicaciones* de los *trepoles*, según los datos de los sifiliógrafos, y después puntualizaremos lo observado por nosotros en nuestros enfermos, para terminar por las *deducciones* que nos sugieren los nuevos preparados de bismuto; pero

antes es necesario recordar que la medicación salvarsánica, que tan marcado progreso ha realizado en el tratamiento de la sífilis, tenía dos grandes escollos, que eran el sistema nervioso y el hígado. La sífilis del sistema nervioso no era beneficiable por los salvarsanes, y aunque se discutió mucho la etiología de las *neurorrecidivas*, la opinión general es que son debidas á la enfermedad, no al remedio; mientras que no pasa lo mismo con las llamadas *hepatorrecidivas*, que según creencia más generalizada, son efecto de la medicación arsenical.

No es extraño, pues, que la medicación bismutada haya sido recibida con verdadero júbilo por los sifiliógrafos, por parecer que, aparte de su gran eficacia, viene á llenar las dos lagunas de los salvarsanes; es decir, á poder utilizarla con ventaja en la neurosífilis, á la vez que evita las alteraciones hepáticas.

El valor terapéutico de los trepoles es, según todos los sifiliógrafos, extraordinario y, con mucho, superior al mercurio. Ahora bien: en lo que no están perfectamente de acuerdo (al menos nuestros compatriotas) es en la relación que existe entre la eficacia de los salvarsanes y en la de los trepoles, puesto que unos (como Sáiz de Aja, Barrio de Medina y Fernández Criado) consideran el salvarsán superior al trepol y aceptan la fórmula de Millian: *mercurio, igual á 4; bismuto, igual á 7, y salvarsán, igual á 10*; otros (como Covisa y Sanz de Grado) creen que, en ocasiones, el bismuto es superior al salvarsán. Ahora bien; en lo que todos están conformes es que en los casos de intolerancia y de fracaso del neosalvarsán y en la sífilis nerviosa el bismuto es el que debe emplearse; y aducen como razón el que en la tabes los dolores fulgurantes y las crisis gástricas se curan con el neotrepol (nosotros conocemos un caso de esta índole), en donde quedan sin efecto los salvarsanes. Parece que el bismuto pasa en mayor cantidad al líquido cefalorraquídeo que los restantes preparados antiluéticos.

Claro está que el bismuto tiene también sus escollos, que son, al igual que los del mercurio, el riñón y la boca; por eso los especialistas no recomiendan la asociación de ambos medicamentos, porque no sólo no se corrigen en sus inconvenientes, sino que éstos se acrecientan; en cambio, aconsejan la asociación de neosalvarsán y neotrepol, porque sus acciones se suman y sus defectos disminuyen. Dicen los sifiliógrafos que el *bismuto ha venido á desterrar al mercurio en la terapéutica de sífilis y que el tratamiento ideal de esta infección está representado por la asociación bismutosalvarsánica*.

Las indicaciones del bismuto, según los sifiliógrafos, son: los casos de *arsenorresistencia*, de *arsenointolerancia*, de *sífilis nerviosa*, de *sífilis hepática*, en los períodos de *latencia de la sífilis* y en los sujetos de *Wassermann persistentemente positivo*.

Como se ve, el número é importancia de las indicaciones del bismuto es considerable, lo que habla, más que todas las alabanzas que nosotros hagamos, en favor de su bondad.

Veamos ahora lo que dice la Patología ocular, según

nuestra experiencia personal, haciendo un estudio sintético de la casuística.

En las afecciones dolorosas, iritis, iridociclitis y queratitis intersticiales de gran intensidad, el dolor es lo primero que desaparece, y muy prontamente, al que siguen los restantes síntomas reaccionales (fotofobia, lagrimeo, blefarospasmo); es decir, todos los trastornos subjetivos, que tan molestos son en todas las afecciones, pero especialmente en las oculares. A nuestro juicio, la desaparición del dolor es tan rápida como con el neosalvarsán, pero es más permanente, ocurriendo lo propio con los demás síntomas reaccionales oculares.

Los síntomas objetivos: dilatación de la pupila, ayudado por los midriásicos (iritis y queratitis intersticial), reabsorción y desaparición de los exudados y de los vasos intracorneales (queratitis intersticial), de los condilomas (en las iritis de este tipo), de los precipitados de detrás de la córnea (iridociclitis), de los focos de coroiditis y de los exudados retinianos; se verifica con el bismuto, unas veces (iritis, iridociclitis y retinitis) con tanta rapidez como con el salvarsán, y en otras (queratitis intersticial y coroiditis) con más rapidez, y en todas con mayor seguridad; no tiene la medicación bismutíca las altas y bajas (mejorías y empeoramientos) de los salvarsanes, sino que sus efectos son más regulares, más constantes y más seguros. No hemos llegado a ver con el bismuto ninguno de los retrocesos tan frecuentes de los salvarsanes; lo que indica que su paso por el organismo no es tan fugaz como la de estos últimos medicamentos.

Hay, sin embargo, afecciones en que ni por los síntomas reaccionales subjetivos, ni por los objetivos, sería posible formar juicio de la medicación bismutada, si no fuese por la agudeza visual que nos pone en camino de apreciar el resultado de la misma: me refiero a las distintas variedades de atrofia de la papila y a las lesiones en vías de atrofia de la región macular; afecciones contra las que nos encontramos totalmente desarmados con la medicación arsenical. Pues bien; de entre estas afecciones, el bismuto nos ha dado gran resultado en la atrofia óptica postneurítica y en la atrofia de la región macular, y ha quedado sin efecto en la atrofia papilar simple.

Sólo nos falta ensayar la medicación bismutíca en las parálisis oculares de origen sifilítico.

Por tanto, fundados en conocimientos teóricos y en nuestra corta experiencia personal, acerca de los nuevos preparados de bismuto en oftalmología, y a condición de modificar algún extremo cuando la clínica lo aconseje, sentamos las siguientes conclusiones:

1.ª El bismuto tiene un valor antisifilítico superior al mercurio y por lo menos igual al salvarsán en las iritis, iridociclitis, coriorretinitis difusa y papilitis y superior a este último en la queratitis intersticial, en las coroiditis diseminadas y de la región macular y en la atrofia óptica postneurítica.

2.ª Los efectos del bismuto son más constantes, más uniformes y más duraderos que los del salvarsán.

3.ª No tiene ni las contraindicaciones, ni los peligros del salvarsán.

4.ª Es medicamento más inofensivo que el salvarsán y no tiene más contraindicación que el mal estado del riñón y de la boca.

5.ª Actualmente el bismuto es el medicamento de elección en la sífilis del aparato visual, siendo siempre buena asociación la de bismuto-ioduro (este por vía intravenosa), y alguna vez la de bismuto salvarsán.

Madrid, 19 de Abril de 1923.

Bibliografía.

Sesión inaugural de la Sociedad Dermatológica de Madrid (13 Octubre 1922), EL SIGLO MÉDICO, 18 Noviembre 1922, pág. 504.

Sesión del 3 de Noviembre de la misma Sociedad, EL SIGLO MÉDICO, 2 Diciembre 1922, pág. 553.

Comunicación del Dr. Saiz de Aja a la Academia Médico Quirúrgica Española (día 13 Noviembre 1922). Anales de la misma Academia, 1922 1923, pág. 56.

Barrio de Medina: «Estado actual del tratamiento de la sífilis por el bismuto», EL SIGLO MÉDICO, 2 Diciembre 1922, pág. 536.

Idem: «El sismuth en el tratamiento de la sífilis», EL SIGLO MÉDICO, 21 Abril 1923, pág. 387.

Gourfein: «L'efficacité du tartro bismuthate, etc., con motivo de dos casos», *Revue Générale d'Ophtalmologie*, Enero 1922, pág. 5.

Wolfer: «Syphilis et bismuth», *La Clinique Ophtamologique*, Octubre 1922, pág. 553.

Bloch: Idem, *id.*, *id.*, *id.*

Berthet: Idem, *id.*, Noviembre, pág. 624.

ALGO DE CIRUGÍA ESTÉTICA DE LA PIEL⁽¹⁾

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

Cualquiera que sea la sutura que se emplee será fácil de practicar, por lo general, cuando sólo se hayan hecho en la piel operaciones de simple incisión, sin resección de ninguna parte cutánea: el paralelismo de los bordes de la herida y la ausencia de tracción permitirán la exacta y fácil adaptación de sus labios, y por ello los hilos de sutura podrán ser pasados muy próximos a los bordes cruentos y ser quitados al poco tiempo.

Para la práctica de esta clase de suturas, que pueden llamarse muy bien, como dice Passot, de *débil tracción*, será posible emplear los procedimientos prácticos ya sabidos: tales son la sutura abullonada, la en U, la en clavija, que podrán reemplazar a la corrientemente empleada de los puntos separados; pero en la práctica ninguna de ellas ofrecerá, realmente, grandes ventajas. Es verdad que todos estos métodos permitirán disminuir la huella que ha de quedar sobre la piel a consecuencia de la presión que sobre ella ejercen los hilos de sutura, pero no llegarán a evitar del todo el inconveniente de que los bordes de la herida no se coaptan bien. De las dos clases de señal que deja una cicatriz, la lineal de la incisión y las laterales y transversales de los hilos, la primera, que es imborrable, deberá quedar reducida al minimum, ya que las segundas pueden desaparecer por sí solas con el tiempo. A fin de evitar esto no vale

(1) Véase el número anterior.

mucho más la sutura llamada de punto por encima y sus derivadas en hilván, etc.; es verdad que con ellas también se puede disminuir, en parte, la señal de los hilos, pero es indudable que subsiste la dificultad que viene á veces de la imperfecta adaptación de los bordes de la herida. Con respecto á este último punto, bien puede afirmarse que si se ha realizado algún progreso tan sólo es debido al procedimiento que emplea las pequeñas grapas quirúrgicas, puesto que con ellas no sólo se logra confrontar bien los bordes de la herida, sino que, además, se suele dejar luego muy pocas señales, sobre todo si se han colocado aquéllas poco apretadas, cosa á la cual no suele atenderse con perjuicio de los fines estéticos.

Otro detalle interesante á fin de lograr una sutura perfecta de puntos separados es que éstos se coloquen simétricamente, los de cada lado entre sí y los homólogos de uno y otro á su vez. El poder realizarlo es difícil cuando se trata de incisiones ó de heridas cuyos bordes son curvos: y aún más cuando se recurre á la anestesia local que hincha y deforma los tejidos por el edema artificial que se origina. Cuando se va á practicar la incisión en estos casos y aun no ha desaparecido, en parte, ese edema, cuesta trabajo saber previamente en qué sitio convendrá dar los puntos de sutura á fin de que, al cicatrizar los bordes de la herida, éstos confronten perfectamente. Para obviar esta dificultad se ha ideado un artificio mecánico muy ingenioso (1); consiste en emplear una placa de metal recortada en su centro con la forma correspondiente á la que debe tener la incisión que se ha de trazar para hacer la resección cutánea que sea preciso. Se coloca esta placa sobre la región en que hay que operar, y como cerca del borde limitante de aquélla se han trazado previamente los agujeros que han de servir de patrón para señalar los puntos por donde han de pasar los de la sutura, no hay más que marcar sobre la piel el reborde interior de la placa y á través de esos agujeros los puntos correspondientes para las suturas utilizando cualquier medio colorante, como el azul de metileno. Debe hacerse esto antes de practicar la inyección para la anestesia local y previa la asepsia de la placa y de la región: una vez marcados los puntos se quita la placa, y, aunque por el líquido de la inyección se deforme luego la región, es fácil hacer la incisión siguiendo el trazado marcado. Terminada la operación no hay más que pasar los puntos de sutura por cada uno de los señalados en la superficie cutánea, con la seguridad de que los bordes de la herida y los puntos de sutura se corresponderán bien cuando comience á hacerse la cicatrización.

No cuesta trabajo darse cuenta de lo imperfectas que han de resultar las operaciones que se practican en regiones deformadas ó en las que las lesiones patológicas sobresalen mucho de la superficie de la piel cuando no se emplea la placa descrita. Recuérdense á este propósito las deformaciones que después de ciertos actos operatorios sufren los tejidos, una vez incindidos, y se verá lo bien que han de resultar las suturas empleando la placa de Martel, pues, por muy experto que uno sea en la técnica operatoria, no puede predecir cuál ha de ser la deformación sufrida por los tejidos á consecuencia de la anestesia local y en qué sitios deberán darse los puntos para que los bordes de la herida se coaptan bien y la sutura y cicatriz final subsiguiente resulten perfectas.

Otro procedimiento á fin de conseguir una sutura de puntos separados con reunión bastante aceptable de los bordes es el ideado por Passot, que hace mucho más práctico al anterior porque en cada caso particular puede ser hecha *ad hoc* la

placa correspondiente. Para esto emplea una laminilla de celofan (1) que sirve para sacar el modelado previo de la región y trazar en ella la forma que ha de tener la incisión, así como la disposición de los puntos por donde han de pasar después los hilos; bastan sólo pocos minutos para lograr esto, y, después de esterilizada esta pequeña placa, todo está dispuesto para proceder á la operación correspondiente.

Con el mismo fin de conseguir una fácil correspondencia de los puntos de sutura ha ideado también Cushing otro procedimiento que consiste en hacer pasar por los dos labios de la herida una serie de agujas de coser, rectas y largas, provistas cada una de su correspondiente hilo. Estas agujas conviene disponerlas de manera que resulten perpendiculares á la línea de la herida, no anudando sus hilos hasta que todas las agujas hayan sido pasadas. A fin de comprobar si están bien colocadas éstas, no conviene fijarse sólo en lo perpendiculares que resulten, con respecto á la herida, cosa que la vista no puede apreciar con facilidad, sino atender á que se encuentren paralelas entre sí, ya que su convergencia ó divergencia es fácil de apreciar y corregir así inmediatamente.

Cuando se trata de suturas que no tienen más remedio que ser visibles, por ejemplo, las de la cara ó del cuello y hasta las del mismo cuero cabelludo, si no se las puede ocultar con los pelos ni aun siquiera disimular en un repliegue cutáneo, hay necesidad de recurrir al empleo de la llamada sutura estética por excelencia, que se caracteriza, como es sabido, por el hecho de que se suprimen en ella por completo todos los puntos visibles y apreciables de ordinario, quedando únicamente perceptible la señal, puramente lineal é inevitable, que es consecuencia de la cicatrización de los labios de la herida. Esta sutura es la *intradérmica*.

Todo el mundo sabe que esta sutura, llamada por Chaisaigne, en 1851, *celulosa ó subcutánea*, fué olvidada hasta que en 1890 Kendal Francks publicó en el *British Medical Journal* sus ensayos acerca de una sutura subcuticular realizada después de la ablación de ganglios del cuello. En 1893 empleábase este procedimiento ya en el Hospital John Hopkins, de Baltimore, de donde la tomó Pozzi cuando su viaje á América para aplicarla luego en la laparotomía, dándole por primera vez el nombre de sutura *intradérmica*. Posteriormente Poncet, Berard, Juvara y otros la han usado y recomendado como muy excelente para fines estéticos.

La técnica empleada por Pozzi y Poncet consistía en atravesar la piel á un centímetro por fuera de uno de los puntos terminales de la herida sujetando el hilo por un nudo. De ahí se hacía pasar la aguja penetrando por uno de los labios de la herida y siguiendo un trayecto intradérmico de cuatro á cinco milímetros para reaparecer en el mismo lado, desde cuyo punto se hacía cruzar al otro, ganando el labio opuesto y saliendo por un punto situado enfrente. De este modo se iba sucesivamente realizando idéntica maniobra á todo lo largo de la herida, resultando las partes cosidas por el hilo, dispuesto en zig-zag, con un aspecto semejante al del cierre de un corsé, cuyos ojitos quedaran representados por los intradérmicos que hace el hilo. Una vez llegada la aguja á la otra parte terminal de la herida se la hacía salir á un centímetro más allá de ella, atravesando el espesor de la piel del mismo modo que se había hecho al comenzar. Para cerrar los labios de la herida no había más que ir tirando poco á poco, con un pequeño gancho, de cada una de las asas del hilo, hasta unir por completo ambos bordes intradérmicos de la solución de continuidad.

(1) Débese éste á De Martel y la señora Noel.

(1) El celofan es un compuesto derivado de la celulosa impermeable: es absolutamente transparente, muy suave y esterilizable.

En este género tan delicado de suturas algunos empleaban antes la aguja de Reverdin, fina y curva, instrumento que en la práctica tenía un tamaño muy grande para este género de operaciones; por lo que algunos operadores la reemplazaron por la aguja plana y curva de Hagendorn, excelente, sobre todo, por su finura, que permite dar los puntos sin peligro de fraguar falsas rutas exteriores hacia el epidermis ó profundas hacia el tejido subcutáneo. Lástima de que, á pesar de todo, tenga el inconveniente de ser su curvatura no mucho mayor de un tercio de circunferencia y su tamaño á todas luces insuficiente para conseguir que la sutura sea perfecta, pues sabido es que la solidez de una sutura exige que cada asa de hilo se aparte lo más posible de los bordes de la herida. Con el fin de salvar esos inconvenientes y poder practicar suturas más perfectas se han ideado agujas curvas de forma de una media circunferencia con diámetro muy corto, todo lo más de dos centímetros. Este género de agujas sirve para hacer excelentes suturas, pero tiene también la desventaja de su difícil aplicación. Dichas agujas se han empleado mucho en los miembros y en el abdomen donde la piel se halla más tensa y el dermis es más grueso que en la cara y en el cuello, lo que unido á que la piel de estas últimas regiones se pliega y se escapa bajo la presión de la aguja á pesar de la intervención de un ayudante, como ocurre, por ejemplo, en los párpados, hace que no sea fácil ni beneficioso su empleo. No es menor inconveniente en estas suturas lo frágiles que resultan de ordinario, puesto que con frecuencia ceden al segundo día. Todo esto lo resuelve en parte la gran curvatura de las nuevas agujas con las que es posible abarcar un mayor espesor de dermis. A pesar de todo sobreviene, sin embargo, la desunión por tantos motivos desagradable; de donde resulta que esta sutura es á veces también deficiente y debe ser, por ello, reforzada. Así se hace, como algunos lo aconsejan, interponiendo á diferentes alturas y á lo largo de los puntos de la sutura otros puntos de refuerzo situados externamente en la piel donde se los sujeta para que no dejen marca en ella interponiendo entre ésta y el hilo unos trozos de gasa en forma de rodillo; bien es verdad que al proceder de este modo no puede decirse que se hace una sutura intradérmica. Tantas dificultades cuando se quiere conseguir una cicatriz apenas visible han obligado á Passot á idear un nuevo procedimiento de cura que emplea con el fin de hacer la sutura intradérmica sin añadir suturas de refuerzo, conservando por entero su indiscutible carácter estético y dándole además toda la solidez necesaria.

El citado autor empieza por la incisión disimulada, después hace la sutura intradérmica y llega á un final perfecto por el empleo de curas *ad hoc*. Confrontados los bordes de la herida por medio de la sutura intradérmica, aplica sobre ella una laminilla de celofan de un milímetro de grueso que sujeta por la periferia á la piel con colodión. Durante la aplicación de este medio de cura un ayudante cuida de acercar los bordes de la herida hasta que la piel, juntándose, se pliegue y dé por tanto un poco de sí. Una vez bien sujeta la laminilla de celofan se disminuye la presión que se hacía sobre los tejidos. Entonces puede observarse, merced á la transparencia de aquélla, cómo los bordes de la herida aparecen relajados y sin ninguna tirantez. Esta disposición, que no es más que preliminar, va seguida de la aplicación sobre la lámina de celofan de una serie de tiras de esparadrapo que la cruzan transversalmente, fuertes y muy adherentes, condición esta muy importante para el buen éxito del procedimiento. Dichas tiras se pegan á la piel sólo por sus partes terminales ó extremos libres, dejando que la parte central pase por encima del celofan, pero

sin que á él se adhiera; luego, y para darles más solidez, se hace que sus extremos, adheridos y fijos ya á la piel, se entrecrucen á su vez perpendicularmente, á modo de una empalizada, por otras dos bandas de esparadrapo que igualmente se pegan en toda su longitud, pero sólo á la piel. Practicado todo esto, se corta con las tijeras un trozo de la parte central de las tiras longitudinales aplicadas primeramente, reduciéndolas de tamaño (1 ó 2 centímetros), pero dejándoles, sin embargo, un trozo bastante largo para poder finalmente coserlas entre sí, de uno á otro lado, cabo con cabo.

Empleado así este medio artificial de sostén de la sutura, queda hecha á la vez una especie de cura protectriz de la herida que da á todo ello una gran solidez y firmeza y permite, además, seguir la marcha de la cicatrización á través de la hoja de celofan. Es este procedimiento por lo útil muy aceptable.

De este modo la tensión grande que soportan estas tiras hace que los bordes de la herida no experimenten ninguna tracción y que en ésta pueda, sin violencia alguna, realizarse una cicatriz natural y perfecta.

Un tanto os he fatigado á propósito de las suturas, pero no ha sido ciertamente por hacer mal uso de vuestra atención benévola; ya habréis podido comprender cuál ha de haber sido mi empeño en cosas que los especialistas dermatólogos y los cirujanos saben muy bien apreciar. Al insistir acerca de las suturas he querido subrayar con alguna insistencia que esta es una de las más curiosas é interesantes fases de la técnica utilizada por la moderna cirugía estética de la piel. En la cubierta cutánea han de resultar necesariamente marcadas las huellas de cuantas operaciones se hagan en las partes interiores y donde es preciso que dejen rastro alguna vez las dermatosis curadas, máxime si lo han sido por agentes quirúrgicos.

Antes era lo de mayor importancia para el práctico la curación, cualquiera que fuera el estado en que quedaran las señales en la piel, porque no habían sido nunca tan exigentes como ahora los anhelos de evitar cuanto pudiera afearla, ni habían sido tampoco tan eficaces los medios disponibles para conseguirlo. En tiempos en que la microbiología no había nacido, ni se habían aprovechado sus enseñanzas, no era posible imaginar que se obtuviera una cicatriz limpia, lisa y poco perceptible. Entonces, ni aun con la reunión por primera intención podía asegurarse obtenerla: ahora, la asepsia y la antisepsia y los adelantos de la técnica permiten ya llegar á los límites posibles de una estética deseable. Y aunque á algunos parezca exagerado este afán por huir de fealdades cutáneas, un espíritu serio tendrá que confesar que en la práctica dermatológica tiene todo ello innegable importancia, no solamente en el sexo femenino, sino asimismo á lo que toca al sexo masculino, que por una galante adulación á la mujer suele llamarse á sí mismo feo. Hombres y mujeres, jóvenes y viejos, todos desean verse libres, en lo posible, de cicatrices viciosas, mal conformadas, de aquellos tortuosos costurones que quedaban hogafío como estigma del mal padecido. La cirugía no está sólo llamada á cortar, separar, enderezar y añadir en la máquina humana, sino á pulirla con artificios ingeniosos.

* *

Ahora paso á ocuparme de otra parte aún más interesante para la cirugía estética de la piel. Cuando después de practicada la extirpación de determinadas lesiones cutáneas no es posible la unión de los bordes de la herida por primera intención ó cuando se trate de reparar pérdidas de sustancia, casos ambos que corresponden á nuestro segundo

grupo de indicaciones y procedimientos quirúrgicos, los de reparar, habrá necesidad de acudir al empleo de las plastias, es decir, á la aplicación de los llamados injertos que han adquirido en nuestros días valor inestimable.

Sería curioso poder señalar lo que dió al primer hombre la idea de reparar pérdidas de tejidos con la implantación de otros tejidos del mismo enfermo; pero no sería demasiado atrevido pensar que los injertos vegetales, antiquísimos, debieron sugerir algo parecido. Lo cierto es que desde la más remota antigüedad han sido conocidas las plastias, especialmente las de la piel. Y era natural que éstas fueran las más utilizadas para dar cierta regularidad á partes interesantes del cuerpo humano, ó también para cuidar, como ahora modernamente, de que no se produjeran las defectuosas é incómodas cicatrices que en algún caso hasta exigen operaciones delicadas cuando llegan á entorpecer ciertas funciones ó á afejar grandemente regiones expuestas á la vista.

No otra cosa sino lo primero buscaban y conseguían antiguamente los que en la India fueron los verdaderos inventores de las primeras rinoplastias, los Roomas, que procuraban y parece que obtenían soldar las narices cortadas por el verdugo, y cuando los jueces, burlados de ese modo, ordenaron que las narices separadas fueran arrojadas al fuego, idearon valerse de trozos de la piel de las propias personas ejecutadas para suplirlas. Entonces y luego, desde los más remotos tiempos, ha habido medio de sustituir por procedimientos análogos los tejidos destruidos ó separados. El relato de las vicisitudes por que han pasado todos los intentos hasta llegar á la técnica actual me llevaría muy lejos, aparte de que sólo supondría en mí un lujo de erudición muy fácil de poseer. Sin embargo, no puedo prescindir de apuntar aquí que, en esto de las pérdidas de substancia como en lo de las incisiones anteriormente tratadas, el moderno concepto del microbismo y de la panspermia ha sido el que ha permitido llevar la práctica de los injertos á tal grado de interés y de utilidad que, traspasando el dominio de la práctica terapéutica, ha obligado al pensamiento á llegar al de los más trascendentales problemas de la biología, y, al decirlo, quizás me quede corto, porque debía haber dicho al de la filosofía natural.

Os dispenso desde luego de la prolongada serie de ensayos, experimentos y trabajos que en el laboratorio y en la clínica se han hecho, especialmente desde mediados del siglo XVIII. ¿Qué nos importa aquí saber ó recordar que Homero no menciona los injertos en la vasta traumatología de su *Iliada*, y si fué ó no verdad que Cleops, según Ovidio, suplió ó no la pérdida de un hombro con una placa de marfil, ó si puede admitirse que Garengot soldara aquella nariz encontrada en el suelo después de una riña? Casos parecidos dignos de crédito los hay en la historia de la Cirugía, como el curioso intento de Cadiat y de Faure (tan repetido luego), que suturaron un dedo índice separado de la mano de un obrero por la sierra y hallado en el taller después de media hora del accidente, pudiendo enterarse de que la circulación estaba restablecida al otro día en todo el dedo aplicando una sanguijuela en su extremo: fué lástima que el injerto no prendiera, sin embargo. Pero ni esto ni los interesantes ensayos de heteroplastias experimentales que empezaron en Duhamel y han culminado en los portentosos éxitos de laboratorio alcanzados por Carrel, os dirían nada que tuviera práctica aplicación á mi modesto estudio. Importa poco que puedan injertarse dientes ó espolones en la cresta de un gallo ó que las grandes transplantaciones de órganos enteros encuentren posible acomodo en animales. Desgraciadamente, sin negar que el sueño prodigioso de

conseguir esto en el hombre pueda llegar á ser quizás fantástica realidad en una cirugía remota, habremos de convenir en que lo que interesa actualmente saber es que las plastias son poderoso recurso en la cirugía estética de la piel gracias á la delicada técnica que con ayuda de la asepsia y de la antisepsia puede servirla. Sí; gracias á esto hemos dejado bastante lejos el camino seguido muchas veces sin éxito por tantos experimentadores y cirujanos, de los que en primer lugar debiera ser citado con aplauso P. Bert, cuyas tesis constituirán siempre interesantes documentos en la historia de los injertos: gracias á ello también las suplantaciones de tejidos de nuestros días han refrescado los laureles de Reverdin, el ginebrino, que llenó con sus trabajos de plastias cutáneas el capítulo más interesante de estas labores antes de Pasteur; y gracias á ello, es decir, gracias á la evitación de la infección microbiana, podemos vanagloriarnos hoy de que la cirugía estética cutánea cuente con resultados seguros cuando se cumplen con rigor sus exigencias.

(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 Triane.

Experimenta reparación ó regeneración la substancia nerviosa cuando se trata de lesiones limitadas, pero cuando la lesión es muy extensa y profunda, con atrición de los tejidos, la reparación es más difícil ó imposible y sólo será completa y perfecta cuando el químico-biólogo fabrique toda clase de tejidos. Es alentador el progreso ilimitado de los tiempos, pero será difícil el esclarecimiento perfecto de las misteriosas elaboraciones cerebrales.

En la afasia colaboran armónicamente la substancia gris y blanca en solidaridad con las regiones del lenguaje. Las opuestas interpretaciones sobre las localizaciones del lenguaje y sus manifestaciones, es debido tanto á lo intrincado del psiquismo cerebral, como al considerar á cada centro como aislado é independiente de los demás.

Siguiendo al profesor Pierre Marie, y de conformidad con él, clasificaremos las diferentes perturbaciones del lenguaje, pertenecientes á la afasia, ó consideradas como tales.

Se pueden clasificar estos enfermos en tres categorías perfectamente distintas:

A. Aquéllos que hablan sin perturbación notable de la articulación y frecuentemente con cierta abundancia, pero con un vocabulario muy restringido y empleando muchas veces palabras impropias incorrectas ó incomprensibles.

Estos enfermos comprenden mal y ejecutan incompletamente las órdenes que le son dadas verbalmente. Ellos no pueden leer, ellos no pueden escribir. Estos son los afásicos tipos.

B. Aquéllos que no hablan más que con una dificultad extrema de la articulación, muchas veces sola-

(1) Véase el número anterior.

mente por monosílabos, pero que comprenden y ejecutan muy bien las órdenes dadas verbalmente.

Ejecutan muy bien las órdenes que se le han dado por escrito. Estos pueden escribir, pero con la mano izquierda, porque ellos son hemipléjicos del derecho. Estos no son los afásicos, son sencillamente los anártricos.

C. Aquéllos que no hablan, ó repiten á lo más algunas sílabas sin significación, no comprenden, ni ejecutan las órdenes que le son dadas verbalmente; no pueden leer, no pueden escribir, lo mismo de la mano izquierda, aunque estos son hemipléjicos á la derecha; éstos son los afásicos de Broca.

Por la categoría A, los afásicos típicos: Lesión del pliegue curvo del pie de las dos primeras temporales, y á veces también del gyrus supramarginalis.

Por la categoría B, los anártricos: Lesión en un segmento de cerebro, limitado por delante, por un plano vertical pasando por delante de la circunvolución anterior de la ínsula, y por detrás, por un plano vertical pasando por detrás de la circunvolución posterior de la ínsula. La tercera frontal está fuera de este segmento, que llama Pierre Marie «cuadrilátero de la anartria».

Por la categoría C, los afásicos de Broca: Lesión de los mismos territorios que en la afasia típica, es decir: lesión del pliegue curvo; del pie, de las dos primeras temporales, algunas veces del gyrus supramarginalis.

O comprendido de otro modo: Lesión del cuadrilátero de la anartria. En una palabra, la afasia de Broca no es otra cosa que una combinación de la afasia típica con la anartria.

La zona lenticular del cerebro de Pierre Marie encierra el núcleo gris central, la cápsula interna y externa, la ínsula, la corteza motriz y varios fascículos blancos importantes; la tercera frontal no está comprendida.

La doctrina expuesta por Pierre Marie es totalmente opuesta á la doctrina clásica; más me inclino á pensar que se aproxima más á la verdad, que las frágiles bases de aquella.

Es sabido de todos que se le debe á P. Broca en 1861, el estudio y descripción de la afasia por primera vez. Se le asigna como causa una lesión de la III circunvolución frontal; ha sido obra de clínica y de anatomía patológica.

Es Wernicke uno de los mejores neurólogos alemanes de la segunda mitad del siglo XIX, que abre la era de las teorías acerca de la afasia, y la abre brillantemente.

En efecto, en 1879 Wernicke muestra que existe otra afasia, que la afasia de Broca, una afasia en la que las perturbaciones motoras de la palabra no se presentan. El llama á esta nueva afasia, afasia sensorial.

Por Wernicke y bien pronto después por Kussmaul, que desarrolla con talento las mismas ideas, la corteza cerebral encierra en ciertos territorios centros sensoriales, que sirven de lugar de recepción, de almacenamiento, y en caso de necesidad, elaboración de las imágenes recogidas por los aparatos de los sentidos. En la zona del lenguaje, la corteza cerebral contiene un cen-

tro de imágenes auditivas, y un centro de imágenes visuales del lenguaje.

Si por una lesión cualquiera, estos centros vienen á ser destruidos, el enfermo privado de sus imágenes auditivas se vuelve incapaz de comprender lo que se le dice y de hablar de un modo normal, está atacado de sordera verbal. Esas son la sordera verbal y la ceguera verbal, los dos elementos constitutivos de la afasia sensorial de Wernicke.

Se creía ó pensaba, en 1874, que el centro visual se asentaba en el pliegue curvo, ó en su vecindad: que el centro auditivo, según Meynert, se asienta en la región posterior media de la primera circunvolución temporal.

Pues es precisamente al nivel del pliegue curvo, y de la primera circunvolución temporal, que se encuentran las lesiones en los enfermos atacados de la nueva forma de afasia que Wernicke ha dado á conocer.

El psiquiatra alemán, describiendo lo que él cree ser una nueva forma de afasia, admite, además, la existencia y la localización de la afasia clásica descrita por Broca, pero dándole una interpretación fisiopatológica particular. Para él la afasia de Broca era una afasia motriz, y no sensorial. No admite además ninguna duda sobre la especificidad de la III frontal, en tanto que centro, mas era entonces un centro motor del lenguaje, de hecho diferente de los centros sensoriales, y en los afásicos de Broca, era la lesión del centro motor del lenguaje la que determina las perturbaciones mecánicas de la palabra y la afasia.

La teoría de Wernicke era extremadamente seductora, todo parecía contribuir á demostrar lo bien fundada. Después las cosas han cambiado mucho.

En efecto, un gran número de autores pensaban en 1874, que el centro cortical de la visión descansaba sobre la cara convexa del hemisferio, al nivel del pliegue curvo. Los trabajos posteriores han demostrado que, en realidad, el centro de la visión se encuentra en la cara interna de los hemisferios, en las circunvoluciones pericalcarinas y cisurocalcarinas. Ahí está el centro sensorial visual, al nivel del pliegue curvo.

En cuanto al centro auditivo, si es que en él existe un centro cortical de la audición, su localización está lejos de ser conocida de una manera cierta, á pesar de los numerosos trabajos, comprendido el notable volumen consagrado recientemente por el profesor Henschen, nosotros preguntamos si existe en la corteza cerebral un centro de audición, y si semejante centro existe, aún nada nos autoriza clínicamente á asignarle un lugar determinado.

Para la circunvolución frontal III considerada como centro del lenguaje hablado, es suficiente recordar que cierto número de casos han sido publicados, en los que una lesión manifiesta de la frontal III no se acompañan de la afasia.

De todas partes los neurologistas se precipitan por descubrir en estos centros sensoriales algunos centros muy especiales, por ejemplo, los de las letras del alfabeto, ó de la música, etc., ó aun para establecer las conexiones más ó menos complicadas entre los dife-

rentes centros sensoriales, lo mismo que entre aquéllos y el centro motor del lenguaje.

Se puede dar á esta época de la historia de la afasia, el nombre de fase geométrica.

El médico alemán Lichthem ha sido introductor del primer esquema sobre la afasia hasta con éxito. Fué el que inventó y describió con anticipación tal ó cual forma de afasia, ó también predecir la posibilidad de observarla clínicamente, según que tales ó cuales centros sean aislados ó conjuntamente lesionados, ó según que la lesión llevara sobre tal ó tal de las conexiones, por las cuales estos centros eran reputados de relación entre ellos. Así se ha visto surgir de las afasias corticales, subcorticales, transcorticales, etc.

El mismo Charcot se deja arrastrar por el entusiasmo general. El profesor Grasset de Montpellier, fué y resta uno de los más entusiastas, y de los más brillantes partidarios de la geometría poligonal para el estudio de la afasia, como por los psicólogos más delicados.

Es una bien larga historia lo referente á la escritura; se dice diseño, escritura, lenguaje escrito, aunque estas dos palabras están lejos de ser sinónimas.

Parece legítimo considerar como una forma de escritura ciertos documentos etnográficos, procedentes de pueblos salvajes, que dan una representación real y directa de ciertos objetos ó de ciertos hechos, sobre los cuales el autor del dibujo, muy primitivo indudablemente, quiere llamar la atención de sus compañeros domiciliados lejos de allí.

Por veces estas representaciones gráficas tienen por objeto fijar en la memoria los miembros de la tribu, el recuerdo de tal ó cual expedición, de tal ó cual alto hecho. Representan por especie de dibujos retrospectivos y explicativos, cómo la expedición ha tenido lugar en el tiempo ó en el espacio; por ejemplo, en figurando el número de las naves que han tomado parte en la expedición, el número de días que ha sido preciso navegar para alcanzar el enemigo, etc.

Esta es la escritura representativa. Es evidente que ella no tiene relación con el lenguaje escrito, bien que como éste puede ser conservador de recuerdos y evocador de ideas.

Para constituir el lenguaje escrito, se precisa alguna cosa más; es preciso que haya traducción gráfica del lenguaje hablado, es preciso que la «palabra» pase sobre la piedra ó sobre el papel.

Ha sido preciso de millares de años y de innumerables generaciones sucesivas de hombres evolucionando en una civilización ya bastante refinada, para llegar á transformar la palabra en signos escritos.

Es muy curiosa la sucesión de las fases diversas que ha sufrido la conquista del lenguaje escrito.

Se debe principalmente á los trabajos de los egipcólogos, que dan luz sobre el particular.

El venerable Egipto, cuna de la mayor parte de las civilizaciones mediterráneas, suministra todos los documentos necesarios, para el que le convenga y quiera enterarse.

Se pueden distinguir en la evolución de la escritura, sobre los monumentos egípticos, varios períodos.

Un primer período hierático ha sido de signos convencionales, derivado probablemente de un período prehistórico de representaciones gráficas directas.

Estas representaciones simples y primitivas tienen una significación precisa, y designan, sea un objeto, sea una idea simple, son un vestigio á veces desconocido, y de hecho un esquema representativo del objeto designado. Eso es una montaña, una flor, un ojo, el cielo.

Desde el punto de vista de las representaciones gráficas simples, una estrella prendida al cielo indicará la idea de la noche, de la obscuridad.

Se ha visto que la escritura hierática no es sólo representación de los objetos; se ha vuelto sobre todo indicadora y evocadora de ideas, incluso de ideas abstractas.

Pasamos á otro período de una antigüedad menos atrasada, para ver de reproducir uno de los más grandes progresos en su perpetuo avance.

La escritura contrae íntimas relaciones con el lenguaje hablado, se transforma en fonética.

Esa misma escritura reproduce en adelante los mismos sonidos del lenguaje hablado.

A fuerza de designar de generación en generación los objetos y las ideas por la hierática figurativa, los egipcios habían terminado por adherir íntimamente en el espíritu, el nombre del objeto, y el sonido hierático, que por los nombres que eran monosilábicos, llegan á identificar la sílaba representativa del objeto, y el sonido hierático.

Es así como, gracias á las diferentes sílabas representada cada una por una hierática particular, se ha llegado á constituir una escritura fonética silábica.

Un nuevo progreso resta que realizar; es preciso para traducir todas las exquisiteces que la escritura no reste solamente fonéticossilábica, sino que pueda traducir por una serie de letras, con sus combinaciones múltiples casi infinitas, todos los sonidos diferentes del lenguaje hablado. En una palabra, que la escritura pase á una escritura fonéticoalfabética.

Poco á poco el sonido por el cual comienza una sílaba y constituye una letra, representada por la hierática misma de la sílaba.

Se podrá, sin paradoja, sostener que no es el hombre el que ha inventado el lenguaje escrito, no es una idea que ha determinado la formación de éste; el grande, el admirable momento, se ha elevado sin plan, sin arquitecto, como por casualidad; sólo el tiempo obrero lento y seguro, se ha encargado de despejar el montón informe, y lo ha pulimentado en unión de las generaciones que se han sucedido, como nuestros grandes glaciares, tantas veces milenarios, saben pulir la roca sobre la que sus lágrimas inmóviles se deslizan.

Se insiste sobre el esfuerzo del hombre en la formación del lenguaje escrito, y trataremos de demostrar la inutilidad de la opinión clásica, que ha poblado de centros innatos del lenguaje, la corteza del cerebro humano.

En efecto, pensaba bien el que piensa que el uso de todo centro existente desde el nacimiento en el ce-

rebro humano corresponde á una función que se efectúa fácilmente, naturalmente.

Si existe, como se enseña, en el cerebro humano centros innatos para la escritura y para la lectura, se puede asegurar que el hombre no se habrá esforzado en tantos millares de años por estar en estado de traducir su lenguaje oral en lenguaje escrito.

Sea, dirán los partidarios de los centros cerebrales, para la lectura y para la escritura, es posible que al despertar de oscuros orígenes al hombre primitivo, no haya tenido en su cerebro centros especiales; éstos son poco á poco formados por uno de estos lentos procesos de adaptación; pues los transformistas y sus discípulos han citado curiosos ejemplos. Así modificada la doctrina de la existencia de los centros del lenguaje escrito, que se transmiten por herencia, no es sostenible. ¿Cómo se puede producir una parecida transmisión hereditaria? Realmente el lenguaje escrito fonético es conocido después de dos ó tres mil años, pero es preciso notar que en el lenguaje escrito sólo los elegidos han tomado parte. Durante la Edad Media fué, sobre todo, del monopolio de los iniciados y los monjes que lo transmiten á sus discípulos, pues ningún lazo de parentesco existe entre ellos y los maestros; en estas condiciones ninguna influencia hereditaria se sabrá invocar. Considerad, entretanto, nuestras sociedades actuales, ¿cuántos de sus miembros presentes pueden afirmar que el padre de su tatarabuelo sabía leer ó escribir?

No olvidemos, pues, que por una ley inexorable los privilegiados ó elegidos desaparecen y no dejan ordinariamente descendencia. Incesantemente su plaza vacía es tomada por los que se llaman justamente los nuevos sucesores, pues los ascendientes de los nuevos advenedizos no saben leer ni escribir, y no han podido, por consiguiente, transmitir á sus descendientes los centros para la lectura y la escritura, de los que ellos estaban desprovistos. ¿Es entonces en tres ó cuatro generaciones, cuando tales centros estarán en estado de formarse, para ser en seguida transmitidos hereditariamente?

Hemos llegado por fin al lenguaje hablado. ¿Procede de centros innatos? ¿Cuáles serán esos centros?

Esta será la parte más árdua de los hechos, vamos á tomar el partido formal de creer, con los argumentos ó á pesar de los argumentos, de creer por creer, no es solamente porque el maestro lo ha dicho, mas porque generaciones de maestros y discípulos lo han repetido, de creer en una palabra porque existan, lo mismo en el dominio científico, los dogmas que no es permitido de conmover; por consiguiente, no vamos á ser la multitud ignorante, sino los creyentes ó iniciados.

Aquí nos encontramos en presencia del dogma de la III frontal, ya se sabe lo que cuesta el atacarlo.

En 1906 P. Marie, después de un concienzudo estudio de una decena de años, tuvo el valor de decir lo que pensaba, sobre la realidad de las funciones de la III frontal, expuso su opinión de que esta tercera circunvolución frontal no tenía nada que hacer con la función del lenguaje, se desató contra él (con anate-

mas) todo el bando de neurólogos y psiquiatras, especialmente del extranjero. Ante este dogma un horror sagrado se apodera de los autores, lo mismo los mejor intencionados; parece que el temor de un sacrilego continúa embargándolos.

No quisiera volver la vista atrás sobre estas cosas, encontrándose que sus ideas sobre la función del lenguaje han evolucionado un poco, estando actualmente convencido que en el cerebro humano no existen, pues, centros innatos para el lenguaje hablado, como para el lenguaje escrito. Esta es la tesis que por primera vez ha expuesto P. Marie ante sus discípulos. Ya ha dicho y repetido, desde el punto de vista anatomopatológico, los argumentos más serios que militan contra la opinión clásica que coloca en la circunvolución III frontal izquierda la función del lenguaje articulado. Casos de lesión frontal III izquierda, sin afasia, y observaciones muy numerosas de afasia, llamada motriz, sin lesión de la III frontal, se encuentran en el notable artículo de M. René Sand, de Bruselas, en el que una lesión incontestable de la frontal III izquierda existe sin afasia (1).

Más recientemente una numerosa serie de demostraciones directas se han ofrecido con ocasión de los exámenes que se han hecho de millares de heridos del cráneo recogidos en el Gobierno militar de París.

Lo mismo M. Foix que P. Marie, han estudiado especialmente las perturbaciones del lenguaje consecutivas á las heridas del cráneo y del cerebro. Han podido afirmar, que en ningún caso han encontrado la afasia por herida localizada en la región de la III frontal, y que al contrario, eran los heridos de la región temporo-parietal izquierda, situados detrás del surco de Rolando, los que se acompañaban de afasia bien marcada.

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Estado actual del problema de la insulina.—En Noviembre de 1920, F. C. Bating leyó un artículo de Barron acerca de la relación de los islotes de Langerhans con la diabetes y concibió la idea de preparar un extracto de ellos para el tratamiento de esta enfermedad. Los experimentos hechos administrando á perros extractos de la glándula total, no dieron resultado. De los estudios de Bating, sacó en consecuencia que la secreción del tejido acinoso no tiene que ver con la regulación del metabolismo de los hidratos de carbono, que las inyecciones de glándula total no son aprovechables que la integridad de los islotes de Langerhans es esencial para la regulación del metabolismo hidrocarbonado. Este efecto de los islotes de Langerhans, se puede realizar por dos mecanismos: 1.º, por modificación de la sangre al atravesarlos; 2.º, por secreción interna de los mismos. Bating pensó que en el páncreas había algún factor que destruía la hormona de los islotes cuando se preparaban extractos de la glándula total. Se trataba, por tanto, de encontrar un medio de preparación en el que se evitara esta destrucción y se obtuviera el producto en gran escala, y para

(1) *Semaine Médicale* de 7 de Febrero de 1912.

ello recurrió á la ligadura del conducto excretor, con lo que degeneraba el tejido acinoso, y, por otra parte, pensó en preparar extractos de páncreas de terneras en el quinto mes de la gestación. Con los extractos salinos de páncreas de feto de vaca, se hizo vivir setenta días un perro pancreatectomizado, mientras que en las condiciones normales no viven más que quince días. De Diciembre de 1921 á Marzo de 1922, se comenzó á ensayar en seres humanos la administración subcutánea de los extractos de páncreas en el Toronto General Hospital. El resultado fué favorable.

A raíz de las inyecciones de los extractos se elevaba el cociente respiratorio y desaparecían los síntomas subjetivos de la enfermedad. Pero también se observó que manejando estos extractos sin precaución se provocaban fenómenos tóxicos. Mientras tanto, el Dr. Collip había ideado un medio de hacer extractos por el alcohol, de la manera siguiente: Se mezclaban volúmenes iguales de páncreas picado y de alcohol de 95° y se dejaba en reposo varias horas, agitando de cuando en cuando; luego se filtraba el producto. Al producto de la filtración se añadía el doble de su volumen de alcohol de 95° y se dejaba otras varias horas para que se precipitase casi toda la proteína; luego se repetía la filtración y se concentraba en el vacío á temperatura de 10 á 30° C, hasta reducir todo á pequeño volumen. De esta manera se evaporaba casi todo el alcohol y que laba un extracto acuoso que se lavaba con éter para quitar los lipoides y se destilaba en el vacío hasta consistencia pastosa. Añadiendo en seguida alcohol de 80° y centrifugando se formaban cuatro capas de la manera siguiente: en el fondo una capa de cristales salinos; por encima de ella una solución saturada de sal en agua, por encima una capa de copos de proteína y más arriba una capa trasparente de alcohol que contenía en solución todo el principio activo. Se decantaba esta solución alcohólica y se mezclaba con un volumen varias veces mayor de alcohol de 95°, ó de preferencia, alcohol absoluto. Se dejaba varias horas á sedimentar, se hacía después una solución acuosa, se concentraba por destilación en el vacío, se filtraba á través de porcelana, y una vez confirmada su esterilidad se entregaba á la clínica. Estos extractos que prácticamente se podían considerar como libres de proteínas, sales y sustancias solubles en el alcohol, se podían hacer isotónicos é inyectar por vía subcutánea, sin reacciones locales. Para dosificar la insulina se ha tomado como unidad la cantidad necesaria para reducir á 0,045 la cantidad de azúcar en la sangre de un conejo de dos kilos de peso, después de haberle tenido sin comer diez y seis á veinticuatro horas, porque cuando la cantidad de azúcar alcanza esta cifra, empiezan á presentarse fenómenos graves. Este modo de dosificar no es muy bueno y se hacen intentos para hallar otros mejores.

La administración de la insulina restablece el poder de metabolizar los hidratos de carbono y los cuerpos acetónicos desaparecían de la orina, mientras la administración se mantenía. Sabido es, que ciertas intervenciones como la picadura del cuarto ventrículo, las inyecciones subcutáneas de epinefrina y las diferentes formas de asfixia, y entre ellas la anestesia por el éter, dan lugar á hiperglicemia y glucosuria. Pues bien, estas mismas intervenciones, hechas en conejos alimentados con una cantidad abundante de hidratos de carbono, pero á los que se había administrado por vía subcutánea insulina, no determinaron sino un aumento insignificante de la glucemia; luego de aquí resulta un campo de empleo de la insulina en las intervenciones quirúrgicas con anestesia por el éter en los diabéticos. Cuando la dosis que se administra es excesiva se producen convulsiones, pero las inyecciones de glucosa hacen desaparecer terminante-

mente estos síntomas desagradables. De los estudios hechos para determinar el medio de acción de la insulina, ha resultado que *in vitro* y mezclada con extracto de hígado actuaba sobre el poder rotatorio de la dextrosa y de la fructosa (levulosa), sin modificar lo más mínimo su acción reductora del cobre.

Sospechan que aumenta la producción de glucosa que se consume ó se almacena y que el mayor aprovechamiento de la glucosa que se observa en los diabéticos después de las inyecciones de insulina se debe á la formación de este tipo de glucosa. Los estudios hechos en el conejo han demostrado que al cabo de una media hora de puesta la inyección empezaba á disminuir la concentración en la sangre, pero el momento preciso en que comenzaba esta disminución y el tiempo que tardaba en restablecerse la cantidad primitiva variaban de unos animales á otros, según el estado de nutrición, siendo relativamente independientes de la dosis de insulina administrada, á no ser que la diferencia entre las dosis fuera enorme. La conclusión á que llegan, respecto del modo de obrar de la insulina, es como sigue: suponen que la glucosa pasa á los tejidos y la insulina también, que al llegar la última á las células provoca un proceso, merced al cual desaparece la glucosa como tal, y queda en la célula un vacío de glucosa que se repone extrayendo nueva cantidad de la sangre, con mayor rapidez que la que puede emplear el hígado en reponer la sangre extraída. Tal vez se verifique en la sangre el primer paso de este proceso, pero desde luego no se desarrolla en ella lo fundamental. Toda vez que la rapidez con que se repone la glucosa de la sangre, después que se ha rebajado por la inyección de la insulina, depende de la cantidad de glucógeno que tenga el animal en su hígado, no se puede recurrir á la determinación de la glicemia en momentos diferentes después de la inyección para determinar la eficacia de ésta. Por eso resulta malo el método de tomar como unidad la necesaria, para reducir la glicemia de un conejo de 2 kilogramos á 0,045, y por eso para remediar en lo que se puede este inconveniente, hay que tenerle sin alimentación unas veinticuatro horas antes.

En cuanto al empleo clínico, como quiera que se trata de un remedio que puede dar lugar á accidentes graves, conviene insistir desde luego sobre ellos. Actualmente los preparados de insulina se pueden considerar prácticamente como libres de proteínas, por lo que no ocasionan reacción anafiláctica, salvo en algunos enfermos ó especialmente sensibles. Cuando la concentración de la glucosa en la sangre ha disminuído mucho, el enfermo se suele quejar de debilidad, fatiga, y, sobre todo, si es al principio del tratamiento, de ansiedad. No es raro que se quejen de sensación de temblor sin que objetivamente se aprecie temblor alguno. Si la hipoglicemia se acentúa todavía más, se presenta obnubilación mental y coma. Afortunadamente, estos síntomas graves ceden en seguida á la administración de alimento. Basta dar 50 á 100 c. c. de jugo de naranja para ver desaparecer la mayoría de ellos. Si no basta, se añade al jugo de naranja 5 á 25 gramos de azúcar. Si el enfermo está demasiado mal para poder tragar se le administra 1 c. c. de solución de adrenalina al milésimo por vía intramuscular y á los cinco minutos se administra glucosa por vía subcutánea ó intravenosa. Las primeras veces convendrá que el enfermo esté vigilado por persona que conozca estos síntomas y la manera de combatirlos, sobre todo si se ha administrado la insulina por la noche, pues los síntomas se pueden presentar durante el sueño. Después los advierte el enfermo mismo. Las inyecciones se deben poner durante la comida ó inmediatamente antes; pero como los distintos enfermos tienen peculiaridades en cuanto á la rapidez de la absorción de la glu-

cosa, es prudente observarlos en el hospital algunos días antes de que sigan el tratamiento en su casa. Al principio se darán dosis muy pequeñas, coincidiendo con cantidades también pequeñas de hidratos de carbono, hasta que la glicemia se mantenga en cifras normales. A partir de entonces se irá aumentando la cantidad de hidratos de carbono y la de insulina.

Las indicaciones principales son: la diabetes juvenil, los casos de intervención quirúrgica en los diabéticos y los de coincidencia con otras infecciones. (Edición inglesa de *The Journal of the American Medical Association*, 28 de Abril de 1923.)

PEDIATRIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Murmullos cardíacos y enfermedades del corazón en los niños, por G. Werley.—Las conclusiones de este trabajo son las siguientes: 1.^a La historia del enfermo es de importancia capital para establecer un diagnóstico de una enfermedad del corazón en los niños. Si no existe historia de reumatismo en cualquiera de sus manifestaciones, es dudoso que se trate de enfermedad cardíaca. 2.^a Conviene no olvidar que las lesiones valvulares adquiridas son extremadamente raras durante los primeros tres años de la vida y muy poco frecuentes hasta el quinto año. 3.^a Un murmullo sistólico solo, nunca es suficiente para establecer un diagnóstico de enfermedad valvular. 4.^a El corazón del niño es extremadamente sensible a las influencias del vago y el pulso irregular en un niño es con más frecuencia fisiológico que patológico. 5.^a Las grandes estadísticas muestran que las lesiones valvulares adquiridas en los niños son mucho menores que el 1 por 100 en los de edad menor de diez años. Las estadísticas alarmantes de algunos hospitales que arrojan un exceso tanto por ciento de casos de enfermedades del corazón en los niños no deben tenerse en cuenta sin una detallada explicación. 6.^a En los niños, el dolor precordial, las palpitaciones, la respiración corta, los desfallecimientos y síntomas análogos, se deben generalmente a un sistema nervioso inestable y no a enfermedades del corazón. 7.^a Los murmullos diastólicos, un aumento de volumen del corazón bien definido y permanente, una palpitación fuerte de la punta, los *trills* bien marcados, el bloqueo del corazón no debido a medicamentos, la fibrilación auricular, son hallazgos que pueden ayudar a hacer un diagnóstico de enfermedad cardíaca. Se trata, sin embargo, de síntomas tardíos. (*Medical Record*, núm. 2.657, 8 de Octubre de 1921.)—E. LUENGO.

OBSTETRICIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Caso de embarazo ectópico a término con feto vivo.—Los Dres. B. J. O'Neill, B. S., y W. W. Crawford, comunican el siguiente caso clínico:

La señora B., de treinta y nueve años, blanca, nacida en Dinamarca, que había estado casada trece años antes y jamás había estado embarazada, fué observada el 4 de Abril de 1922, cuando padecía de influenza.

Exploración.—La exploración de rigor reveló un embarazo de seis meses. La paciente comunicó una historia de menstruación regular, hasta unos seis meses antes, y creía que el cese se debía a la menopausia. No había advertido ningún aumento del tamaño del abdomen y no comunicó historia de náuseas ó de latidos fetales.

El 6 de Junio la observamos de nuevo é hicimos un diagnóstico de embarazo de unos siete meses. El corazón y pulmones eran normales, las mediciones pelvianas eran

adecuadas, los ruidos del corazón fetal se oían claros y distintos, á la izquierda del ombligo. La orina revelaba un pequeño anillo de albúmina y algunos cilindros. La presión sanguínea, era: sistólica, 140; diastólica, 90, y existía algún edema de los pies y tobillos. Se impuso un régimen rígido y de descanso, á pesar de lo cual aumentó constantemente la cantidad de albúmina y se elevó gradualmente la presión sanguínea. y el edema se volvió, con rapidez, más marcado, hasta que el 29 de Junio la albúmina ascendía á 2,1 por 100, por el método de Purdy. Los cilindros eran muy numerosos, la presión sanguínea llegó á 210, sistólica, y 155, diastólica y había anasarca general muy marcada, estertores húmedos en el tórax y ruidos cardíacos arrítmicos muy rápidos é irregulares. En aquella fecha, la paciente observó moscas flotantes y se produjo una grave cefalalgia y vértigo. No se examinaron los fondos oculares, ni se hizo ninguna exploración vaginal. Se hizo el diagnóstico de embarazo de unos ocho meses, con eclampsia inminente, y se determinó llevar á cabo, en el acto, la cesárea.

Operación.—Esta se practicó en el Hospital St. Joseph, el 29 de Junio, á las 7,30 de la tarde, con anestesia por gas y oxígeno. Se incindió el abdomen en el lado derecho y se puso de manifiesto una masa lisa, azulada, oscura, semejante á un quiste ovárico. A la palpación se distinguieron las partes fetales, separadas de las manos por una delgada membrana que se rompió casi en seguida, saltando un chorro de agua. Se extrajo á la criatura, en la forma acostumbrada, forzándose la resistencia de la cabeza. Se pinzó el cordón con una pinza, y un ayudante revivió al feto, sin mayor dificultad de la corriente en una cesárea.

Después de extraer al niño hubo una hemorragia regular, que se dominó por la presión con gasa. La exploración reveló, entonces, la existencia de un útero algo hipertrofiado y que contenía un fibroma subseroso del tamaño de media avellana encima del fondo y otro fibroma del tamaño de un guisante grande en la cara posterior. Los anexos derechos eran normales. La trompa izquierda tenía unos 15 centímetros de largo y la extremidad fimbriada y expandida comunicaba directamente con la cavidad formada por las membranas. La placenta era delgada y extendida, hallándose implantada en la cara posterior del ligamento ancho izquierdo y en la S ilíaca y la pared pelviana intermedia, además de hallarse adherida, tanto al intestino grueso como al delgado. Por lo tanto, formaba el lado izquierdo y superior del saco. No se identificó el ovario izquierdo, pero, probablemente, se hallaba extendido en la pared del saco. Algunos vasos sangrantes penetraban á través de las adherencias del intestino grueso y delgado y otros vasos muy grandes penetraban en la placenta.

Mientras se dominaba la hemorragia por medio de la presión y de las pinzas, se desprendieron con rapidez las adherencias y se extrajo la porción superior del útero que contenía los fibromas, junto con la trompa izquierda y la placenta y el saco, lo más completamente que fué posible. Se ataron un gran número de vasos, cubriendo la superficie cruenta con peritoneo, suturándose la S ilíaca sobre el muñón del útero. Se conservaron los anexos derechos. Se hizo el cierre sin drenaje, llevándose toda la operación unos cincuenta minutos.

La criatura, varón, pesaba 2,800 gramos; tenía bien desarrollado el pelo y uñas, lo que indicaba que el nacimiento era casi á término. El cráneo era algo deforme, debido á reposar en el sacro, y había un calcaneovalgus moderado del pie derecho, un marcado talipes equinovalgus del izquierdo y una luxación parcial de la cadera izquierda, con indicación de algún proceso patológico óseo en la rodilla izquierda,

Evolución.—La evolución postoperatoria de la madre y el hijo no presentó complicaciones. La orina se aclaró con rapidez, desapareciendo la albúmina en diez y nueve días; los ojos se despejaron con rapidez; la cefalalgia desapareció y la madre abandonó el hospital en buen estado á los veintidós días.

Hasta la fecha, después de transcurridos siete meses, no han retornado la albúmina, cilindros ni ningún síntoma tóxico. La presión sanguínea es ahora: sistólica, 130; diastólica, 80. La paciente pesa 66 kilogramos. Su peso normal, antes del embarazo, era 70 kilos.

La criatura tuvo un ligero temblor de los párpados, durante algunos días, pero sin convulsiones. Como la madre no tenía leche, el lactante recibió alimento artificial en el hospital durante cinco semanas. A la edad de siete meses su peso es de 7,3 kilogramos.

La forma de la cabeza ha mejorado mucho, pero todavía es algo deforme. Se ha aplicado la ortopedia desde el segundo mes, y el pie derecho es casi normal. El pie, rodilla y cadera izquierdos han mejorado mucho.

Comentarios.—La existencia de una trompa completa con el saco, comenzando en el extremo fimbriado, y la desaparición del ovario, indicarían que la fecundación tuvo lugar, bien en el extremo fimbriado de la trompa ó en el ovario mismo. En cuanto al diagnóstico del caso, la exploración vaginal hubiera ayudado á hacerlo más preciso, pero se omitió, debido á la determinación de terminar el embarazo por cesárea. El hecho de que el útero no rodeara al feto, hizo que la masa tuviera un aspecto más pequeño de lo normal, de modo que el embarazo, al parecer, era de unos ocho meses, cuando en realidad había llegado á término. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 2 de Mayo de 1923.)

APARATO RESPIRATORIO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tipos clínicos y factores principales de la disnea de los cardiorrenales. El asma cardíaco,** por F. Bezanson, S. I. de Jong y A. Jacquelin.—Los accidentes disneicos observados en los cardiorrenales pueden clasificarse de la manera siguiente: el edema agudo del pulmón clásico es extremadamente raro, y los pequeños edemas congestivos de las bases son frecuentes en los enfermos de insuficiencia cardíaca. En los enfermos á la vez esclerosos pulmonares, bronquíticos crónicos y cardiorrenales, sobre todo en los antiguos asmáticos que han llegado al período de asma intrínscado, los brotes congestivos agudos al nivel de los viejos focos de esclerosis provocan una disnea á menudo grave, con exageración de la tos y de la expectoración. Finalmente, se debe reservar el término de «pseudoasma», ó más bien de «disnea asmatiforme de los cardiorrenales» á los accidentes que sobrevienen de una manera brusca en sujetos que no presentaban hasta entonces más que una disnea insignificante, ó nada de disnea. Esta disnea asmatiforme se ve sobre todo en enfermos hipertensos, á veces clorurémicos, con frecuencia hipertensos y clorurémicos, y en los cuales se encuentran á menudo antecedentes broncopulmonares. Estos accidentes de disnea paroxística deben separarse clínicamente entre sí, y del asma verdadero y del edema agudo del pulmón, cualesquiera que sean las relaciones patogénicas posibles entre estas diversas manifestaciones. (*Presse Médicale*, núm. 38, 11 de Mayo de 1921.)—E. LUENGO.

2. **Los síndromes pulmonares pseudotuberculosos en el curso de la fiebre tifoidea y de las fiebres paratífoides,** por A. Lemierre y P. N. Deschamps.—Las localizaciones pulmonares del bacilo tífico y de los bacilos paratíficos pueden traducirse clínicamente por síntomas idénticos

á los de la tuberculosis granúlica ó de la tisis caseosa de marcha rápida. Esta semejanza es á veces tan completa, que engaña á los observadores más escrupulosos. Los autores describen un caso en el que una zona del parénquima pulmonar hepatizada evolucionó hacia la supuración, y el absceso, después de haber estado coleccionado, se abrió en un bronquio. A pesar de que no pudo demostrarse la presencia del bacilo paratífico A, creen que este germen fuera el únicamente responsable, en vista de que la aglutinación fué positiva hasta un límite elevado. Insisten, por lo tanto, los autores en la necesidad de las pruebas de laboratorio para llegar á un diagnóstico rápido; en efecto, pueden proporcionar argumentos contra la tuberculosis; la ausencia de bacilos de Koch en la expectoración, bien sea en el examen directo ó después de la homogenización, tiene un valor casi decisivo cuando las lesiones simulan una fusión caseosa del pulmón y cuando los esputos son purulentos. De más valor es, como fácilmente se comprende, el hallazgo del bacilo de Eberth ó de los paratíficos en la misma lesión pulmonar; así lo ha logrado Widal por la punción del pulmón y por la siembra de algunas gotas de la serosidad sanguinolenta obtenida por este procedimiento. También se puede intentar el aislamiento de los bacilos en los esputos, mucho más delicado á causa de la contaminación constante del producto sembrado. En algunos casos puede sobrevenir un derrame pleural cuya fórmula citológica particular con placas endoteliales y con polinucleares elimina el diagnóstico de pleurotuberculosis y cuya siembra permite aislar á menudo el bacilo de Eberth. (*Presse Médicale*, núm. 31, 11 de Mayo de 1921.)—LUENGO.

ELECTROLOGIA Y RADIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Nuevo material de protección contra los rayos X,** por H. Blécère, J. Chenotier y H. Lumière.—Como substitutivo del plomo, los autores proponen ladrillos de barita para la protección contra los rayos X. Han construido ladrillos de esta substancia, de un kilogramo de peso. Las experiencias hechas demuestran que estos ladrillos, cuyo espesor era de 2,5 centímetros, se comportaban lo mismo que una plancha de plomo de 2,4 milímetros de espesor. Por lo tanto, dos ladrillos equivalen á 4,8 milímetros de plomo. Estudiada por la ionometría la absorción de los rayos X por estos ladrillos de barita, resulta que el espesor de uno de los mismos absorbe más rayos que 5 milímetros de plomo, cuando se utilizan rayos muy penetrantes. (*Bull. de l'Acad. de Medecine*, núm. 9, 28 de Febrero de 1922.)—E. LUENGO.

HIGIENE Y BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Prevención de la coqueluche por la inyección de suero de coqueluchoso extraído en la cuarta semana de la enfermedad,** por R. Debré.—El autor ha empleado siempre una mezcla de varios sueros (cuatro á ocho) recogidos estérilmente y conservados varios días en la fresquera, durante los cuales se investiga en ellos la reacción de Wassermann. Con este método ha tratado á 40 niños que estuvieron en contacto íntimo prolongado con un coqueluchoso seguramente contagioso; 32 niños tenían edad menor de dos años. De los 40, 31 han sido preservados totalmente seis han padecido una coqueluche particularmente benigna y tres una coqueluche normal. Se inyecta el suero á dosis de 2 á 3 c. c. para los niños menores de tres años. (*Bull. de l'Acad. de Medecine*, núm. 10, 13 de Marzo de 1923.)—E. LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Tribunales universitarios, por el Dr. Luis Marcó.—Inhalaciones municipales de gasolina, por Ernesto Botella.—El paludismo en Marruecos.—Academias y Sociedades: Sociedad Española de Urología.—Sociedad Española de Higiene.—Sección oficial: Ministerio de Hacienda.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Real Academia Nacional de Medicina.—Elecciones.

La Real Academia Nacional de Medicina dió fin á sus sesiones literarias el sábado último; el doctor Goyanes expuso un método para el tratamiento de la úlcera gástrica combinando la gastroenterostomía con la actuación directa sobre la úlcera á través de la boca de dicha intervención. Este método, dice, que había creído original, no lo es en absoluto, porque el profesor Kraske, de Constanza, ha publicado uno igual, sólo que no hace la gastroenterostomía. El Dr. Fernández Sanz presentó un caso de taquipnea con bradicardia á consecuencia de una encefalitis, haciendo notar la frecuencia con que se observan semejantes fenómenos.

El Dr. Codina continuó para terminar la tesis sostenida por él sobre neumotórax artificial contestando á las observaciones hechas anteriormente por el Dr. Crespo; el Dr. Durán de Cottés estudió las limitaciones grandes que hay para el empleo de la vacuna antialfa Ferrán en el tratamiento y la profilaxis de la tuberculosis pulmonar, y por último, el referido Dr. Crespo amplió y aclaró algunos de los conceptos emitidos anteriormente.

Terminó la sesión presentando el Dr. Tapia un aparato para la trepanación craneal, compuesto de un motor eléctrico que mueve una bomba aspirante-impelente, la cual á su vez actúa sobre un martillo percutor sobre un escoplo ó gubia. El autor de este ingenioso aparato le hizo funcionar, pudiendo dirigir la gubia con suma facilidad y sin trepidación alguna que produzca conmoción cerebral al operado. Como se ve, esta reunión final ha sido digno remate del actual curso, cuyas sesiones han merecido benévolos comentarios de los asistentes á ellas. La sobria originalidad del Dr. Goyanes; la concienzuda exposición de Fernández Sanz; las vivas é intencionadas polémicas de Codina y Crespo realzadas por la sesuda intervención de Durán de Cottés, y por último, el ingenioso aparato ideado por Tapia y que será ciertamente aprovechado por los cirujanos de todo el mundo, hicieron de esta sesión, que

presidió con acierto el Sr. Fernández-Caro, una de las más memorables celebradas en esta Academia.

Apenas terminadas las elecciones parlamentarias, que como á ciudadanos, en mayor ó menor grado, nos han de interesar, aún influyen en el campo médico otras elecciones que prometen apasionar los ánimos y que deben ser seriamente consideradas.

En tal sentido y en primer lugar figura la de senador por la Universidad de Madrid, cargo vacante por la muerte del Sr. Ortega Morejón. Según nuestras noticias, nada menos de siete son los candidatos que en demanda de tal honor se aprestan á la lucha dirigiendo circulares, sueltos periodísticos tendenciosos, propuestas y recomendaciones al numeroso Cuerpo electoral.

Como es de suponer, nosotros no tenemos candidato alguno á quien personalmente recomendemos, con tanta mayor razón para no mostrar preferencia, cuanto que hemos oído sonar los nombres de cuatro honorables compañeros entre los de los candidatos á que nos referimos; pero éste, que es un motivo para no inclinarnos á persona determinada, no lo es para que dejemos de demostrar nuestra simpatía *genérica* hacia aquellas personalidades que, catedráticos ó sencillos doctores, médicos ó letrados, políticos ó indiferentes, no se hayan mostrado afectos á la campaña de exclusión intentada contra los doctores del Claustro extraordinario, y significada en algunos colegas políticos por frases tan injustas como despectivas respecto á los doctores, hasta ahora respetados y siempre respetables, que figuran en la lista del Censo universitario madrileño.

Esta conducta, que en la elección anterior ha influido contra su intención notablemente en el fallo dado por los justamente ofendidos doctores, es preciso que tenga una rectificación por parte de todo candidato, cualquiera que él sea; pues sería mucho pretender que concediesen mansamente sus votos á una persona, aquellos mismos electores á quienes se califica duramente y de cuya suficiencia y rectitud se duda.

En cuanto á las otras elecciones, ó sea á las inoportunas de la llevada y traída Junta de Patronato y Defensa, nada tenemos que decir á lo antes dicho, y con ello creemos haber contestado á las personas que amablemente nos escriben en demanda de instrucciones.

«Nada tenemos que recomendar sino la legalidad más estricta, el cuidado de que las abstenciones no sean interpretadas ó sustituidas mañosamente por nadie. Toda papeleta no entregada personalmente ó autorizada por firma auténtica deberá ser tenida por nula y lo será ciertamente en el escrutinio definitivo.»

Si después de efectuado éste el número de votos justifica la continuación y renovación de la nueva Junta, tenemos por cierto que ésta será por todos respetada y por todos ayudada en su cometido, pues el voto de los compañeros significará que creen dignas de estas consideraciones á las personas que ellos han designado; pero si por el contrario, ó por la escasez de los votos auténticos ó por las manipulaciones empleadas la elección resultara sospechosa ó turbia, es de esperar que no se tengan ya mayores consideraciones y que se proceda en justicia, de tal manera, que los que ostenten la representación de los médicos titulares merezcan en todos los Centros oficiales la consideración y el respeto á que es acreedora esta sufrida y digna colectividad.

DECIO CARLAN

TRIBUNALES UNIVERSITARIOS ⁽¹⁾

FOR EL

DR. LUIS MARCO

Desde que en 1872 tomé el título de Doctor en Medicina, dí comienzo á mis estudios y no he cesado en ellos. Juro que los Catedráticos míos no servían, la casi totalidad, ni para el honrado y modesto oficio de bedel ó mozo de laboratorio: faltábanles Ciencia, dotes para enseñar ó afición á la enseñanza. Los que tenían tan eminentes disposiciones las veían casi anuladas por las leyes y costumbres en materia de Instrucción pública, vigentes en España y aun en casi todas las naciones. El principio fundamental universitario es: La Universidad no tiene por objeto cultivar la Ciencia, sino dar *títulos profesionales*; la enseñanza no tiene por objeto (en sus tres grados) llegar á saber científica y profesionalmente algo, sino sufrir *exámenes especiales* de fin de curso para la aprobación oficial de cada asignatura, aunque en ella no se sepa nada de nada; la finalidad de las matrículas y de las reválidas y de los diplomas académicos estriba en *sacar dinero para pagar á unos empleados del Estado conocidos por el nombre de Catedráticos. Y sanseacabó. ¡No va más!*

(1) Véase el número del 26 de Mayo último, *Sección Oficial*, 522 y 523.

¿Es eso serio? ¡No! Y tampoco lo era el *examen final* de toda la carrera universitaria, para expedir el *título* de Licenciado y en su día el de Doctor en cada Facultad. Nada digo de los de Bachiller en las diferentes Facultades, abolido afortunadamente por la exgloriosa septembrina. Dios la tenga en descanso.

¿Cómo se forma el Profesorado oficial universitario? Por nombramiento ministerial gacetado, designando para una nueva disciplina docente á persona de eminentísimos méritos científicos de pública notoriedad. Convocando á ejercicios de oposición (nuevos *exámenes especiales*) ante Tribunales hechos *ad hoc*: esas oposiciones están ó abiertas á todo el que tuviere aprobada la reválida del doctorado, ó cerradas á todos los doctores (*con título y todo*) que no hayan sido previamente nombrados (*sin oposición*, por lo común), para cargos docentes subalternos, tales como supernumerarios, auxiliares, suplentes, profesores clínicos, profesores de laboratorios universitarios, etc., viniendo á declarar que el favoritismo debe ser *aceptado oficialmente* hasta para poder entrar en públicas oposiciones, sin admitir peligrosos cooptadores; los privilegiados tienen un turno de favor, que no les impide tomar también parte en oposiciones libres. *Così va il mondo*.

El último procedimiento para adquirir una determinada cátedra consiste en dejar de proveerla, ni aun por oposición limitada, sino anunciar su provisión por *traslado voluntario* de un catedrático numerario de otra Universidad, y, si nadie solicita esa traslación, conferir la cátedra vacante por *concurso de méritos* entre catedráticos de la asignatura y del grupo similar.

Tales son los procedimientos para formar parte del cuerpo docente universitario. El que da más numeroso contingente á la renovación constante del personal dedicado á la enseñanza en las Universidades es el de las *oposiciones públicas* á cada disciplina universitaria.

Igual que sufrí el anticientífico y antitécnico procedimiento de la *enseñanza oral* para *examinarse asignatura por asignatura* y luego nuevamente *examinarse de conjunto* á fin de carrera, sufrí también el procedimiento de los especialísimos exámenes llamados *oposiciones á cátedras*. Puedo afirmar, á conciencia de lo que digo, que ni los estudiantes pueden estudiar ni los profesores pueden enseñar mientras perduren tan falsos métodos (prescindiendo, y ya es prescindir, de sus inmorales). Perduran, y perdurarán esas farsas antipedagógicas, por muy buena voluntad y clara inteligencia que tengan todos los ministros de Instrucción Pública. ¡Enfermedad hereditaria y viciado ambiental!

Declaro que no merecí aprobación en ningún examen de mi carrera (ni aun cuando me dieron algún premio), y que deberían haber sido á la vez reprobados casi todos mis catedráticos, causantes de mi ignorancia enciclopédica.

Declaro que no merecí ni aun la aprobación de los ejercicios de oposición á cátedras (la obtuve por unanimidad, según consta en certificaciones oficiales que poseo) y mucho menos la colocación en terna (tercer lugar en 1878 y segundo lugar en 1882), recién cumplidos los veintiséis y treinta años de mi edad.

Creo que á mis distinguidos coautores les ocurrió lo mismo que á mí; creo, además, que los tribunales de oposición (un Consejero de I. P., presidente, más cuatro vocales catedráticos de cualquiera asignatura de la Facultad, más dos vocales competentes, no catedráticos, total siete jueces, tantos como las virtudes, los vicios y los sacramentos), creo, repito, que los tribunales de oposición en conjunto eran de suma incompetencia para juzgar en lo que les correspondía, lo cual favorecía en el mayor grado la inmoralidad ministerial de su nombramiento y la no menos inmoral actuación de los archirrespetabilísimos jueces universitarios y facultativos. Todos debimos conseguir la misma reprobación, los siete jueces *inclusive*.

Si no hice más oposiciones fué por haberme sobrevenido, siendo aún joven, una sordera incurable. No debí á recomendaciones ningún aprobado en exámenes ni ternas; no las pedí.

El joven y muy culto ministro Sr. Salvatella, con la más recta intención, dictó en 18 de Mayo último (*Gaceta* del 19, páginas 679 y 680) dos Reales decretos referentes á la constitución de tribunales de oposiciones á cátedras de Universidad, con el noble propósito de dar más garantías de moralidad y acierto á tales juzgadores, á quienes firman las oposiciones, al Estado, á la nación, á la sociedad.

Ni el automatismo, ni la elección seleccionada ni el arbitrio ministerial puro (ó impuro)..., nada será capaz de evitar una sola de las muchas, de las grandes impurezas de la realidad en lo que atañe á todo el problema de la enseñanza superior. Muchos han sido, son y serán Catedráticos de modo que sólo ellos y sus favorecedores comprendan por qué les han dado una Cátedra. Cabe el *juanpalomismo* profesoral para rellenar los escalafones profesoraes; eso, sin contar las influencias políticas de todos los partidos, y las poderosísimas influencias *extra-, supra-, y antiuniversitarias*. Ninguno de esos Reales decretos lo impedirá, como la incompetencia técnica y científica de la mayoría de los señores jueces y sus apetitos familiares ó *paniguadescos*.—¡Señor ministro, cultísimo y bien intencionado Sr. Salvatella, «no es por ahí!», como decimos los castizos.

¿Y por la autonomía universitaria? Si es la del señor Silió, la de los diez Estatutos universitarios, la paralela á la célebre abortada «Campana Social del Episcopado español», aquella estupidez solapada y antiuniversitaria (red en que cayeron como inocentes alondras atraídas por el espejuelo de la palabra AUTONOMÍA los insignes Catedráticos), entonces la inmoralidad del Claustro universitario en la *provisión familiar* de cátedras llegará al grado máximo.

Y si viniera la autonomía en alguna forma más aceptable que la del funesto Silió y sus funestísimos directores espirituales en el Ministerio de I. P. y B. A., entonces, *apaga y vámonos*; lo bueno que hubiese en dicha autonomía quedaría sepultado por las pésimas consecuencias prácticas que sacarían los monopolizadores de la enseñanza. ¡Hay cada cuco, cada cacicuelo, cada arañita, cada hormiga!

No hay sino ver qué ocurrirá con el Ejército, autóno-

mo, mimado, más temido por los políticos profesionales civiles que por los enemigos en armas. Digan lo que quieran el Sr. Fiscal del T. S. de Guerra y Marina y el Sr. Duque del Infantado al entregar la *bandera española* á unos *moros africanos*; yo creo en las virtudes militares y patrióticas de nuestros institutos armados. Pero también creo en su incapacidad colectiva, por culpa de quienes lo dirigen dentro y fuera de las Ordenanzas y demás leyes militares. *Plaudite, cives!*

Su amor á la gloria y á la patria, su energía y su heroísmo están galardonados justamente con ascensos y condecoraciones pensionadas (cruces de San Fernando, algunas de San Hermenegildo, de María Cristina, roja y blanca del Mérito militar, medalla de Sufriamientos por la Patria, — *¿se me olvida alguna más?*). Esas merecidas recompensas, no sólo honoríficas, sino también pecuniarias, tienen disgustado al Ejército por la *favoritista* distribución que de tales mercedes lucrativas se ha hecho por el Poder público. ¿Qué pasaría (ó pasará) con la autonomía universitaria en el reparto de las únicas *gracias al sacar* (tal vez también *al meter*), ó sean las sinecuras del Profesorado de la Universidad? ¡Que se tirarían á la cabeza los insignes Catedráticos los bonetes, los tarteros y hasta las mazas de los bebes en *galu con uniforme*! ¡Ni la *Batracomiomaquia*! Y cada Catedrático sería el *Heautontimorúmenos* al tratar de que «metiesen la cabeza» en el Profesorado los hijos, yernos, sobrinos y demás. Que se miren en el espejo del *Miles gloriosus* español: inutilización de las organizaciones docentes, como de las militares, aunque unas y otras sean formadas por los mejores elementos individualmente. «*La canóniga buena, la cabilda mala.*»

Toda, TODA nuestra legislación de Instrucción pública, en sus tres grados, hay que romperla y aventar las más mínimas porcioncillas de cada papelito legal, en la enorme balumba de su copiosa y heterogénea y perjudicialísima masa de papel impreso oficialmente. ¡Oh Alcubilla!

Hase hablado de *codificarla*. Un imposible: impuesta la «codificación de instrucción pública» á Hércules, prorrumpiría en grandes voces: «*Mehercle*, un trabajo imposible para mí. ¡A la pira esos mamotretos legales!»

La reforma absoluta, radicalísima y bienhechora para la enseñanza en sus tres grados es obra muy difícil, no improvisable. No me determino á dar de soslayo en un artículo periodístico la menor indicación acerca de sus bases fundamentales, sobre las que vengo pensando más de medio siglo. Como no me he de comer el melón, es tonto que le hiciese cala y cata. ¿Quién lo calicatará? ¿Quién se lo zampará? *Ai posteri l'ardua sentenza*.

Por si alguien desea ir tomando alguna tintura, le recomiendo lea bien las obras de D. Antonio Gil y Zárate (*De la Instrucción pública en España*), de D. Vicente de la Fuente (*Historia de las Universidades españolas*), los *Anales* y las *Monografías históricas* publicados acerca de varios de esos Establecimientos de Instrucción Superior, y los dos interesantes libros, que tengo á la vista, de los cuales pongo nota á continuación:

Francisco Giner [de los Ríos], *Pedagogía universita*

ria, problemas y noticias, 2.^a ed., Barcelona [1910], Manuales Soler, 58.

Giorgio Pasquali e Piero Calamandrei, *L'università di domani*, Foligno, 1923, F. Campitelli, editore.—En 8.º, págs. XIII + 338, primera edición; el prólogo (*Prefazione*) lleva esta data: «Firenze, 20 gennaio 1923.»

De las referencias á otras obras, entresaco estas ligeras indicaciones bibliográficas, deplorando que sean poquísimos los casos en que conste la casa editorial. No me tomo el trabajo, innecesario, de ordenar alfabéticamente ni cronológicamente esa lista de libros.

Noticias bibliográficas.

Rodolfo Mondolfo, *Libertà della scuola, Esame di Stato*, Capelli, 1922.—Piero Calamandrei, *Troppi Avvocati*, Firenze, *La Voce*, 1921.—Carlo Cantoni, *La questione universitaria* (en *Scritti vari*), Pavia, 1918.—Dino Provenza, *Manuale del perfetto professore* (desconozco l. y a.).—*Relazione della Commissione Reale per il riordinamento degli studi superiori* (publicación oficial modernísima, ignoro el año, del Min. de P. I. de Italia).—Michele Kerbaker, *Osservazioni sull'ordinamento delle Facoltà universitarie*, Napoli, 1894.—C. Formichi, *Il tarlo delle Università italiane*, Pisa, 1908.—Giovanni Caò, *Della guerra mondiale alla Scuola nostra* (ignoro l. y a.).—Luigi Rossi, *Riduzione delle Università*, Bologna, 1892.—G. M. De Francesco, *Rapporti tra Stato, Comune ed altri enti locali in materia di pubblica istruzione*, Roma, 1912.—A. Hille Monti, *Per l'autonomia universitaria*, Pavia, 1910.—F. Martini e C. F. Ferraris, *Ordinamento generale degli istituti d'istruzione superiore*, Milano, 1895.—G. Lombardi-Rattice, *La riforma universitaria e le Facoltà siciliane*, Catania, 1921.—Cosack, *Universitätsreform*, Jena, 1921.—Paulsen, *Die deutschen Universitäten und das Universitätsstudium*, Berlin, 1902 (importantísima).—Lexis, *Die deutschen Universitäten*, Berlin, 1893.—G. Compayré, *Abelard and the origin and early history of Universities*, London 1893.—Davidson, *A history of Education*, Westminster, 1900.—Reinier, *La vie universitaire dans l'ancienne Espagne*, Paris et Toulouse, 1902 (*Bibliothèque Espagnole*).—Hastings Rashdall, *The Universities of Europe in the Middle Ages*, Oxford, at the Clarendon Press, 1895, 2 vol. en 8.º (importantísima).—Liard, *L'enseignement supérieur en France*, Paris (ignoro el año).—Francisco Giner de los Ríos, *Educación y enseñanza*, Madrid, 1889.—P. Denifle, *Die Universitäten des Mittelalters bis 1400* (1.º tomo, único), Berlin, 1885 (importante).—Tamsen, *A general view of the history and organisation of public Education in the German Empire*, Berlin, Asher, 1904.—G. Compayré, *Histoire critique des doctrines de l'éducation en France depuis le XVI^e siècle*, Paris, Hachette, 1883, 2 vol.—G. Compayré, *Études sur l'enseignement et sur l'éducation*, Paris, Hachette, 1891.—Delphin, *Fas [Faz], son Université et l'enseignement supérieur musulman*, Paris, 1889.

INHALACIONES MUNICIPALES DE GASOLINA

Con gusto publicamos la siguiente carta del ilustre laringólogo D. Ernesto Botella, que coincide con lo por nosotros inútilmente dicho hace mucho tiempo. Por lo visto el estado de la laringe del Sr. Ruiz Jiménez le consiente ya no ocuparse de las laringes de los demás. Celebramos lo suyo y lamentamos lo de todos.

Madrid, 23 de Mayo de 1923.

Excmo. Sr. D. Carlos M. Cortezo.

Mi querido amigo: El domingo me dió la ocurrencia de ir á ver la Rosaleda; el Retiro estaba delicioso; la Rosaleda,

preciosa; pero el paseo de Coches daba pena verlo: una nube espesa de humo y polvo rodeaba los numerosos coches y automóviles que por él circulaban, estos últimos á gran velocidad, como si fueran á llegar tarde; de nada ha servido lo que en EL SIGLO MÉDICO dijo usted sobre esto el año pasado al señor barón del Valle de Suñil, entonces alcalde de Madrid, y supongo que de nada servirá si se lo vuelve á decir al actual, Sr. Ruiz Jiménez; pero si él fuera por dicho paseo con frecuencia, puede que espontáneamente tomara alguna decisión en obsequio de su laringe, que seguramente protestaría del dichoso humo. Sería conveniente comprobar si mis compañeros han observado, como yo, lo frecuente de ciertas toses espasmódicas, sobre todo en niños, los que, á mi juicio, no tienen otra enfermedad que el tener automóvil sus papás y que los lleven á oxigenarse, digo, á ahumarse, al Retiro.

¿Se acuerda usted del hermoso parque llamado Jardín de los Ingleses, en Munich? En él no se permite la entrada á los automóviles, y eso que es bien grande; por higiene debía haber la misma prohibición en el Retiro.

Renueve usted su petición al Sr. Ruiz Jiménez, que, si llega á leerla, le hará más caso que á mí, y Dios quiera consiga usted se pueda disfrutar, sin peligro para la salud, de un paseo tan hermoso como lo es el Retiro.

Queda, como siempre, suyo y devoto admirador, que mucho le quiere,

ERNESTO BOTELLA.

EL PALUDISMO EN MARRUECOS

MISIÓN CIENTÍFICA

El sábado último salió con dirección á Tetuán y Larache la expedición científica dirigida por el distinguido botánico y catedrático de la Universidad Central, Sr. Caballero, á quien acompañan como ayudantes los Sres. D. Lucio Pardo, profesor del Instituto de Valencia, y D. Juan Gil Collado, entomólogo del Museo de Madrid.

Esta expedición organizada por el Ministerio de Estado, está encaminada al estudio de la biología de los mosquitos que viven en nuestra zona de protectorado marroquí, algunos de los cuales son los transmisores del paludismo, cuyos terribles estragos son bien conocidos.

El Sr. Caballero, que en sus estudios en la Península ha descubierto la incompatibilidad de convivencia de las larvas de los mosquitos con algunas especies de plantas del género *Chara*, se propone realizar experiencias más en grande en Marruecos, donde las zonas palúdicas son tan extensas, y no es aventurado decir que una vez que el descubrimiento de nuestro sabio botánico sea más conocido y aplicado, se dispondrá de un arma poderosísima en la lucha contra una enfermedad que ha ocasionado en nuestro ejército marroquí un número superior de bajas que el producido por las balas enemigas.

Esperamos ver pronto la corroboración del efecto de las *chara* sobre las larvas de los mosquitos en las aguas de nuestro protectorado marroquí, como ya se ha visto en Méjico, Marruecos francés, etc.

Deseamos el mayor éxito á nuestra misión científica.

Academias y Sociedades.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

SESIÓN DEL 4 DE MAYO DE 1923

Presidencia: Dr. Barragán.

Nefrotomía por uremia.

El Dr. González Tomás.—La intervención quirúrgica en las nefritis llamadas médicas, á pesar de venirse realizando hace más de veinte años, es un asunto de gran interés clínico, sobre todo entre nosotros en que el número de observaciones publicadas es relativamente poco considerable. El caso que presento es el de un enfermo del Dr. Gallardo, cuyo compañero me proporcionó los antecedentes siguientes: Aproximadamente un mes antes de ser yo llamado para ver al enfermo, éste había padecido una infección gripal que le obligó á guardar cama durante seis ú ocho días. En la convalecencia y cuando el enfermo empezaba á ocuparse de su trabajo, se presentaron edemas palpebrales que motivaron un análisis de orina, el cual acusó cinco gramos de albúmina por litro con presencia de cilindros hialinos y granulados en el sedimento. En vista de ello, el Dr. Gallardo aconsejó al enfermo el tratamiento adecuado á base de dieta láctea. Pocos días después el enfermo tuvo una recaída, presentándose en seguida una marcada oliguria, que en dos ó tres días se convirtió en anuria absoluta.

Investigando, al reconocer yo al enfermo, síntomas que pudieran acusar una nefritis antigua y anterior al primer ataque de la infección gripal, no pude obtener otro antecedente que el de cefaleas repetidas. Nunca había observado dolores lumbares, edemas, trastornos de la micción, ni alteraciones de aparato digestivo y respiratorio. En el momento que hacíamos la observación, la sintomatología se reducía á un estado nauseoso casi constante, acompañado de vómitos y alguna excitación cerebral. En los tres días anteriores á mi visita, el enfermo no había orinado, pero este día había expulsado 150 c. c. de orina cuyo análisis dió el siguiente resultado: Cantidad, 150 c. c.; densidad, 1.012; reacción ácida. Aspecto, turbio, hemático con algún depósito. Urea, 10,54 por litro; cloruros, 2,7 por litro; albúmina, 2,30 gramos por litro, sedimento con numerosos hematíes, algunos leucocitos y numerosos cilindros granulados y hialinos.

Como el diagnóstico de nefritis y uremia que había hecho el Dr. Gallardo no ofrecía duda alguna, acordamos someter al enfermo á dieta hídrica durante día y medio ó dos días, sangría de 300 gramos y dos inyecciones de Nefroserum, de 10 c. c. cada una, con intervalo de ocho horas. En la sangre extraída dosifiqué la urea, que acusó una cifra de 3,84 gramos por litro. El resultado de este tratamiento fué absolutamente negativo, puesto que el enfermo siguió en anuria completa, acentuándose la intolerancia gástrica y aumentando aun cuando ligeramente la excitación cerebral, dando á entender por este síntoma, locuacidad y agitación del enfermo.

Dado el fracaso del Nefroserum, recurrimos á la teobromina y otros diuréticos y á dos inyecciones intravenosas de 300 c. c. cada una de suero glucosado, de las que no obtuvimos tampoco resultado alguno. Para atenuar la intoxicación del enfermo, empleamos los purgantes y una nueva sangría de unos 250 c. c. El segundo análisis de la sangre, practicado tres días después del primero, acusó 5,12 gramos por litro.

Ante la imposibilidad de vencer la anuria de este enfermo que databa ya de nueve días (exceptuando los 150 c. c. de ori-

na expulsados durante uno de ellos), propusimos á la familia una consulta con otro especialista por si era conveniente practicar una intervención quirúrgica. Para discutir, y decidir practicarla, fué llamado el Dr. Negrete, cuya competencia es de todos conocida; y este compañero se inclinó en pro de una nefrotomía, en vista de la inutilidad de los tratamientos médicos empleados.

Trasladado el enfermo al Sanatorio y previa anestesia con éter, practicamos una lumbotomía exploradora, exteriorizando con alguna dificultad el riñón derecho que ofrecía un volumen aproximadamente del doble normal, sin lobulaciones ni estrangulaciones de la cápsula; que pudimos decorticar con facilidad. Conseguida la decapsulación, practicamos una nefrotomía amplia, pudiendo observar el parénquima renal que ofrecía el aspecto de un proceso inflamatorio uniforme de todo el órgano. Suturamos la herida nefrotómica, dejando amplio drenaje en la herida lumbar.

El enfermo, que soportó sin accidente alguno la operación, falleció á las catorce horas de practicada sin que en el transcurso de ellas se restableciese en lo más mínimo la función renal. Esta historia clínica, casi esquemática, se presta á algunas reflexiones. La primera impresión que produce este enfermo es la de una agudización de un proceso renal antiguo. Yo, por lo menos, creí encontrar en los antecedentes algunos datos que acusaron una nefritis crónica, y aun cuando no los hallamos, pensaba que durante la intervención quirúrgica podríamos afirmar la presencia de una nefroesclerosis por el aspecto que pudiera tener el riñón. Esta sospecha hubimos de desecharla ante el volumen, coloración, etc., del órgano que denotaba, como dijimos antes, un estado inflamatorio agudo y uniforme de todo el parénquima renal.

Las cefaleas que durante muchos años nos dijo el enfermo que había padecido, no debieron ser debidas á una insuficiencia renal. Si hubiera sido ésta la causa de ellas, el dolor de cabeza se hubiera acentuado durante la crisis anúrica, haciéndose uno de los síntomas culminantes, y esto no ocurrió, puesto que en todos los días que duró el proceso, ni en un momento sólo se vió el enfermo aquejado por lo que en otros tiempos tanto le había atormentado. Otro dato que merece un comentario, es el de la concentración de la orina expulsada en el único día que se inició algo la función renal: 150 c. c. de orina con una densidad de 1.012 es bastante demostrativa de la intensidad de la lesión del elemento noble del riñón. La concentración de la orina ganará cada día más terreno como dato de valor funcional renal, y en este caso la impresión pésima que nos dió el simple dato de la densidad como pronóstico, fué confirmado por la inutilidad de los tratamientos que seguimos.

Lo limitado de la sintomatología urémica de este enfermo, sostenida hasta los últimos momentos, confirma la variabilidad de estos síndromes que no deben ser debidos á una sola causa. La diversidad de lesiones, originan diversidad de cuadros urémicos, no teniendo los mismos síntomas el enfermo que tiene un edema cerebral, que el que no lo padece. La sintomatología de nuestro enfermo reducida casi á los trastornos gástricos y á la anuria, se asemeja mucho á las anurias tóxicas producidas por los mercuriales, siendo muy posible que las toxinas originadas por la infección gripal que padeció, hayan ocasionado lesiones análogas á las que causa el oxicianuro de mercurio en el epitelio renal.

Por lo que se refiere al resultado terapéutico de los medicamentos que empleamos en este caso, todos ellos quedaron á la misma altura de eficacia. Ante casos como este, cabe muchas veces preguntarse si la evolución natural de los procesos no será la que injustamente dé y quite valor á las me-

dicaciones. Indudablemente el restablecimiento de la función de un órgano depende, la inmensa mayoría de las veces, de la intensidad de la lesión producida. Así en un riñón cuyo aparato secretor ha sido irreparablemente lesionado, las medicaciones serán inútiles. Estos casos no se prestan á juzgar del valor de un medicamento, porque el que fuese útil, tendría que poseer la cualidad de crear un nuevo órgano, pero tampoco hay que exagerar la eficacia de determinados tratamientos como el de los sueros de vena renal de cabra y los glucosados, cuyos resultados pueden ser simplemente la coincidencia de una natural y favorable regresión de la lesión.

Algo, por no decir bastante, de lo que sucede con los tratamientos médicos en estos casos, debe ocurrir con los quirúrgicos. ¿Qué valor curativo tiene una nefrotomía en casos idénticos ó casi semejantes al nuestro? Pues probablemente el resultado dependerá del grado de destrucción del epitelio renal más que de otra cosa.

(Continuará.)

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Sociedad celebró su última sesión el pasado martes.

El presidente, Dr. Fernández Caro, hizo el resumen de los asuntos discutidos durante el curso.

Comenzó su brillante resumen haciendo resaltar la importancia de la labor de divulgación y de cultura que realiza la Sociedad, exponiendo luego, con frase elocuente, el desarrollo del tema presentado por el Dr. Espina sobre «E extrarradio y problemas de su urbanización», agradeciendo profundamente, en nombre de la Sociedad, á los señores Jalvo, Núñez Granés, Aranda, Cascales y cuantos extraños á ella han tomado parte en la discusión, el que la hayan honrado con su presencia y con sus juicios meritisimos.

Trató después del tema del Sr. Díaz Villarejo acerca de la lucha antivenérea, haciendo merecidos elogios de la competencia del joven venereólogo y de las conclusiones por él presentadas que, después de aprobadas con algunas modificaciones, han sido elevadas á la Superioridad.

Se ocupó también de los escritos del Sr. García Morcillo sobre higiene vegetarianonaturista, diciendo que, si bien el culto á la naturaleza se lo rendimos todos, hay que huir de las exageraciones en que caen algunos exaltados, que más que servirse de la naturaleza como medio curativo, parece que pretenden volver al tiempo del hombre troglodita.

Del tema del Sr. Yagüe, referente á la vacunación antitífica preventiva, trató ampliamente, elogiando como se merece la labor de dicho señor y considerando atinadísimas las conclusiones que aprobó la Sociedad.

Manifestó á continuación que no se había podido discutir un tema sobre eugenesia, presentado por el Sr. Bascuñana, por ser tantos y tan complejos los puntos que abarcaba, que no ya el tema, sino quizás ni una pequeña parte de él hubiera podido discutirse en todo el curso, y eso no tratándose ningún otro asunto.

Habló también muy elocuentemente del esquema de ordenanzas municipales presentado por el Dr. Lasbennes, que tampoco ha podido ser discutido, rogando á dicho señor que lo presente en el curso próximo.

De una moción presentada por el Dr. Soriano acerca de la higiene de Madrid, hizo merecidas alabanzas, lamentándose también de que no haya sido posible discutirla.

Y después de pronunciar algunos brillantes párrafos en loor de la higiene y del progreso, puso fin á su elocuentísimo discurso, que fué calurosamente aplaudido por la concurrencia.

Sección oficial.

MINISTERIO DE HACIENDA

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Vista la instancia presentada por la Federación Nacional de Colegios Médicos de España sobre la forma en que sus colegiados deben tributar por la contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria:

Resultando que en ella se solicita: primero, que se declare que los médicos sólo deben presentar declaraciones juradas de las utilidades obtenidas en el ejercicio de su profesión, por lo que se refiere al año económico en curso; y segundo, que previamente se dicten por la Administración las reglas que fijen con exactitud y claridad cuáles han de ser los gastos deducibles del producto bruto de los honorarios obtenidos para determinar el saldo sobre el cual la liquidación del impuesto haya de practicarse:

Considerando en cuanto á la primera cuestión planteada que la incorporación de los médicos á la tributación de que se trata tuvo lugar en virtud de lo dispuesto en la ley de 29 de Abril de 1920, la cual no trató de derogar la legislación anterior, sino de aumentar su esfera de acción, sujetando á sus preceptos á contribuyentes no comprendidos en ellos; por lo que dispuso que en la refundición que también ordenaba de los nuevos preceptos legales con los antiguos en vigor, se incorporara á la tributación por utilidades á los que ejercen determinadas profesiones liberales, y de ello tuvo lugar una vez publicado el texto refundido de 19 de Octubre de 1920, el cual estableció en el párrafo E) del núm. 2.º, tarifa 1.ª de su art. 4.º la forma y cuantía de la imposición, haciendo en principio para los profesionales comprendidos en el mismo la obligación de contribuir desde la fecha en que empezó la vigencia de aquél, y, por consiguiente, la obligación de presentar las necesarias declaraciones juradas, puesto que dicho texto no contiene precepto alguno por el que se suspenda ó condicione la aplicación de lo establecido en dicho epígrafe E) de la citada tarifa 1.ª:

Considerando, en cuanto á la segunda cuestión de que trata la instancia, ó sea la necesidad de determinar la cantidad que en concepto de gastos ha de ser deducida de los honorarios obtenidos, que la Administración no tiene facultades, al dictar normas reglamentarias, para desvirtuar el precepto legal que trata de desenvolver para su aplicación en la práctica, y eso supondría el conceder una deducción que el precepto legal no autoriza, sino que, antes al contrario, es evidente que al decir ingresos profesionales, y no beneficios, quiso el legislador gravar aquéllos sin deducción alguna por gastos, y buscando la debida compensación en lo reducido del tipo de gravamen, pues bien claramente se observa que mientras en el núm. 1.º de la tarifa 1.ª del artículo 4.º establece la ley el 15 por 100 para los directores, gerentes, etc., de Empresas, llega en la escala del núm. 2.º hasta el 10 por 100 cuando grava á los empleados particulares y al 20 por 100 en la de clases activas civiles, y al 18 por 100 en la de los militares, y aun al 10 por 100 en la de los modestos maestros de instrucción primaria, sólo fija el tipo único del 5 por 100 cuando se trata de las profesiones liberales comprendidas en el epígrafe E) antes citado; y esta diferencia sería una manifiesta desigualdad si no tuviera como compensación una cierta cifra de gastos que el ejercicio de dichas profesiones exige, y á pesar de la cual resultarán indudablemente favorecidas las profesiones liberales; pudiendo suponerse, por otra parte, que la ley buscó este medio de compensación de gastos con la fijación de un tipo reducido para evitar las dificultades que indudablemente hubiera podido ofrecer la determinación de un beneficio líquido en esta clase de contribuyentes,

S. M. el Rey (q. D. g.), á propuesta de la Dirección general de Contribuciones, se ha servido disponer sea desestimada la referida instancia, presentada por la Federación Nacional de Colegios Médicos de España, sin perjuicio de estudiar la reforma que la práctica aconseje ó las normas de aplicación más procedentes.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 23 de Mayo de 1923.—Villanueva.—Señor director general de Contribuciones.

Ilmo. Sr.: Nunca se ponderará bastante la importancia que para el país tiene la obra del Catastro organizada por las leyes de 23 de Marzo de 1906 y 29 de Diciembre de 1910, con los adelantos y desenvolvimientos que después se han procurado para intensificar los trabajos, especialmente á virtud de las autorizaciones contenidas en la ley de 2 de Marzo de 1917.

Organizado, gracias á tales esfuerzos, el Avance Catastral en media España, urge, no sólo ir utilizando sus beneficios fiscales, cual se viene haciendo, sino también aprovechar los frutos de una experiencia que ya puede estimarse bastante adelantada para la persecución de sus fines económicos y jurídicos, toda vez que el Catastro no es un mero instrumento fiscal, sino el inventario y la representación gráfica de la propiedad inmueble, y debe ser la garantía de ella misma y la independencia del derecho de cada propietario, combinado con un buen sistema de registro, cual el hipotecario que tenemos.

Por otra parte, incluído en el programa del Gobierno el propósito de buscar soluciones transformadoras en el orden económico y social de la propiedad inmueble, en relación con el cultivo de los campos y las edificaciones, el estudio de los datos que el Catastro suministra, en relación con la explotación y distribución de la propiedad, puede servir como norma de juicio para llevar á la misma ley del Catastro, ó á otras especiales, la reforma que la orientación indicada, contrastada con la experiencia, pueda aconsejar.

Al mismo tiempo, en trance de economías el Gobierno, que la realidad impone, pero sin propósito de cercenar nada de lo necesario ó reproductivo, conviene también hacer un examen especial de los servicios del Catastro desde el punto de vista de su organización, en relación con la Hacienda y con el registro, así como respecto á la forma de aprovechar sus valiosos elementos en la rectificación de los amillaramientos, siempre que haya lugar á ello.

Finalmente, evidenciada la existencia de algunas quejas en distintas provincias contra supuestos errores de clasificación, principalmente, á los que se ha provisto de momento mediante aplicación extensa de las disposiciones vigentes, se hace preciso examinar, no sólo si éstas ofrecen suficientes garantías, sino la forma de que aquéllas sean lo más exactas posible, apreciando si residen en el sistema de ellas ó en el régimen de tributación la causa de tales clamores, para procurar corregirlos, dentro siempre de la natural defensa del servicio público, sin mengua del derecho de los contribuyentes.

Para tales fines, que reclaman un estudio preliminar y complejo, se hace necesario reconstituir, ampliándola convenientemente, la Comisión que anteriormente intervino, integrándola con funcionarios de las diferentes carreras y Centros que deben concurrir á la obra, encomendándola la redacción del oportuno anteproyecto, que deben ilustrar con los datos que estimen necesarios; y en su virtud,

S. M. el Rey (q. D. g.), á propuesta de la Subsecretaría de este Ministerio, se ha servido acordar que se reconstruya la indicada Comisión mixta bajo la presidencia de V. I., compuesta de los directores generales de Contribuciones y de lo Contencioso del Estado, de los subjeses del Catastro de la riqueza rústica y de la riqueza urbana, del jefe de la sección de registros del Ministerio de Gracia y Justicia, D. Jerónimo Conzález: del ingeniero del Cuerpo Nacional de Agrónomos D. Enrique Alcaraz y D. Rafael de la Escosura, jefe de sección de la Dirección de Propiedades, en concepto de secretario, para estudiar las cuestiones indicadas y las demás que con ellas entienda relacionadas de una manera mediata, proponiendo las soluciones legislativas ó reglamentarias que estime convenientes, quedando autorizado para reclamar directamente de las oficinas y Centros administrativos los datos que estime necesarios para su estudio.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 22 de Mayo de 1923.—Villanueva.—Señor subsecretario de este Ministerio.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,6; ídem mínima 694,8; temperatura máxima, 23°,6; ídem mínima, 7°,4; vientos dominantes, E. SE.

Los estados congestivos broncopulmonares, con las bron-

quitis gripales acentuadas en los pasados días de frío, han dado carácter al estado de la salud pública. Los reumatismos articulares y musculares siguen siendo frecuentes, así como las erupciones cutáneas estacionales.

En los niños se ha presentado también mayor número de bronquitis, algunos casos de sarampión y anginas catarrales benignas.

Crónicas.

Errata.—En el artículo que en el número anterior publicamos de nuestro querido amigo y erudito humanista don Luis Marco, se deslizó una errata de caso en la frase latina *ad maiorem Hispaniae glorie*, en la cual debía decirse *gloriam* pues allí no tenía nada que hacer el genitivo.

De la Fiesta de la Flor.—Las noticias que han llegado á nuestro conocimiento acerca de lo recaudado en la última Fiesta de la Flor celebrada el sábado pasado día 2 de Junio, son de que de los cálculos hechos, el total de la suma alcanzada se eleva á 168.000 pesetas.

Conste que estos datos no son oficiales y que tal vez al salir de prensa nuestra revista ya se conozcan las cifras exactas.

Para el ministro de Gracia y Justicia.—Un telegrama procedente de Bilbao da cuenta de que en la prisión de Larrinaga han muerto algunos reclusos por falta de asistencia facultativa y que esto ha motivado el que los presos se dirijan á la opinión protestando del abandono en que se encuentran los enfermos de aquella prisión.

Suponemos que el Sr. López Muñoz depurará enérgicamente las responsabilidades que se imputan á los empleados de todo orden á que hace referencia la hoja suscrita por los presos.

Colegio del Príncipe de Asturias.—Han comenzado con el mismo éxito brillante que en los años anteriores, los exámenes de los alumnos de segunda enseñanza y de la Escuela de Comercio. Hasta ahora todos han sido aprobados y los sobresalientes menudean en la proporción acostumbrada.

El estado de salud del director-secretario Sr. Pando y Valle, que le obligaba, contra su voluntad, á una actividad menor en las funciones necesarias para el régimen del Colegio, hizo que el Patronato, en su última reunión, acordara dividir ambas funciones, dejando la de Secretaría, como más sedentario, al Sr. Pando, y la dirección interina, al Sr. Martín Menéndez, secretario del Colegio de Médicos de Madrid, que viene mostrando un celo tan espontáneo como inteligente y efusivo respecto á la benévola institución.

El Sr. Martín Menéndez se prestó con benevolencia á esta sustitución durante la enfermedad, que esperamos sea transitoria, del Sr. Pando y entró en el ejercicio de sus funciones el jueves 31 al terminar los niños la ceremonia de primera comunión que, como día del Corpus, celebraban. Esperamos y deseamos el restablecimiento del antiguo director, pues con fortuna y con buena voluntad, todos tienen allí en qué emplear sus beneficiosas iniciativas.

Más argumentos para la autonomía.—Con un banquete concurridísimo ha cerrado, por ahora, la serie de protestas á que dió lugar la provisión de una cátedra de Anatomía, de la que en números anteriores nos hemos ocupado. Por no creernos suficientemente documentados para entrar en el fondo de tan delicado asunto, pues no hemos asistido á los ejercicios, no emitimos ni hemos emitido juicio concreto sobre el asunto; pero en éste se ofrecen aspectos que no deben pasar inadvertidos. El Tribunal se formó, *more autonomista*, por cinco catedráticos, y en el banquete de protesta á que nos referimos han figurado el decano y seis catedráticos de la Facultad de Medicina, según nuestros informes, dando con su presencia la significación que se desprende respecto al juicio que les ha merecido el de sus compañeros. En el Tribunal no había académico alguno ni doctor competente; y es de notar que ya en repetidas ocasiones estos Tribunales guisados en la Universidad son los que vienen dando ocasión á las desconfianzas, murmuraciones, protestas y actos de violencia que antes eran desconocidos, ó por lo menos que nosotros no recordamos. Sabíamos que la autonomía y sus manipuladores no tenían calor ni merecían confianza al Cuerpo social; pero tanto como no merecerlos dentro de su casa misma... ¡es ya mucho éxito para sus iniciadores Rodés y Silió y para su tibio continuador Salvatella!

Homenaje al Dr. Cardenal.—Además de las demostraciones de admiración que por parte de sus amigos y compañeros ha venido recibiendo estos días el Dr. Cardenal con motivo de su toma de posesión de la plaza de Académico numerario de la Real de Medicina, los alumnos internos de la Facultad le han hecho entrega el día 31 del pasado Mayo, de una artística placa de plata en la que bajo el escudo de la Academia y de una cariñosa dedicatoria figuran todas las firmas de los referidos alumnos.

En el acto de la entrega, el Dr. Cardenal expresó á la Comisión organizadora del homenaje su profundo agradecimiento por la delicada muestra de respeto y admiración.

Invitación al decano de nuestra Facultad.—El decano de la Facultad de Medicina de Berlín, profesor Bumm, ha dirigido al Dr. Recasens la siguiente comunicación:

«En nombre y en representación de la Facultad de Medicina de Berlín, tengo el honor de invitar á usted á honrarnos con algunas conferencias.

Su colega, el profesor Bumm, espera que querrá usted aceptar su hospitalidad. Pone, desde luego, á su disposición todos los servicios y medios con que cuenta su clínica, para que pueda usted desarrollar sus enseñanzas.

Sería para nosotros un señalado honor el que un profesor de Medicina español, universalmente conocido, se dignase aceptar nuestra invitación, por lo que espera impaciente su respuesta. —*El decano de la Facultad.*»

Los términos de la transcrita carta son halagüeños no sólo para el decano de la Facultad de Madrid, sino también para la Medicina española en general, que viene recibiendo pruebas de que su esfuerzo es conocido y apreciado más allá de las fronteras.

La Escuela Nacional de Puericultura.—La reciente Real orden de Gobernación creando la Escuela Nacional de Puericultura responde á los trabajos constantes del Consejo Superior de Protección á la Infancia, que, por imperativo de la ley y de su reglamento, está desde el año 1910 obligado á la fundación del Instituto Nacional de Maternología y Puericultura.

La Escuela de Puericultura, que va á establecerse modestamente por no poder acometer el Consejo el funcionamiento del gran Instituto Nacional por falta de recursos, es un paso más, acaso decisivo, en la campaña incesante que realiza dicho organismo para aminorar la mortalidad infantil en España, que alcanza cifras aterradoras.

Hállase inspirado el nuevo Centro en orientaciones distintas á las instituciones particulares que con gran éxito vienen funcionando, pues la Escuela actuará en la especialización de médicos, en estudios experimentales y clínicos, en estadísticas y en otras obras sociales que se consignan en la Real orden.

La Escuela de Puericultura no gravará el presupuesto del Estado, pues se costeará con los fondos del Consejo Superior, ni con motivo de su creación se han de repartir credenciales, ya que los vocales del Consejo Superior que han de intervenir en los trabajos de la Escuela sólo desean con su altruismo realizar una obra patriótica y de regeneración de la raza.

Cruz Roja Española.—Balance de los fondos de la suscripción nacional, organizada por dicha Institución, en 31 de Diciembre de 1922.

Debe: Suscripción nacional, 6.952.835,61 pesetas. Donativo de Cataluña, 319.202,80. Total, 7.272.038,41 pesetas.

Haber: Banco de España, de la suscripción, 456.616,31 pesetas; ídem del donativo de Cataluña, 319.202,80; Caja, 785,25; fondos públicos, 4.004.717,60, y gastos, 2.490.716,45. Total, 7.272.038,41 pesetas.

Valores nominales, 3.994.500 pesetas.

En la relación de gastos que acompaña al balance aparecen las siguientes partidas:

Material sanitario, medicamentos, material de muebles, camas, etc., ropas y mantas y gastos generales, 607.555,10 pesetas.

Entregado á los hospitales de Africa y de la Península para sostenimiento de heridos y enfermos, 1.370.177,55.

Oficiales enfermos hospitalizados en el Sanatorio de la Fuenfría, 22.217,30.

Compra de edificios y obras, 331.507,81.

Entregado á las damas visitadoras para los heridos y enfermos de los Hospitales Militares, 79.256.

Brazos y piernas artificiales para soldados amputados procedentes del Ejército de Africa, 4.762,97.

Donativos en Pascuas á las fuerzas regulares, 29.169.

Ídem á los Cuerpos de la guarnición de Madrid, en Africa, 46.070,62.

Total, 2.490.716,45 pesetas.

Excipiente inerte.—Os encuentro mejor, señora; supongo que habréis seguido escrupulosamente mi receta, ¿no es cierto?

—¿Seguido? ¡No tal, porque de haberlo hecho hubiérame estrellado!

—¿Por qué?

—¡Pues... porque la tiré por la ventana!

(De *La Libertad*.)

Resulta, por desgracia, á la larga, más perseverante y por tanto más eficaz, el tímido é irresoluto en su resistencia negativa, que el convencido y resuelto en su acción decidida, pero casi siempre pasajera.

El convencimiento debe siempre apoyarse en la perseverancia, si quiere llegar al triunfo.

(*Ich.*)

El tratamiento del Asma por la Vacunoterapia.—Al presente número acompañamos un prospecto sobre los productos de la Casa Gremy de París (14, rue de Clichy), cuya lectura recomendamos.

Tabletas de Saoidina.—Al presente número acompañamos un prospecto de la Casa Bayer de Barcelona (Ausias March, 14-18), cuya lectura recomendamos.

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

PAPELES YHOMAR

Simples con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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



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

Successor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.^a de la Cabana, 1