

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. | E. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz. | S. NAVARRO GÁNOVAS 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. | 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. | |
| | Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES | |
| | Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina. | |
| | | G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. |
| | | J. SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General. |
| | | J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina. |
| | | F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII |
| | | L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián). |
| | | R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General. |

PROGRAMA CIENTIFICO:

Oleología 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: ¿Cuándo debe operarse la úlcera duodenal?, por el Dr. Santiago Carro.—Ideas clínicas: La unidad funcional en Cardiología, por el Dr. G. R. Gonzalo.—Predisposición constitucional en Medicina interna, por el Dr. D. Carlos Jiménez Díaz, por el Dr. Cesaldeo.—Traumatismos craneocerebrales, por Vicente Fidalgo Tato.—Algo de cirugía estética de la piel, discurso del Dr. D. Vicente Gimeno Rodríguez-Jaén.—Bibliografía, por el Dr. Pulido Martín.—Periódicos médicos.

¿Cuándo debe operarse la úlcera duodenal?

POR EL

DR. SANTIAGO CARRO

Profesor de las vías digestivas del Instituto Rubio

El diagnóstico de la úlcera duodenal, tan sencillo en muchos casos, resulta en otros extremadamente difícil, hasta el punto de que las hemorragias pueden ser el síntoma delator del proceso, que evolucionó hasta entonces de un modo latente ó bajo las apariencias benignas de una sencilla hiperclorhidria ó una dispepsia nerviosa, cuando no con una absoluta falta de síntomas que atrajesen la atención del médico ó del enfermo sobre su aparato digestivo.

Iguales dificultades se presentan en no pocos casos en el tratamiento, y, de una manera más concreta, cuando tratamos de precisar sobre el tratamiento médico ó quirúrgico á seguir en muchos casos de úlcera duodenal.

Descartemos, ante todo, aquellos enfermos de úlcera duodenal que claramente reclaman el tratamiento quirúrgico, por tratarse de ulcerosos crónicos (hemorragias repetidas), ó de ulcerosos con complicaciones (úlceras penetrantes, úlceras con *nicho*—radiológicamente comprobadas,—úlceras con adherencias, úlceras con estenosis subsiguiente, etcétera), las cuales forman un tanto por ciento no muy alto—10 á 15 por 100 de los casos—, y en las que la terapéutica á seguir no ofrece ningún género de dudas. Nos quedan las restantes, 80 á 85 por 100, á tratar médicamente, con una vigilancia atenta y escrupulosa para evitar complicaciones mor-

tales derivadas de no abandonar á tiempo un tratamiento que puede ser ineficaz y peligroso.

Son numerosísimos los enfermos de úlcera duodenal que requieren los cuidados del especialista. Los más de estos enfermos presentan una historia clara de antecedentes gástricos (dolor tardío ó *dolor de hambre*, que calma por la ingestión de los alimentos; dolor en zona duodenal ó piloroduodenal, que se exagera á la palpación y á la presión; hiperclorhidria intensa en la mayoría de los casos; hemorragias con predominio de las melenas sobre las hematemesis etcétera). Otros, no pocos, han sufrido molestias digestivas banales, ó no las han sentido, y una hematemesis abundante, con mareos, anemia aguda, síncope, etc., ha sido el síntoma revelador de un proceso larvado, que evolucionó insidiosamente. Y, por último, hay casos de perforación y peritonitis consecutiva, seguidos de muerte, en los que lo inesperado y rápido de la acometida, desorientando al médico, hace perder un tiempo precioso, y, con él, las únicas probabilidades de salvarlos con un pronto auxilio quirúrgico.

Y no es sólo entre los ulcerosos no tratados, ó mal tratados, entre los que pueden darse casos de complicaciones mortales, desde la hemorragia intensa hasta la peritonitis con perforación. Aun entre los casos sometidos á tratamiento, el menor descuido por nuestra parte ó por parte del enfermo, pueden determinar gravísimos accidentes, que ponen en peligro la vida de éste y dejan mal parado nuestro prestigio.

Veamos, pues, cómo debemos conducirnos ante un ulceroso duodenal, en previsión de los riesgos que apuntamos. Todo ulceroso, ó sospechoso de úlcera duodenal que nos

consulte, debe ser objeto de una exploración minuciosa. Esta debe abarcar: 1.º, la indagación de antecedentes patológicos que pueden suscitar la idea de la antigüedad del proceso, localización, hemorragias, complicaciones; 2.º, la exploración física cuidadosa encaminada a la obtención de todos los datos que puedan suministrar la palpación y percusión y particularmente a descubrir y precisar las zonas del dolor; 3.º, el análisis del recogido gástrico; 4.º, la investigación de las hemorragias ocultas; 5.º, el examen radiológico.

Claro está que algunas de estas exploraciones podrán aplazarse en los ulcerosos agudos, con manifestos síntomas de actividad. Igualmente el médico práctico, que no dispone de todos los elementos de exploración, habrá de limitarse a realizar aquellas exploraciones que le son factibles y tienen verdadera importancia, como son el minucioso reconocimiento del enfermo, el estudio de las hemorragias ocultas en las heces, y, cuando le sea posible, el análisis del recogido gástrico. Mas como nosotros tratamos de reducir al mínimo los errores de diagnóstico y tratamiento, hemos de hacer referencia a las exploraciones que pueden suministrar los mayores y más exactos elementos de juicio.

1.º *Antecedentes patológicos.*—La mayoría de los enfermos, cuando nos consultan, nos refieren una historia, más ó menos larga, de molestias, que varían desde la plenitud gástrica, digestión lenta, sensaciones de acidez, ardor, dolor, hasta las crisis dolorosas intensas y vómitos. Otros enfermos, habiendo tenido una historia corta de molestias leves, llegan desde luego a la fase hemorrágica, dando entonces a su proceso la importancia que merece.

El menor número de los enfermos de úlcera duodenal carece de antecedentes patológicos, siendo la hemorragia, en forma de melena y menos veces de hematemesis, el síntoma delator de la úlcera. Cuando interrogamos cuidadosamente a estos enfermos, obtenemos cierto número de datos de gran valor. Así, por ejemplo, nos refieren haber tenido algunas temporadas mareos intensos, pérdida de fuerzas, síntomas, en fin, de astenia, que los enfermos atribuyen a otras causas y que nosotros podemos casi siempre interpretar como ocasionados por una úlcera duodenal que evoluciona insidiosamente. Son poquísimos los enfermos en los que hay una absoluta carencia de antecedentes antes de las ostensibles manifestaciones de la úlcera duodenal.

2.º *Exploración física.*—Merced a ella obtenemos datos de gran valor como son los de tamaño, tonicidad del estómago, posición, presencia ó no de peristaltismo visible; tamaño, forma y posición de otros órganos abdominales, que pueden orientar mejor el diagnóstico, etc. La mayoría de estos datos nos los suministra de modo más preciso la radioscopia, pero hay algunos de extraordinaria importancia, facilitados por la presión y la palpación manual, y estos son, entre otros, el dolor localizado en punto duodenal, con ó sin espasmo del músculo recto; la apreciación de zonas de empastamiento, dolorosas a la palpación, como ocurre en casos de periduodenitis, pericolecistitis, perigastritis, úlceras callosas de asiento duodenal y alcanzando órganos próximos (hígado, páncreas). Estos datos son de tal importancia, que por sí mismos constituyen un elemento esencial de diagnóstico.

El dolor no se fija siempre en zona duodenal. Puede dar irradiaciones a diferentes sitios y aun tener allí su más culminante intensidad, como, por ejemplo, en punto de Mac Burney, dolor que Hausmann (1) considera como superficial y localizado en las paredes del vientre. En algunos casos

puede comprobarse, por la presión, la existencia de un dolor profundo sobre el músculo psoas, que se comprende al recordar las relaciones del duodeno con la porción superior de dicho músculo. Este dolor, localizado en el psoas, se presenta, como es sabido, en gran número de procesos abdominales, como en los de vías urinarias altas, apendicitis, litiasis renal, miopatías y neuralgias, hernia inguinal, tiflitis y otros procesos del ciego, ptosis del colon, anexitis y diversos procesos genitales, por lo que se impone un diagnóstico diferencial que relacione el dolor con su verdadera causa.

De ordinario el dolor se aprecia en zona duodenal ó piloroduodenal, correspondiendo al verdadero asiento de la úlcera, que es, según los datos estadísticos de Moynihan, el siguiente: 95 por 100 en la primera porción del duodeno, hasta 4 centímetros del píloro; 5 por 100 debajo de la ampolla de Vater.

Mayo afirma que el 60 por 100 de las úlceras duodenales radican en el primer centímetro y medio de este segmento intestinal.

3.º *Análisis del recogido gástrico.*—Nosotros damos un gran valor a esta exploración, sin que los autores extranjeros, en su mayoría, le atribuyan la importancia que tiene (1).

Sin negar que hay ulcerosos duodenales con hipoclorhidria ó quimismo normal, como hay algún canceroso con hiperclorhidria, podemos afirmar que la inmensa mayoría de los ulcerosos duodenales, el 80 á 90 por 100, son hiperclorhídricos acentuados, y aún más, que las agudizaciones ó la aparición de su úlcera corresponde a aumentos notables de la hiperclorhidria. Esto lo hemos podido comprobar en muchísimos ulcerosos duodenales, y en los que han tenido varias agudizaciones de úlcera duodenal, el aumento de la acidez, comprobada por análisis del quimismo, precedió frecuentemente a las hemorragias y al dolor, ó dió lugar a molestias que anunciaron la proximidad de las crisis dolorosas.

El tipo de la hiperclorhidria que suelen tener los ulcerosos duodenales, depende de que haya ó no espasmo pilórico. Si no existe, suele ser una hiperclorhidria común, con gran predominio de la acidez clorhídrica libre; si hay espasmo pilórico, puede haber también hiperacidez y síndrome de Reichmann, lo cual acentúa el cuadro clásico de las molestias.

Estas exacerbaciones de la hiperclorhidria en los casos de úlcera duodenal, indican la importancia que tiene el trastorno del quimismo en la patogenia de la úlcera, hasta el punto de que nosotros, en la vigilancia a que sometemos nuestros enfermos, practicamos temporalmente el análisis del recogido gástrico, que nos orienta, en parte, sobre la mejoría obtenida, porque suele coincidir con descenso de las cifras de acidez, ó evidencia la ineficacia y peligros de un tratamiento médico prolongado, á pesar de no obtener con él ninguna mejoría de los síntomas, así subjetivos como de exploración.

Al sondaje duodenal, como medio de investigar la sangre procedente de la úlcera duodenal, no le damos gran importancia. Aparte de sus dificultades de orden práctico, no podemos dar a la investigación de la sangre un gran valor, y mucho menos para el diagnóstico de localización que nos interesa.

4.º *Investigación de hemorragias ocultas en las heces.*—La investigación de las hemorragias ocultas, por cualquiera de

(1) Th. Hausmann: «Gastrointestinal palpation», Berlin, 1918, 2.ª ed., Auflage.

(1) Según Moynihan, sus enfermos de úlcera duodenal eran hiperclorhídricos 40 por 100 ó hipoclorhídricos 20 por 100.

los procedimientos analíticos comunmente usados (Weber, Meyer, Adler, etc.) tiene un valor extraordinario, excluidas rigurosamente, claro está, todas las causas de error que pueden acompañar á dichas reacciones.

Esta investigación debe realizarse siempre en enfermos sospechosos de úlcera duodenal, practicándola repetidas veces. Su resultado positivo habla en favor de un proceso ulcerativo, y, en unión de los datos que suministran las restantes exploraciones, podemos hacer un diagnóstico de localización de dicho proceso.

La mayoría de los autores asignan tal valor á la investigación de hemorragias ocultas, que creen que en 80 por 100 ó más de los casos de úlcera, sea gástrica ó duodenal, la metódica y concienzuda rebuena de la sangre en las heces, da resultado positivo. Nosotros discrepamos de esta opinión, que sólo consideramos exacta para las úlceras crónicas. En los procesos ulcerativos agudos, pasado un breve período hemorrágico, la investigación es negativa, sin que ello nos autorice á pensar que el enfermo está bien curado y libre de recidivas. Particularmente, en ulcerosos duodenales, hemos visto reacciones negativas en enfermos que poco después tuvieron importantes melenas.

El hallazgo de sangre en las heces, en caso de úlcera duodenal, tiene un valor extraordinario cuando tratamos de decidir sobre la cronicidad é intensidad del proceso. Así, el hallazgo de hemorragias ocultas, sostenido durante semanas ó meses, nos debe inducir á aconsejar al enfermo sea intervenido, por mantenerse el peligro de uno de los graves accidentes que pueden sobrevenir á los ulcerosos duodenales crónicos (grandes hemorragias, perforación, peritonitis, etcétera). En cambio, el resultado negativo de la investigación de la sangre nos da más tranquilidad para prolongar el tratamiento médico, siempre que las demás exploraciones no lo contradigan.

En nuestros enfermos complementamos con frecuencia estas reacciones con el estudio de la numeración globular y determinación de la hemoglobina de la sangre, que también traducen la intensidad de las hemorragias que ha sufrido el enfermo. Así, mientras las reacciones en las heces sólo nos dicen que el enfermo pierde sangre de un modo temporal ó continuo, el análisis directo da una idea de la intensidad de las pérdidas sanguíneas, del grado de anemia del enfermo y de las resistencias de éste y su capacidad para la regeneración sanguínea. Y por este lado también puede sugerirnos indicaciones sobre la conveniencia de proceder rápidamente á un tratamiento quirúrgico.

En enfermos no asistidos por nosotros que han tenido hemorragias por úlcera duodenal meses antes, y que se nos presentan con un grado de anemia acentuado que el análisis de su sangre comprueba, hay que sospechar que la úlcera se mantiene en actividad ó se ha hecho crónica, dando lugar á esas pequeñas hemorragias que acentúan el cuadro de anemia aguda provocado por las hemorragias visibles, únicas á las que el enfermo y sus allegados conceden importancia. En tales casos nos esforzamos en descubrir los síntomas de cronicidad de la úlcera, y, sobre todo, si el enfermo no puede estar sometido á una concienzuda vigilancia médica, ó hacer un tratamiento riguroso y largo, le aconsejaremos que se opere.

5.º *Examen radiológico.*—El examen radiológico es de tal valor en el diagnóstico de la úlcera duodenal, que acaso constituya el método más importante de exploración de que hoy disponemos.

Radiológicamente en la úlcera duodenal pueden presentarse signos gástricos y duodenales. Entre los gástricos, puede figurar el descenso del polo inferior del estómago,

que, determinando igualmente descenso de la primera porción del duodeno y éxtasis consecutivo, crea condiciones propicias á la aparición de la úlcera.

Igualmente pueden presentarse trastornos en la evacuación gástrica, en el sentido de hallarse acelerada ó retardada. La evacuación acelerada, que Strauss atribuye á una detención del reflejo duodenal de cierre pilórico, debe distinguirse de la incontinencia pilórica y del hiperperistaltismo de causa nerviosa. La retención y el vaciamiento retrasado, podrá explicarse por un espasmo pilórico debido al estímulo mecánico y doloroso provocado por el paso de los alimentos sobre la úlcera.

Aparte de los signos radiológicos de probabilidad, que hemos enumerado, hay signos duodenales directos, que casi pudiéramos llamar de certidumbre, como son la imagen deformada del bulbo duodenal, y, sobre todo, la visibilidad prolongada del mismo, síntoma sobre el cual ya llamó la atención Barclay en 1910, atribuyéndolo á una debilitación del peristaltismo causada por la úlcera.

El diagnóstico radiológico es de absoluta certidumbre en las úlceras callosas duodenales que dan imagen de «nichos», procesos de periduodenitis adhesiva, estenosis duodenales, dificultades mecánicas de tránsito gastroduodenal, etc. Sin embargo, puede existir úlcera penetrante en ciertos casos y no dar signos radiológicos, admitiendo Schlessinger que el 50 por 100 de las úlceras antiguas se hallan en este caso.

El estudio radioscópico, permitiendo localizar el dolor en el duodeno, incluso á la presión, suministra datos de gran valor clínico, que complementan los ya enumerados. Pero lo que tiene más valor, en los casos dudosos, es la radiografía en serie, siguiendo el procedimiento de Colle, de Nueva York, que permite distinguir y recoger las deformaciones del bulbo duodenal que antes escapaban á la exploración y eleva á un tanto por ciento muy considerable el número de úlceras duodenales diagnosticables por los rayos X.

El diagnóstico de la úlcera duodenal por la radioscopia instantánea en serie, fué objeto de preferente atención en el XVI Congreso francés de Medicina (1), ante el cual los doctores Enríquez y Gaston Durand, ponentes del tema «Elementos de diagnóstico entre la úlcera gástrica y la úlcera del duodeno», proyectaron cinematográficamente series radiográficas estudiando las alteraciones de la evacuación gastroduodenal en ulcerosos gástricos y duodenales. Es lástima que este método, tan exacto y científico, exija aparatos costosos, educación técnica y gastos de entretenimiento, que lo hacen sólo asequible á las grandes y bien organizadas clínicas y hospitales.

A pesar de todo, el estudio radioscópico repetido y cuidadoso de los enfermos, auxiliado en ocasiones por la radiografía, puede dar algún signo de úlcera duodenal en un gran número de casos, y ello es ya motivo bastante para que concedamos á este método excepcional importancia. Los rayos X han contribuido poderosamente á rectificar antiguos equivocados diagnósticos, catalogando como ulcerosos, gástricos ó duodenales, á enfermos que antes se diagnosticaban como colíticos, colelitíasicos, hiperclorhídricos, apendiciticos crónicos ó simples neurasténicos.

La sola consideración de los signos tan variados como numerosos, que puede dar la úlcera duodenal al examen por los rayos X, y la persistencia de los mismos en los casos en que la úlcera no está curada, ponen de relieve el interés que tiene el examen radioscópico en la vigilancia de estos enfermos, sometidos á tratamiento, para convencernos de la efi-

(1) París, 12 á 14 de Octubre de 1922.

cacia ó inoportunidad de la terapéutica que seguimos y decidir en su vista.

Resumiendo: ¿Cuándo debemos mandar operar á un ulceroso duodenal?

1.º En los casos de úlcera callosa crónica, con tendencia á la perforación; estenosis duodenal, periduodenitis ó cualquiera otra de sus complicaciones.

2.º En los casos de úlcera duodenal recidivante, en los que el enfermo ha sufrido una ó dos hemorragias copiosas que han puesto en peligro su vida. La indicación quirúrgica es igual para los enfermos en los que han mediado meses ó años entre una y otra hemorragia (casi siempre melenas) que para los que las han padecido en poco tiempo, pero en éstos debe considerarse como indicación de urgencia.

3.º Los enfermos con úlcera duodenal de tendencia á la cronicidad, que dan pequeñas hemorragias ocultas, reveladas por la investigación de sangre en las heces, ó que muestran síntomas radiológicos de persistencia de la úlcera, á pesar, en ambos casos, de haber hecho un tratamiento de reposo y una cura dietética y medicamentosa apropiada, seguida durante cuatro á ocho semanas (la prolongación de la observación dependerá de la intensidad de los síntomas y del estado general del enfermo).

4.º Cuando el enfermo, por circunstancias sociales ó económicas, no pueda someterse á un prolongado tratamiento médico que garantice la cicatrización de la úlcera.

Practicando cuidadosamente las exploraciones, y sobre todo el análisis del recogido gástrico, el examen por los rayos X y la investigación de las hemorragias ocultas, casi siempre llegaremos á un diagnóstico exacto y sabremos distinguir las úlceras duodenales agudas que deben someterse á tratamiento médico, de aquellas otras que, por su rebeldía á la cicatrización, ó por hallarse complicadas, deben ser tributarias de la Cirugía. Así podremos librar de la muerte á muchos enfermos y mejorar las estadísticas de los cirujanos, á quienes se envía ciertos ulcerosos duodenales en condiciones pésimas para la intervención, pues no debemos olvidar que la inmensa mayoría de las complicaciones de las úlceras, se deben á prolongar indebidamente los tratamientos médicos. Y estamos en el deber de saber qué úlceras pueden y deben curarse médicamente y cuáles deben ser encomendadas cuanto antes al tratamiento quirúrgico, sin que nos amedrente la gravedad y responsabilidad de un consejo que responde á convencimientos científicos.

IDEAS CLÍNICAS

LA UNIDAD FUNCIONAL EN CARDIOLOGÍA

POR EL

DR. G. R. GONZALO

CONSIDERACIONES GENERALES

Especialízase hoy día tanto la Patología; estúdiense los distintos aparatos y hasta algunos órganos con criterio tan exclusivo y restringido; ciñese tanto la experimentación clínica y fisiológica á un grupo determinado de sistemas, que si bien dicha manera de proceder permite hacer una labor más honda y fructífera en el resultado que nos proponemos, produce en cambio

una desorientación, una falta de síntesis mental clínico en el examen de los hechos observados, y en su consecuencia, en ocasiones, una serie de errores diagnósticos y desorientaciones clínicas imposibles de evitar con el más acabado estudio, por especializado que sea.

Y es que el *drama patológico* que tiene lugar en el cuerpo humano, *la enfermedad*, no sucede en un único escenario, pues aunque en él se representan las principales acciones, siempre, en todos los casos, por locales y limitados que parezcan, repercuten y trascienden al organismo todo, á especiales aparatos y sistemas de un modo preferente.

Y estos sistemas y aparatos preferentes en que más repercute la acción anormal, han de ser forzosa y necesariamente aquellos que sirven como de lazo de unión entre todos ellos; á la manera como en una inmensa red telefónica, el accidente ocurrido en un punto de la misma repercute con más facilidad en los hilos y cables que mutuamente les comunica, que en los postes y aisladores que únicamente les sirven de sostén.

Es, pues, el aparato cardiovascular, en unión del sistema nervioso, los encargados en el organismo humano de conducir por todos sus ámbitos, á la manera de una vasta é inmensa red de cañerías y cables, el flúido, las energías, el alimento, la vida, pues, que á torrentes emanan de sus respectivas *centrales* (corazón y cerebro), sin que pueda existir ni una sola célula de nuestro cuerpo, por insignificante que sea su función, que deje de recibir aquellas vivificadoras influencias.

Y si esto es así, ¿cómo no han de influir sobre aquellos aparatos, en más ó en menos, pero siempre en algo, las lesiones, los trastornos funcionales, las anomalías, las causas todas que obran sobre nuestro organismo, como ellos á su vez influyen de modo indudable sobre el resto de los accidentes, anomalías y enfermedades de los demás aparatos?

Su influencia mutua y recíproca es, pues, indudable, y en vano pretenderemos prescindir de su conocimiento en el estudio de la especialidad que cada cual cultive. Impónese, pues, un conocimiento cada vez más perfecto, en cuanto sea posible, de aquellas lesiones y enfermedades que, desligadas al parecer del aparato vascular, sobre él influyen de manera indudable y que á las veces son su causa única, y de aquellas otras de este mismo aparato que á las más distancias imprimen peculiares caracteres, por la participación vascular de los órganos respectivos.

Sabias y autorizadas plumas han tratado ya del asunto, mediante la publicación de luminosos trabajos, y Hernando, en sus razonados escritos de las *Gastropatías de origen extragástrico*, y el gran maestro de la cardiopatología española Mut, en sus sabrosísimos y personales artículos, por no citar otros, son notables testimonios de cuanto acabo de mencionar.

Y así forzosamente había de suceder, pues si la anatomía y la fisiología no separan ni deslindan en absoluto órganos ni funciones; antes bien, dentro de su natural independencia, los relaciona y une mediante vasos y nervios, á veces misteriosos (como el gran simpático), á veces enigmáticos, como las sustancias

de secreción de glándulas de aun obscura fisiología y cuyos productos circulan por esos mismos vasos, es lógico, digo, que la patología tampoco desuna ni separa en su *anatomía y fisiología patológicas* aquella unidad funcional que se da en la misma naturaleza, y que sus trastornos funcionales todos repercutan con más ó menos intensidad, los de unos aparatos en otros, pero de modo especial y muy significativo sobre aquellos que por la naturaleza y generalización de su función son el lazo de unión entre todos y desempeñan papel tan esencial, como son: la enigmática influencia motora, sensitiva y trófica, los unos; el aportamiento de jugos vitales, alimentos celulares y misteriosas sustancias quimicobiológicas, los otros, sin contar lo mecánico (hidroestático ó hidrodinámico) de la parte exclusivamente física de la circulación.

¿Quién duda, por ejemplo, que un órgano insuficientemente regado ó inervado sufre trastornos, cuya causa no se encuentra en sí mismo, sino en los aparatos encargados de desempeñar tales funciones? Peter lo dijo al manifestar las veces que un enfermo entra en una consulta gástrico y sale cardíaco, ó viceversa.

Los trastornos cerebrales de un arterioescleroso, la polaquiuria de una histérica, la disnea de un miocárdico ó de un urémico, el tan consabido riñón cardíaco ó corazón renal, y los mil y mil ejemplos que pudieran citarse, por todos sobradamente conocidos, no son sino constantes y evidentes testimonios de que á veces lo lesional y trastornado, hemos de ir á buscarlo á órganos y aparatos muy distanciados de aquél en que radican los síntomas alarmantes ó molestos.

Requírese, pues, que en cada caso particular la exploración sea completa y detenida, el juicio clínico total, lógico, razonado, profunda y seriamente enjuiciado, á cuyos fines, como es natural, hace falta ante todo, un conocimiento algo más completo y detenido de una joven rama de la Patología, á la que los médicos prestamos aún muy escasa atención (pero que debiera constituir, dada la importancia que cada día va adquiriendo, hasta una asignatura especial al lado de la Patología general), la *Fisiología Patológica*, de cuyo estudio y conocimiento acabado, ha de derivar la patogenia y en su consecuencia el diagnóstico verdad (etiológico y patogénico), bases firmes de una razonada y eficaz terapéutica.

Largas y substanciosas consideraciones cabrían aún sobre asunto tan importante, pero las reducidas dimensiones de un artículo no lo permiten y he de limitarme á lo expuesto como consideraciones generales, dejando para los sucesivos escritos los detalles de casos precisos y particulares, en los que constantemente habrá necesidad de demostrar con hechos clínicos estas ideas generales, pero muy clínicas, que creo han de servir á la manera de orientación sobre nuestros juicios clínicos, al hacernos siempre tener presente y no olvidar jamás la unidad funcional de nuestro organismo en general, y la especial, propia y característica del organismo todo con el aparato cardiovascular.

Predisposición constitucional en Medicina interna ⁽¹⁾

POR EL

DR. D. CARLOS JIMÉNEZ DÍAZ

La Academia de Medicina, antes de que el Dr. Jiménez se trasladara á Sevilla para tomar posesión de la Cátedra de Patología médica, ganada en empeñada lid, ha dado una interesante conferencia en esta casa, siendo presentado por nuestro director, que presidió el acto, diciendo: «La justa notoriedad de que viene rodeado el nombre de este joven, hace esperar que hoy se inaugure para él una carrera brillante y gloriosa, y el presidente de esta Academia tiene el gusto de decirle á él y al público que desearía no olvidara nunca que su comienzo en su profesión docente lo fué en esta Corporación, que gustosa le abrió sus puertas, y en sus Anales hará constar que uno de los primeros pasos del joven catedrático lo dió en este sitio.»

Después de expresar su gratitud al presidente y demás académicos, permitiéndole ocupar la tribuna de la docta Corporación, dice que le ha parecido interesante el tema que piensa desarrollar acerca de la «Predisposición constitucional en Medicina interna», por dos razones: primera, porque de él se ha ocupado durante mucho tiempo, y, segunda, porque después de un período en que había desaparecido la gran importancia que antes se le daba, se ha llegado á un momento en que cada día va adquiriéndola mayor. Probablemente aquello fué debido, dice, á la supremacía alcanzada por el etiologismo externo de las enfermedades, iniciado con los estudios de Pasteur y demás bacteriólogos de entonces, que tuvieron muy poco en cuenta el papel de la predisposición. Unicamente en la Patología experimental de Cohnheim se reconoce la distinta cualidad de los animales sometidos á experimentación, y los resultados dispares obtenidos, como el mismo Claudio Bernard ha reconocido; después, otros han demostrado la gran importancia del problema de la predisposición, y añade el Dr. Jiménez: en el Universo todo es uno, todo está recubierto del velo del misterio y debe suscitar nuestra atención del mismo modo. Existe, en cambio, entre todas las partes que integran el Cosmos, ello es indudable, pero también existen ciertos sistemas que sin estar completamente independientes, tienen con él una relación más limitada; rebajados por decirlo así, son los *sistemas cerrados*, y el más interesante el sistema cerrado vivo, el *sistema hombre*. Estas son las leyes de la entropía, pero á la larga, por lo que existe un desequilibrio entre el Cosmos y dichos sistemas, que tienen una inestabilidad ó labilidad (deslizable), en la cual reside la causa fundamental de la vida. Estos sistemas tienen una autonomía y una finalidad, es decir, una autonomía muy superior á la que existe cuando se trata de un sistema físico-químico, que es semejante, pero no igual, al sistema cerrado vivo, ó sistemas dispersoides, que envejecen, tienen un desequilibrio y llega un día en que desaparecen. Esta es la entropía admitida y estudiada por Waller, que no se basa en ninguna fuerza, no existen como en el organismo vivo las dos bacterias de defensa; el *quimismo oxidativo* por una parte y la bacteria físico-química defensora por otra. Explica el hecho con lo que ocurre al músculo, que proporciona una fuerza y consume una cantidad de oxígeno.

Lo que al Dr. Jiménez interesa demostrar, no son las razones de esta autonomía, sino los fenómenos que en ella se basan, para lo cual distingue lo que es la vida autofísica de

(1) Resumen de la Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina, el día 25 de Mayo último.

la puramente física; todos los fenómenos tienen una base físico-química, y, en ese cambio, según se produce el equilibrio y el desequilibrio, es donde debe buscarse la personalidad verdadera; no es única y exclusiva la acción del Cosmos sobre los sistemas cerrados, la que le interesa, sino el modo de responder de esos sistemas, es decir, lo que interesa es el individuo en su sentido verdadero y estricto. A esta parte de la Patología, el Dr. Jiménez la llama *sincitología*, ó patología del sincitium concreta de la persona.

El conferenciante dice que el individuo está integrado por la conjunción de varias cosas; por una parte, los determinantes que residen en el plasma germinal y transmitidos al mismo individuo, y por otra, las cualidades adquiridas después de verificarse la conjunción. Las propiedades que residen en el plasma las llama *genus* ó *ides*, genopáticas ó idiopáticas, y todo ello es lo que forma el conjunto de la individualidad del sujeto, que ha venido por herencia, y así se transmite, y según la idea de la continuidad del plasma germinal, el individuo no es más que un producto de excreción del germen.

Algo indica sobre la doctrina de los evolucionistas; sobre la curva peculiar de crecimiento que es capaz de ser modificada por la alimentación en la que existan aminoácidos, la lisina y la hiosina, la influencia de las vitaminas; de las unidades energéticas reguladas por fenómenos en los que intervienen dos campos: el de los determinantes genotípicos y el de los paratípicos, algo así como la teoría de Maxwell sobre la luz, en la cual influyen dos campos: uno eléctrico y otro magnético, y la vibración se verifica por la entrada respectiva y alterna en acción de un campo u otro. Del mismo modo existen estos otros dos campos, el genotípico, que tiende á efectuar una determinada consecuencia, y el paratípico, que tiende á modificarle; entrando ambos en juego de una manera intermitente. Por lo que el individuo es un producto de toda esta serie de fenómenos y de factores que sobre él influyen. La individualidad es una propiedad del hombre.

En todas estas características es donde está la constitución orgánica y pregunta el Dr. Jiménez: ¿Qué es esta constitución, dónde reside, cómo se prueba, qué importancia tiene el resolver el problema de la constitución? Se ha venido durante mucho tiempo considerando como constitucionales las características dependientes del soma del sujeto, y á las lesiones así nacidas se les ha denominado constitucionales, llegando Hoffmann á escribir un tratado clásico de las enfermedades copositucionales, entre las cuales incluye las de nutrición; y esto verdaderamente es absurdo, dice el Dr. Jiménez, porque en realidad no existen semejantes procesos, ya que la constitución no es más que la reunión de aquellas características del individuo, y lo que la constitución sea en este ó en el otro sentido, es lo que decide el resultado de la lucha entre los sistemas cerrados y el Cosmos. Lo que puede dar la constitución, por lo tanto, es predisposición para una enfermedad, pero nunca esta misma. La constitución hay que buscarla en la lucha con el Cosmos del sujeto. Tampoco puede aceptarse la serie de cualidades genopáticas y lo constituido por lo idiopático y lo paratípico, porque no se puede separar una cosa de otra, y además porque hay que distinguir los fenómenos blastofóricos, y en todo momento, en el plasma germinal y permanente están las propiedades reactivas de Hendel.

Habla después del fenotipo por considerar el genotipo como cosa verdaderamente ideal, y lo que interesa saber es el individuo determinado y no en general. El mecanismo de fenotipo lo fundamenta en dos criterios: uno de los cuales es el anatómico que ha predominado mucho tiempo; se distinguía el *habitus lasus* del *habitus strictus*. El primero

comprendía los sujetos con cuello corto y grueso, con ingurgitación de venas, con tinte rojo, muy gruesos. Estos sujetos la mayoría de las veces son enfermos del riñón, obesos, enfisematosos, etc.; los de *habitus strictus* tienen las características contrarias, individuos pálidos, asténicos, etc. Con este motivo explica el Dr. Jiménez las diferentes doctrinas de respetables autores sobre el tipo micro y macroesplánico, que la considera absurda; otras sobre el neuroartrismo y que tendría una repercusión sobre el psiquismo, hasta el punto de que estos individuos tendrían cierta tendencia al suicidio; esto carece de fundamento; otra doctrina sobre la relación entre el tamaño y la situación de los órganos y su función, de manera que las alteraciones de los unos repercutieran en los otros (forma del tórax y función del pulmón; y así continúa exponiendo varios hechos relacionados con el concepto anatómico para hacer derivar la probable ó segura enfermedad á que forzosamente ha de sufrir el individuo desde el punto de vista anatómico.

(Explica en el aparato de proyecciones algunos hechos, sobre todo en los relacionados con la columna vertebral.)

Al hablar del sistema vegetativo manifiesta que hay algunas condiciones en virtud de las cuales se produce la mayoría de los fenómenos nutritivos, y son acciones sobre la membrana que envuelven los elementos de los síntomas cerrados vivos. En primer lugar esta acción sobre la membrana tiene una importancia extraordinaria, y explica las variaciones que en el ser se producen, en la función de la permeabilidad de aquélla, que la considera un verdadero filtro capaz de verificar absorciones y dejar pasar ciertos elementos, pudiéndose verificar una acidosis, una alcalosis, según los casos, el coloide electrolítico, etc.

Presenta algunas gráficas de animales, que proyecta en el aparato, para apreciar los experimentos que ha realizado en ranas, en las cuales ha intentado variar su constitución por la inyección de ciertas sustancias (calcio, bicarbonato sódico, potasio), y el empleo de un aparato eléctrico en que, si se cerraba el circuito, se producía una gran derivación, y al interrumpirlo, se volvía á su estado normal. Y así de otros experimentos para producir una inversión del metabolismo.

Se ocupa también de la influencia de las hormonas sobre el proceso nutritivo, pues tienen gran influencia sobre el metabolismo del agua; se ha prestado una gran atención á la acción de la pituitrina, y se va creyendo que la diabetes insípida, que se tomaba como una manifestación de insuficiencia hipofisaria, es un desequilibrio del agua por lesión de los centros vegetativos que están influidos por las hormonas; que el efecto del tiroides sobre la obesidad parece obedecer á modificación de la constitución del sujeto, es decir, que la tiroidina hace adelgazar al individuo debido á una mayor velocidad en el paso del agua, que trae consigo un desprendimiento de los productos que engrosaban al sujeto, y la prueba son los efectos que con ella se obtienen en casos de edema.

También es muy importante la influencia de la adrenalina y las variaciones en el régimen de eliminación renal.

A continuación trata de explicar la doctrina científica desde el punto de vista constitucional de la diátesis, que en su concepto es un grupo que se forma de la siguiente manera: un sujeto tiene una tendencia, una predisposición, y esa tendencia se halla establecida por dos cosas: lo constitucional externo y lo constitucional interno, siendo esto último lo básico ó fundamental, es decir: Diátesis igual Tendencia; si bien la diátesis es un grupo de determinadas características, y en toda diátesis existen los acompañantes idiotípicos y los paratípicos, que unidos llegan á constituir el fenotipo que es lo que interesa saber.

De todo el anterior estudio, el Dr. Jiménez resume en tres vías por las que puede progresar el criterio constitucional. Por una parte, el método anatómico con las estadísticas, siguiendo el procedimiento de estudio de la curva de variabilidad; por otra, el estudio de las diátesis que tienen una importancia extraordinaria, fundándose en el sistema colectivo, y en último extremo el estudio de la individuología propia, para lo cual debe desarrollarse más de lo que está actualmente el médico de familia; y eso que dicen algunas familias que D. Fulano ó D. Mengano las conoce muy bien, es un hecho indudable y muy natural que por las propiedades existentes en el sincitio (célula simple con muchos núcleos), aquellos médicos, sin exámenes funcionales, diagnostican la tendencia del sujeto, y el médico de familia, desempeñando su función como debe, es quien más capaz conoce la tendencia del sujeto hacia la diabetes, la obesidad, etc.

Termina el Dr. Jiménez su notable conferencia exponiendo el criterio de Humbert, quien afirma que el estudio de las glucosurias es muy útil para demostrar la existencia de la diabetes en una época precoz, antes de que el sujeto sea verdaderamente diabético. Por otra parte, el disertante ha observado que los hijos de diabéticos son de dos clases: unos que no tienen tendencia á contraer fiebre, tienen una hipoexcitabilidad de sus centros térmicos, y que son los probables diabéticos, y otros, con excitabilidad térmica normal. Esta dificultad en los probables diabéticos para responder á las excitaciones termógenas, las demostró un autor. Es sabido que si á un diabético se le inyectan en el glúteo 5 c. c. de leche, no hay elevación de temperatura, y, en cambio, se presenta en el individuo normal; por lo tanto es lógico suponer que los hijos de diabéticos con esta hipoexcitabilidad están predispuestos, y que en el sistema vegetativo y en sus funciones de transporte es donde se debe buscar la causa final de la diabetes.

Esta interesante é instructiva conferencia recibió justísimos aplausos por todos los oyentes que llenaban el salón de actos públicos.

DR. CESALDO

TRAUMATISMOS CRANEOCEREBRALES (1)

POR

VICENTE FIDALGO TATO

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

Después de lo expuesto, convencidos, no por la afirmación, sino por los hechos, se llega á la noción limpia de la inutilidad del dogma de la frontal III.

El estudio de la evolución histórica del lenguaje escrito, nos ha mostrado que no se debe admitir lógicamente la existencia de centros innatos del lenguaje escrito. Los demás estamos convencidos, que el estudio de la evolución histórica de la localización del lenguaje articulado en la III frontal, nos ha demostrado no menos claramente, que nada autoriza á admitir la existencia de una parecida localización.

Mencionaremos solamente el sistema frenológico Gall, por sus relaciones con la localización del lenguaje en el cabo de las frontales, considerando á los indivi-

duos de ojos saltones ó de buey, como tipos de excelente memoria y locuaces.

Ni Gall ni Bouillaud, no tenían la menor idea de que la función del lenguaje estuviera localizada en el hemisferio izquierdo.

El primer caso de afasia de Broca, que tuvo ocasión de hacerle la autopsia, fué el ocurrido á uno llamado Laborgue, como ya hemos dicho antes, que clínicamente ofrecía el caso más típico de la afasia de Broca. Aquél individuo había sido llevado al servicio de cirugía por un flemón difuso del miembro inferior, del cual murió al cabo de seis días. La autopsia mostró un reblandecimiento extenso de una gran parte del territorio de la Sylviana izquierda, con predominio al nivel de la porción anterior de la cisura de Sylvius, y englobando el pie de la III frontal y también la mitad anterior de la primera temporal. Cuando se examina actualmente esta pieza conservada en alcohol en el museo Dupuytren, se ve que se trata de un reblandecimiento muy antiguo y muy extenso, habiendo acarreado una retracción y una atrofia bastante pronunciada de todo el hemisferio izquierdo. El reblandecimiento se extiende en toda la zona anteroposterior de la Sylviana; ha determinado la destrucción de la frontal III, en su mitad posterior, la destrucción de las circunvoluciones rolándicas en su mitad inferior, la destrucción de la temporal primera, en la mayor parte de su extensión, la destrucción de una notable parte del gyrus supramarginalis.

Es sorprendente que una lesión tan extensa y compleja, haya inducido á Broca á fijar la localización de la facultad del lenguaje, en el pie de la III frontal; sólo se explica, porque los conocimientos anatomopatológicos en aquella época eran aún extremadamente rudimentarios. En aquella época se creía, y Broca como todo el mundo, que el reblandecimiento cerebral es una especie de lesión inflamatoria de tendencia progresiva, comenzando en un punto del cerebro y extendiéndose á las partes vecinas como una mancha de aceite.

En resumen, se trata de una obliteración en bloque de la Sylviana; todas las circunvoluciones marginales de esta arteria eran atacadas por el reblandecimiento, tanto aquellas de la zona Wernicke, ó zona de la afasia propiamente dicha (gyrus supramarginalis, pliegue curvo, primera temporal), como la III frontal.

Bajo la influencia de las doctrinas de Gall, los espíritus estaban prevenidos: si encontrásemos una lesión en el lóbulo anterior del cerebro, y como existía, en efecto, una lesión de la III frontal y como esta circunvolución forma parte del lóbulo frontal, fué la sola lesión á quien Broca dió importancia. El dogma de la III frontal se estableció sobre bases erróneas.

Yo pienso haber demostrado, dice P. Marie, de una manera irrefutable, que yo no debo admitir la existencia de centros innatos para el lenguaje escrito—lectura, escritura—. Creo haber demostrado igualmente, que la III frontal no puede ser considerada como el centro del lenguaje hablado. Se debe examinar, entretanto, la cuestión siguiente:

(1) Véase el número anterior.

¿Existe un centro innato para el lenguaje hablado? Es decir, ¿existe desde el nacimiento, en un punto cualquiera del encéfalo, un centro en el cual la función propia y única sea el lenguaje hablado, ó sea la palabra? Fuerza me es decir—agrega P. Marie—á fuer de sincero, que no lo creo: Mi convicción es que no hay ningún centro innato, preformado, de la palabra, lo mismo que no hay centro innato de la lectura ó de la escritura.

Después que los progresos de las técnicas anatomo-patológicas han permitido de seguir en el encéfalo las degeneraciones secundarias de fascículos de fibras, se han ingeniado por diferentes procedimientos para descubrir en los afásicos la degeneración de un fascículo de la palabra. Esto no se ha logrado jamás. Todos los fascículos de la palabra que se encuentran figurados en los libros arrancan su origen de la imaginación de los autores.

No se ha hecho constar objetivamente la existencia de un fascículo de la palabra, que partiendo de un centro cortical, venga á la protuberancia y el bulbo á inervar los grupos de células nerviosas, teniendo bajo su dependencia los órganos de ejecución de la palabra: lengua, labios, etc. Luego es evidente que no existe un fascículo de fibras de la palabra. Mas ¿cómo admitir, que si existe un centro innato de la palabra, éste centro esté desprovisto de una vía anatómica de ejecución? Las circunvoluciones motrices, que son centros innatos, tienen su vía de ejecución: el fascículo piramidal.

Porque si la palabra tenía un centro innato, ¿por qué estará desprovisto de éste género de fibras para su servicio?

Flechsig, ya hace años, por sus hermosos trabajos sobre la anatomía general del sistema nervioso, no nos ha mostrado que toda la región que nosotros consideramos como la región de la afasia, es una región en donde no existen fibras de asociación, sin fibras de proyección.

La afasia es, por excelencia, una perturbación de asociaciones psíquicas y de fenómenos de la memoria.

Otro argumento que debiera hacer dudar que exista un centro innato de la palabra, es el siguiente: Los centros innatos que nosotros conocemos—sin ser numerosos—son siempre bilaterales, y también despejadamente simétricos. Los centros motores de los miembros, los centros de la visión tienen su asiento en cada uno de los dos hemisferios, y en regiones simétricas. Para el lenguaje hablado es de otro modo, puesto que nosotros sabemos que es sólo en el hemisferio izquierdo; una lesión de la zona de Wernicke traerá la afasia; la misma lesión en la zona simétrica del hemisferio derecho, no producirá ninguna perturbación clara del lenguaje interior. ¿Cómo admitir la existencia de un centro innato que no fuese ni bilateral, ni simétrico?

Los sordo-mudos, todos sabemos que no pueden pronunciar ningún lenguaje convencional ni usual. Mas si existiera en ellos un centro innato de la palabra, fuera de toda reeducación, serían capaces de un lenguaje hablado, incomprensible, extraño á las lenguas conven-

cionales, que contendría algunas palabras de forma humana.

Se ve corrientemente que estos infortunados emiten espontáneamente una serie de sonidos discordantes é informes, parecidos á los gruñidos de los perros familiares al participarnos sus emociones.

El sordo-mudo puede aprender á hablar, pero es preciso que se eduque en todos los componentes de la palabra. Si gozasen de un centro innato de la palabra no tendrían por qué dejar de hablar, al iniciar el uso convencional de las palabras. Las cosas pasan de muy distinta manera, parece que en realidad no hay centro innato de la palabra. Los penosos aprendizajes contradicen toda manifestación innata; lo conseguido sólo se debe á la educación.

Consideremos lo que pasa con el niño en la cuna desde el punto de vista del lenguaje.

Observemos lo que pasa con el niño en la edad de doce á quince meses: se tiene ya sobre las piernas, tiene los brazos á su madre ó á quien le amamante, toma el seno con sus pequeñas manos, puede mamar, gritar, llorar á esa edad, puede ejercer todas las funciones que presiden los centros innatos. Aparte pronuncia á duras penas algunas sílabas—papá, mamá—, no puede hablar. Parece que únicamente no posee centro innato para el lenguaje hablado.

Si dejamos el terreno fisiológico y entramos en el campo de la patología infantil, un curioso argumento nos suministra el estudio de la hemiplejia infantil.

Todos los autores que sean neurólogos ó pediatras, están de acuerdo sobre este hecho: que los niños atacados de hemiplejia derecha no presentan jamás afasia, á condición que esta hemiplejia se produzca en los primeros años que sigan al nacimiento. Se han dado del hecho diferentes explicaciones: la más natural y legítima, es la de reconocer, que puesto que no existe centro innato del lenguaje, éste no puede ser destruido por la lesión cerebral, causa de la hemiplejia. Como esta lesión ha sobrevenido en una edad muy temprana para que el niño haya tenido tiempo de adaptar la región temporo-parietal izquierda á la función de la palabra, se sigue que esta región ha podido ser destruida por la lesión, sin que más tarde este niño haya presentado afasia; le ha sido suficiente adaptar su cerebro á la función del lenguaje, á una ú otra región vecina que se conserva sana, y hacer uso de ella para hablar. Este es un argumento de gran poder.

Por estas razones P. Marie piensa que no debe admitirse en el cerebro humano la existencia de un centro preformado, de ningún centro innato del lenguaje, ya se trate del lenguaje escrito, ó del lenguaje hablado.

Se enseña que existe al nivel del gyrus, del pliegue curvo y de las primeras temporales, una región en la que la lesión determina la afasia, una afasia compleja, influyendo sobre el lenguaje escrito, y sobre el lenguaje entendido y hablado.

El hecho no es negable; existe en el hemisferio izquierdo del cerebro una zona cuya alteración produce una afasia, tanto más marcada, cuanto esta alteración

es más profunda y más extensa. Esta zona no responde á un centro preformado; desde antes del nacimiento, esa zona no constituye un centro preformado, sino un centro *adaptado*. Los diferentes *sports*, esgrima, boxeo, etc., proceden de centros adaptados; de la misma manera el empleo de los diferentes instrumentos de música, el uso de las diferentes lenguas, proceden de centros adaptados. Después de lo que hemos visto en la hemiplejia infantil, que en la zona que se hace generalmente esta adaptación, ha sido el asiento de una lesión, el niño, á consecuencia del desarrollo intelectual, se hace apto á utilizar una ú otra región de su cerebro para adaptarse á su centro de lenguaje. En resumen, lejos de poseer, al nacer, un centro de la palabra, cada individuo debe, por su esfuerzo propio, constituir uno de todas las piezas y es en la zona parieto-temporal izquierda en donde reside. ¿Por qué? Parece que los elementos nerviosos del hemisferio izquierdo, se desarrollan un poco antes que los del hemisferio derecho, los primeros procesos intelectuales comienzan á producirse en el hemisferio izquierdo, y forman, por decirlo así, un centro de cristalización y una base para la asociación de ideas. Así se establecerá en el hemisferio izquierdo un substrato asociativo, que se especializará en cierto modo, y hacia el que nuestro cerebro reconcentrará en sí mismo muy importante parte de su actividad psíquica.

Es preciso romper los antiguos moldes, que admiten para ciertos procesos psíquicos, especialmente para los del lenguaje, centros tan estrechos como para las funciones del lenguaje. Se sabe que para estos últimos el punto de partida suele encontrarse en ciertos grupos celulares de donde nacen las fibras de proyección que transmiten á los órganos motores periféricos las excitaciones necesarias. Para los procesos psíquicos acontece todo de otra manera; estos tendrán origen por una especie de vibración de los elementos nerviosos y estas vibraciones se propagan por una serie de reacciones elaboratrices, á un muy grande número de células que serán así puestas en acción por la excitación inicial voluntaria ó refleja. Será un error notable el pensar, como ha ocurrido otras veces, que tal ó tal célula, ó tal ó cual grupo celular constituye un centro para una de las partes del discurso: sustantivo, adjetivo, verbos, ó lo mismo para la sintaxis que rige el empleo de las diferentes partes.

Lo mismo que diez cifras bastan á los matemáticos para escribir los números más enormes y para efectuar los cálculos más complicados, de la misma manera las diferentes células de las regiones del cerebro, en las cuales se elaboran los procesos psíquicos, son susceptibles de tomar una parte más ó menos grande en las diversas combinaciones de vibraciones, cuyo conjunto constituye los procesos psíquicos. De tal manera que una célula puede ser solicitada por infinidad de vibraciones diferentes y participar así en gran número de procesos psíquicos distintos.

El mismo P. Marie dice que se ha dejado arrastrar por un terreno bien poco seguro.

Como yo le he extractado y he seguido literalmente sus indicaciones é ideas, es natural que no las prohija.

El mismo dice que no se ha propuesto otra cosa que desarrollar ante sus discípulos hipótesis (1).

La confusión en el transcurso de las apreciaciones, referente á si existen en el hombre centros preformados ó innatos del lenguaje, es la única nota dominante.

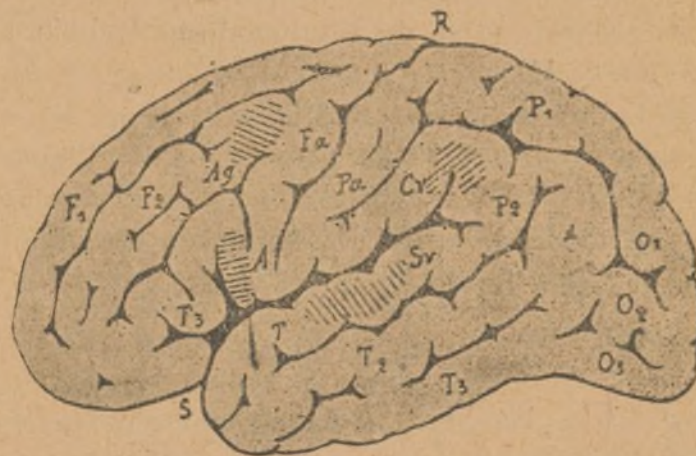


Fig. 1.a—Hemisferio cerebral.

F₁, F₂, F₃. 1.^a, 2.^a y 3.^a circunvoluciones frontales.—Fa. Frontal ascendente.—Pa. Parietal ascendente.—P₁, P₂. 1.^a y 2.^a parietales.—T₁, T₂, T₃. 1.^a, 2.^a y 3.^a temporales.—O₁, O₂, O₃. 1.^a, 2.^a y 3.^a occipitales.—R. Cisura de Rolando.—S. Cisura de Silvio.—A. Centro de la afasia motora.—Ag. Centro de la agrafia.—Cv. Centro de la ceguera verbal.—Sv. Centro de la sordera verbal.

Si no existen centros innatos, sino centros adaptados, ¿á qué se adaptan á una sola ó á las regiones inmediatas compensadoras? El exclusivismo de estas teorías radicales no conduce á la persuasión; en estas cuestiones neurológicas tan complejas y de tan difícil solución, da mayor resultado el sistema ecléptico. Al comentar en los zurdos el asiento del lenguaje en el hemisferio cerebral derecho, ya preguntábamos si los elementos nerviosos del lenguaje se encontraban en



Fig. 2.a

A. Centro de Wernicke. B. Centro de Broca. Po. Centro de las imágenes visuales de las palabras.

estado embrionario, y salían del estado latente merced al mayor ejercicio del miembro superior izquierdo; parece que estos elementos se encuentran atrofiados, y solamente el ejercicio y la necesidad estimulan su desarrollo, llevándolos al estado adulto en completo desarrollo y despiertan todas sus facultades y funciones; entre ellas, como una efflorescencia, la del lenguaje.

(1) Questions neurológicas d'Actualité. Vingt conférences faites á la Faculté de Médecine de Paris 1921, publicadas en 1922, con una introducción de P. Marie, págs. 527 á 551.

El caso de los niños hemipléjicos del lado derecho en los primeros años, indica la existencia de elementos preexistentes en estado rudimentario, despertados por la necesidad del lenguaje, puesto que los niños comienzan hablando al hacer uso de la mano izquierda y del hemisferio derecho, adaptándose.

En el transcurso de este modesto trabajo hemos visto que la III frontal ha sido desalojada de los privilegios del lenguaje, debido á los perseverantes trabajos del esclarecido neurólogo P. Marie y sus brillantes discípulos. También se viene comprobando, de acuerdo con las afirmaciones de H. Duret, que las localizaciones cerebrales pierden de precisión.

CONCLUSIONES

1.^a Todas las heridas craneocerebrales provocadas por traumatismos, son siempre de relativa importancia lo mismo que las contusiones de alguna intensidad.

2.^a Han de observarse en su tratamiento las más completas reglas de asepsia y antisepsia para evitar transcendentales complicaciones.

3.^a Se dará sistemáticamente el suero antitetánico.

4.^a Se administrará algún derivativo intestinal, auxiliado, en caso de retraso, por enemas evacuantes, con revulsivos á los miembros inferiores.

5.^a Procuraremos proporcionar descanso moral y material al lesionado, aislándole de toda clase de excitaciones en lo posible.

6.^a En los fracturados de la coraza ósea, con depresión notable de la misma é incrustación de fragmentos es muy conveniente la intervención quirúrgica para la corrección de la deformidad, evitando ulteriores complicaciones.

7.^a La trepanación puede diferirse hasta que reaccione el herido, sometiéndole á los cuidados indicados y las heridas á la más rigurosa asepsia y antisepsia.

8.^a El conocimiento de las localizaciones cerebrales es de sumo interés, para precisar los focos de contra golpe é intervención consecutiva.

9.^a La zona motriz del lenguaje no está fijada con acuerdo unánime, por lo que es necesario continuar las investigaciones en lo referente al lenguaje y, particularmente, en lo concerniente á la afasia, interpretada actualmente según el particular criterio de los diferentes tratadistas.

10. Sólo es hipotética la no existencia de centros preformados ó innatos del lenguaje, siendo más probable la adaptación á regiones complementarias ó al desarrollo de elementos nerviosos estimulados por la necesidad y actividad funcional.

Bibliografía.

J. Dieulafoy: «Patología interna», tomo III, 1903, traducción española.

L. Landois: «Tratado de Fisiología humana», tomo II, traducción española.

A. le Dentu. P. Delbet: XIII «Maladies du crane et de l'encephale, par M. Auvray, París, 1909.—«Chirurgie du cerveau et de la moelle», epiniere par F. Krause, volumen II, pág. 337, París, 1912.

«Blessures du crane et du cerveau clinique et traitement», par Ch. Chatelin et de Martel, 1917.

«Traitement operatoire des plaies du crane», par de Martel, deuxième edicion, 1913.

«Les Blessures du cerveau», par Charles Chatelin, deuxième edicion, 1913.

Revista de Especialidades Médicas, núm. 260, 10 de Julio 1909, por Francisco Valladolid.

La Semaine Médicale, 7 Fevrier, 1912: «Actualités anatomocliniques», par M. Rene Sand.

Archivos de Medicina, Cirugía y especialidades, 10 de Octubre de 1920, núm. 1. Crónica: «Estado actual de la cuestión de la afasia.»

«Traumatismes cranio-cerebraux», H. Duret, 1919 y 1920.

«Questions Neurologiques d'actualité», par le professeur Pierre Marie, París, 1922.

ALGO DE CIRUGÍA ESTETICA 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

De este modo se hacen también injertos tenidos antes por verdaderamente imposibles: los siameses de Saltykow y de Oshima, los de fino mosaico de Krusse, de Le Fort y de otros; los de Prudhomme, que tomaba la piel de los cadáveres, ó los de Martín, que la conservaba en el hielo. ¿Quién hubiera podido decir hace cuarenta años, y aún menos, que la cirugía iba á lograr los injertos epiploicos que tan útil papel hacen en la operatoria abdominal desde Jobert de Lamballe y el del interesante caso de Mauclore en la hemorragia del parénquima del hígado; ó los de músculos estriados que han servido hasta de tejido de prótesis en el fondo de la órbita privada del ojo; ó de los admirables de aponeurosis que han hecho á algunos trozos de la fascia lata suplir la duramadre en manos de Denk y de Saar; ó de los cartílagos costales, que, por arte habilidoso de los Mangolt, Morestin ó Lotheisen, han cambiado su sitio por el de la nariz, el del cráneo ú otros sitios en que no se podía antes soñar pudieran ser colocados?

A todo llega ahora la cirugía reparadora; sus atrevimientos de extirpar igualan á los de reponer, y el injerto va resultando una satisfacción que el cuchillo que corta se da á sí mismo cuando se convierte en cuchillo que transplanta. Los antiguos no hubieran creído que se pudieran injertar órganos enteros como ahora se sustituyen unos á otros: v. gr., el apéndice ileo-cecal al uréter ó al colédoco ó á la uretra si hay que creer á Lesser, Roser y Auxhausen. Por último, ¿á qué hablaros tanto de lo sabido? Si no fuera por los injertos, la opoterapia experimental y clínica no existiría y la terapéutica de la patología endocrina no nos hubiera dado tan poderosos medios de alivio y de curación.

En todo lo que acabo de decir sobre la historia de los injertos y transplantaciones podrían suponerse éxitos en todos los casos, lo que no es cierto: á veces el exagerado deseo de probar novedades y atrevimientos lleva demasiado lejos á los experimentadores y á los clínicos. Si fuera tan fácil como parece injertar, se habrían resuelto problemas muy

(1) Véase el número anterior.

oscuros de biología transcendental. Los malos éxitos son numerosos en la técnica de los injertos y es por haber desatendido condiciones que no deben olvidarse.

Mudar de sitio un trozo de tejido ó un órgano completo, cambiando por consiguiente sus relaciones y obligándole á vivir en otras nuevas y á veces muy diferentes, no es siempre una operación acertada. Los injertos van siendo cada vez más difíciles conforme el ser vivo va subiendo en la escala de la organización. A medida que resultan más diferenciadas las células van haciéndose refractarias al cambio de lugar; por eso el injerto tiene en los mamíferos, y especialmente en el hombre y en los animales más cercanos á él, un campo más limitado. No se pueden en éstos soldar miembros ni órganos por entero como un ojo, quizás porque, como decía Delage, partes tan complejas necesitan prontamente para unirse conexiones capilares en gran número y adaptaciones nerviosas muy justas y precisas para poder restablecer comunicaciones en breve tiempo. Algo más debe ser preciso para soldaduras tan delicadas.

En el fondo de estos fenómenos de las nuevas vidas en común hay una exigencia de similitud biológica de la cual arrancan casi todas las explicaciones que pueden hoy darse respecto al mantenimiento de la unidad inmune en un ser superior, que procura mantenerse durante su vida tal como es, sin adiciones, á las que suele mostrarse, á veces, irreduciblemente hostil. Lo que antropomórficamente se llama, tal vez con abuso del lenguaje, «defensas orgánicas», por las cuales se quieren explicar la curación de las enfermedades, la inmunidad adquirida y la natural é innata, la anafilaxia y tantos otros fenómenos que preocupan actualmente á los biólogos y á los médicos, y que encontramos en la base de nuestra Medicina de hoy, tan humorista como en tiempos de Hipócrates, se refleja en cuanto se refiere á los injertos. Necesítase, para que un injerto prenda, que sus elementos celulares sigan viviendo durante el tiempo que estén separados y en aquel instante en que se unen de nuevo á otro tejido ó órgano; y para esto la técnica moderna, usando de medios racionales de conservación que dan una especie de vida latente á los tejidos, ha conseguido éxitos por los trabajos de los Carrel y Gutrie, Stich y Makkas, Tuffier y demás, que hubieran parecido hace algún tiempo sorprendentes; no faltando quien ha aprovechado el desigual momento de extinción de vida que tienen los diferentes tejidos en un hombre para utilizar de los cadáveres frescos ó de los miembros amputados, la piel, el periostio y los huesos á fin de injertarlos.

De cualquier modo siempre habrá que tener en cuenta que el injerto será viable tanto más cuanto más se acerque á las condiciones de vida de los elementos celulares que se le dan como nuevos vecinos y con los cuales ha de entrar en relaciones de convivencia definitiva. Y averiguado está y admitido en la biología de hoy que la igualdad de quimismo en los coloides del protoplasma y en los humores, ó por lo menos su analogía, es necesaria para la nueva vida en común. Por eso los conocimientos científicos actuales nos dicen que en un mismo ser humano no son iguales en composición los protoplasmas de todos los tejidos y órganos ni lo son en todos los individuos de igual raza y mucho menos en los de distinto género. Lo más que se puede pedir es la aproximación y analogía. Las uniones de los injertos se hacen principalmente por conexiones vasculares, más importantes, según los trabajos de Carrel, que las nerviosas para su vida, y también por íntimo contacto de los cuerpos celulares, especialmente en los injertos que utiliza la cirugía estética de la piel. Esta unión obedece á leyes de atracción y de repulsión en cuyo cumplimiento se verifican fenómenos

de quimiotactismo, de verdadero tropismo que darían la razón de aquellos fenómenos cuyo estudio en los seres inferiores ha aumentado el renombre del profesor californiano J. Loeb por su «Dinámica de los fenómenos de la vida». Tan sorprendentes son los hechos de la experimentación moderna respecto á la incompatibilidad de ciertos injertos, que el ánimo queda en suspenso cuando se fija en los ensayos de los profesores del Instituto Rockefeller, Murphy y Morton, que, trabajando sobre pollos, han probado la verdad de un hecho que parece refir con todo lo que acabo de decir; y es que cualquiera clase de tejido, hasta un tejido humano, puede transplantarse á un embrión de pollo y ser aceptado, mientras no crecen en éste el bazo y el tejido linfático, lo que le ha llevado á suponer que en los linfocitos hay que buscar las resistencias á los injertos, y á probar si la aplicación de los rayos Roentgen puede ejercer influencia en el prender ó no prender de los injertos. Es extraño que Mautclair, que ha hecho recientemente tan detenido sumario de todo lo más importante de estas cuestiones, no se haya detenido en trabajos de tal interés. Anda por buen camino el que, como yo, afirme que esta materia de los injertos obliga á pensar en los más profundos problemas de la biología. ¡Ahí es nada arrancar de otra vida complicada un trozo de vida parcial, tenerle minutos, horas y hasta días separado y libre, cultivarle en colonia celular independiente y luego pegarle á otra vida distinta y más compleja!

Con todas las consideraciones que pueden hacerse alrededor de este asunto se comprende cuán necesario es tener presentes al hacer un injerto en la práctica de la cirugía general y en la de la quirúrgica estética de la piel, todas las reglas que se derivan de los conocimientos, aún escasos por cierto, de las leyes á que se ajusta la vida de los tejidos; precisamente el no poseerlos todavía completos explica la falta de éxito en muchos casos. Influye en ésta la incompatibilidad química, las tensiones eléctricas de los coloides que hacen que unas veces se recojan, globulosas, las células, apartándose de las extrañas, recién venidas, y otras, por el contrario, se acerquen y peguen para contribuir al *consensus unus* de la vida; la falta también de similitud en las aglutininas, la acción de sustancias tóxicas de nueva creación, la hostilidad de los linfocitos, etc., etc., y la natural tendencia que tiene todo lo que vive á rechazar por anticuerpos apropiados y por toda clase de resistencias lo que no puede acomodarse á su manera de vivir.

Todo ello es aplicable á los autoinjertos, pero más á los homoinjertos y á los heteroinjertos de la división hace tiempo debida á Foa, como á los comprendidos en los tres últimos grupos de la clasificación de Delage, aunque alguna vez haya excepciones curiosas, como la del injerto de la piel de un negro hecha hace tiempo por Bryant y otros. Asimismo todas las recomendaciones que se hacen en la técnica usada reposan en el concepto que actualmente se tiene de la posible ó no posible convivencia del injerto con los demás tejidos, á los que ha de soldarse ó á los que ha de servir, como sucede á veces, de excitante catalítico de regeneración.

••

No creo que haya sido ocioso lo anterior, aun conocido de vosotros, porque ello sirve para justificar lo poco que haya de decir en adelante con relación á la utilización de los injertos en la cirugía estética de la piel. Hasta ahora se ha podido ver que la coaptación de los bordes de una incisión operatoria, de que ya he hablado anteriormente, no exige grandes precauciones, pero algunas plastias las requieren mayores.

La cirugía estética cutánea aprovecha para injertar no

solamente la piel, sino también la grasa, los tendones y aponeurosis y hasta los cartílagos y los huesos. Ya puede adivinarse que cuando se utilizan estos últimos tejidos, no ha de ser para reparar pérdidas cutáneas únicamente, sino para atender á miras secundarias en apariencia, pero tan interesantes como las otras, v. gr., para dar un mejor sostén á ciertos tejidos, para rellenar un hueco causado por la extirpación de una lesión voluminosa ó por un gran traumatismo, ó para proporcionar á partes tan interesantes como las del rostro y cráneo el aspecto más cercano á la normalidad. En este terreno la cirugía de guerra ha hecho prodigios que la han elevado á gran altura.

Describir aquí los detalles de todas las diversas técnicas que para hacer plastias se siguen está fuera de mi propósito y saldría del molde en que debe encerrarse este género de trabajos académicos. Permitidme acerca de este asunto una ojeada muy rápida y asaz somera.

Los injertos cutáneos que más se usan para cumplir las indicaciones de la cirugía estética son los que se sacan de la misma piel, total ó entera, ya del propio sujeto, ya de otra persona (autoinjertos y homoinjertos); porque los heteroinjertos ó heteroplastias pocas veces han dado resultado (el 12 por 100, según Mauclair), y no presentan grandes y positivas ventajas. De los primeros han sido siempre los pediculados los más seguros. Hay una razón bien clara para preferirlos: la condición más recomendable en las plastias es que el trozo nuevo de tejido que se aplica tenga el máximo de vitalidad posible, y el autoinjerto con pedículo por medio del cual conservan sus conexiones vasculares y nerviosas; pero especialmente las vasculares, sigue viviendo en comunicación con el complejo restante del cuerpo de que forma parte. Que el pedículo sea más ó menos largo ó más ó menos ancho; que las piezas pediculadas sean ó no en forma de mosaico ó lleguen á la delicada autoplastia de pequeños trozos que llamaba Morestin un verdadero «juego de hacer solitarios», por la paciencia que exige; todo importa poco si se sabe escoger el modo de aplicar en cada caso el procedimiento necesario. Habrá siempre que considerar lo que más convenga á la clase del tejido que se trata de cubrir ó reparar, al sitio donde ha de prenderse el injerto y á la región de donde se ha de tomar; y, claro está, que, según todos estos datos, se escogerán la longitud del pedículo, su anchura y su forma, atendiendo también á la relativa comodidad en que ha de permanecer el paciente durante los días que sean necesarios para la soldadura.

Cuando no se puede ó no se quiere practicar el injerto autoplástico pediculado, porque hay alguna contraindicación que se oponga ó sea cuestión de preferencia otro método para el dermatólogo, se puede acudir á la autoplastia libre, en la que el trozo injertado no tiene pedículo que le ligue á otra parte de la piel; sin embargo, disminuirán así las probabilidades del buen éxito. Antes, cuando no se conocían la antisepsia ni la asepsia y no se habían estudiado tanto las condiciones biológicas de los injertos, los fracasos del injerto libre, aun en manos de los especialistas más autorizados, eran numerosos. Diffenbach y Graefe tuvieron que lamentarse de ellos; y al mismo Morestin le he oído yo no hace mucho en París hacer la apología del injerto pediculado con su grande y bien acreditada práctica en toda clase de injertos; no me ha extrañado que Mauclair indique, en cierto modo, lo mismo.

Además de los homoinjertos autoplásticos de toda la piel, hay que citar los epidérmicos que tanto nombre dieron á Reverdin, á quien no se puede citar sin elogio por sus trabajos de hace años. La cirugía estética de la piel le debe gran parte de sus éxitos. Necesita esta clase de injertos una ex-

traordinaria paciencia, porque á veces hay que multiplicar en gran número las pequeñas piezas de epidermis tomadas de la piel juntamente con algo del dermis, cosa que no hace del todo propia la denominación de epidérmico dada al injerto, aunque haya que advertir que realmente los elementos que se multiplican sobre la parte que se trata de cubrir son las células epidérmicas que crecen en número, con mayor ó menor facilidad, según estén más ó menos cerca de los bordes de la superficie cruenta, acomodándose á su grado de limpieza y á la vascularización de los mamelones carnosos. Si la operación se practica con todos los cuidados exigidos por la técnica, los resultados que se obtienen suelen ser en la cirugía estética cutánea en extremo recomendables. Grandes superficies denudadas, con extensas pérdidas de piel á consecuencia de quemaduras por diversos agentes físicos y químicos, de arrancamientos, etc., han sido restauradas sorprendentemente con ayuda de este procedimiento reverdiniano, sin desmerecer la piel nueva gran cosa de la de sus alrededores; cuando, de lo contrario, hubieran debido quedar cicatrices deformes, irregulares, anfractuosas, acordonadas, retráctiles y causantes de grandes dificultades funcionales ó de fealdades lamentables.

Ya no me quedan de las autoplastias cutáneas más que las llamadas dermo-epidérmicas. En realidad, no se diferencian de las clásicas de Reverdin más que por tomar para injerto un trozo de mayor grueso; en manos de Thiersch y de Ollier estas plastias han prestado servicio. Las hacen preferibles, según los inclinados á servirse de ellas, la mayor facilidad para crearse prontamente comunicaciones vasculares si se prepara antes bien la superficie donde se han de aplicar los injertos que ha de ser mamelonada suficientemente y escasamente sanguinolenta, y la mayor elasticidad de la piel nueva, más piel, por decirlo así, que la que se obtiene por medio de los injertos sólo epidérmicos. Este procedimiento ha sido utilizado con buen éxito por Lang, de Viena, después de extirpaciones de lupus en 441 casos, de 1892 á 1909, y es el que ha aprovechado Cannaday, irrigando antes la superficie cruenta con suero artificial caliente á fin de excitar los mamelones.

La elección del procedimiento queda á cargo del especialista en cada caso. El injerto dermo-epidérmico será conveniente, por ejemplo, aplicarlo en superficies ulcerosas y para reparar cicatrices deformes, particularmente en la cara. Los anteriores serán recomendables en las plastias delicadas y de superficies relativamente pequeñas para cubrir, como en las rinoplastias, blefaroplastias, etc., si se trata de los injertos pediculados cutáneos totales, y v. gr., el epidérmico de Reverdin en las grandes extensiones denudadas por quemaduras, etc., etc.

Tentado estoy de no hablaros ya de los injertos homoplásticos y heteroplásticos cutáneos. Si hemos de creer á especialistas de autoridad, son plastias éstas que difícilmente tienen buen éxito, y se comprende: tejidos de miembros amputados, como los que ha utilizado Ollier, y de piel de feto, como han hecho Canel y Minervini, etc., son de soldadura difícil. Las operaciones de este género no pueden hacerse con esperanzas de un resultado satisfactorio (y eso relativamente), más que usando tejidos de parientes cercanos, y aun, si es posible, de hermanos, y de hermanos que más se parezcan dentro de la familia. Así y todo, en vista de los fines dudosos que se alcanzan en estos casos y de no tener tal clase de injertos ventajas manifiestas sobre los anteriores, es preferible reducir en lo posible su aplicación. Y con mayor motivo se puede decir cosa parecida de las heteroplastias. Sería muy discutible si para reparar ultrajes patológicos de la piel humana pudiera ser útil valerse de tejidos



sacados de un perro ó de otro animal, y eso que, según algunos, la piel de la rana es excelente para injertar en el hombre; pero estos remiendos de nuestra piel con trozos de la de un batracio traen á la memoria involuntariamente los episodios cómicos de la novela de Edmundo About, *La nariz de un notario*, y hacen pensar si al par de las transplantaciones de piel de negro á un blanco y de un blanco á un negro, que constituyen homoplastias, deben ser todos estos intentos ensayos biológicos más que aplicaciones terapéuticas.

Ya no me atrevería á decir tanto de plastias diferentes que en estos últimos tiempos han entrado de lleno en la práctica de la cirugía estética, particularmente desde que los horribles traumatismos de la última guerra dieron á la ciencia y al arte de curar el medio de hacer verdaderos alardes de gran habilidad. Para dar formas perdidas á rostros monstruosos, rellenar huecos, almohadillar partes, retocar facciones, modelar de nuevo narices y mandíbulas y cubrir con casquetes prestados cráneos maltrechos, la técnica ha realizado obras admirables. Con justicia podrá decirse que si la humanidad ha dado pruebas de una dureza increíble de corazón, ha mostrado también de lo que es capaz si pone á contribución el cerebro para hacer el bien.

Me refiero al hablar de estas plastias á los injertos de tejidos que no son cutáneos, y que, sin embargo, pueden servir para la cirugía estética de la piel. En estas operaciones se utilizan la grasa, las aponeurosis y los tendones, los músculos, los cartílagos y hasta los huesos. Aunque á primera vista choque, debe encontrarse natural este atrevimiento si se piensa bien en cuanto se refiere al estudio actual de las plastias. Todo tejido vivo puede servir de material de retoque y de relleno á condición de que el organismo no lo rechace y se avenga á convivir con él, estableciendo las relaciones de vasos y nervios y de contactos celulares capaces de mantenerlo vivo. El deseo de hacer cosas nuevas lleva tan lejos á los especialistas, que, no ya tejidos vivos del mismo paciente, de otro hombre, del cadáver y hasta de animales, sino sustancias inertes ha usado para remediar imperfecciones y fealdades. Pueden citarse á este propósito las inyecciones de parafina de hace pocos años (1899) con las que el profesor Gersuny, de Viena, cirujano del «Rudolfiner Hauss», y luego Delangre, en Francia, pretendían conseguirlo. Aún recuerdo los ensayos que en perros se hicieron más tarde en nuestra Facultad de Medicina de Madrid con perros del laboratorio del nunca bien llorado profesor Gómez Ocaña, por una persona de todos vosotros bien conocida y á la que con cariño filial venero. Por cierto que uno de los canes, del que por medio de la parafina inyectada habíamos transformado en aguileña su chata nariz, resultó para sus compañeros de cautiverio un bicho tan raro, que se apartaron desde aquel momento de él con verdadera animadversión y le condenaron á un boicotaje de aislamiento hasta que murió. Experimento curioso con el que pudiera probarse que también los perros tienen sus tipos de fealdad y de belleza para guiarse en la vida.

Volvamos á nuestras plastias de tejidos no cutáneos en la cirugía estética de la piel. Lo primero que debió haberse ocurrido aprovechar á fin de reponer pérdidas con tejidos que no fueran de la cubierta, es la grasa, porque la naturaleza la ha destinado, entre varias cosas, á ésta; y, sin embargo, hasta 1893 no entraron los injertos de grasa en la práctica gracias á Neuber. Con ella desde entonces se han corregido imperfecciones de la cara que han dado á Morestin, principalmente durante la guerra, excelente resultado. La grasa suele en parte reabsorberse y por ello se aconseja que se injerte siempre un trozo mayor del que aparentemen-

te se necesita, y, para asegurar el éxito, que se procure en todo caso la cicatrización por primera intención; con esto la grasa vive bien al abrigo de todos los tejidos y sirve de excelente almohadillado.

Algo puede añadirse de los injertos de trozos de aponeurosis para fijar y sostener tejidos en algunas ptosis faciales, etcétera, aunque la técnica en estos casos, como en los de injertos tendinosos, no sea tan fácil, ni los resultados tan buenos y, por consiguiente, tan aceptables. De las plastias hechas con trozos de músculo poco os he de hablar también. No son de uso corriente y necesitan ser practicadas con colgajos pediculados para que prendan en los reducidos casos en que suelen estar indicadas. La cirugía estética de la piel los ha utilizado alguna vez para blefaroplastias y para reparaciones del labio. Así como ha empleado los cartílagos en verdaderas autoplastias, la nariz, la oreja y el borde palpebral han sido, como es natural, las partes escogidas en semejantes casos, é igualmente el cráneo. También Morestin, el gran maestro en cuestión de injertos, y muchos otros, desde los primeros ensayos de Fritz Kanin, han hecho plastias cartilaginosas de verdadero mérito. La técnica acostumbra á usar para esto cartílagos costales y es fina y delicada, pudiendo servir para acreditar al especialista que sea de los que piensan que la dermatología no sólo encuentra recursos en la farmacia, sino que tiene poderosos auxiliares en el cuchillete, en la cucharilla y en las agujas.

De los injertos óseos no quiero ocuparme porque tienen muy rara aplicación á la cirugía estética de la piel. Bastante os he molestado ya hablándoos de injertos y de cosas que respecto á ellos debéis tener olvidadas de puro sabidas; pero yo no podía pretender más que ocuparme en algo que de mi especialidad tratara, aportándoos al juicio de materias conocidas, un poco de mi particular criterio y de mi experiencia personal.

* *

Todavía dispone la cirugía estética de la piel de otros agentes utilísimos acerca de algunos de los cuales tengo yo también práctica abonada por el buen resultado.

(Se continuará.)

Bibliografía.

TRATADO DE OPERACIONES, por el profesor Pels, de Greifswald. Edición española de Manuel Marín, de Barcelona.

La casa Manuel Marín, Editorial de Barcelona, ha puesto á la venta el magnífico «Tratado de operaciones», escrito en alemán por el profesor Pels Leusden, de Greifswald, y traducido al castellano por el Dr. Francisco Tous Biaggi. El trabajo del Dr. Pels Leusden ha merecido tres ediciones de su obra y es la última la que presenta la casa Marín de un modo que honra al editor. Este tratado de operatoria alcanza todas las regiones; en él su autor expone su experiencia y su manera de actuar. Huye del alarde bibliográfico que hace insostenibles por su pedantería la mayor parte de los escritos alemanes y de un modo claro y completo fundamenta anatómicamente las operaciones que se realizan en todos los órganos, describiendo minuciosamente los distintos trucos quirúrgicos, ilustrados con numerosos dibujos y esquemas de modo tan acabado, que cualquiera puede creerse operador al terminar la lectura de este libro.

La obra está escrita en un correcto castellano, y no dudamos obtendrá en nuestro país el éxito que merece para utilidad de los enfermos y el mayor éxito del editor.

DR. PULIDO MARTÍN

Periódicos médicos.

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso de fiebre sifilítica esencial.**—El Dr. Justo Montes Pareja comunica a la Sociedad de Medicina de Montevideo el siguiente caso clínico:

Santos F. A., soldado del 7.º de infantería, de treinta y cuatro años de edad, soltero, natural del Departamento de Tacuarembó, ingresa a mi Servicio del Hospital Militar, el día 3 de Mayo de este año, por sufrir del estómago, dice, con pérdida de apetito, digestiones lentas y pesadez dolorosa en la región epigástrica. Estas molestias datan solamente de estos últimos tiempos, pero él se considera enfermo desde hace un año, notando que los ejercicios del cuartel le fatigaban mucho. Dormía mal y tenía abundantes transpiraciones nocturnas. Repetidas veces, en la enfermería del regimiento le dijeron que tenía fiebre muy elevada, pero como la soportaba bien, no daba parte de enfermo. Este soldado, que inició la carrera militar en 1908, ha tenido desde entonces viruela en 1910, sarna varias veces, blenorragia otras tantas, una artritis gonocócica del codo izquierdo, y naturalmente, sífilis, contraída por un chancro del pene, el año 1911.

El estado general es deficiente, de palidez terrosa, la mirada abatida, el cuerpo postrado. Ha adelgazado mucho, rebajando 12 kilos en poco tiempo. Actualmente pesa 54 kilos. Tiene fiebre persistente, casi continua, con exacerbaciones de tarde, llegando a 39º y 40º, con remisiones incompletas por la mañana. Duerme poco. Los sudores lo fatigan mucho.

El examen del vientre indica un dolor moderado de la región epigástrica. Acrocolia. Estómago ptosado. El hígado desborda un través de dedo el reborde costal. No es doloroso y la superficie palpable es regular. No hay ascitis ni circulación venosa colateral. El bazo no se palpa.

Aparato cardiovascular: Ruido regular Pulso 80. Tonos normales. Máxima 12 al Vaquez-Laubry, Mínima 7 al Pachon.

Aparato respiratorio: Pleuritis apical del lado izquierdo. Sistema nervioso: Normal.

Reacción Wassermann en la sangre H⁺. (Antígeno Scaltite.)

Examen de orina: Orinas concentradas 600 a 700 c. c. por día, 0,30 gramos de albúmina por litro de orina. No hay glucosa ni pigmentos biliares. Trazas de urobilina.

Examen radioscópico del tórax, normal. Estómago con ligera ptosis.

Instituida la cura de reposo, un régimen dietético apropiado y el tratamiento antituberculoso, no se modifica el estado general y la fiebre no desaparece un solo día. La fiebre resiste a los antitérmicos usuales: quinina, analgesina, ácido salicílico, etc., etc. Se practica una hemocultura, que da resultados negativos, lo mismo que la serorreacción de Vidal.

El examen de la sangre arroja:

15.800 elementos de la serie blanca: glóbulos rojos, 4.950.000.

Polinucleares neutrófilos, 64 por 100: eosinófilos, 1,2 por 100; basófilos, 0,4 por 100.

Mononucleares linfocitos, 11,2 por 100: monocitos, 23,2 por 100.

No hay hematozoarios (Dr. Verocay).

Se prescribe trotropina 1,50 gramos por día y fricciones de colargol. Suero Hayem. El enfermo tiene ahora frecuen-

tes deposiciones semilíquidas, algo fétidas, oscuras. La reacción de Weber fué negativa. La investigación de amibas, efectuada repetidas veces, también negativa. El tratamiento por la emetina fracasó. Así se fué circunscribiendo el diagnóstico al cabo de un mes, siendo así que ahora sólo podemos pensar, ó en la cirrosis hepática hipertrófica tuberculosa de forma anaxítica, ó cirrosis venosa simple, no grasosa, ó la hepatitis sifilítica hipertrófica. El enfermo se somete a leche descremada, sulfato de soda y colargol en pequeñas dosis. Con estas indicaciones cesan las diarreas, pero la fiebre persiste elevada y tenaz. Recién entonces, después de tantos tropiezos y de tantos errores, se le practica al enfermo por primera vez en su vida la primera inyección de mercurio. El 28 de Mayo se inicia una serie de inyecciones diarias a dosis progresivamente crecientes, de 3 centigramos de biioduro. Ese día el enfermo tenía 38º $\frac{1}{5}$ de mañana y 39º $\frac{2}{5}$ de tarde. A la cuarta inyección, es decir, el 31 de Mayo, la temperatura desciende a 36º por la tarde y 37º $\frac{1}{5}$ en la mañana del otro día. Se mantiene apirético en los días siguientes, hasta el 5 de Junio, en que deben suspenderse las inyecciones por aparecer accidentes bucales de intoxicación hidrargírica. De nuevo aparece fiebre elevada, de 38º y 39º de tarde. Se reinicia el tratamiento antisifilítico, esta vez por inyecciones de trepol, una ampolla cada cinco días. El tratamiento lo tolera perfectamente. A los dos días de la primera inyección de trepol, es decir, el día 12 de Junio, la fiebre desaparece, esta vez definitivamente. A su vez el estado general mejora de un modo asombroso, el apetito vuelve, el peso aumenta en pocas semanas, el enfermo abandona la cama y se considera curado. Una nueva reacción de Wassermann da nuevamente un resultado negativo (H⁺), el peso llegó a 57 kilos, las orinas no son más albuminúricas, y a fines de Julio es dado de alta, pronto para el servicio militar, con la indicación de continuar el tratamiento de Tacuarembó.

Examen hecho por el Dr. Bartolomé Vignale: «He examinado al enfermo núm. 3 de la sala a su cargo.

Le he encontrado pequeñas manchas depigmentadas, que a mi entender no tienen relación con su enfermedad actual. Es muy difícil poder precisar el tiempo de aparición de estas manchas, que son sumamente discretas.

Tiene adenopatía cervical y biunguinal poco desarrolladas.

Creo por la historia que nos hace el enfermo y por el desarrollo de la enfermedad, que se trata de una sífilis en el período terciario.»

Consideraciones.—Aunque por su relativa rareza puede ser motivo de errores de diagnóstico, la fiebre en los períodos tardíos de la sífilis es conocida ya desde mucho tiempo. Todo el mundo sabe, además, cuáles son sus características clínicas: fiebre prolongada de diversos tipos, con ó sin ataque del estado general; de una resistencia absoluta a los antitérmicos y de una extrema sensibilidad al tratamiento específico. De esto último da este enfermo una brillante contraprueba, volviendo a tener fiebre durante los días que se suspendió el tratamiento, para desaparecer la temperatura inmediata y definitivamente después de la primera inyección intramuscular de trepol.

También parecen interesantes las consideraciones que sugiere el estudio de la glándula hepática de este enfermo. Los autores franceses (Gilbert) consideran a la hepatitis sifilítica hipertrófica febril, como un estado inflamatorio del hígado que ellos llaman la «forma joven de la sífilis hepática», capaz de llegar a la forma gomosa ó aun a la cirrosis atrófica si no interviene rápidamente el tratamiento específico que impida la marcha de la sífilis visceral. Nuestro en-

fermo, con un hígado moderadamente hipertrofiado y no doloroso, cuyo tamaño se redujo en pocos días a las dimensiones normales, nos deja la impresión de que la fiebre sífilítica en este período, más bien que función de una lesión sífilítica de la célula hepática, sea el reactivo, la expresión de la actividad del treponema de Schaudin y de sus toxinas. Así se explicarían las observaciones de Netter, de Glasser y tantas otras, en que la hipertrofia hepática no ha sido señalada y sí, en cambio, en el hazo, los riñones, los huesos, el sistema nervioso y, muy particularmente, las meninges. (*Revista Médica del Uruguay*, Diciembre 1922)

2. **Doce casos de sífilis tratados por el tartrobismutato, por A. Martins Moreira.**—Estos casos son los primeros que se publican en la nación vecina, de tratamiento de la sífilis por compuestos de bismuto. De los doce, dos eran de sífilis primaria, dos de sífilis secundaria, ocho de sífilis terciaria ulcerosa ó con manifestaciones de orden general. De acuerdo con los resultados favorables al nuevo medicamento, obtenidos por los numerosos sífilígrafos que lo han ensayado en mayor ó menor escala, las observaciones del autor muestran que el tartrobismutato de potasio y sodio, en suspensión oleosa, administrado por vía intramuscular, posee para el tratamiento de la sífilis, las siguientes cualidades: Es un buen cicatrizante, tanto de las manifestaciones ulcerosas primarias, como las terciarias, provocando además la desaparición de las manifestaciones ganglionares, haciendo desaparecer rápidamente las manifestaciones secundarias, como la cefalalgia, síntomas de faringe, etcétera. Atenúa la positividad de la reacción de Wassermann, tornándola incluso en francamente negativa. No produce accidentes grandes, siendo el más frecuente la estomatitis, que puede presentarse y obligar á suspender el tratamiento durante dos ó tres semanas, si no se tiene un cuidado riguroso de la cavidad bucal. (*Portugal Médico*, núm. 5, Mayo de 1922.)—**LUENGO.**

PEDIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El factor liposoluble A, y el raquitismo, por el Dr. E. Bloch.**—Mellanby sostiene que el raquitismo es una avitaminosis y que se produce por faltar en la alimentación una substancia que coincide con el factor liposoluble A, ó que es muy semejante á él. De los experimentos que ha hecho en animales, resulta que hay, además, otros factores que cooperan á producir el raquitismo, como son: la falta de cal y de fósforo en la alimentación, el exceso de hidratos de carbono y la clausura de los animales. McCollum ha hecho investigaciones también por su parte y ha visto que las ratas jóvenes padecían raquitismo cuando no sufrían la acción de determinados rayos luminosos activos y les faltaba en la alimentación una substancia mal definida que se encuentra en el aceite de hígado de bacalao y al mismo tiempo es escasa en fósforo y en cal. Si lo único que falta en la alimentación es la substancia mal definida, no se produce raquitismo, sino osteoporosis. La substancia en cuestión no coincide del todo con el factor A. Cuando se suprime de la alimentación de los animales durante bastante tiempo el factor A se produce xeroftalmia y los animales mueren. El autor ha observado en los niños que si les falta el factor A durante un mes, se produce un trastorno de la constitución que ha denominado distrofia alipogenética, que se manifiesta por pérdida de peso, detención del desarrollo, pérdida de la resistencia á las infecciones y los síntomas de la xeroftalmia. Si no se administra factor A, los niños quedan ciegos y muchos de ellos mueren. De todos estos sínto-

mas, el único característico de la falta del factor A es la xeroftalmia. Pero el hecho de que se presente la xeroftalmia en los casos de crecimiento rápido y en las infecciones habla á favor de que la deficiencia del factor A no siempre se produce por falta de administración, sino por exceso de consumo. Siendo la xeroftalmia la consecuencia de la deficiencia del factor A, es preciso estudiar sus relaciones con el raquitismo para deducir las de éste con el factor aludido.

Bloch ha estudiado 77 casos de xeroftalmia. En la inmensa mayoría se pudo comprobar la deficiencia del factor A en la alimentación; en bastantes de ellos había, además, deficiencias de otros elementos y en algunos faltaba el factor C, según se pudo comprobar por la presencia del escorbuto. La mayoría de los niños habían sido criados con lactancia artificial. De los 77 niños, 12 tenían algunos síntomas de raquitismo, como fontanelas grandes, rosario raquítico, dilatación de las epífisis, especialmente en la muñeca, pero faltaban todos los síntomas de un raquitismo grave. En otros 13 no había síntomas sino ligerísimos, y el estado de la córnea, próximo á la perforación, no permitió el traslado de los enfermos, necesario para hacer una radiografía. En el curso del tratamiento no se desarrolló en estos casos raquitismo. Parece ser que en los casos en que se encontró raquitismo, lo único que había habido deficiente en la alimentación había sido el factor A. Resulta que de 65 casos (sacados de los 77 vistos) en que faltó el factor A, no se encontró raquitismo más que en 12, lo cual es una proporción escasísima para lo que es corriente en el lugar donde ejerce el autor (Copenhague), y de esto deduce que siendo una de las consecuencias de la falta del factor A, la detención del crecimiento, y siendo muchos de los fenómenos del raquitismo ocasionados por el crecimiento, la falta del factor A antes debe contribuir á evitar que el raquitismo se presente, que hacer que aumente. Tal vez haya existido en muchos casos osteoporosis; de lo que no se pudieron hacer radiografías, no hay datos seguros acerca de ello, pero no pudo tratarse de formas graves, porque ni las funciones estáticas se encontraban alteradas, ni se produjeron fracturas. De la experiencia clínica resulta que la forma corriente del raquitismo no puede ser una enfermedad por deficiencia, puesto que no solamente se produce de una manera independiente de la cantidad mayor ó menor del factor A, sino que aparece aún á pesar de que se encuentren en la alimentación los demás elementos en cantidad suficiente. Los experimentos de metabolimetría demuestran que el fósforo y el calcio que desempeñan un papel tan importante en el raquitismo experimental se absorben de una manera anormal en los casos de raquitismo natural. Ciertamente que el aceite de hígado de bacalao que contiene gran cantidad del factor A, cura el raquitismo, pero otras grasas que también le contienen son ineficaces, luego debe ser por otros componentes por los que obra el aceite de hígado de bacalao, ó porque en él esté el factor A en una combinación distinta de la que se suele encontrar en otros alimentos. La circunstancia de que en los meses de verano desaparezca espontáneamente el raquitismo se ha atribuido á que la leche producida durante el verano cuando el ganado pasta en el campo, contiene más vitaminas. Esto no se puede aceptar, porque lo mismo desaparece en niños alimentados con leche que procedía de vacas mantenidas en el establo y con forraje seco. Si en los meses de Septiembre y Octubre son raros los casos de raquitismo, es tal vez porque en esta época es más lento el crecimiento. Además, los resultados que se han obtenido, según parece, con la luz ultravioleta parecen indicar que el Sol debe tener alguna participación en estos resultados.

La conclusión de que la deficiencia del factor A no sea

causante del raquitismo no nos autoriza, en modo alguno, á creer que dicha deficiencia no tiene importancia en la clínica. El número de casos de xerofthalmía es crecido, y aunque en Dinamarca lo sea más por motivos especiales, también se encuentra en otros países y en todos ellos ocasiona casos de ceguera. En muchos casos no se la diagnostica, pues se confunde con oftalmías y panoftalmías, aun algunas veces por médicos eminentes, porque el diagnóstico de la xerofthalmía es muy difícil en los períodos tardíos. Por otra parte, no hay que perder de vista que, á consecuencia de la deficiencia del factor A, se producen trastornos de crecimiento y del desarrollo y falta de inmunidad contra las infecciones, y en las policlínicas de las grandes ciudades para la asistencia de niños pobres se observa la importancia enorme que tienen estas deficiencias. Los numerosos trabajos publicados en los países bloqueados durante la guerra demuestran la importancia tan considerable que ha tenido en ellos la deficiencia del factor A en la alimentación de los niños. (*Monatschrift für Kinderheilkunde*, 25 de Marzo de 1923. Dedicado al 60 cumpleaños de Adalberto Czerny.)

FISIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El metabolismo de las grasas. Lipopexia y lipodíresis pulmonares, por H. Roger y L. Binet.**—La absorción de los alimentos se verifica por las vías venosa y linfática; en la primera penetran las albúminas y los hidratos de carbono, que caminando por la vena porta se encuentran detenidos por el hígado. En la segunda penetran las grasas, que escapan así casi por completo al filtro hepático. Transportadas por los quilíferos, las grasas atraviesan los ganglios mesentéricos, que retienen una cierta cantidad de ella; después, siguen el canal torácico para verse en la vena subclavia izquierda. Llegan así al corazón derecho y son lanzadas á la pequeña circulación; el pulmón es el primer órgano que encuentran; está colocado en su trayecto, como el hígado está colocado en el trayecto de las demás sustancias alimenticias, analogía de orden anatómico que sugiere la idea de una analogía funcional. Para comprobarlo, los autores han procedido de la manera siguiente: en perros que habían hecho cuatro horas antes una comida rica en materias grasas, han producido la narcosis por una inyección intravenosa de cloralosa, ó bien por inhalaciones de éter después de una inyección previa de solución de atropomorfin. Se pone á descubierto la arteria femoral y la vena yugular externa del lado derecho. Por esta última se introduce una sonda que se hace llegar al corazón. Se recoge simultáneamente por uno y otro vaso, una cierta cantidad de sangre que se calienta inmediatamente á 100° para evitar toda transformación posible de las materias grasas. La desecación de la sangre da resultados infieles. Después se dosifica la grasa por el método de Kumagawa. Los análisis de los autores demuestran que el pulmón ejerce una acción *lipopéxica*, es decir, que fijan al pasar, una gran proporción de grasas que provienen del intestino; se trata de una función normal que se verifica diariamente y que es comparable á la función *glucopéxica* del hígado. Claro es, que este último órgano juega también su papel en el metabolismo de las grasas; durante el embarazo y la lactancia almacena reservas destinadas á la formación de las grasas contenidas en la leche. También se acumulan las grasas, sobre todo en el tejido conjuntivo y en los músculos. Del mismo modo que existe una destrucción continua y muy abundante de los hidratos de carbono y de las proteínas, tiene lugar una gran destrucción de las materias grasas. Quizás más por su posición anatómica que por la

actividad de su fermento lipodierético, el pulmón juega el papel principal, superior aún al del hígado. Roger y Binet, estudiando la suerte de las grasas acumuladas en el pulmón; han comprobado su rápida desaparición. La lipodíresis, lo mismo que la glucolisis ó glucodíresis, es un fenómeno general que se produce en todos los órganos, pero en grados muy diversos. Para hacer un estudio del proceso, los autores han operado en perros en plena digestión, que se mataban por hemorragia; separaban los diferentes órganos que trituraban y de ellos inmediatamente calentaban una parte á 100° para detener toda fermentación; otra parte se conservaba á 38° durante diez y ocho horas en solución salina con el 1 por 100 de cloruro de sodio, con lo cual se evita la putrefacción. La dosificación de la grasa en cada una de las partes demuestra que el mayor poder destructor de las grasas corresponde al hígado y al pulmón; los ganglios mesentéricos también tienen un enérgico poder destructor. El examen histológico permite completar los resultados que proporciona el análisis químico, observándose en las preparaciones de pulmón de animales que han sido recientemente alimentados con grasas, que las células alveolares contienen en su interior gotas de grasa que sufren modificaciones profundas, en el sentido de la lipolisis. (*Presse Medicale*, núm. 26, 1.º de Abril de 1922.)—E. LUENGO.

HIGIENE Y BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La reacción de Schick y la vacunación con la mezcla toxina-antitoxina en la rinitis diftérica, por el doctor Vernieuwe.**—Los individuos con rinitis diftérica ulcerosa presentan por lo general una reacción de Schick positiva. Tratados por el suero específico, curan rápidamente; pero desde el momento en que la antitoxina es eliminada, la reacción vuelve á ser positiva. La vacunación antidiftérica por la inyección de una mezcla toxina-antitoxina subneutralizada, modifica el estado de receptividad de estos sujetos y los inmuniza (Schick negativo). Parece, incluso, susceptible de impedir que los microbios vegeten como parásitos en las mucosas. Sin embargo, este resultado debería establecerse en mayor escala que lo ha hecho el autor antes de ser generalizado. De todos modos parece necesario para lograr este objeto que la vacunación haya dado lugar en los humores á la formación de una cantidad suficiente de antitoxina. Por esta razón es por lo que en ciertos casos hay que efectuar siempre una inyección suplementaria de vacuna. La creación de una herida operatoria en la faringe ó en la rinofaringe de un sujeto afecto de rinitis diftérica puede abrir la vía á un nuevo foco de difteria. Este punto no debe perderse de vista cuando haya que operar en esta región y aclarar la patogenia de la afección, mostrando que para producirla no basta la presencia del microbio y la receptividad del individuo; hace falta también una lesión de la mucosa ó de los tejidos. Los niños pueden ser portadores de gérmenes en las cuatro condiciones siguientes: 1.ª Después de la curación de una difteria aguda, ó sea portadores de gérmenes por continuación de la infección. 2.ª El individuo lleva gérmenes sin haber presentado nunca el menor síntoma de difteria (portadores sin lesión pasada ó presente). 3.ª Los portadores accidentales de gérmenes diftéricos, con ocasión de una herida operatoria situada fuera de la nariz ó la garganta. 4.ª El enfermo presenta una ulceración diftérica, lesión activa, de ordinario en la mucosa nasal. El estado general del enfermo no hace sospechar ninguna infección, siendo realmente diftérico sin que lo parezca. (*Le Scalpel*, núm. 46, 18 de Noviembre de 1922.)—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*.—Reformas en el Cuerpo de Baños: Carta abierta al señor director general de Sanidad, por *Manuel Manzanque*.—D. Francisco Javier Santero, por *C. M. C.* Comunicado: Cuerpo Médico de la Policía gubernativa.—Por qué y cómo determinar la hipotensión en los hipertensos.—Sección oficial: Ministerio de Gracia y Justicia.—Academias y Sociedades: Sociedad Española de Urología.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Sobre los médicos habilitados.—Non-nato grupo parlamentario senatorial.

Un discreto artículo que leemos en nuestro colega *La España Médica* nos sugiere la idea de llamar la atención, por si de algo sirve, acerca del estado actual del Cuerpo de *Médicos habilitados de Aguas minerales*. Sabido es que nació esta organización de la Instrucción general de Sanidad de 1903; es decir, que tiene veinte años de existencia; que los individuos que la componen ingresaron en ella mediante condiciones previas y una oposición ó examen de aptitud por el cual se les reconoce un derecho tan inconcuso, como cualquiera otro, para ser respetados en él á través de todas las reformas que se pudieran proyectar.

Lo que no es fácil que se sepa aunque debiera adivinarse, es el espíritu que inspiró la creación de éste llamado Cuerpo. Las aguas minerales constituyen una propiedad, tan sagrada como puede serlo la de una mina, la de un curso de agua ó de un manantial aprovechable para el riego ó para los usos domésticos, como un establecimiento industrial con aplicaciones sanitarias de cualquier índole. Lo que sucede es que en todos estos casos el Estado debe condicionar el aprovechamiento de estas propiedades para que el abuso de sus poseedores no dañe al público, con imposiciones, dificultades ó gabelas indebidamente.

El antiguo Cuerpo de Médicos de Baños, constituido en escalafón riguroso, procuraba atender á este requisito, pero traspasaba en muchos casos el abuso del propietario del establecimiento á su Director facultativo, quien podía ir, venir, imponer reglas é impedir competencias, que en último resultado dañaban á la propiedad y al público. Claro está que semejante transgresión no era imputable á todos los respetables médicos del escalafón, pero sí á algunos, y con ello bastaba para que público y propietario de consuno pusieran el grito en el cielo y pidieran la *libertad balnearia* á semejanza de lo que en los demás países europeos, en una ó en otra forma, se hallaba establecido. La Instrucción de Sanidad, que podrá tener muchos defectos, pero no el

de la falta de imparcialidad ni de altezas de miras, creyó resolver la candente cuestión obligando á los poseedores de manantiales á que tuviesen un médico cuya especial competencia hubiese reconocido públicamente el Estado; pero al propio tiempo les concedía el derecho de elegir, tratando previamente con él, quién había de ser éste médico y con qué estabilidad podría responder á las respetables exigencias de la salud pública y de los intereses privados.

Lo que después ha sucedido, no deja de tener precedentes en España, en donde el vociferar pidiendo derechos hasta ensordecen á las gentes, es cosa tan común como la de desatender luego el mismo derecho, después de reconocido, para tener el gusto de continuar protestando.

La mayor parte de los propietarios, cuyos establecimientos quedan sin médico, después de celebrado el concurso anual á que tienen derecho los médicos activos, ni acuden á la Dirección General ni á los médicos habilitados para tratar con ellos de su designación; por su parte, los médicos habilitados, ni protestan ni reclaman contra los nombramientos de los que, sin haber tenido tal condición, ocupan los puestos de Directores, de Adjuntos en las aguas de concurrencia muy numerosa, ni de Inspectores, á que les da derecho la mencionada Instrucción.

Es más: estos mismos habilitados, por punto general no procuran ponerse de acuerdo con los propietarios de las aguas y prefieren acudir á la Dirección General para ver si logran de ella designaciones apetecidas; claro está que quejándose después de que otros las hayan obtenido empleando el mismo procedimiento que ellos y no acudiendo al contrato con los propietarios, que es lo legal y lo que aseguraría el porvenir de los habilitados, conforme el Cuerpo de los antiguos fuese por ley natural desapareciendo.

Nadie se acuerda de su propio derecho, nadie reclama y todos suspiran por una organización absolutista, atrasada é injusta, con tal de no tomarse ningún trabajo, soñando siempre en escalafones cerrados, ascensos automáticos y resoluciones arbitrarias de la Administración central.

Nada de esto nos extraña: ésta es la historia del *Jurado*, que todos pidieron á grandes voces, al que nadie asiste y contra el que hoy todo el mundo protesta, sin tener en cuenta de la parte que á cada uno le toca en la responsabilidad del fracaso. Tal es también el caso de la *libertad de imprenta*, por la que la generalidad gimió y suspiró, y contra la que hoy todos levantan increpaciones y lamentos, sin acordarse de que tienen una ley que pone á cubierto á cada ciudadano contra las extralimitaciones de las plumas injuriosas, de las calumnias y de las falsedades.

Todo queremos que nos lo dé hecho el Estado, y nos llamamos luego país democrático y avanzado. Pues bien: sin *responsabilidades* no hay democracia ni Legislación posible. El que quiera ser reaccionario y esclavo, muy dueño es de quererlo; pero dígallo claramente.

Parece que la idea que apuntamos de la conveniencia de un grupo senatorial defensor de los intereses sagrados de la salud y de los atendibles de las clases sanitarias, no ha caído completamente en el vacío. Si no mienten informes que por verídicos tenemos, un exministro médico, senador vitalicio, pero que hasta ahora, aunque secundándolas, no ha tomado iniciativas de esta clase, ha citado para una reunión á todos los senadores médicos, farmacéuticos y veterinarios y á los que por intervenciones anteriores hayan mostrado en el desempeño de cargos públicos ó en la intervención de debates parlamentarios su interés por estas vitales cuestiones.

Nuestro aplauso incondicional. Nos parece muy bien que el Sr. Francos Rodríguez sea quien cite é inicie la actuación del futuro grupo parlamentario. Su personalidad no está gastada por luchas anteriores; nadie negaría sin injusticia su imparcialidad en las contiendas profesionales y su relevante personalidad política. Es, pues, de creer que por todos será bien recibido su acto primordial.

Ahora bien: como lo que á nosotros principalmente nos interesa no es la formación aparatosa de una agrupación compuesta de 30 senadores, si estos 30 senadores no significan un decidido propósito de actuación enérgica, perseverante y decidida que les aseguraría un triunfo cierto; como la cuestión no es de número, sino de convencimiento, ni de nombre, sino de actividades, esperamos, aunque no sin cierto temor, que se sacrifique algo de la vistosidad del grupo á la certeza de su eficacia, á la decisión de sus propósitos; pues pudiera muy bien darse uno de dos casos: ó el de que muchos señores que en un principio presten sus nombres á la benemérita empresa, llegado un caso crítico la

abandonen por compromisos de cargo ó de partido, ó bien que se pueda suponer que la tal fracción no está dispuesta sino á secundar los proyectos más ó menos refritos y manoseados que el Gobierno pueda presentar, sabe Dios cuándo, cómo ni para qué.

Pues no lo olviden los señores senadores sanitarios, para ese viaje no se necesitan alforjas; y un fracaso más á nadie le sería imputable más que á los que sistemáticamente desoyen las voces de la experiencia y desatienden á los consejos de la lógica y la razón.

DECIO CARLÁN

REFORMAS EN EL CUERPO DE BAÑOS

Carta abierta al señor director general de Sanidad.

Mi distinguido amigo y jefe: En el número 3.625 de EL SIGLO MÉDICO aparece una carta abierta dirigida á usted por el Dr. H. Rodríguez Pinilla sobre reformas en el Cuerpo de Baños. La leal amistad que nos une á Pinilla y á mí, y el comercio espiritual que frecuentemente sostenemos sobre temas médicos y profesionales, me autoriza, mejor dicho, me obliga á oponer ciertos reparos á alguna de las opiniones que expone en dicha carta. Al propio tiempo, como el común sentir de los médicos de Baños no abona tampoco dichas ideas, pudiera creerse que esas reformas eran algo así como una necesidad sentida por la Corporación ó por el público que acude á los balnearios. Pero yo no me hago eco de ideas corporativas: manifiesto las mías propias, porque bueno es que llegue á la Dirección de Sanidad alguna otra orientación distinta de la marcada por el Sr. Pinilla, y por la misma vía.

Desde luego, conforme con la primera parte de la carta, en la cual pone los puntos sobre las íes respecto á la gradual «libertad balnearia» que planea una de las bases del «Proyecto de Ley sobre Profilaxis de Enfermedades evitables» pero muy distanciado de algunas reformas que acota para modificar lo estatuido en la actual legislación balnearia, porque sinceramente creo que las cosas quedarían mucho peor, no solamente para nosotros, médicos de Baños, por si algún malicioso pudiera sospechar que es el único móvil de mi réplica, sino para los enfermos que acuden á las Termas, y aun para los propietarios.

Me parece de perlas, como al amigo Pinilla, la idea—que ya se cierne hace tiempo en los medios oficiales—de que el reconocimiento á que obliga la Ley á los setenta años, se haga escrupulosamente por personal ajeno al Cuerpo, para garantizar con toda verdad y rigor la idoneidad y aptitud de los médicos-directores. Voy más allá: deben revisarse todos los reconocidos hasta aquí y, si es preciso, renovar cada dos años el reconocimiento, cosas ambas difíciles de realizar por compañeros del Cuerpo, siempre inclinados á la lenidad por un impulso generoso y nobilísimo del ánimo, como le ha sucedido al mismo Sr. Pinilla cuando ha sido reconocedor, y me hubiera acontecido á mí si la bola del sorteo me hubiera encomendado tan desagradable tarea. Pero debe tenerse en cuenta, para disculpar esta lenidad, que nuestra llamada *jubilación* es más bien *sustitución*. Jubilación sería, si hubiera derechos pasivos transmisibles á la viuda é hijas solteras, como en los funcionarios del Estado que cobran sueldo del mismo y que pueden llegar á los $\frac{4}{5}$ de su haber activo; pero entre nosotros no pasa eso, razón por la cual

estamos exentos por la Ley de la jubilación obligatoria, que no tendría fundamento moral en tales condiciones. Por eso se prolonga la función profesional de los médicos-directores mientras conserven idoneidad y aptitud para desempeñarla, y por eso también debe exigirse todo rigor en las pruebas que la justifiquen.

Y vamos a otra de las reformas que acota el Sr. Pinilla, y en cuyas consecuencias seguramente no ha pensado. Y aquí está nuestra disparidad de criterio. Exigir un auxiliar oficial para las plazas que pasen de 2.000 bañistas no me parece ni justo, ni necesario, ni, menos, conveniente para el buen servicio, que sería lo único que podría justificar tal medida. Bien está que, para las suplencias por enfermedad ó sustitución de cualquier clase, sea un médico habilitado el nombrado oficialmente para desempeñar el cargo de director, según preceptúa el art. 167 de la Instrucción general de Sanidad. En este caso, el sustituto director es completamente responsable de sus actos como médico y como funcionario administrativo; pero la Instrucción no habla de auxiliares ó ayudantes, ni tenía para qué hacerlo, porque bien se comprende que el cargo de auxiliar ó ayudante—muy distinto del de sustituto—no lleva aneja, responsabilidad oficial; y es cargo de confianza y debe ser de la exclusiva iniciativa y competencia del médico-director, á quien ha de ayudar, no sustituir. Este es, por tanto, el que debe elegir la persona que juzgue más competente, según la clase de enfermos que concurran al balneario; la mejor capacitada para los análisis é investigaciones clínicas que se requieren en cada caso particular, y, además, la que le inspire más confianza y simpatía por sus condiciones de carácter, que no es esto lo de menos para facilitar la convivencia y el trato con el público, con los propietarios y con los dependientes. Lo que propone el Sr. Pinilla sería mediatizar la dirección médica, sin provecho alguno del servicio facultativo; establecer sin razón, más que un auxiliar, un subdirector, y crear una situación muy propensa á rivalidades, siempre inconvenientes para todos.

Los intereses de los enfermos son tan sagrados, la labor clínica tan delicada, lo mismo en la clientela particular que en la balnearia, que si no hay confianza entre el profesor y el ayudante—confianza sellada por la más espontánea y libre elección del último—, no puede haber unidad en el ejercicio, ni puede el primero asumir la responsabilidad por la operación del segundo, si llegase el caso, cuando haya tenido trabas impuestas para su nombramiento. Por otra parte, aun en los balnearios de gran concurrencia—ciertamente muy escasos—la labor fatigosa no excede nunca de un mes ó mes y medio á lo sumo, y sería perfectamente inútil la permanencia obligada en un balneario de dos médicos durante toda la temporada.

Pero ahora vamos á mirar la cuestión desde otro punto de vista que, no por ser secundario, deja de tener importancia. Los médicos que desempeñan actualmente las Direcciones de las ocho ó diez plazas que pasan de 2.000 bañistas, han llegado á esta meta de su carrera después de cuarenta años de servicios; han abandonado la mayor parte de ellos otros rumbos que les hubieran llevado á posiciones más brillantes en todos los órdenes, y algunos han dedicado por entero todas sus energías intelectuales á la hidrología médica, como lo han demostrado en Congresos nacionales y extranjeros, Academias, conferencias, oposiciones y publicaciones médicas; todo con el fin de llegar á los puestos que ocupan con el mayor bagaje de méritos ó, si se quiere, con la satisfacción de un deber bien cumplido. Pues con esta reforma se daría el caso de que cuando estos profesores se inutilicen para el servicio, y hayan de ser sustituidos, gra-

vitarian sobre los emolumentos de la plaza, el director jubilado, el director sustituto y el auxiliar oficial, lo cual salta á la vista, que es bien poco equitativo. No hay para qué decir que las aspiraciones á estas plazas quedarían extinguidas, porque, en la generalidad de los casos, sería preferible limitarse á balnearios de inferior categoría numérica. Por eso repetimos que tal reforma no favorece en nada el servicio médico y, en cambio, perjudicaría arbitrariamente legítimos derechos adquiridos al amparo de la ley.

Finalmente, para concluir diré: que es arbitrario fijar, precisamente, la cifra de 2.000 enfermos por temporada y manifestar que «hasta esa cifra puede un profesor capacitarse para tener cumplida su misión». Esto depende de las condiciones peculiares del profesor, de la clase de enfermos en que haya de ejercitarse su labor práctica cotidiana y del tiempo que llevé al frente de un balneario, condición esta última que le facilitará considerablemente su faena y razón bastante para estudiar la mejor manera de estabilizar los directores en los Establecimientos, como dice Pinilla. Habrá médico director que necesitará ayudante para visitar 800 ó 1.000 enfermos, y otro, en cambio, que podrá consultar los 2.000 sin gran esfuerzo físico ni mental, por haberse especializado en el grupo de enfermedades que dé el mayor contingente; por el hábito adquirido ó por la clase de enfermos. Bien sabe el Sr. Pinilla que no es lo mismo para los efectos del tiempo invertido en las consultas una clínica de reumáticos ó de enfermos de la piel, que de cardíacos ó enfermos del estómago, etc., etc. Todo esto es circunstancial y no puede medirse por un patrón aritmético tanta variedad de condiciones.

La necesidad de auxiliar con 1.000 ó 2.000 enfermos ó los que sean, únicamente puede apreciarlo el mismo director, y de su iniciativa sola debe depender. No hay razón alguna formal para que el ayudante sea de libre elección cuando la plaza no llega á 2.000 bañistas, y haya de tener carácter oficial cuando pasa de esta cifra. Supongo yo que al enfermo le importará poco esta trivial minucia.

Y aquí termino—mi querido jefe, Sr. Martín Salazar—por no dar mayores dimensiones á esta carta ya demasiado larga; suplicando á mi excelente compañero Pinilla, no vea en ella sino el deseo de ilustrar en lo que yo pueda, asunto tan interesante; y á usted, mi distinguido amigo, que tenga mis afirmaciones como hijas de la más profunda convicción adquirida en la larga experiencia de mi vida profesional.

Me complace en repetirme muy suyo atento seguro servidor q. e. s. m.,

MANUEL MANZANEQUE

Madrid, 8 de Junio de 1923.

DON FRANCISCO JAVIER SANTERO

Próximo á repartirse nuestro número, leemos en la prensa de noticias la muy triste del fallecimiento en la ciudad de Buenos Aires, del que fué nuestro amigo de la infancia, compañero de estudios y redactor de EL SIGLO MÉDICO, D. Francisco Javier Santero.

Hijo del renombrado maestro D. Tomás Santero, que marcó en la ciencia española una etapa verdaderamente característica por el convencimiento en la predicación de las doctrinas vitalistas y por el celo en la enseñanza de muchas generaciones de médicos, el joven Santero hizo rápidos progresos en los primeros pasos de su carrera, trabajando en los hospitales, en las Academias, en refritos esfuerzos de oposición y en la re-

dación de obras científicas, obteniendo como premio de toda esta tarea una cátedra en la Facultad de Madrid y un puesto en la Real Academia Nacional de Medicina.

La febril actividad de este hombre de excepcional inteligencia le llevó a cultivar la amena literatura, sin abandonar los serios estudios de la ciencia práctica. Sucesos de su vida particular, ó deseos de rápidos progresos, le llevaron a abandonar a España hace más de treinta años, renunciando a todos los halagos y ventajas que en su patria había tenido.

Entonces fijó su residencia en la capital de la República Argentina en donde acaba de fallecer a la edad de setenta y cinco años.

Publicó Santero interesantes obras de medicina, entre otras, un «Tratado de higiene privada y pública», una «Memoria sobre las parálisis y sus causas», otra sobre «La inflamación y sus causas» y otra sobre la «Diátesis y discrasias», premiada por la Real Academia Nacional de Medicina.

Probó además fortuna en el teatro, y dejó como autor dramático *Angel*, la comedia *Los guantes del cochero*, la obra bufa *El gran Tamorlán de Persia* y la zarzuela *Mantos y Capas*.

Algunas de sus obras las firmó con el pseudónimo anagramático de «José Aravantier».

No hace muchos años estuvo en Madrid para exigir a uno de los periódicos de mayor circulación la responsabilidad civil en que a su juicio había incurrido por insertar un artículo de cierto colaborador, donde se le atribuían hechos punibles en relación con una compañía dramática que había estado en Buenos Aires.

Después de intentar una avenencia con la Empresa del periódico, volvió a su residencia habitual de la capital argentina, donde le ha sorprendido la muerte.

Hace apenas dos años el Sr. Francos Rodríguez, de paso en Buenos Aires, recibió de manos de Javier Santero la medalla de académico de la Real de Madrid que como recuerdo conservaba y que quiso devolver antes de su muerte.

Sus campañas periodísticas en EL SIGLO MEDICO fueron muy notables durante los años en que colaboró en nuestro periódico como redactor de fondo, dando lugar a vivas polémicas por la energía de su estilo y la agudeza de su crítica.

Descanse en paz nuestro desgraciado amigo para quien la vida después de tan risueños comienzos estuvo siempre llena de escabrosas desventuras.

C. M. C.

COMUNICADO

Cuerpo Médico de la Policía gubernativa.

EN LEGÍTIMA DEFENSA

Como prueba de imparcialidad, publicamos la siguiente carta, que firman distinguidas personalidades médicas y que por un olvido involuntario dejamos sin insertar en el número 3.621, conforme anunciábamos en el Boletín.

«Señor director de *La Correspondencia de España*.

Muy distinguido señor nuestro: Han venido publicándose estos días en el periódico de su digna dirección varios comunicados referentes a la R-al orden reorganizando el Cuerpo de médicos inspectores de la Policía gubernativa de Madrid, remitidos por los médicos que, como consecuencia de dicha reorganización, han tenido que cesar en los cargos que venían disfrutando en la Dirección de Orden público.

Como en dichos comunicados aparecen inexactitudes que muy de lleno nos afectan, apelamos a su amabilidad para que ordene nos sean publicadas las siguientes manifestaciones:

Primera. Los actuales médicos inspectores numerarios de la Policía gubernativa hemos ingresado por concurso de méritos en distintas fechas, habiéndolo sido los más modernos el año 1904, concurso celebrado siendo gobernador de Madrid el excelentísimo señor conde de San Luis.

Segunda. Reorganizado el servicio médico de inspectores por el ministro de la Gobernación, Sr. La Cierva, se asignó a los cuatro primeros la gratificación de 1.500 pesetas, a reserva de ir ampliando las gratificaciones a los restantes médicos en los próximos presupuestos, como después se hizo al conceder 3.000 pesetas al jefe y 2.000 pesetas a los cinco primeros números del escalafón.

Y siendo director general de Seguridad el Sr. Torres Almunia hizo una propuesta, que fué aceptada por el señor ministro de la Gobernación, aumentando las gratificaciones y ampliándolas a los diez médicos numerarios.

Tercera. Consignada para este fin en el presupuesto vigente la cantidad de 48.000 pesetas (gratificaciones para los médicos de seguridad y de vigilancia), el anterior director de Orden público la utilizó para la dotación de plazas, que fué creando sucesivamente, sin estar prevista la función que los médicos agraciados con ellas hubieran de llenar, y que ahora *a posteriori* aparece expuesta en forma fantástica y hasta molesta para nosotros al afirmar que uno de sus cometidos era el de fiscalizar nuestras peculiares funciones técnico-inspectoras.

Cuarta. Que, atendiendo a nuestras justas quejas, el actual director general propuso a la Superioridad, como más ajustado a las disposiciones vigentes, la reorganización del servicio, asignando a los médicos inspectores la gratificación que para ellos había sido asignada en presupuesto; sin que en virtud de dicha reorganización haya ganado puesto alguno el Dr. Banco Soler, quien continúa en la situación de supernumerario sin sueldo, en que estaba desde que ingresó por vacante natural en 1916, atendiendo a su brillante historial académico.

Quinta. Que desde que existe esta Corporación los médicos de nuevo nombramiento lo fueron siempre colocándolos en situación de supernumerarios sin sueldo al final del Escalafón, cubriendo así las vacantes que fueron produciéndose; y

Sexta. Que nosotros lamentamos los daños materiales que hayan podido originarse a esos compañeros que se encuentren desposeídos de sus cargos, aunque era de prever que ello había de ocurrir cuando llegase el momento de reparar la injusticia que supone romper la norma respetada por todos los anteriores ministros y directores de proveer los cargos de numerarios entre los supernumerarios y privar a antiguos funcionarios de las gratificaciones que las Cortes para ellos expresamente aprobaron.

Madrid, 29 de Abril de 1923.—*Nicasio Mariscal, Dionisio Gómez Herrero, Jesús Canseco, Emilio Lacasa, Gustavo Rebotes, Jesús Pastor, Manuel Díaz Góngora, Manuel Vázquez Defort, Joaquín Tena Sicilia.*

POR QUÉ Y CÓMO DETERMINAR LA HIPOTENSIÓN EN LOS HIPERTENSOS

El hipertenso presenta un equilibrio circulatorio que sólo es estable a condición de que sea bastante la eliminación renal y que las demás vísceras funcionen casi normalmente. Gracias a este equilibrio algunos individuos no notan males. Tar y parecen en perfecta salud, hasta que una epistaxis ó un ataque de glaucoma y á veces una hemorragia cerebral, nos hacen descubrir el estado de su circulación.

Ya sabemos, en efecto, que en ciertos casos la tensión elevada puede permanecer casi inmutable en todas las circunstancias; pero con frecuencia por causa de un cansancio físico ó intelectual ó en el momento de las reglas en las mujeres, vemos producirse paroxismos hipertensivos, durante los cuales aparecen accidentes múltiples y variados según el estado de resistencia de los diversos órganos del paciente.

Citemos, aparte de las hemorragias cerebrales, meníngeas y retinianas, los trastornos funcionales *sine materia*; zumbidos de oídos, vértigos, glaucoma, ataques de amaurosis, cefalalgia, insomnio, ciertas extravagancias mentales y un estado de astenia ó de fatiga extremada, que se acusan tanto más cuanto que la tensión aumenta.

Cuanto á la circulación periférica, la musculosa arterial hipertrofiada para resistir á la hipertensión, está sujeta á espasmos, de donde dimanen los calambres, la criestesia, el dedo muerto, los adormecimientos nocturnos de las manos y la claudicación intermitente que la hipertensión exagera y que cede más ó menos completamente con ella.

Si la aorta está algo inflamada en su base y, sobre todo, si el plexo intra y periaórtico está interesado por esta inflamación, cada aumento, aun cuando sea ligero de la tensión, determinará crisis anginosas más ó menos dolorosas y disimuladas. El corazón mismo puede ser insuficiente para su trabajo, dilatarse y provocar el edema del pulmón, la disnea ó la asistolia.

En los riñones, la hipertensión puede provocar por sus paroxismos verdaderas crisis de anuria.

Es, pues, indispensable dadas las enfermedades y los accidentes múltiples que amenazan al hipertenso, rebajar su tensión que es la que produce aquéllos.

No bastan una estricta higiene alimenticia y la modificación del género de vida del individuo, y para obtener un resultado duradero, habremos de instituir al mismo tiempo una medicación activa.

Jamás hemos de rebajar bruscamente la tensión sanguínea del hipertenso, excepto en los casos de crisis paroxísticas en que se empleará la sangría. Por esa razón los nitritos y los éteres nitrados han sido abandonados después de una boga de algunos años.

Para que la acción lenta y progresiva sea duradera, habremos de ejercerla al mismo tiempo sobre el sistema nervioso central, sobre los aparatos vasculares periféricos, el corazón y los aparatos secretores.

El muérdago es el único medicamento capaz de realizar estas modificaciones y desde su aparición en terapéutica, debido á las observaciones de Gaultier y á los estudios de Leprince y de Chevalier, los resultados conseguidos como hipotensor, han demostrado que se trata no solamente de un *vasodilatador* periférico de acción fugaz, sino de un verdadero *modificador* del aparato circulatorio.

Primero Chavalier y después Fubini y Antonini, han demostrado que obra sobre el sistema nervioso central atenuando su excitabilidad y sobre los músculos de fibras lisas cuya tonicidad determina. Además, los frascos publicados por Lesieur demuestran que posee una acción depresiva so-

bre el simpático y por consecuencia sobre la secreción de la suprarrenal, que disminuye.

Al mismo tiempo obra por la inosita como tónico de la musculatura cardíaca, cuya decadencia y agotamiento proviene.

Además, es diurético, aumenta la secreción azoada y clorurada y modifica al mismo tiempo el volumen y la viscosidad de la sangre, según lo han observado el profesor Pic y sus alumnos.

Según decía últimamente el profesor Richaud, en su lección de apertura de curso, la quimioterapia no nos dará nunca sintéticamente medicamentos que puedan realizar acciones farmacodinámicas tan coordinadas y tan fisiológicas y, por mucho tiempo aún, hemos de dar la preferencia á las síntesis y asociaciones vegetales naturales.

Con preparaciones de muérdago (gui), frescas y cuidadosamente dosificadas como la guipsine, administrada en dosis de seis á ocho píldoras al día, determinaremos rápidamente, no sólo la baja de la tensión en los hipertensos, sino también una modificación duradera de su estado circulatorio y de su nutrición general.

Sección oficial.

MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

Subsecretaria.

Anunciadas para proveer, por oposición, las vacantes de médicos forenses y de las Prisiones preventivas en la Audiencia de Valladolid que se indican en la convocatoria publicada en la *Gaceta de Madrid* el día 30 de Marzo próximo pasado, y existiendo en la actualidad vacantes las d. Caldas de Reyes, Laguardia, Pola de Labiana, Quiroga y Villarcayo, que han de proveerse también por oposición, se considerarán incluidas en la mencionada convocatoria á los efectos precedentes.

Madrid, 24 de Abril de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*. (*Gaceta* del 25 de Abril.)

En el Juzgado de primera instancia del distrito de la Izquierda, de Córdoba, se halla vacante, por creación del nuevo Juzgado, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por concurso de méritos en la categoría inmediata inferior, conforme á lo prevenido en el caso segundo del art. 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Sevilla, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 19 de Mayo de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*.

En el Juzgado de primera instancia del distrito de San Miguel, de Jerez de la Frontera, se halla vacante, por traslación del que la desempeñaba, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por concurso de antigüedad absoluta en la categoría inmediata inferior, conforme á lo prevenido en el caso primero del art. 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Sevilla, por conducto del juez del



partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 19 de Marzo de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*. (*Gaceta* de 22 de Mayo.)

Academias y Sociedades.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE UROLOGÍA ⁽¹⁾

Razonablemente no se concibe que un riñón inflamado se cure por una simple incisión. En estos procesos, las células encargadas de la complicadísima función renal deben estar destruidas, y de ser posible su separación anatómica y fisiológica, ¿la conseguirá la incisión de un bisturí? Si las lesiones en nuestro enfermo hubiesen sido congestivas y la anuria hubiese sido provocada por un trastorno circulatorio, seguramente la nefrotomía hubiese dado un mejor resultado terapéutico. Pero en los enfermos que no segregan la más mínima cantidad de orina, que tienen cuatro, cinco ó más gramos de urea en la sangre y que si expulsan algunos centímetros cúbicos de ella, es de una densidad de 1.010 á 1.015, ¿cabe suponer que las lesiones no sean destructivas?

La intervención quirúrgica en las anurias con uremia consecutiva, será para mí un recurso cuya decisión en emplearlo dependerá de un conjunto de datos por los cuales pueda suponer el carácter é intensidad de las lesiones del parénquima renal, y cuando estos datos (concentración y otros detalles de un análisis de orina, dosificación de urea sanguínea, etiología evidente ó probable, etc.), dentro de la relatividad de nuestros conocimientos, me permitan sospechar que las lesiones son destructivas, en más ó menos grado, del epitelio renal, me abstendré de toda intervención quirúrgica, que en lo posible pueda agravar el estado del enfermo, y salvo, como es consiguiente, que se demuestre que la nefrotomía es algo más que una sangría local.

Nota.—Posteriormente á la redacción de esta historia clínica me enteré que el enfermo había ingerido equivocada ó deliberadamente una cantidad de oxicianuro de mercurio. La analogía, por lo tanto, que señalábamos entre el cuadro clínico de las nefritis mercuriales y el que presentaba este enfermo, parece confirmado por este dato, pudiendo desecharse la etiología gripal, á la que achacamos nosotros el proceso, en vista de que las preguntas reiteradas á la familia del enfermo de una posible intoxicación mercurial accidental ó medicamentosa, fueron contestadas negativamente.

El Dr. Barragán.—Hace una decena de años, parecía que la cirugía renal había llegado á sus límites, con las intervenciones en los grandes procesos renales, tuberculosis, tumores, quistes, litiasis, pionefrosis, etc., mas existen otros procesos de orden médico alejados de toda intervención; una larga lista de nefritis llamadas médicas, que vamos haciendo del dominio quirúrgico, cuyas intervenciones son cada día más numerosas y cuyos éxitos no son despreciables; me refiero á las nefritis hematóricas, las dolorosas, las dolorosas y hematóricas á la vez, y las nefritis agudas y crónicas cuando van acompañadas de uremia ó hematuria.

El resultado de nuestras intervenciones en las primeras es indiscutible actualmente, en las últimas los éxitos son dudosos, pero en unas y otras, como el método cruento carece de compromisos serios, no se debe despreciar, teniendo en cuenta el fracaso casi constante del tratamiento internista siempre que se seleccionen los casos susceptibles de inter-

vención y que ésta no empeore la situación; por esto debe obrarse siempre con cautela, documentando bien la historia y prestando marcadísima atención á la investigación de urea en sangre, urea en orina y cantidad excretada, pues si ésta es poca y de poca concentración y la cifra en sangre es elevada, todos nuestros esfuerzos serán perfectamente inútiles, siempre que este síndrome no sea transitorio. Teniendo esto en cuenta felicito al Dr. González Tomás por su sinceridad al exponer el fracaso; puede servirnos de freno en esta clase de intervenciones no dejándonos llevar de todo cuanto se dice.

En 1897 operé un enfermo en la Clínica del Paseo de la Castellana, de nefritis hematórica intensa. Este enfermo, de cuarenta y cinco años, venía padeciendo de hematurias durante dos meses sin dolor espontáneo, silenciosas. Después de documentar bien la historia, pensamos primero en una neoplasia en sus comienzos, pero la falta de antecedentes personales ni hereditarios, sin pasado urinario y la hematuria constante sin intermitencias, desvió esta suposición. ¿Sería un cálculo sin historia? La radiografía renal por entonces era poco precisa; sólo teníamos como dato clínico el dolor á la exploración del riñón derecho y su aumento de volumen.

Después de fracasada la intervención internista, á petición reiterada del enfermo, le operamos con la presunción de cálculo.

Hecha la lumbotomía acompañados de nuestro malogrado y querido amigo Guedes, que operaba el mismo día, encontramos el riñón abultado, turgente en grado extremo y de coloración oscura. Incisión de la cápsula muy laboriosa por las adherencias tan firmes y con gran hemorragia, que llegó á inquietarnos. Nefrotomía previa exploración de pelvis renal, negativa de cálculo; relleno con gasa y tubo de desagüe central. Continuó la hematuria dos ó tres días, sin ser alarmante, mezclada con orina, pero con gran sorpresa cedió al quinto, salía sólo por la herida y no en la orina, cicatrizó ésta á los quince días, y el enfermo pudo abandonar la Clínica.

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705.6; ídem mínima 694.8; temperatura máxima, 24.6; ídem mínima, 7.4; vientos dominantes, E. SE.

Continúa el estado sanitario de Madrid no ofreciendo nada de alarmante dentro de las condiciones estacionales ordinarias. Disminuyen los catarrros gripales de las vías respiratorias; se observan algunos casos de fiebres intermitentes benignas y de neuralgias agudas periféricas de marcha también intermitente. Los padecimientos crónicos siguen presentando las complicaciones congestivas que los empeoran, y en los niños no se observa nada con verdadero carácter epidémico.

Mortalidad de Madrid en Mayo de 1923 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

| | Promedio anterior. | Mayo de 1923. |
|------------------------|--------------------|---------------|
| Menores de 1 año..... | 205 | 287 |
| De 1 á 4 años..... | 180 | 120 |
| De 5 á 19..... | 115 | 97 |
| De 20 á 39..... | 226 | 186 |
| De 40 á 59..... | 247 | 258 |
| De 60 en adelante..... | 306 | 315 |
| Sin clasificación..... | 2 | 1 |
| TOTAL..... | 1.281 | 1.264 |

(1) Véase el número anterior.

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

| | Promedio anterior. | Mayo de 1923. |
|---|--------------------|---------------|
| Fiebre tifoidea..... | 11 | 5 |
| Tifus exantemático..... | 3 | 1 |
| Viruela..... | 2 | » |
| Sarampión..... | 19 | 5 |
| Escarlatina..... | 2 | 1 |
| Coqueluche..... | 12 | 26 |
| Difteria..... | 6 | 3 |
| Gripe..... | 35 | 24 |
| Otras epidémicas..... | 3 | 2 |
| Tuberculosis pulmonar..... | 153 | 144 |
| Idem meníngea..... | 19 | 23 |
| Otras tuberculosis..... | 25 | 21 |
| Cancerosas..... | 59 | 78 |
| Meningitis..... | 82 | 48 |
| Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales..... | 58 | 66 |
| Orgánicas del corazón..... | 83 | 85 |
| Bronquitis aguda..... | 57 | 55 |
| Idem crónica..... | 25 | 22 |
| Pulmonía..... | 29 | 25 |
| Broncopneumonía y otras..... | 134 | 121 |
| Enteritis (menores de dos años)..... | 59 | 96 |
| Apendicitis y tinitis..... | 4 | 1 |
| Hernias y obstrucciones..... | 11 | 10 |
| Cirrosis hepática..... | 9 | 7 |
| Nefritis..... | 43 | 31 |
| Septicemia puerperal..... | 4 | 3 |
| Debilidad congénita y vicios de conformación..... | 43 | 64 |
| Senectud..... | 28 | 24 |
| Otras enfermedades..... | 263 | » |
| TOTAL..... | 1.281 | 1.264 |

| | |
|--|-------|
| Varones..... | 662 |
| Hembras..... | 602 |
| Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior..... | 41,30 |
| Idem íd. en Mayo de 1923..... | 40,77 |
| Idem íd. en Abril de 1923..... | 44,17 |

Observaciones.

La mortalidad total de este mes comparada con el promedio de Mayo en el último quinquenio ha descendido 17 unidades, y en relación con el mes de Abril precedente han ocurrido 61 defunciones menos.

La coqueluche que los tres últimos meses fué gradualmente ascendiendo, inicia su mejoría con siete defunciones menos que en Abril.

Los menores de un año han fallecido en mayor número que el mes anterior y que el promedio quinquenal precedente. Esto es debido á que se ha iniciado antes, este año, la periódica subida estival de mortalidad por diarreas infantiles (41 en Abril, 96 en Mayo).

Se ha registrado un diagnóstico de fiebre de Malta, de un varón de cuarenta y seis años, jornalero.

Nacieron vivos, 1.638.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Un concurso.—La Mutualidad Obrera ha anunciado un concurso para la provisión de seis plazas de profesoras en partos, con el carácter de supernumerarias, y para otra de igual clase del Puente de Vallecas, que además de esta barriada comprende las de Gutenberg, Pacífico y Delicias.

Las bases de concurso se hallan de manifiesto en las oficinas de la entidad, calle de Eloy Gonzalo, núm. 18, hotel, donde deberán dirigir las aspirantes sus solicitudes, á nombre del gerente de La Mutualidad, hasta el día 23 del corriente, fecha en que queda cerrada la admisión de pliegos.

Curso de Anatomo-radio-patología.—En la tercera decena del mes de Junio dará el Dr. D. Angel Villegas, director del Sanatorio de Guadarrama, un curso gratuito compuesto

de ocho lecciones sobre Anatomo-radio-patología de la tuberculosis pulmonar de tipo nodular (tuberculosis pulmonar crónica). A los que interese, pueden solicitar detalles dirigiéndose al director del Sanatorio de Guadarrama.

Noticias oficiales.—Por Reales órdenes de fecha 16 de Mayo, han sido nombrados vocales técnicos de las Juntas provinciales de Reformas Sociales de Valladolid y Burgos, los Sres. D. Pedro Zuloaga Mañueco y D. Olorico Mato, respectivamente.

—Por Real orden del 25 de Mayo (*Gaceta* de 1.º de Junio), S. M. el Rey se ha servido declarar desierto, por falta de aspirantes, los concursos de traslación anunciados por Real orden de 25 de Abril próximo pasado para proveer las cátedras de Higiene con prácticas de Bacteriología sanitaria, vacantes en las Facultades de Medicina de las Universidades de Valladolid y Santiago.

Asociación Francesa para el progreso de las Ciencias.—El presidente de la XII sección, nos ruega la publicación de la siguiente carta circular:

Burdeos, 15 Mayo, 1923.

Muy honorable compañero: La 47.ª sesión de la Asociación Francesa para el progreso de las Ciencias se reunirá en Burdeos del 30 de Julio al 4 de Agosto de 1923.

Habiéndome conferido el honor de presidir la organización de la Sección XII (Medicina y Cirugía), me permito solicitar su precioso concurso para enviarnos el resultado de sus trabajos y tomar parte en nuestras discusiones.

Tenga la bondad de remitir á la Secretaría de la Asociación, rue Serpente, 28 (París VIº), antes del 20 de Junio próximo:

1.º Vuestra adhesión.

2.º El título de vuestra comunicación.

Aceptad, etc.—Dr. J. Sabrazès, profesor de la Facultad de Medicina.

Llamamiento en favor de los médicos y de las instituciones médicas rusas.—El Dr. Nansen nos remite la siguiente nota:

Los médicos rusos y el personal médico de las regiones hambrientas, están actualmente sin recursos y privados de medios para socorrer á los millares de enfermos que los rodean.

Los hospitales y, sobre todo, los centros médicos rurales, creados por los esfuerzos de los médicos rusos, no pueden funcionar más por falta de fondos, de medicamentos y de instrumental.

Las regiones hambrientas en las que la población está agotada por las privaciones, constituye un foco de epidemias y de epidemias peligrosas no solamente para Rusia, sino para Europa entera.

Las enfermedades infecciosas, las formas diversas del tifo, el paludismo, hacen estragos terribles.

Es urgente que se envíen inmediatamente socorros del extranjero y que se lleve á cabo una lucha enérgica contra las consecuencias sanitarias del hambre. Nuestros colegas rusos, por sí solos, no se encuentran en estado de hacer frente al flagelo.

Hacemos llamada á los sentimientos de solidaridad del Cuerpo científico y médico de Europa y América. Esperamos que los sabios y médicos del mundo entero responderán generosamente á la demanda de socorros de sus colegas de Rusia.

Los socorros pueden enviarse á la Secretaría del doctor Fridtjof Nansen, 54, rue du Rhône, Genève, Suisse.

Cunde el ejemplo extranjero. Donativos y legados á la Universidad Central.—Leemos en la Prensa diaria, que se ha firmado en el Rectorado Central la escritura de la Institución Díaz Cordovés, haciéndose entrega al rector de una lámina intransferible de la Deuda perpetua interior al 4 por 100 por valor de 100.000 pesetas, cuya renta será aplicada, según voluntad del testador, al pago de tres títulos de Licenciado (dos de Derecho y uno de Medicina) á alumnos faltos de recursos que terminen sus estudios en la Universidad Central y sean naturales de los pueblos de Consuegra, Madrid y Corral de Almaguer, ó, en su defecto, de la provincia de Toledo; destinándose el sobrante á costear matrículas á alumnos de la misma condición y procedencia.

También ha quedado instituido por la Unión Farmacéutica Nacional un premio denominado Rodríguez Carracido, consistente en el pago de un título de licenciado en Farmacia á un alumno que termine sus estudios en la de Madrid, y

que irá alternándose con las demás Facultades de Farmacia de las otras Universidades.

Por último, el Dr. Bañer ha establecido un donativo anual de 1.000 pesetas para auxilio á los estudiantes de la Universidad Central para pago de matrículas, libros, pensiones, etcétera.

Nos place mucho poder publicar las anteriores noticias ya que nosotros en otras ocasiones hemos censurado el poco desprendimiento de las clases poderosas españolas en pro de la cultura patria.

Congreso Nacional de Pediatría.—Promete resultar brillantísimo el próximo Congreso de Pediatría que, bajo el Patronato de S. A. R. el Príncipe de Asturias, se ha de celebrar en San Sebastián del 2 al 7 del próximo mes de Septiembre.

El secretario general, Dr. Garrido-Lestache, ha recibido ya un gran número de trabajos del más alto interés científico y social, teniendo también numerosos ofrecimientos de los más grandes prestigios patrios, que colaborarán con su saber en las sesiones del Congreso, contribuyendo al estudio y resolución de todos los problemas que se ocupan del niño, base sobre la que asienta la tan importante lucha contra la mortalidad infantil.

Los Dres. Urrutia, Suñer, Egeña, Juaristi, Eleicegui y don Víctor Pradera, como presidentes respectivos de las sesiones de Higiene y Alimentación, Medicina y Cirugía Infantil, Cirugía Ortopédica, Pedagogía y Protección á la Infancia de que consta el Congreso, son prestigios que no dejan poner en duda el éxito del mismo, y al que acudirán todas aquellas personas que hacen labor pro-infancia, ya en el terreno médico ó ya desde el punto de vista social.

Han anunciado conferencias y enviado títulos de las ponencias encomendadas, los Dres. Martínez Vargas, de Barcelona; Gómez Ferrer y García Bustranga, de Valencia; Noubilles, Arifio y Borobio, de Zaragoza; Arteche, de Zamárraga; Salaverri y López Albo, de Bilbao; Merino, de Burgo; Nogueras, de Valladolid; Blanc Fortacín, Olivares, Pucio, Tolosa Latour, Velasco Pajares, González-Alvarez (B. y M.), Mejías, Cavenget, Bravo Frías, Landete, Muñozerro, Rodríguez Pinilla, Recasens, Leal y Crespo y otros muchos, de Madrid; González Meneses y Royo, de Sevilla; Pereda Elordi, de Santander; Méndez Rodríguez, de Guadix, y señoras Beatriz Galindo, María de la Rigada, Martos de Baeza y Díaz Rabaneda, de Madrid.

La ponencia de la sección de Protección á la Infancia, lleva por título «Medios conducentes para aminorar la mortalidad infantil», siendo ponente el Consejo Superior de Protección á la Infancia.

La otra ponencia de esta misma sección es de las señoras Beatriz Galindo y María Martos de Baeza, y lleva por título «Escuela de niñas».

Los Dres. Olivares y Blanc Fortacín serán ponentes en la sección de Cirugía, siendo el tema de la de este último «Ginecopatías en la infancia».

De la sección de Cirugía Ortopédica son los Dres. Nogueras, de Valladolid, con un trabajo sobre «Tratamiento quirúrgico de las parálisis infantiles» y Salaverri, de Bilbao, con otro sobre «Cirugía del tarso en las deformidades del pie».

Las comunicaciones forman ya un gran número, así como las inscripciones; éstas se hacen á nombre del señor tesorero, Dr. Mateo Milano, Zurbano, 28, y en San Sebastián, Embeltran, 11, Colegio de Médicos, Sr. Celaya; siendo 25 pesetas la cuota de congresista numerario y 12,50 pesetas la de agregado.

Sanidad Militar.—*Prácticas.*—Con arreglo á lo que determina el Reglamento organico, se ha dispuesto que las prácticas de la Academia de Sanidad Militar para el presente curso abreviado de 1923, se realicen en la segunda quincena del mes de Junio con arreglo al siguiente programa:

Las prácticas durarán tres días y se llevarán á cabo en los alrededores de esta plaza, realizándose en ella prácticas del servicio sanitario de campaña. Para las prácticas se organizará la Academia formándose una ambulancia mixta, compuesta de elementos rodados de montaña y automóvil.

Las prácticas serán dirigidas por el teniente coronel médico, jefe de estudios, é inspeccionados por el coronel médico, director de la misma.

Todo el personal de jefes y oficiales, alumnos, tropa y contratados que asistan, disfrutarán las indemnizaciones y pluses reglamentarios.

Excipiente inerte.—En la sopa del judío, mete tu cuchara y di: «lo tuyo es mío». (*Refrán vulgar.*)

Nunca es la ofensa más dura que cuando el ofendido tiene el sentimiento tácito de haberla merecido. (*Ich.*)

La Vacunoterapia en las afecciones pulmonares.—Al presente número acompañamos una literatura, cuya lectura recomendamos.

Productos Iby.—Al presente número acompañamos un prospecto del Instituto de Biología y Sueroterapia IBYS, de Madrid (Bravo Murillo, 45), cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estaño coloidal.

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

Destinado á enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física.

Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda.

Sección especial de toxicómanos.

Director: Excmo. Sr. M. Morales.

Médicos: Doctores Penzoldt, Oliver y Luquero.

SANTANDER



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

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

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