

# 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:

<b>Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO</b> J. BLANC Y FORTAGIN Del Hospital de la Princesa. L. GARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII. L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid. A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina. A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	<b>Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL</b> A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina. F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes. J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. S. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inocua y Colegio de la Paz. T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la de Medicina. F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular. Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	<b>Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ</b> G. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina. M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina. J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. S. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa. S. PASCUAL Y RIOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense. A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> 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: Radioterapia profunda: Tratamiento Roentgen en los estados hemorrágicos, por los Dres. J. y V. García Donato. Aniridia, nistagmus, astigmatismo hipermetrópico y catarata polar anterior ambos ojos y estrabismo convergente del derecho, de origen congénito, por el Dr. Manuel Marín Amat.—El método moderno de Albee en el mal de Pott (tesis doctoral), por Jesús González Liscano.—Algo de cirugía estética de la piel, contestación al discurso del Dr. D. Vicente Gimeno y Rodríguez-Jaén, por el Excmo. Sr. Dr. Don Angel Pulido.—Bibliografía, por el Dr. Marín Amat.—Periódicos médicos.

## RADIOTERAPIA PROFUNDA

### Tratamiento Roentgen en los estados hemorrágicos

POR LOS

DRES. J. Y V. GARCÍA DONATO

De Valencia.

Es absolutamente necesario desterrar del ánimo del vulgo médico la idea bastante arraigada, por desgracia, de que el descubrimiento de los rayos X haya servido solamente para el diagnóstico ó para tratar las neoplasias malignas... Y, sin embargo, á fin de cuentas, sería este último tal vez uno de los capítulos más desagradados de la radioterapia.

La acción ejercida por las radiaciones de corta longitud de onda, ya sean nacidas de la ampolla Roentgen ó emitidas por las sustancias radioactivas, tienen un influjo especial sobre la vida del elemento celular, y aplicadas en una ú otra dosis son capaces de excitar su función propia, de amortiguarla ó de suprimirla; y, dada la diferente radiosensibilidad de la célula viva, ésta acción puede ser electiva, en el sentido de que pueden ser atacados unos elementos mientras que otros son respetados. La moderna radioterapia toma como fundamento estas acciones, con lo que su campo se va extendiendo cada día más, y si nos detenemos un momento á reflexionar sobre ello, podremos entrever el

grandioso porvenir que espera á una terapéutica que es capaz de excitar, frenar ó abolir una función endocrina; que es capaz de excitar, frenar ó abolir una secreción; que puede activar las funciones defensivas de los tejidos, etc., etc. Y cuando estas ideas teóricas, nacidas por deducción del conocimiento de la acción biológica del agente, se llevan á la práctica clínica, responde ésta con éxitos tan brillantes como los que da en muchas ocasiones el tratamiento Roentgen, del Basedow, de la acromegalia, de la úlcera gastroduodenal, de la leucemia, etc., etc... Y si muchas veces el método fracasa, no siempre tendremos que achacarlo á deficiencias de él, sino que también pudieran ser imperfecciones de la técnica, y otras veces no es el método el fracasado, sino el que lo emplea.

En otras ocasiones el éxito terapéutico proviene sencillamente del empirismo y sólo á posteriori es cuando con mejor conocimiento de causa nos hemos podido explicar la manera de obrar el remedio sobre el mal.

Uno de estos casos, sin duda, es el del tratamiento radioterápico de las enfermedades hemorrágicas, en las que el malogrado radiólogo francés Albert Weil (1) obtuvo un éxito de mucha resonancia hace más de diez años. El caso fué presentado á la Sociedad de Pediatría de Bruselas: se trataba de una niña afectada de he-

(1) Albert Weil: «Elements de Radiologie».



mofilia con graves hemorragias, enfermedad que se había mostrado rebelde á toda clase de tratamientos. Mediante aplicaciones radioterápicas hechas sobre bazo y médula ósea pudo obtener rápida y felizmente una completa curación.

Las revistas profesionales divulgaron el hecho causando cierto asombro, aun entre muchos radiólogos, pues siempre se había considerado la luz Roentgen como desglobulizante, sobre todo después de los estudios de Aubertin, sobre la alteración de la fórmula leucocitaria y la intensa destrucción de glóbulos rojos subsiguiente á las irradiaciones.

El profesor Calatayud Costa, por la misma época, ó tal vez antes, ya hizo trabajos en el mismo sentido, es decir, irradió bazos buscando la acción hemostática del medicamento Roentgen aplicado en dicho organismo. Después de esto, diversos observadores acá y allá fueron aportando nuevos casos de procesos hemorrágicos tratados por el mismo procedimiento. Unos fracasaban y otros no, lo cual no es de extrañar, pues por entonces ni se dosificaba bien ni se conocía el mecanismo último de la acción de los rayos X sobre el bazo, por lo que los tratamientos se tenían que hacer por el procedimiento del tanteo, y tan solo de cuando en cuando se podía dar en el clavo.

Los estudios de Ricardo Stephan (1), de la clínica de Medicina interna del Hospital de Santa María, en Francfort, han abierto más científicas vías á este tratamiento, fundamentando racionalmente su técnica y sentando bien los jalones que han de servirnos de guía é indicando los objetivos que nos hemos de proponer conseguir.

El caso que le sirvió como punto de partida para sus observaciones fué un enfermo de púrpura fulminante á quien tras la extirpación de unos ganglios tuberculosos le sobrevinieron hemorragias mucosas y cutáneas absolutamente incoercibles por los medios usuales y que le pusieron en gravísimo trance de muerte. A la desesperada se le irradió el bazo, y el resultado fué tan sorprendente, que á la hora y media después de irradiado se habían cohibido las hemorragias mucosas, y la orina que era roja, cual sangre pura, se había hecho completamente clara.

Stephan (2) quiso explicarse el mecanismo de esta curación y comenzó por ver si la hemostasia era debida al aumento del número de plaquetas, que, como es sabido, sirven para la formación y fijación del trombo obturador del vaso sangrante. Examinada la sangre del sujeto á quien se había irradiado el bazo, observó que el número de plaquetas era el normal, así es que, desde luego, quedó descartado el supuesto de que fuera el aumento de ellas la circunstancia productora de la hemostasia.

Desechada la idea del aumento del número de plaquetas, investigó la velocidad de la coagulación de la sangre y vió, que en los sujetos irradiados sucedía lo

mismo que sucede en los individuos sanos que han sufrido una hemorragia grave: en éstos el mecanismo defensivo del organismo se manifiesta por una notable aminoración del tiempo en que se verifica la coagulación sanguínea, que llega á ser la cuarta parte del tiempo en que lo hace en el individuo normal, y en los irradiados sucedía exactamente lo mismo, pero con la diferencia que esta aceleración terapéutica era enormemente mayor que la espontánea, aun en los casos de hemorragias las más copiosas.

Ahora bien: ¿Por qué mecanismo viene á acelerarse esta coagulación? ¿Qué existe en el bazo que su excitación pueda determinar este fenómeno? Dos sistemas existen en él que pueden ser influidos: el folículo linfático y el aparato celular retículo-endotelial. Pero como en la irradiación de linfomas diferentes no se ha observado que se manifestara variación alguna de la coagulabilidad sanguínea, no cabe duda que quien está encargado de la función específica de la coagulación es la célula del retículo.

El aparato celular retículo endotelial de Aschoff está formado por las células que en vida se dejan impregnar por el carmín; vienen á constituirlo, además de las células del retículo esplénico, las de los ganglios linfáticos hepáticos y toda la enorme superficie de células endoteliales repartidas por el interior del sistema vascular.

Las células estas dan lugar á la formación del fibrinógeno, el cual es un enzima de naturaleza proteolítica que por acción fermentativa particular determina en la sangre cambios fisicoquímicos que permiten la transformación del fibrinógeno que se halla en suspensión coloidal en estado de *sol* en el de estado de *gel* de la fibrina. Sin la presencia de este fermento no es posible que se verifique la coagulación sanguínea.

Para que pueda actuar el fibrino fermento es necesaria la presencia de un *activador*, el cual se supone segregado por las células endoteliales el cual serían los iones calcio y sodio, y al actuar conjuntamente profermento y alivador se verificaría el fenómeno de la coagulación.

Así pues, los factores que intervienen en la coagulación sanguínea son producto de una función de los endotelios, y si tenemos un medio que nos permita excitar esta función, está claro que podremos llegar á conseguir la curación de las enfermedades hemorrágicas que tienen por causa la que se llamaba ambiguamente un defecto de la *crae*is sanguínea.

Como los rayos Roentgen, según antes indicábamos, tienen entre sus propiedades la de excitar el funcionamiento celular, cuando los aplicamos á determinadas dosis, si esta aplicación la hacemos en un lugar donde los endotelios sean muy abundantes, al activar su función obtendremos el resultado terapéutico apetecido. Y esto es lo que se viene á conseguir en el tratamiento de las hemorragias venosas y capilares. La objeción de que los rayos X son desglobulizantes no tiene aquí ningún valor, pues esta desglobulización se verifica cuando se emplean grandes cantidades de medicamento Roentgen y no cuando éste se administra á dosis mo-

(1) R. Stephan: "Reticulo-endothelialer Zellapparat und Blutgerinnung", *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1921, núm. 11.

(2) R. Stephan: "Blut und Blutstillung", *Münch. med. Woch.* 1921, núm. 11.



deradas ó pequeñas. De manera, pues, que la acción de los rayos Roentgen en las hemorragias ni es paradójica ni es para causar asombro, pues no da más de sí que lo que las leyes de radiobiología general nos enseñan.

Es lógico que se siga tomando el bazo como punto de elección para las irradiaciones, porque en su retículo se hallan concentradas en cantidad enorme las células endoteliales; pero se puede conseguir el mismo resultado terapéutico irradiando desde gran distancia la superficie cutánea en su totalidad ó en una gran extensión. La riquísima red capilar de ésta ofrece circunstancias análogas á las anteriores.

En la Clínica Ginecológica de Francfort hemos visto al profesor L. Seitz emplear este último método; pero, sin embargo, entendemos que la irradiación esplénica debe ser preferida por ser más cómoda para los enfermos, más corta y menos dispendiosa. Irradiando á 2 metros de distancia anticatodopiel, cual lo hacen en Francfort, son necesarias varias horas para dar una dosis excitante cutánea aun con los más fuertes aparatos.

Las comunicaciones de los diversos autores que han empleado como agente de hemostasia la acción excitante de los rayos X sobre el aparato endotelial de Aschoff, refieren los más brillantes resultados en casos de hemofilia con hematurias, hemorragias gingivales, epistaxis, etc. En casos de hemoptisis se ha mostrado asimismo su gran poder hemostático; pero donde su indicación es más extensa, por la frecuencia con que en la clínica se observan, es en las hemorragias de la mujer en los albores de la vida genital ó en las del climaterio.

Estas hemorragias, que suelen conducir á las enfermedades á los más graves extremos de anemia y postración, eran tributarias no hace muchos años de la castración quirúrgica, cuando se habían agotado ya todos los medios farmacológicos empleados para combatirlos. Esta mutilación quirúrgica fué reemplazada después por la castración Roentgen, menos peligrosa y menos *antifisiológica*, pues si bien, á causa de ella, la ovulación desaparecía, las funciones propias de glándula endocrina ovárica no se suprimían del todo. Esto no obstante, entendemos que en la actualidad, tanto una forma como otra de castración, no deberán emplearse jamás antes de haber intentado cohibir las persistentes hemorragias por medio de la irradiación esplénica.

Nosotros hemos tenido ocasión de comprobar la bondad del método radioterápico, y ofrecemos á la consideración médica algunas historias clínicas resumidas, que nos parecen muy demostrativas.

N. N., quince años de edad. Reglas cada catorce días muy abundantes; duración seis días. Tratamiento: dos irradiaciones del bazo, con un intervalo entre ambas de dos semanas. Resultado: el período menstrual sigue presentándose cada catorce días, pero dura solamente tres. El estado general es bueno.

N. N., de diez y ocho años. Es menorragica desde hace un año; del mes total pierde sangre durante dos semanas, y durante las otras dos, no. Muy postrada. Se le da una sola dosis de un tercio de la H. E. D. Resultado:

menstruación regular cada cuatro semanas, que dura tres ó cuatro días. Restablecimiento completo.

N. N., de treinta y nueve años. Durante la menstruación, hemorragias profusas é irregulares de seis á ocho días de duración. Muy anémica. Mal estado general. Se la irradia el bazo con una dosis de media H. E. D. Resultado: los períodos se presentan cada cuatro semanas y duran tres ó cuatro días. Mejoramiento del estado general y desaparición de la anemia.

N. N., veinticuatro años. Después de un ataque de gripe con bronquitis, ligeramente hemorrágica, persisten pequeñas hemoptisis que inquietan al enfermo. La radiografía no acusa lesión pulmonar visible. Una irradiación de bazo con media H. E. D. Resultado: desaparición de las hemoptisis.

La técnica que empleamos es la siguiente:

Aparatos «Intensiv-Reform» y «Neo-Intensiv» en la *Veifa Werke*, filtro 5 décimas de cinc, más 3 milímetros de aluminio, 8 décimas de cobre, más un milímetro de aluminio. Distancia foco-piel, 40 centímetros. En las irradiaciones damos de un tercio á media dosis eritema. Tamaño del campo: 8 por 10 centímetros.

Valencia, 24 de Mayo de 1923.

## Aniridia, nistagmus, astigmatismo hipermetrópico y catarata polar anterior ambos ojos y estrabismo convergente del derecho, de origen congénito

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

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

Con el nombre de aniridia ó iridemia se designa á la falta total ó parcial del iris de origen congénito, malformación que como tantas otras oculares, presenta un marcado sello hereditario.

La aniridia es una anomalía congénita, que de ordinario se acompaña de otras del mismo globo ocular, como la catarata zonular [caso nuestro (1) y el de Jocky y el Callaud (2)]; de excavación fisiológica de la papila [el nuestro y el de Palomar (3)]; de astigmatismo [Otto Wernicke (4)]; de ectopía del cristalino [Van Duise (5)]; de nistagmus [los de Jocky, Wernicke, Van Duise y David-N-Dermis (6)]; etc.

Los casos de aniridia total son más raros (como el nuestro citado), siendo más numerosos los de aniridia parcial, como el que ahora presentamos, que es notable por las múltiples malformaciones oculares que acompañaban á la falta parcial del iris, como ahora veremos.

La aniridia, ya sea total ó parcial, es afección que se presenta en ambos ojos á la vez; siendo la patogenia

(1) Dr. Marin Amat: "Aniridia total y catarata zonular congénitas de ambos ojos,, Arch. de Of. Hisp. Ame., 1922, pág. 547.

(2) Archives d'Ophtalmologie, 1 07, pág. 456.

(3) Arch. de Of. Hisp. Ame., 1910, pág. 225.

(4) Arch. de Of. Hisp. Ame., 1908, pág. 228.

(5) Encyclopedie Française d'Ophtal., t. II, pág. 696.

(6) Archives d'Ophtal., 1907, pág. 696.



una cuestión completamente desconocida en la actualidad.

Este nuevo caso nuestro, sólo tiene por objeto el enriquecer la casuística de esta rara afección.

*Observación.*—G. R., de ocho años, de El Escorial, se presentó en nuestra consulta particular el día 9 de Febrero de 1922.

*Reconocimiento.*—Nistagmus oscilatorio horizontal de pequeñas sacudidas en ambos ojos y en todas las posiciones de mirada. Pupilas enormemente dilatadas, confundiendo con el limbo esclerocorneal en ambos ojos. El iris está reducido a un delgadísimo rodete como de un milímetro de altura, excepto en las porciones inferointernas, que parecen faltar completamente (como si hubiese un coloboma típico); ambos cristalinós están opacificados en su polo anterior (catarata polar anterior), sin presentar dentellones que hagan pensar en una evolución progresiva, y además existe un punteado de pequeñas opacidades diseminado por todo el espesor del cristalino derecho. El fondo del ojo es normal en ambos lados.

Visión .....	{ O. I. = 1/6, ..... con a. e. = empeora,
	{ O. D. = dedos 3 m, — — —
Oftalmometría..	{ O. I. = — 15° + 105°, 2.00 d.
	{ O. D. = — 165° + 75°, 1.00 d.
Esquiascopia ...	{ O. I. = + 6.00 d. }
	{ O. D. = + 5.00 d. } meridiano de mínima.
Prescripción...	{ O. I. = E + 1.50 d. C + 1.50 d. 105° }
	{ O. D. = E + 1.50 d. C + 0.50 d. 75° }

Para todas las distancias.

*Antecedentes.*—El padre de la niña, según manifestaciones de la madre, presenta iguales anomalías (motitas blancas en las pupilas, que además son muy grandes, movimientos de los ojos y escasa visión), así como un hermano de la niña, menor que ella, que tiene cinco años. Son tres hermanos, y solamente una niña que tiene dos años tiene la vista bien. Su madre después de nacer esta niña ha tenido un aborto. Los padres no son parientes.

Como se ve por la descripción que antecede, esta observación cae dentro del concepto general, según el cual la aniridia es una malformación hereditaria y con frecuencia familiar; el padre de esta niña y un hermano padecen el mismo defecto.

Además, es muy interesante por el gran número de anomalías congénitas que acompañan a la falta parcial del iris en ambos ojos: nistagmus, astigmatismo, catarata polar y estrabismo, siendo lo corriente que se acompañe solamente de otra ó cuando más de otros dos defectos congénitos.

Por lo que respecta al tratamiento, esta observación es completamente diferente a las restantes. En los casos típicos se recomienda el agujero estenopéico ó los diafragmas iris, que haciendo el papel de pupilas, limiten la cantidad de luz que ha de entrar en el ojo; pero como en este existe una catarata polar anterior en cada ojo, este tratamiento no puede utilizarse, haciendo la iredemia un papel verdaderamente providencial, puesto que permite relativamente bien la visión, á despecho

de las opacidades centrales y un poco extensas de ambos cristalinós, siendo por ello por lo que tolera muy bien la corrección óptica, que se le prescribió.

Si las cataratas polares anteriores no progresan (así lo parece, al menos en el ojo izquierdo) con solo la prescripción óptica, la paciente podrá arreglarse bastante bien; pero si la opacidad central de los cristalinós se generaliza y hay que verificar su extracción, entonces ya habrá necesidad de acudir á los diafragmas que disminuyan la cantidad de luz que debe entrar en el ojo, á la vez que la corrección óptica apropiada.

## El método moderno de Albee en el mal de Pott.

(TESIS DOCTORAL)

POR

JESÚS GONZÁLEZ LIZCANO

Como terminación de nuestros estudios, según el plan de enseñanza vigente, voy á tener el honor de exponer al tribunal un tema que no es nuevo, pero que sí creo no se hace en la escala que se debiera; me refiero á la operación de Albee en el mal de Pott.

El hecho de haber ido cuatro años interno en una sala de cirugía por donde han desfilado muchos pótticos, hizo que nos fijásemos en los distintos métodos que tenemos para tratar á estos pobres enfermos é hiciéramos una crítica de ellos, sacando una conclusión que en forma de tesis queremos exponer.

Son muchos los casos de mal de Pott tratados por el método moderno de Albee, que hemos presenciado. La cifra 100 no sería exagerada, pero en el decurso de este estudio, voy á referirme exclusivamente á los 30 casos que me ha correspondido historiar en la sala y que mejor he estudiado.

El orden en que va á ser expuesta esta Memoria es el que sigue:

I.—Bosquejo histórico.

II.—Fundamento en que se apoya el empleo de los injertos óseos en cirugía.

III.—Ventajas críticas del método de Albee.

IV.—Descripción del método moderno de Albee.

V.—Instrumental apropiado al método.

VI.—Indicaciones y contraindicaciones del método.

VII.—Resultados y estadísticas.

VIII.—Casos clínicos.

IX.—Conclusiones.

X.—Bibliografía.

XI.—Radiografías.

### BOSQUEJO HISTÓRICO

La tendencia de inmovilizar la columna vertebral en el segmento que está enfermo, dejando al resto sin ser sometido al reposo forzoso; y el hecho de anatomía patológica que nos enseña que la fusión de los arcos vertebrales en la región afecta representa la curación temporal ó definitiva del proceso químico local, y teniendo en cuenta que esta fusión cuanto más rápida y



pronto sea, mejor evita ó detiene la cifosis y aminora la destrucción vertebral por derivación de la carga y por falta de movimientos, hizo que naciera una nueva orientación terapéutica de tratar el mal de Pott por medios cruentos para la fijación de los arcos vertebrales.

En el año 1888, Hadra inmovilizaba la columna vertebral de los póticos, por medio de las ligaduras con hilo de plata, de las apófisis espinosas de las vértebras enfermas. Chipault perfeccionó el procedimiento de Hadra, y lo empleó en 1893 con resultados satisfactorios en nueve póticos. Más tarde, Langue, en 1910, dió á conocer en Nueva York (comunicación á la Sociedad Americana de Ortopedia) su método de inmovilizar la columna vertebral de la enferma mediante las varillas de acero que aplica y fija á las caras laterales de las apófisis espinosas, por medio de una sutura de seda ó metálica; procedimiento tanto éste como los anteriores que no alcanzan un gran éxito por la dificultad para la tolerancia de los cuerpos metálicos.

En vista de estos resultados se orienta la terapéutica en otro sentido, y se empieza á usar el material reabsorbible, haciéndose las osteoplastias como medio de unión de los arcos posteriores de la región vertebral afecta.

Este segundo período, que empezó en el año 1911 por los fundamentales trabajos de Hibbs, Albee, Quervain, Don y Halstead, ricos en labor clínica de comprobación, ha despertado un gran interés, como prueba el trabajo de Calvé y Galland.

Hibbs, en el año 1911, publicó su técnica, que consiste en fracturar las apófisis en su base inclinándolas hacia abajo, para descansar primero y soldarlas más tarde, con la base de las apófisis espinosas inferior, también fracturadas, y las que han sufrido la misma operación, alcanzando así todas las vértebras enfermas.

En este mismo año 1911 y por el mes de Mayo, fué cuando Albee presentó el método de fracturar en sentido longitudinal en dos mitades las apófisis espinosas afectas, previa la separación de las inserciones musculares y ligamentosas.

Se reclinaba una mitad hacia arriba y la otra mitad hacia abajo, solidarizando la de arriba con la mitad de las apófisis espinosas de la vértebra inmediata superior, y la de abajo con la mitad de las apófisis espinosas de la vértebra inmediata inferior; y una vez terminado este tiempo, se cubrían las partes ligamentosas y musculares que contribuían á fijar las vértebras.

Así operó á cuatro niñas, y aunque obtuvo buen resultado, como tenía algunos inconvenientes, discutió el nuevo método de injerto continuo, que es el objeto de nuestra Memoria y que en pocas palabras es como sigue:

Se obtiene una tira continua de hueso (obtenida preferentemente de la tibia), lo suficientemente larga para cubrir todas las vértebras enfermas y una ó dos sanas por encima y por debajo.

Este injerto óseo tibial se implanta en un canal óseo, previamente hecho con la sección de las apófisis espinosas para recibir al injerto en sus dos mitades

hendidas. Esta operación, llamada de Albee, en honor al ilustre cirujano americano, ha sido muy practicada en Norte América, siendo más de treinta los cirujanos que la han practicado.

Semejantes al procedimiento de Albee son los de Quervain, Don y Halstead.

Quervain difiere su método del de Albee, en que el injerto lo saca de la espina del omoplato. El de Don, sólo aplicable á la región cervical, trasplanta un trozo de costilla. Y el de Halstead, que no es más que una modificación del procedimiento de Albee, de igual técnica que éste, diferenciándose únicamente en que implanta el injerto óseo tibial en la parte lateral de las apófisis espinosas cerca de su base.

Posteriormente algunos cirujanos han introducido ligeros detalles de técnica en el método de Albee, que en nada esencial afecta á su resultado; de todos éstos voy á exponer el procedimiento de Calvé y Galland, por haberlos mencionado anteriormente.

Consiste en la sección en cuña de la base de las apófisis espinosas, desdoblamiento de las láminas vertebrales, á partir de la sección en cuña. Rebatimiento hacia fuera de la tabla externa de estas láminas, colocación de un injerto óseo vivo ó muerto en el espacio que deja la sección en cuña de las apófisis espinosas, rebatimiento hacia dentro de la tabla externa de las láminas vertebrales, para cubrir parcialmente al injerto, y artrodesis vértebro-vertebral por encima y por debajo de la lesión.

Como ya hemos dicho, el procedimiento moderno de Albee empezó haciéndose en Norte América; en Europa ha sufrido una especie de letargo por coincidir con la conflagración europea, donde por un lapso de tiempo no han interesado más que los problemas de Cirugía de guerra. Como España, por fortuna, ha estado separada de la lucha mundial, hemos podido hacerla, y son varios los cirujanos que hayan contribuido, Olivares, Arquellada, Stocker, López Durán y Rodríguez de Mata, en cuya clínica hemos tenido el honor de ayudarle, y todos nuestros casos clínicos que en esta Memoria presentamos son de los cuatro años que, junto con él, hemos estado en el Hospital General, y como muestra de gratitud desde aquí le envío el testimonio de mi más profundo agradecimiento.

#### FUNDAMENTO EN QUE SE APOYA EL EMPLEO DE LOS INJERTOS ÓSEOS

Como sabemos, la operación de Albee no es más que un caso particular del empleo de los injertos óseos en Cirugía; de aquí que el fundamento de ellos, sea el de ésta. La vida celular puede, en algunas condiciones, ser independiente de la vida orgánica ó somática y no solamente las células, sino los tejidos, pueden conservar su viabilidad, por espacio de cierto tiempo, después de separados del organismo á que pertenecieron. «La viabilidad del periostio trasplantado ha sido demostrada por Grohe y Morfugo, habiendo demostrado el primero, que es capaz de conservarse cien horas y todavía es capaz de implantarse y ejercer su poder osteogénico.



Morfugo demostró que el periostio del cadáver conservado á 15° produce un nuevo hueso, si se implanta después de 168 horas.»

A consecuencia de estos fenómenos, es por lo que parte separada de un tejido vivo de un cadáver, puede trasplantarse á un organismo viviente. Ahora bien; que no todos los tejidos tienen la misma viabilidad, siendo ésta mayor en aquellos tejidos de jerarquía más humilde.

Los tejidos más favorables para injertos son los tejidos conectivos simples, como es el hueso, que es el que por ahora, por la índole de esta Memoria, más nos interesa. El hueso está dotado de la propiedad de obtener su nutrición del terreno en que está implantado y al mismo tiempo es capaz de regenerar una parte del injerto que se desintegra. El hueso ha sido trasplantado con éxito en 1809, obteniendo Macewenn curaciones brillantes con placas óseas implantadas en los cráneos de animales después de trepanados. Luego Walther aplicó esta técnica al hombre, obteniendo curaciones parciales del injerto á pesar de las supuraciones concomitantes. En 1858 Ollier llegó á la conclusión que el tejido óseo fresco recubierto de periostio era viable. Los injertos pueden ser homoplásticos, los obtenidos de individuos de la misma especie; heteroplásticos, los obtenidos de individuos de otra especie, y los autógenos, que proceden del mismo individuo que se va á injertar, y éstos son los de más confianza, pues como no se ignora, los líquidos orgánicos, albúminas y tejidos de cada individuo varían en grados diversos de los otros, y aunque esta diferencia puede ser pequeña, es causa suficiente para que se empleen siempre que se pueda los tejidos propios del individuo que tratamos de reparar sus defectos.

Con la unión primaria, ausencia de infección, bien contactado, los injertos autógenos tienen siempre éxito, hasta incluso la infección no conduce necesariamente al fracaso. He aquí lo que dice á esto Macewenn:

«La capacidad vegetativa de la célula ósea es tan grande como la de la célula epitelial, y si se admite, no solamente la viabilidad del epitelio trasplantado, sino también su poder de proliferación, entonces pensando por analogía, la célula ósea puede demostrar, y el hueso en este caso, igual capacidad para vivir y crecer cuando se le trasplante. En proporción con el tamaño del injerto, cuanto más pequeño sea, tanto mayor será la proliferación.»

Respecto al papel histológico exacto que juega el injerto óseo para su empleo en la clínica, nos es indiferente que sirva como algunos dicen como andamiaje osteoconductor, ó como otros creen, que es una potencia osteogénica activa.

Los experimentos y estudios histológicos de Ollier, Macewenn, Frangenheim, Cottonn y Soder, Mc. Williams, Mayer, Phemister y Albee, han demostrado la viabilidad y la osteogénesis de los injertos, cuando se insertan con una técnica apropiada.

He aquí en breves líneas los cambios que las partes óseas de los injertos se han observado en preparados histológicos obtenidos con intervalos variables:

«1.º La desaparición precoz de los corpúsculos óseos en las trabéculas trasplantadas y en las del hueso patrón hasta una distancia pequeña de la vida.

2.º Sin pérdida alguna de substancia (ó marcada reacción alrededor del cuerpo extraño), el hueso del que han desaparecido los corpúsculos, este hueso se recubre rápida y completamente de una capa del nuevo hueso endostal del patrón.

3.º El nuevo hueso se extiende merced á la actividad de los endosteoblastos en todas las partes de los injertos, lo mismo en el centro que en la periferia. No ha sido hasta ahora bien demostrado que alguno de los endosteoblastos que están en plena actividad en el injerto, pueden haber tomado origen en el endosteopatrón y se hallan extendidos ó emigrados desde él al injerto; pero no se puede dudar después del examen de las preparaciones histológicas, que en parte á lo menos estos osteoblastos representan la membrana de cubierta proliferante activa en las trabéculas trasplantadas.

4.º Prácticamente no hay cambio degenerativo ni proliferante en el cartilago articular trasplantado por lo menos á las cuatro semanas.»

Mc. Williams en una publicación reciente dice: «Los injertos óseos vivos tienen vida por sí mismos y la teoría de que es necesario el contacto con hueso vivo para la vida ulterior del injerto debe abandonarse».

Hasta aquí hemos venido exponiendo las propiedades de los trasplantes óseos; ahora vamos á decir algo, de la importantísima cuestión de las cualidades de la herida que ha de tener la misión de suministrar en lo posible la nutrición del injerto. El primer paso para el establecimiento de la corriente linfática y de la circulación, es la cicatrización precoz de los bordes de la herida y del trasplante. Cuanto más exacto y seguro sea, tanto más pronto se asegura su nutrición. Se retarda la nutrición y pone en peligro la vida del injerto, si las células de la herida son lesionadas por el empleo de anti-sépticos, si hay cicatrices y hematomas, ó existen enfermedades anteriores como la tuberculosis. Un factor importante, que contribuye al fracaso, son los errores en la técnica operatoria que producen la infección con exudados más ó menos abundantes que no permiten el contacto íntimo primitivo, dificultando de este modo la nutrición y predisponiendo así á la necrosis parcial ó total, debida á la supuración. Más importante que ésto, es un segundo factor que impide la cicatrización íntima primitiva de los bordes de la herida; me refiero á la hemostasia imperfecta; la presencia de una pequeña cantidad de sangre es peligrosa en el sentido de impedir la nutrición. Es una creencia general, el que una herida plana no infectada, es el signo de una técnica perfecta. Esto no es verdad en relación con la trasplantación. En este caso, la técnica perfecta es una completa soldadura y coaptación de los bordes de la herida; por eso dice Lexer: «Debe convencerse todo experimentador al registrar los resultados de las trasplantaciones, que el trasplante está realmente injertado cuando deba estarlo, es decir, cuando la operación ha sido perfecta.»

Hemos hecho alusión antes á las tres clases de injertos que podíamos emplear: heteroplásticos, homo-





plásticos y autógenos, y dábamos preferencia á este último; pues bien, Kausch ha empleado el hueso hervido y él mismo después de una copiosa experiencia declara su inferioridad con respecto al injerto óseo autógeno. El mismo autor en 1910 hace un cuadro demostrativo de la escala de valores de los diferentes materiales empleados para la trasplatación ósea:

I.—Partes blandas pediculadas con colgajo óseo recubierto de periostio.

II.—Trasplante libre de hueso autoplástico recubierto de periostio.

III.—Trasplante libre de hueso homoplástico recubierto de periostio.

IV.—Hueso fresco hervido.

V.—Hueso fresco conservado.

VI.—Hueso fetal ó de cadáver obtenido en condiciones de esterilidad.

VII.—El mismo hueso hervido.

VIII.—Marfil.

IX.—Cuerpos extraños, tales como el metal.

X.—Hueso animal fresco, vivo ó hervido.

Lexer dice: «El hueso hervido obtenido de un cadáver ó el hueso fresco que ha sido esterilizado, actúan lo mismo que un cuerpo extraño que lentamente es substituído y se destruye rápidamente por granulaciones vigorosas. A veces ocurre después de una unión primitiva un proceso de supuraciones producido por el cuerpo extraño con expulsión del injerto muerto.»

Barth (*Verhandlung des Deutsch. Gesell. für. Chir.*, XXXVIII, 1909) dice, refiriéndose al hueso hervido utilizado como trasplante: «Personalmente no he tenido más que fracasos.»

Baum refiere cinco casos de injerto intramedular en fracturas no consolidadas. Cuatro de injertos homoplásticos (tomados de miembros amputados y huesos fetales); el quinto era un injerto autógeno y fué el único que produjo una consolidación probando de este modo el valor del injerto óseo autógeno vivo y acaso la desventaja de la técnica intramedular. En relación con esto, Bier pretende que la mayor parte de la labor de la regeneración se hace á expensas del endostio y de la medula y que no hay regeneración en una cavidad medular que se ha raspado ó vaciado. Esto explica en parte los fracasos de la técnica intramedular en las fracturas no consolidadas.

Después de muchas investigaciones experimentales, y una gran labor de cirugía en el hombre, dice Albee que el mejor trasplante es un fragmento vivo de hueso autógeno, incluyendo todos los elementos, que son á saber: periostio, hueso compacto, endostio y medula; que el periostio que se separa de los músculos que se insertan en él deben incindirse en varios sitios para provocar mayor estímulos y una mayor irrigación sanguínea; que el hueso es mejor tomarlo del mismo individuo, y si esto no es factible, de otro individuo del parentesco más próximo, hermano ó hermana; que el hueso no debe de tomarse de un animal á causa de que la viabilidad es incierta ó en el caso más favorable y de acuerdo con Axhausen su periostio no proliferará. En todo trasplante óseo hemos de afrontar es-

tos tres problemas que son muy de tener en cuenta:

I. El rápido establecimiento de nutrición celular y riego sanguíneo que se efectúa por la extensión de los vasos sanguíneos y la asimilación celular del hueso en el cual está colocado el injerto.

II. La unión del injerto á los huesos con que contacte ó fragmento de hueso por osteogénesis del fragmento injertado, ó del hueso patrón, ó de ambos.

III. La ley de Wolff en virtud de la cual se produce una adaptación de la forma y un aumento de fortaleza en el injerto según sus necesidades mecánicas. Para que esto se cumpla, es condición precisa que tanto el injerto como el hueso patrón sean favorables para la vida celular y la proliferación.

Vamos, para terminar este capítulo, á decir algunas cosas del papel del periostio en los trasplantes óseos. El periostio es un problema intentar definirlo y limitarlo y más aún el considerarlo osteogénicamente activo ó no; no obstante, vamos á tratar todo lo más interesante que sobre estos puntos se ha dicho. Si con un elevador cortante se separa la cortical ósea subyacente es probable que el periostio sea osteogénicamente activo y por esta técnica se puede obtener el periostio íntegro anatómicamente é histológicamente. Dicho de otra manera: si el periostio normal lo quitamos con un instrumento romo, la separación no es lo bastante profunda para incluir la capa osteogénica de células situadas en la periferia del hueso compacto.

En este caso dice Macewenn: «El periostio constituye solamente una membrana limitante de tejido conjuntivo y provocará ó no una osteogénesis moderada.»

En todo injerto deberá dejarse una cubierta perióstica tan amplia como sea posible, porque no solamente favorecerá el establecimiento de la circulación sanguínea para el injerto, sino que es también un factor importante que determina la permanencia del injerto como ha sido bien demostrado por McWilliams.

En 1622 Havers describió el periostio como un sencillo tejido conjuntivo «membrana limitante y vascularizante».

Duhamel (1739 á 1743) fué el fundador de la teoría generalmente aceptada hoy del papel reparador del periostio. Fué también el primero en definir y emplear el término hoja de «cambium» del periostio que desde los escritos de Macewenn se ha reconocido como el más importante factor de la regulación ósea de esta membrana.

Después de las investigaciones más afortunadas que la de Troja y otros, aparece la gran obra de Ollier (1858 á 1867) que es hoy día el fundamento principal de todo nuestro exacto conocimiento óseo; obra que, como ya sabemos, fué refutada entre otros por Barth, cuyos puntos de vista de Ollier creyeron pasarían al olvido, no siendo así y quedando esta obra maestra tan exacta y cuidadosa, que sus conclusiones han llegado á ser casi inatacables. Demostró la regeneración del hueso á expensas del periostio, y desde entonces el periostio se ha considerado como el tejido vital más importante del hueso. Ha transcurrido más de medio siglo desde la gran obra de Ollier, y durante ese período ha surgi-



do prácticamente toda la moderna cirugía. Ollier en 1858 no hacía gran hincapié al describir su técnica de la resección subperióstica, en la importancia que tiene la separación vigorosa con un instrumento cortante, de modo que se separe con el periostio la capa embrionaria ó de células osteógenas activas que están situadas en la periferia del hueso compacto, aunque por la descripción de su obra es evidente que él acostumbraba á hacerlo, empleando esta técnica. Parece cierto que la osteogénesis producida por el periostio sano quitado de un hueso también sano, depende ampliamente de la presencia de esta capa de células embrionarias activas de la cara externa del hueso cortical.

Cuando el hueso está infectado especialmente su cavidad medular en las osteomielitis, se produce una emigración inmediata de las células osteogénicas por los canales de Havers del hueso subyacente al tejido alveolar del periostio. Las mallas de esta capa se llenan de osteoblastos de los cuales se formarán más tarde capas de hueso. Si la infección piógena es progresiva, la diáfisis puede ser afectada y morir; pero aquellos osteoblastos existentes en el periostio que han logrado emigrar antes de la necrosis, evita la destrucción. Puede darse el caso de necrosarse toda la diáfisis sin que el periostio haya podido reproducir el hueso. Esto puede ser debido á una de estas causas: la primera, que la infección biógena sea muy violenta y se produce el bloqueo vascular, no sólo de la medula, sino también de la diáfisis, produciéndose la necrosis sin un período preliminar de hiperemia, y, por consiguiente, antes que los cambios regenerativos hayan tenido tiempo de producirse en la diáfisis. La segunda ocurre cuando la mayor parte de los vasos nutricios de la diáfisis se han trombosado en un período precoz por la invasión piógena, impidiendo la irrigación sanguínea de una gran parte del hueso y produciendo necrosis, antes de que la proliferación dentro del hueso haya tenido lugar.

En algunos casos el periostio participa del proceso destructivo, pero no siempre debido á su riego sanguíneo independiente, es posible que siga viviendo y así sucede algunas veces, aparte del hueso. En estos casos, sin embargo, no se produce regeneración del tejido óseo, porque no existen osteoblastos regeneradores del hueso y emigrados de la diáfisis en el tejido areolar subperióstico antes de que se produzca la necrosis.

Davis y Hunnicutt, en el Boletín del John Hopkins Hospital, refiere los siguientes hechos:

«Los trasplantes periósticos libres no producen hueso en la mayor parte de las experiencias, aun cuando haya osteoblastos adherentes á los trasplantes. Los colgajos pediculados de periostio no producen hueso. Los colgajos periostios libres y pediculados con pequeñas capas óseas adheridas producen hueso en todos los experimentos. El hueso autógeno con y sin periostio vive y se trasplanta con éxito para rellenar defectos.»

Aunque no es de aconsejar, se puede tomar ciertas libertades con los injertos óseos, sin hacer peligrar el buen resultado. Posee algunas propiedades de resistencia á las bacterias. Se han colocado injertos humanos

autógenos cuya parte media se extendía á través de un foco tuberculoso y en ningún caso ha fracasado la unión primitiva del injerto. Del mismo modo, se han puesto injertos para mantener separadas zonas óseas con infección piógena atenuada, y también en estos casos se ha logrado que prendan.

Gallovy (Western Canadá, *Med. Journ.*, Abril 1914), cita las experiencias personales siguientes: «He operado cuatro pacientes (injertos óseos por mal de Pott), en los que existía un proceso supurativo á nivel de región lumbar. Por de contado se tomaron todas las precauciones desinfectando los orificios de los trayectos y la piel de su alrededor con yodo, cerrándola después con colodión un día antes de la operación y antes de que se comenzara la desinfección regular preoperatoria de la piel del paciente. Los cuatro casos curaron por primera intención.»

Albee dice que los injertos tomados de los huesos largos, tales como la tibia, poseen un poder osteogénico mayor que los tomados de las apófisis espinosas vertebrales.

El hueso privado de periostio, produce injertos tan satisfactorios como cuando no se halla desprovisto de él; parece, sin embargo, como ya se ha dicho, que siempre que se pueda debemos incluir en el injerto el periostio y la substancia medular.

El injerto actúa siempre como el estimulante de la osteogénesis del hueso en el que se ha injertado ó con el cual está en contacto. Cuando el injerto está colocado en la región donde no tiene que soportar una función mecánica, sus elementos celulares mantienen su vitalidad, pero casi siempre se producen cambios pequeños ó nulos en el trasplante. En cambio si tiene que ejercer una función mecánica, los cambios proliferantes son de ordinario acentuados, se consolida rápidamente, toma una estructura semejante á la parte en que se injerta. Esta es la ley de la irritación funcional, así llamada por Roux.

El injerto óseo cuando contacta bien se une inmediatamente al hueso receptor mediante tejido de nueva formación, el cual se transforma en hueso sólido á las cuatro semanas; esto unido á la propiedad de resistencia á la infección, favorece cuanto es posible el empleo del injerto óseo en lugar de cualquier prótesis mecánica interna, especialmente cuando se sabe que el metal tiene un efecto opuesto al del injerto, puesto que inhibe la formación del callo, produce la reabsorción ósea y favorece la infección.

#### VENTAJAS Y CRÍTICA DE LA OPERACIÓN DE ALBEE

Dos grupos de métodos son los que se discuten para tratar á los póticos; uno de ellos, el más antiguo, que son los conservadores, el otro más moderno, que es la osteosíntesis. Nosotros creemos que hay que ser ecléticos y habrá caso donde uno fracase y triunfe el otro y otros casos en que los dos se complementen. A la cabeza del método conservador se encuentra el escayolado, que si bien en algunos casos da resultados, en otros á la larga hay que terminar haciendo la osteosíntesis. Además de este inconveniente del escayolado



que resulta largo y costoso como todos los conservadores, tiene otros como son: que tiene que estar inmovilizado gran espacio del tronco produciéndose al cabo de cierto tiempo atrofas musculares de bastante consideración (recuérdese lo holgados que quedan al cabo de cierto tiempo los corsés de escayola.)

Otro de los inconvenientes es el quietismo excesivo que llega á producir una desnutrición, que se traducirá luego por una agravación del proceso vertebral. Sin embargo, la osteosíntesis y en especial la operación de Albee, además de subsanar estos inconvenientes, tiene estas ventajas: el injerto óseo por sí mismo produce un mayor aflujo de sangre en el foco de la intervención (por el hecho de la fractura operatoria que se produce), estimula la neoformación del tejido óseo y la precipitación de las sales de cal, que hay motivo para creer que esta acción no queda limitada al foco operatorio, sino que se extiende á una cierta distancia. Referente á este punto, Heitz Boyer presentó á la Sociedad Francesa de Cirugía una observación interesantísima que demuestra cómo el injerto óseo colocado á distancia (se trataba de una fractura) iba disminuyendo de volumen y proyectaba menor sombra en la placa radiográfica á medida que aumentaba en espesor el hueso situado á su lado y no en toda la altura del injerto—todo ello comprobado por radiografía—sino en sitios perfectamente determinados. Boyer dice: «Parece natural establecer una relación de causa á efecto entre la substancia ósea desaparecida suprayacente y la substancia creada subyacente y esta relación parece estar bajo la dependencia de la acción química del injerto. «Es probable que haya una mutación de la materia cálcica, que incluida en el tejido conjuntivo apto á osificarse se precipite por fijación sobre la trama conjuntiva del tejido perióseo ó bien si existe por parte de la materia cálcica una acción de orden diastásica obrando entonces las sales de calcio como verdaderos fermentos metálicos ó como complementos activantes (codiastasa mineral específica) de una diastasa orgánica indiferente segregada por toda célula conjuntiva; ya sabemos que la célula ósea tiene esa filiación. Ollier, hablando de ciertas osificaciones, evoca la idea de un proceso catalítico. Cornil y Rambier habían hablado de efectos prodigiosos de crecimiento óseo producido con los injertos óseos y luego Macewenn insiste que los injertos no por ser más delgados son menos eficaces, sino que, al contrario, lo son más que los masivos en determinadas circunstancias.

Los trabajos y experimentos de Albee, Hossly y Hibbs confirman la conveniencia de la osteosíntesis en el mal de Pott; pero como estos estudios eran tan revolucionarios en el sentido de poder substituir en absoluto á los métodos conservadores, fué por lo que ha sido preciso que los clínicos recogieran estas ideas y las llevaran á su práctica, para que pudieran comprobar si los resultados correspondían efectivamente á las esperanzas concebidas.

En efecto, una información hecha en Enero de 1916 por Wolcöff, entre 17 cirujanos que habían empleado los dos métodos, Hibbs y Albee, en 142 pótticos dió el resultado siguiente:

El 89 por 100 de los enfermos se beneficiaron por la brevedad del tratamiento y por haberse podido evitar la formación de cifosis en uno y detenerse su crecimiento en otros.

Otra información hecha por Albee entre 33 cirujanos y publicada en 1916 resultó que: de 299 enfermos operados por su método, se detuvo la enfermedad de una manera manifiesta en 229.

Longhane, de Leicester, publicó en Julio de 1916 el historial clínico de seis casos operados por el método de Albee, con un 50 por 100 de curaciones.

La estadística de Butherford, de Filadelfia, publicada en Agosto de 1916 comprende 23 casos operados por él, según el método de Albee, con un 50 por 100 de resultados buenos y excelentes.

Allison, de St. Luis, publica su estadística en Febrero de 1917 en la que se anotan 10 casos operados por el procedimiento de Hibbs y 30 por el de Albee, con una mayoría de curaciones.

(Continuará.)

## ALGO DE CIRUGÍA ESTÉTICA DE LA PIEL<sup>(1)</sup>

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

Con párrafos mixtos, sobre una y otra de las dos disciplinas dichas, fácil me fué demostrar á aquel auditorio de artistas que la pintura y la medicina venían como hermanas desde la época griega, y habían progresado y retrocedido armónicamente, ayudándose, completándose, como quienes soportan la misma vida, gozan los mismos triunfos y sufren cuando las grandes crisis de las civilizaciones, las mismas derrotas y las mismas obscuridades. Escuchadme un poco y permitidme recordaros algo de lo mucho que entonces dije y que espero no os sea molesto oír. Permitidme, sí, señores, apartarnos un poco de esos luctuosos y siempre tristes cuadros, y delicadas, sí, pero dolorosas técnicas, que tan magistralmente ha esbozado nuestro querido compañero; y seguidme, con vuelos de alegres y pintadas mariposas, á gozar de otros aspectos, donde veremos cómo la anatomía, la fisiología, la medicina y la cirugía se juntan á la escultura y á la pintura para examinar y elevar otra clase de himno á esos órganos de la piel y del músculo, que han sido y deben ser, bajo uno y otro tratamiento, fundamento de la estética humana: órganos que estuvieron despreciados siempre y que, ya lo oísteis, reclaman ahora, por igual, poderosas y eficaces asistencias de los profesionales de la Medicina y de los profesionales de las Bellas Artes, para obtener y magnificar las trascendentales defensas de la salud y de la belleza. Primero leeré unos párrafos, más referentes á la escultura; después leeré otros más relacionados con la pintura: ambos tomando sus fuentes de inspiración en las enseñanzas de la anatomía y de la fisiología. Escuchadme benévolo, amables compañeros, y no censuréis mis disonancias con el severo estilo académico. Decía así á los muchos artistas que la sala llenaban:

La influencia técnica más interesante y transcendental de todas ha sido la anatomía, cuya importancia es por vos-

(1) Véase el número anterior.



otros tan reconocida que constituye una enseñanza especial en la serie académica de vuestros estudios.

No precisa advertir, por ser muy sabida cosa, que la anatomía pictórica y la anatomía descriptiva que al médico interesan son muy diferentes, aun cuando la materia del estudio recaiga por igual en la estructura del cuerpo humano; pero no obstante así sea, también es muy cierto que hubo necesidad de que la Medicina realizara el progreso de poder levantar la piel y asomarse, sin responsabilidad, al misterioso mecanismo del cuerpo humano, para que al propio tiempo que el médico lo hacía con un fin puramente curativo, se pusiera á su lado el pintor y examinara ese mismo campo de maravillas, siquiera lo hiciese con un fin puramente estético. Muy convencido estoy de que quien desee ser artista concienzudo, correcto y verdaderamente psicólogo, necesita conocer la anatomía en sus grandes masas óseas y musculares. Imposible de todo punto creo remontarse á las alturas de los genios, sea de la Escultura, sea de la Pintura, sin tener conciencia de la razón orgánica que preside lo que constituye el fundamento de su arte: las líneas y los relieves del desnudo. Como los grandes maestros, antes de esbozar una estatua ó pintar un cuadro, solían estudiar sus figuras en el desnudo, para mejor expresar luego la verdad de sus movimientos, de igual modo todo escultor y pintor ilustrados, antes de reproducir en piedra, ó pintar en lienzo, un desnudo, deben, con su pensamiento, dibujarlo anatómicamente, en los relieves del juego muscular y en la armazón ósea de sus articulaciones, único modo de reproducir á conciencia las delicadas masas y elegantes curvas del cuerpo humano, con la mecánica prodigiosa de sus movimientos.

Para el pintor, como para el escultor, como para todo artista que reproduzca plásticamente la belleza del cuerpo humano, la piel es sólo una capa de pudorosa vestidura que interviene muy poco en la forma: los huesos y los músculos son los órganos encargados de constituir el modelado, el relieve, la forma, la masa entera. Sin conocer el esqueleto no podréis comprender las articulaciones, y sin conocer los músculos no podréis comprender el relieve.

Pero, no es sólo el músculo fuente de belleza plástica, es además órgano de expresión del alma. Desde los más violentos y arrebatados esfuerzos de la lucha, que ponen en juego las vastas regiones del cuerpo, hasta las más delicadas expresiones del rostro que significan con inefable dulzura las ternísimas emociones del espíritu, cuanto nuestro ser siente, lo hace externo, ó expresa, con auxilio de los músculos: nada, absolutamente nada se escapa á este principio general; á tal grado, que alma y músculo forman dos porciones obligadas de un todo, constituyendo cadena, de tan fatales relaciones, que la actividad de una parte supone la de la otra. Como tiene la inteligencia su fraseología para expresar cada idea con una palabra, tiene el alma sus músculos, ó grupos musculares, para expresar cada sentimiento con una contracción. La risa, el llanto, el rubor que enciende la mejilla de la virgen al oír una frase de amor, el espasmo que palidece el rostro del criminal al realizar un atentado, el fruncimiento de la frente que revela las grandes tempestades del sentimiento ó las profundas abstracciones de la meditación... son, como los grandes esfuerzos de la defensa, como las aparatosas actitudes del cuerpo, como sus más teatrales ademanes, revelaciones musculares de la vida psicológica. Por eso la naturaleza subordinó en cada región masa y número de los músculos con arreglo á sus especiales funciones: la expresión maravillosa del rostro tiene su origen en el crecidísimo número de músculos finos que hay entre piel y hueso; la rica articulación de la palabra se debe á

que la lengua es como piña sorprendente de incontables y sutiles bandas musculares; y la prodigiosa flexibilidad de expresión que tiene el timbre humano, efecto es del mágico aparato muscular que encierra la estructura laríngea: de aquí la fatalidad de esa relación, y de aquí también que no sople en el inmenso océano de nuestra alma la más leve brisa, cuanto menos una brava tempestad, sin que al punto lo denuncien, aun contra su propia voluntad, los músculos correspondientes, por medio de sus contracciones, siempre honradas y expresivas. Y viceversa, imposible es que un grupo de músculos se ponga en juego, sin que sienta el alma aviso de aquella indicación. La exactitud fisiológica de este enunciado lo demuestran, con muy curiosas pruebas, esos fenómenos llamados de cumberlandismo y de hipnotismo, que, supongo, todos conocéis, y algunos hemos practicado.

Si uno de los progresos más sólidos en las Bellas Artes, si uno de los más fundamentales adelantos, fué la convicción adquirida por los artistas del siglo XIV, de que el cuerpo humano era, no una obra fea, despreciable de la naturaleza, sino una divina creación, una maravilla sublime, un venero de sorpresas encantadoras y de combinaciones y mecanismos admirables, nadie conoce esto tan perfectamente como el anatómico; y de ello se penetraron, mejor que nadie, los grandes maestros del Renacimiento: por ejemplo, Leonardo de Vinci, Miguel Angel, Alberto Durero, Cellini, Poussin, Ticiano... y otros muchos, quienes se dedicaron con grande afán al estudio de la disección, inaugurada en Italia en el siglo XIV por el profesor médico Mondini, de la escuela de Bolonia. Observaréis una relación curiosa, y es que los más esclarecidos nombres de los que he citado corresponden á celebridades que tenían un rasgo común el cual demostraba la grandeza de su cerebro artístico, y parecía que entrañaba en ellos el genio puro del arte; y era que expresaban la belleza de igual brillante modo con variadas manifestaciones, por cuanto eran pintores, escultores, arquitectos, ingenieros y literatos; y así cincelaban una estatua, como pintaban un cuadro, como planeaban un templo, como dirigían un fuerte, ó escribían una obra, ya didáctica, ya literaria.

Hablemos de la piel:

Como contribuyó la anatomía al gran desarrollo del dibujo y de la composición, al desarrollo del color contribuyó igualmente el conocimiento de otro órgano importante: la piel.

Señores, el progreso de la pintura italiana, que fué, como sabéis, la base más sensual y poderosa del Renacimiento, se ha comparado con acierto á un río de crecimiento sucesivo, gracias á los mil afluentes que suponen tantos ilustres genios como concurrieron á su formación. Desde Cimabue, que acomete el estudio de la naturaleza para dar verdad y movimiento á sus figuras; el Giotto, que les da vida; Masaccio, que les da luz y ambiente; Pedro della Francesca, que estudia el conocimiento científico de la perspectiva... y así sucesivamente hasta los maestros que ya figuran en el zenit del Renacimiento, todos aportan rasgos especiales, afluencias características al río, cada vez más caudaloso, de la Pintura, y todos contribuyen insensiblemente al desarrollo de lo que mejor había de caracterizar los temperamentos individuales: la coloración y el tratamiento de la piel.

¡Es observación tan curiosa cuanto instructiva advertir cómo este órgano, un día menospreciado por insignificante en la Medicina y en la Pintura, ha ido conquistando una importancia cada vez mayor, hasta llegar al grado que hoy se le reconoce! Comparad el desdén con que se miraba artísticamente la piel en los siglos medioevales, con el valor que alcanza en los siglos XVI y XVII, y tendréis expresada



la diferencia que hay entre la importancia otorgada á la piel en la medicina antigua y la que se le concede en la actualidad.

Embelesado queda el ánimo cuando se recuerda el estudio que hoy se hace de este órgano, en anatomía y fisiología. Cubierta interplanetaria, por cuanto separa un mundo grande, externo, de otro mundo pequeño, interno; arquetipo de envolturas, que recibe por fuera el beso franco, sensual y violento del sol y del aire, agentes que infunden en el organismo la energía vivificadora de la naturaleza; y recibe por dentro el beso misterioso y delicadísimo de la sangre, que circula en movimiento continuo para regarla con nutrición incesante; es una estratificación de membranas sobrepuestas, en cuyo espesor ha descubierto el microscopio como una síntesis histológica de las mejores filigranas de la organización: porque allí los nervios urden los más finos encajes de sus remates para dotar á las papilas de maravillosos aparatos de sensibilidad variada; y allí las fibrillas de los músculos se disocian y diseminan, para realizar tenuísimas contracciones emocionales, y los vasos se multiplican, dividen y subdividen, para que por ellos circulen, desde esas grandes riadas de la sangre que serpean subcutáneas á lo largo de las regiones, hasta las invisibles mallas que, distribuidas á flor del dermis, han de servir para manchar el rostro con los seductores sonrojos del pudor; y es plantel riquísimo y variado de glándulas que destilan ese llanto del trabajo y del esfuerzo que se llama el sudor; y de folículos que pueblan las regiones con las apretadas selvas de las hermosas cabelleras; y muestrario es donde la organización luce con testimonios expresivos sus temperamentos fisiológicos, y el alma exhibe con los espasmos y sonrojos sus inefables emociones. Y cuando de la anatomía y de la fisiología pasamos á la antropología, la memoria recuerda cómo ella, mejor que otro órgano alguno, ha diferenciado los hombres según sus razas, según sus topografías ó comarcas nativas, y según el obligado comercio que mantienen con las influencias variadísimas del Cosmos. Y cuando de la antropología pasamos á la Pintura, se advierte cómo la piel es á modo de rica y mágica paleta donde á profundidades distintas, lleva la arteria su rojo escarlata, y lleva la vena su finísima púrpura, y lleva la grasa su mancha de oro, y lleva el nervio sus nacaradas fibras, y lleva el cabello los tornasoles de su negro azabache, y lleva la epidermis sus transparencias, y llevan los grandes vasos sus relieves tortuosos, y las masas de músculos las modelaciones del clarooscuro... y así, todos los tejidos llevan su nota, para que de este magnífico conjunto resulte serie variada de términos, con densidades distintas, que absorben la luz, la descomponen, la transforman, devolviendo ondas infinitas de matices muy delicados, de reflejos y transparencias difícilísimos de interpretar, de copias imposibles de hacer, porque allí se condensan las grandezas de la vida orgánica que encierran las carnes palpitantes, y allí se registran las tiranías de los temperamentos, y los rastros y ruinas de la existencia en sus tremendas luchas al través de los años y de los sucesos, creando un problema pictórico, donde la inspiración de cada artista, su agudeza visual y su sentimiento del color, encuentran las maravillas de la entonación que recorre esa gama ilimitada que tiene en un extremo, por ejemplo, la piel áspera, dura, rugosa, del famoso San Andrés, de Ribera, piel caliente, curtida y calcinada por el fuego lento de los años, por las inclemencias de una vida de anacoreta, por la injuria de las privaciones, de los dolores, de las penas, de las luchas terribles y pertinaces contra las agresiones del cielo, del suelo, de la pasión y de la materia; piel que parece pintada con dinceles de alambre que arañan el lienzo y lo levantan en

ronchas para mejor expresar lo rudo de esta pobre existencia humana, castigada por tan inclementes y numerosas causas de dolor; y tiene en el otro extremo la blancura sonrosada de las creaciones celestes del fray Angélico, con su piel etérea, transparente, esfuminada onda suavísima de la mancha, verdadero perfume de un color emanado de vestiduras albas y cerúleas, con irisaciones de alas vaporosas, que acarician suavemente la retina, la cual apenas si percibe sobre fondos de luz y de oro una desvanecida impresión destinada á significar, con la menor cantidad posible de materia, el sueño de un alma mística, que busca las irradiaciones acrisoladas de nuestro espíritu, allá, en las mansiones de una gloria intangible y pura; gama extensa, sí, que comprende en su larga serie términos tan grandiosos y distintos como las carnes lácteas de Rubens, manantiales de sensualidad; las carnes hepáticas del Greco, manantiales de adustez y de hipocondría; la pasta transparente de Ticiano... y otras muchas, muchísimas, entre todas las cuales se destaca como la más inspirada, la más real, la más viva, la que mejor entraña esa misteriosa encarnación de la naturaleza, la piel de nuestro incomparable Velázquez, el primero de los pintores del mundo. Y cuando todo esto recuerda la memoria, el discurso se siente abrumado con tantas impresiones y enseñanzas, y parece que surge del fondo del pensamiento la convicción íntima de que de igual modo á como la piel es en anatomía la expresión sintética de la estructura orgánica, y es en fisiología la expresión sintética de la realización funcional, y es en antropología la expresión sintética de las razas humanas, es asimismo en Bellas Artes la expresión sintética de todos los misterios del color y de la luz, y por esto la base más racional que se puede utilizar para clasificar los múltiples temperamentos del genio en la pintura.

Señores: oigo, en este momento mismo, un grito estentóreo de mi conciencia, que me dice indignada: «¡Calla, calla, embusterol, siempre serás el mismo: prometes, al principio, la prudente brevedad, y por atrevido y vanidoso, te pierdes muy luego, constantemente, en los alborotados y locos desvaríos de la imaginación.» Y yo, al escuchar este grito, comprendo que tiene mucha razón mi conciencia; y ya me callo sumiso y arrepentido de lo que he abusado de vosotros. Terminó, pues, diciendo en nombre vuestro: «Querido Vicente, gentil compañero que conocí en la menor edad y veo tomas asiento entre nosotros, ahora, cuando gozas aún de esa florida edad, donde las ilusiones viven todavía frescas, las esperanzas fuertemente luchan, las adversidades pronto se reponen, y la vida del alma nos muestra su faz más risueña y venturosa, invitándonos á los placeres puros, induciéndonos á las empresas bienhechoras, y llevándonos risueña, de la mano, por los escabrosos y emocionantes caminos de esta profesión bienhechora, la más bienhechora que la sociedad conoce. Recibe la bienvenida que te doy en nombre de nuestros compañeros todos, y sigue mostrando á esta egregia Corporación, donde tantas pruebas de labor has dado, aquellas actividades fecundas con que aquí te hiciste conocer. Y séame permitido, además, felicitar también á tu padre, mi antiguo y fraternal amigo Amalio; y quiero, ¿por qué no?, felicitarme también yo, dándoos sincera gratitud á los dos, porque me habéis honrado, una vez más acordándoos de mi cariño, de mi deseo de servirlos y de mi siempre pronta y rapidísima solicitud por daros una respuesta en nombre de la Academia, nunca lo debidamente digna de ésta y de vosotros; pues he de advertir, en mi disculpa, que si la contestación á tu padre hubo de escribirla á escape, en tres días, esta contestación que á ti te doy hame sido necesario, por mayores apreturas del tiempo, escribirla sólo en tres horas, ya que á cuatro no llegaron.



Como comprenderéis, me siento por ello en la cortés necesidad de cerrar mi discurso, con aquella característica y humilde frase de los sainetistas clásicos: «Señores, perdonad mis muchas faltas».

HE DICHO.

## Bibliografía.

MANUAL DE NEUROLOGÍA OCULAR (2ª edición, París, 1923), por los Dres. F. de Laperssonne, profesor de clínica Oftalmológica, y A. Cantonnet, oftalmólogo del Hospital Cochin, de 416 páginas, en 4.º menor y precio de 20 francos.—Masson y Compañía, editores.

Uno de los libros más preciosos de la Medicina contemporánea ha sido hasta ahora el pequeño «Manual de Neurología Ocular», que el profesor de Laperssonne y el Dr. Cantonnet publicaron en 1910, y en el que los autores supieron describir del modo más perfecto, conciso y atrayente, cuestiones tan escabrosas como la anatomía, fisiología exploratoria y sintomatología de las partes motora, sensorial, sensitiva, trófica y secretoria del aparato de la visión; estudio verdaderamente acabado y feliz recopilación de cuanto se sabía en aquella época, por lo que era leído y releído con verdadero fervor por los oculistas de profesión y por los aficionados a Oftalmología y Neurología.

Actualmente, acaba de hacer su aparición la 2ª edición de tan preciada obra, en la que los autores han tenido especial cuidado en completarla con las más nuevas adquisiciones científicas, tales como la reacción pupilar de Tournay, la patogenia del nistagmus, las distintas modalidades del reflejo sinérgico de la pupila, los reflejos oculo-cardíaco y oculo-vasomotor, los síndromes hipofisarios, los trastornos oculares en la encefalitis letárgica, en la anafilaxia y algunos más; á la vez que la han enriquecido con un esquema del examen neurooftalmológico y con preciosas láminas y figuras muy demostrativas, como las concernientes á conexiones de los núcleos oculo motores, al edema de la papila, á los síndromes de Marcus Gunn, Weber, Millard-Gibler, Foville, á la oxicefalia, aneurisma de la carótida interna en el seno cavernoso, etc., etc.

Al mismo tiempo, Masson se ha esmerado en la presentación del libro, que aparece mejor editado que la primera edición, pues sobre un blanquísimo papel satinado hacen realce magníficos tipos de imprenta.

DR. MARÍN AMAT

## Periódicos médicos.

### CIRUGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Fractura subtrocanteriana del fémur, osteotomía oblicua, consolidación ideal.**—El Dr. Gustavo G. Duplessis publica el siguiente caso clínico:

R. Rodríguez, de la raza blanca, de diez y siete años de edad, jornalero, ingresa en la Casa de Salud de la Asociación Canaria, el día 16 de Marzo de 1921, presentando la fractura consolidada en mala posición del tercio superior del fémur derecho, con un acortamiento de 12 centímetros, imposibilidad para efectuar movimiento alguno con las articulaciones de la cadera y rodilla, ligera atrofia de los músculos de la nalga, muslo y pierna, y rotación de la pierna hacia dentro.

Existen, además, heridas infectadas en la parte superior de la región femoral anterior derecha y en la cabeza. Según

refiere el lesionado, las lesiones que presenta se las causó trabajando de retranquero en el «Central Narcisa». Es un sujeto bien constituido, sin antecedentes patológicos individuales ni familiares dignos de especial mención.

El examen radiográfico demuestra la consolidación del fémur en *crosse* y la aptitud del paciente permite apreciar las consecuencias de esta clase de viciación.

El día 22 de Septiembre del mismo año lo operé, bajo anestesia general, practicándole la osteotomía del callo viciado, oblicua, siguiendo la dirección del mismo y teniendo que seccionar la punta de uno de los fragmentos para hacer posible la coaptación de los mismos; coaptación que se realizó con bastante dificultad por tener que hacerse una tracción sostenida durante largo tiempo por dos ayudantes que tiraban del pie y otros dos del cuerpo del enfermo. Los músculos contraídos y contracturados ofrecían una resistencia notable, no obstante la relajación anestésica.

Una vez obtenido un afrontamiento de los huesos, que nos pareció bueno, se le colocó una placa metálica de Lane sostenida por cuatro tornillos. Entonces se procedió á la sutura cuidadosa de los músculos y de la aponeurosis con catgut y á la piel con seda, dejando un pequeño tubo de drenaje.

Al siguiente día de la operación se colocó al paciente en extensión continua en el aparato de Henequin con 15 libras de tracción, y en este período postoperatorio hubo necesidad de inyectarle morfina en los primeros días.

Sólo un pequeño absceso en la parte superior de la herida operatoria molestó al enfermo y al que se le dió salida, cicatrizando la misma de primera intención.

Se mantuvo en la extensión continua durante cincuenta días, al cabo de los cuales se le quitó, dándole en la cama hasta que cumplió los ochenta de operado en que comenzó á caminar con muletas y sometiendo al masaje y movilización de las articulaciones.

Su estado, al salir de la Casa de Salud, es bastante notable en cuanto al éxito obtenido por la operación, pudiendo realizar la marcha con perfección; los músculos han recobrado su volumen normal y sólo le queda un pequeño acortamiento de 3 centímetros, sin ninguna señal de deformación.

Es un caso realmente interesante, por haberse obtenido la curación sin deformidad alguna y un re-establecimiento completo de la función. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 25 de Noviembre de 1921.)

2. **Cáncer del seno con tumor perimamario.**—El doctor Alfonso Lamas publica el siguiente caso clínico:

N. N., uruguayo, cuarenta y un años, casada, entra al Sanatorio el 3 de Octubre del corriente año. Padres sanos. La madre murió de nefritis uremigena.

En la primera edad, sarampión y escarlatina; menstruación normal, iniciada á los trece años. Amamantó su primer hijo sólo por cuatro meses, por falta de secreción láctea, y al segundo sólo por cuatro días, pues sobrevino á la parturiente fiebre puerperal. Hace diez y siete años que no tiene familia. Hace catorce años sufrió de ictericia catarral (?), que le duró como dos meses. Más tarde, una bronconeumonía, que dejó como secuelas congestiones pulmonares; la última hace ocho años.

Hace veintitrés años que notó dificultad para deglutir, tanto sólidos como líquidos. La detención se efectuaba á la altura de la horquilla esternal. El cierre del órgano, al provocar la detención de los alimentos, obliga á expulsarlos por medio de arcadas y vómitos. Desde que se inició, este síndrome, que dura algunas horas ó hasta un día ó dos, se ha repetido cada veinte días ó un mes.



Pasada la crisis, que, según la enferma, puede presentarse por causas morales, vuelve á la normalidad completa, ingiere de todo y su estado general no se ha resentido de estos paréntesis á su deglución.

**Enfermedad actual** -- Hace tres meses la enferma palpó casualmente un tumor en situación superoexterna de la región mamaria izquierda. El tumor, del tamaño de un pequeño huevo de gallina, no le molestaba. Alguien le aplicó una pomada, y, ante su ineficacia, la enferma me consultó.

Su estado general es bueno y presenta unos senos opulentos, bien acolchados de tejido celular. Comparados los pezones, quizá el izquierdo tenga una ligera retracción.

En la porción superoexterna de la mama, que en este caso entra en contacto con la región axilar, se nota, á la palpación, un tumor redondeado, móvil completamente, algo profundo con relación á la piel, que no tiene relación con él, y que parecería ubicado fuera de la mama, si la periferia de ésta, imprecisa á menudo, no lo fuera más aún en este caso por sus condiciones plásticas. Explorando la región del pezón, fuera de la ligera retracción, ya mencionada, se nota, palpando con la yema del índice, un endurecimiento que ocupa una pequeña parte de la zona perimamelonar externa formando cuerpo con la piel de dicha región. Aunque diminuto, los caracteres de este tumor son tan evidentes de malignidad, como el otro tiene los correspondientes á tumores benignos.

Propongo á la familia de la enferma la intervención amplia que corresponde á la malignidad del tumor, confirmada todavía por la presencia de ganglios axilares palpables.

Les parece desproporcionada la terapéutica quirúrgica propuesta, y sólo la aceptan cuando el microscopio confirme el diagnóstico. La presencia del tumor superior, encapsulado, enucleable, me permite transar, contra mis ideas respecto á semejantes biopsias, y estudiada la enferma como futura operada, extirpo, con anestesia local, el tumor que parecía asentar en el tejido celular perimamario. La extirpación fué amplia, pues saqué el tumor bien envuelto en tejido celular.

De consistencia blanda, se diría quístico; resisto á la tentación de cortarlo, para enviarlo virgen al histólogo. He aquí lo que dice el Dr. Pou y Orfila: «Tumor perfectamente encapsulado, dentro de una membrana conjuntiva, que presenta la estructura típica de los adenocarcinomas.

Según toda probabilidad, y á juzgar por su blandura al corte y la escasa proporción de tejido conjuntivo, posee gran poder proliferante.»

Ante este examen, la familia se decide, y practico el Halsted, ayudado por el Dr. Mondino y anestesiada la enferma por el practicante Gustá. El block formado por la mama, pectorales, ganglios axilares y tejido celular, relleno con una gasa el nicho que ocupaba el tumor extirpado previamente, es enviado al Dr. Pou y Orfila, que contesta:

«1.º Cortes practicados en la induración próxima al pezón, presentan la estructura de un *adenocarcinoma tipo es-cirro*, es decir, gran predominancia de tejido conjuntivo fibroso y relativamente pocos elementos epiteliales.

2.º Cortes practicados en un nódulo perimamario (el primero que se extirpó), revelan la existencia de un *adenocarcinoma* con gran desarrollo epitelial y poco tejido conjuntivo.

Evidentemente se trata de un *nódulo secundario al anterior*, que por desarrollarse en un medio de tejido conjuntivo laxo (y no compacto, como lo es la región del pezón), adquirió rápido desarrollo.

3.º Cortes practicados en dos ganglios linfáticos hiper-

trofiados, *no presentan ningún signo de invasión epitelial ganglionar*. Esta adenopatía es debida, probablemente, á proceso irritativo debido á productos emanados de los dos focos adenocarcinomatosos indicados.»

La evolución postoperatoria es normal. Se le sacan los puntos de sutura á los ocho días, y sale de alta.

Tal es el caso.

¿En qué tejido asentaba el tumor encapsulado extirpado previamente?

Es sabido que el prolongamiento axilar de la glándula mamaria puede independizarse casi completamente, al punto de ser tomada por glándula accesoria. ¿Sería éste mi caso?

¿Sería un ganglio linfático en que hubiera desaparecido el tejido propio por la invasión neoplásica?

No resisto á la tentación de referir un caso de Delbet que tiene grandes analogías con el mío:

«Tumor, del volumen de nuez grande, en la parte externa y superior del seno izquierdo. Amputación con curaje de la axila. Bajo el microscopio constato que se trata de un ganglio ampliamente invadido por un epiteloma.

Cuando yo he hecho esta constatación, el seno había sido arrojado, de tal suerte, que el *cáncer primitivo*, que había escapado clínicamente, no ha podido buscarse anatómicamente. *Yo insisto sobre este punto*, que sin el microscopio el tumor ganglionar se hubiera considerado un *cáncer del prolongamiento externo de la glándula*».

Yo insistí, cerca del Dr. Pou y Orfila, sobre la posibilidad de que el primer tumor fuera un ganglio linfático, y una razón clínica da valor á mi sospecha.

*Los ganglios axilares que acompañan la pieza, estudiado el corte, son simplemente inflamatorios.*

Ahora bien, es conocido el papel del ganglio barrera; por mi parte, sería el segundo caso, si éste lo fuera, en que un ganglio cumple tan á la perfección el papel de vanguardia que detiene absolutamente la propagación neoplásica.

Debo decir, no obstante, que el Dr. Pou y Orfila contesta así á mis conclusiones:

«En la masa neoplásica encapsulada (adenocarcinoma), por la cual usted me pregunta, no observé elementos ganglionares linfáticos. No podría, pues, afirmarse que esa masa se haya desarrollado en un terreno linfático.

Tampoco podría negarse en absoluto, pues para ello sería preciso excluir la posibilidad de la destrucción del tejido ganglionar por los elementos neoplásicos, lo cual es sumamente difícil.»

No creo necesario hacer intervenir la permeación de Handley, pues los linfáticos guías no hubieran escapado á la observación del Dr. Pou y Orfila. (*Anales de la Facultad de Medicina*, Uruguay, Febrero de 1923.)

3. **Dos casos de cirugía del riñón.**—El Dr. Elpidio Stincer comunica los dos siguientes interesantes casos clínicos:

**Observación núm. 1.**—Contusión del hipocondrio izquierdo; ruptura del riñón; hematoma perirrenal.—Nefrectomía, curación.—El joven M. M., de Asturias, de diez y ocho años de edad, ingresa en mi sala del Sanatorio «Covadonga», el día 11 de Julio de 1922. Manifiesta este sujeto el haber sufrido la tarde anterior á su ingreso una ligera contusión sobre el hipocondrio izquierdo al resbalar sobre el pasamanos de una escalera. Decide ingresar en el Sanatorio á causa del dolor, aunque no muy agudo, en el sitio del traumatismo, así como la imposibilidad para realizar su micción, que aún no había realizado á su ingreso.

Examinado atentamente el enfermo observamos lo siguiente: dolor á nivel del sitio traumatizado, exacerbado á



la presión, pero sin empastamiento, ni aumento alguno de volumen. En la región renal de ese lado tampoco existe empastamiento, ni tumefacción, etc.; ni siquiera dolor. Invitamos al enfermo á orinar, pues tiene deseos, y no lo puede verificar espontáneamente. Ordenamos pasar una sonda obteniendo unos 80 c. c. de orina sanguinolenta. Estado general bueno; temperatura á 36°,8; pulso á 84; lengua húmeda, sin náuseas, etc. Ante estos hechos decido observar al enfermo: recoger la orina que emita; hielo al vientre y en la región renal afecta; reposo absoluto y expectación.

Al día siguiente, al pasar mi visita á las siete y media de la mañana, me encuentro el recipiente lleno de orina francamente sanguinolenta, con expulsión de grandes coágulos; pulso á 130 y temperatura de 37°. El enfermo acusa mucha sed; su facies indica junto al cuadro de pulso y temperatura, una hemorragia grave, aunque el examen local de la región lumbar no acusa aumento de volumen ni gran dolor. En estas condiciones decido intervenir. Anestesia al éter por el Dr. Silveira, y ayudante el Dr. Guerra.

Practico la incisión lumbar y ya en la región renal eva-  
cua una gran cantidad de sangre; caigo sobre el riñón y al examen se comprueba el órgano seriamente afectado, con un desgarró enorme del parénquima, á nivel del hilio, así como á nivel del borde externo y de su cara anterior, etc., es decir, que existían lesiones tales que me obligaron á practicar una nefrectomía. Limpieza del foco al peróxido de hidrógeno y colocación de un buen drenaje. Curación, sin accidentes, á los doce días.

*Observación núm. 2.*—Herida de la región costoilíaca izquierda por arma blanca; herida de la cara anterior del riñón y hematoma perirrenal. Sutura del órgano y taponamiento. Curación.—El joven N. N., de Asturias, ingresa á las diez de la noche del 15 de Agosto del año en curso, en el servicio á mi cargo, á consecuencia de una herida por arma blanca que acaba de recibir á nivel de la región costoilíaca izquierda, á unos tres traveses de dedos por encima de la espina ilíaca anterosuperior; herida de unos 4 centímetros. Viene curado de afuera, y ocluida la herida con agrafes de Mitchell.

El médico de guardia lo observa y en vista de la ausencia de síntomas alarmantes, buen pulso, buena temperatura, sin hematoma renal apreciable, se decide por la expectación, con un tratamiento apropiado. Al siguiente día al pasar mi visita el enfermo emite una orina que era sangre pura, con un pulso á 130, temperatura subnormal; estado ansioso y gran palidez. Ante estos síntomas decido intervenir, y previa anestesia al éter practico la intervención lumbar, después de soltar los puntos de la herida, cauterizándole á la tintura de iodo. Evacuación de un gran hematoma perirrenal, y examinando el riñón encuentro junto á su cara anterior una herida profunda de unos 5 centímetros, que trato por la sutura, seguida de un buen taponamiento. Limpieza del foco, y trato dentro de los límites de lo posible de examinar cuidadosamente el fondo de saco peritoneal, pues el sitio de la herida de entrada bien pudo perforar el fondo de saco ó la hojilla prerrenal é interesar alguna viscera abdominal: colon transversó, descendente, etc. Sin embargo, clínicamente no existían síntomas abdominales, y por el examen de la herida operatoria no pudimos tampoco apreciar desgarró alguno del peritoneo. No obstante, recomendamos al médico de guardia la observación atenta y cuidadosa de este enfermo, sobre todo desde el punto de vista abdominal. Han transcurrido catorce días, el enfermo ha hecho un curso postoperatorio normal y su herida está cicatrizada.

*Consideraciones.*—Estos dos casos clínicos no ofrecen más interés que ciertas condiciones bajo las cuales se pro-

dujeron las lesiones. No nos dicen nada nuevo con respecto á diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc., de los traumatismos del riñón, pero como casos clínicos al fin, y como la clínica no se aprende y describe en los libros, los traigo aquí, permitiéndome así el hacer algunas consideraciones sobre los mismos.

Sobre el primer caso haremos resaltar la relación inversa tan grande que existió entre el traumatismo y la lesión, pues como el mismo enfermo indicaba, su caída fué insignificante, pequeñísima, al punto de pasar desapercibida durante muchas horas; y aun más, la casi ausencia de síntomas locales nos hubiesen guiado á pensar en otro sentido, si la hemorragia no se hubiese hecho abundante al final conjuntamente al cortejo clínico que le acompañó en ese momento. Y con respecto al tratamiento que seguimos, hemos de indicar que materialmente fué imposible realizar el tratamiento ideal en estos casos: la conservación, pues la ruptura del órgano era casi completa y no cabía ni siquiera una nefrectomía parcial, pues existía una gran lesión á nivel del hilio.

En cuanto al caso núm. 2, diremos que fué altamente curiosa la dirección del agente vulnerante, pues penetrando por una vía intermedia (permítaseme la expresión) entre el abdomen y la región lumbar, respeta el peritoneo para venir á tocar al riñón, justamente en su cara anterior, salvando en su trayectoria órganos tan inmediatos á la cara anterior del riñón, como los colones transversó y descendente.

No vamos á estudiar aquí el capítulo de los traumatismos del riñón, que encuentra su sitio adecuado en los tratados de patología quirúrgica. Ya Tuffier en una interesante y bien documentada memoria ha hecho este estudio de los traumatismos del riñón, separando las contusiones de las heridas.

En el primer grupo inclúyense desde el simple equimosis subcapsular, hasta la ruptura de la cápsula con lesiones del parénquima, profundas, múltiples, y generalmente situadas á nivel del hilio. (Observación núm. 1.)

En cuanto al grupo núm. 2 de las heridas del órgano, las estudia en detalles, individualizando las heridas incisas, de las producidas por arma de fuego, de las determinadas por instrumentos cortantes.

De todos modos, cualquiera que sea la naturaleza del agente vulnerante, la importancia quirúrgica, de la lesión la de la vía de penetración, la vía de acceso del agresor (que puede ser lumbar, abdominal), pues no hay que insistir en el hecho de la mayor gravedad de las heridas abdominales: éstas siempre son transperitoneales y se complican de ordinario con lesiones de órganos importantes. No es de relegar á último término el sitio de la herida á nivel del riñón: una herida de la pelvis, uréter ó los vasos del hilio es una herida de gravedad extrema, y teniendo en cuenta estos hechos cabe deducir que el tratamiento de los traumatismos del riñón ha de variar en concordancia á las condiciones apuntadas. El año 1869 fué cuando el profesor Simon cambió el aspecto hasta entonces puramente médico del tratamiento de los traumatismos de este órgano, inaugurando por decirlo así la «cirugía del riñón». Ahora bien, el papel del «cirujano renal», en los casos que tratamos, es un papel delicado que reclama un atento estudio de la lesión, un gran sentido clínico y una fácil y exacta interpretación de las lesiones, pues si nos fijamos en la tendencia natural á la curación que ofrecen los traumatismos del riñón y la gran tolerancia de este órgano á los mismos, al igual que el pulmón, no nos sorprenderá y comprenderemos así el motivo que acompaña al cirujano en estos casos á ser esencialmente «conservador» (dentro de los límites consiguientes),



favoreciendo ó ayudando el proceso de restauración espon-tánea.

Queda por determinar, pues, el límite que separa al mé-dico del ciruj no, y esto no lo da más que la observación atenta del caso el pulso, la temperatura, examen local, he-maturia, etc., que alterados, denunciando una hemorragia grave, una infección del foco, etc., reclaman urgentemente la mano del cirujano. Una vez decidida la intervención, el «grado» de la misma se determinará en el acto operatorio, de acuerdo con el buen juicio quirúrgico y la debida inter-pretación de las lesiones, no olvidando jamás que la «con-cepción terapéutica» de los traumatismos del riñón debe ser en general «esencialmente conservadora». (Boari.) (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 10 de Octubre de 1922.)

## GINECOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sintomatología de la insuficiencia ovárica, por el Dr. Paul Dalché.**—Esta enfermedad se manifiesta por sín-tomas tan variados y tan diversamente asociados entre sí, que difícilmente podrían establecerse puntos de compa-ración, por ejemplo, entre la insuficiencia ovárica evoluti-va de la pubertad (tipo de falsa clorosis ó de pseudo-mixe-dena), y la de una menopausia congestiva.

He aquí los principales accidentes:

**Trastornos de la menstruación.**—Varían desde la amen-orrea completa, y de duración más ó menos larga, hasta el simple retardo de las reglas, que vienen cada seis semanas ó cada dos meses con un flujo poco coloreado y poco abun-dante. Una leucorrea exagerada puede marcar á veces un período, especie de reglas blancas, y cuando sobreviene una menorragia, después de fases de amenorrea, nos hallaremos verosímilmente ante la inauguración de una inestabilidad ovárica; no obstante, es preciso no olvidar las metritis vir-ginales y las múltiples causas de metrorragias.

**Trastornos vasomotores.**—Si bien no suelen presentar gravedad, se cuentan entre los más molestos para las enfer-mas, las llamaradas de calor que súbitamente invaden la cara y las extremidades, provocando rubores intempestivos, que pueden propagarse á todas las regiones del cuerpo. Tam-bién pueden presentarse crisis de sudores locales ó genera-les, frecuentemente rebeldes á toda medicación, en especial con ocasión de enfriamientos, catarros, traqueobronquitis y dolores neurálgicos ó musculares. Las ráfagas de frío sub-stituyen á veces á las llamaradas de calor, y más frecuen-temente, las jovencitas sobre todo, presentan los pies siem-pre helados, las extremidades frías, ligeramente pringo-as, cianóticas y con tendencia á la asfixia, al mismo tiempo que sobre los tegumentos de las piernas, de los muslos y de los brazos se ven jaspeados, rojizos ó violáceos, diseminados y en red. Estos trastornos vasomotores que se producen bajo la acción del sistema vagosimpático en este aparato neuro-glandular, no son el acompañamiento exclusivo de las per-turbaciones ováricas, sino que podremos también hallar una inestabilidad vasomotriz análoga en el curso de la neu-rosis de angustia. No son, pues, específicos, ni bastan, por lo tanto, para afirmar el diagnóstico, pero unidos á otros síntomas pueden adquirir una gran importancia.

**Accidentes nerviosos.**—Son frecuentes las jaquecas y ce-faleas con latidos, ya aisladas, ya acompañadas de raquial-gias ó complicadas de insomnio, y más rara vez de hiper-somnio ó de vértigos. El sueño, cuando viene, es turbado por pesadillas terroríficas, visiones de cementerios, perse-cuciones de bestias dañinas, etc., con despertar acompaña-do de temblor nervioso y molestias gástricas, frecuente-mente atribuídas, sin fundamento, al etilismo de las pobres

menopáusicas. Después aparecen neuralgias tenaces, neu-ralgias faciales, intercostales, ileolumbares, grandes neural-gias pelvianas. No tiene nada de particular que el carácter se modifique, llegándose á hacer irritable y perverso; otras veces, por el contrario, la enferma se muestra acongojada, su memoria se pierde, y cae en la neurastenia y aun en la vesania, si se trata de una mujer predispuesta. Ya es sabi-do que muchos de estos accidentes, jaquecas, cefaleas, etc., y otros más raros que asientan sobre el aparato respirato-rio, accesos de asma, ó sobre los tegumentos, urticaria, son considerados en el día como de origen anafiláctico.

El estado úteroovárico contribuye á constituir una diá-tesis coloidoclásica, hemoclásica, anafiláctica, y las crisis estallan con ocasión de una causa coadyuvante cualquiera.

Además de los síntomas á que acabamos de pasar re-vista, se observan también en estas enfermas trastornos dispépticos, constipación habitual, accidentes cardíacos (arritmias con bradicardia—hipervagotonía; taquicardia con hipertensión ligera y síndrome basedowiforme—, hipersim-paticotonía), pigmentaciones, adiposis y diversas manifes-taciones cutáneas procedentes, al menos en un gran número de ellas, más bien de síndromes pluriglandulares que de la sola distrofia genital. También hay que señalar aquí la dis-minución de los cambios, la hipoazoturia y la hipofosfatu-ria, el rebajamiento de la tasa de hemoglobina y del núme-ro de hematíes, y ciertas desviaciones de la columna verte-bral. Las insuficientes ováricas son poco fecundas, cuando no infecundas.

Vemos, pues, en resumen, que en el síndrome de la in-suficiencia ovárica entran varios factores: la elaboración defectuosa de la secreción interna y su acción defectuosa sobre la economía, los trastornos del metabolismo, los que provienen de perturbaciones del aparato neuroglandular (endocrinas, vago, simpático), los que dependen de la anafi-laxia, hemoclasia, coloidoclasia, más otros varios, todavía muy numerosos, cuyo origen apenas nos es dado sospechar.

En fin, la interdependencia glandular preside á diversos síntomas, y la insuficiencia ovárica presenta manifestacio-nes cuya causa se encuentra en el tiroides, la hipófisis, las suprarrenales, etc.

La insuficiencia ovárica se presenta con diversos gra-dos de intensidad, descubriéndose con dificultad algunos de sus síntomas en el estado incipiente y manifestándose otras veces con caracteres suficientes.

Por otra parte, afecta distinta gravedad, según la edad de las enfermas, las circunstancias en que ha debutado la enfermedad y las causas que la han dado origen.

Jayle distingue los siguientes tipos:

Insuficiencia de orden congénito.

- de la formación (pubertad).
- de la menopausia.
- de tipo nervioso.
- de tipo congestivo.
- de tipo nutritivo (adiposis).

La pubertad es tardía. La erupción de las primeras reglas tiene lugar á los diez y seis ó diez y siete años, y más; las segundas no aparecen más que al cabo de dos ó tres meses y así siguen.

Unas veces nos hallaremos ante una muchachita delga-da, vulgar, nerviosa, delicada, cuya menstruación no se es-tablece ó lo hace en pequeña abundancia y con retardos y á costa de una dismenorrea más ó menos viva. Los otros sig-nos de insuficiencia ovárica pueden no adquirir una pre-ponderancia bien marcada y perderse en un estado general de escasa ó mala salud.

Otras veces, por el contrario, se tratará de una joven de



aspecto arrogante, fuerte, gruesa, como hinchada, que no obstante sus bellas apariencias, presenta la cara de cloro-anémica. Las reglas son raras, apenas coloreadas, ó reemplazadas por pérdidas blancas. Una impresión de languidez se desprende de esta buena moza, cuyos labios son gruesos, las extremidades pastosas, fácilmente violáceas y siempre frías; ráfagas congestivas darán frecuentemente á su rostro una coloración engañosa. Si se la ausculta se llegará á veces á comprobar una estrechez mitral, lo que Germain Sée llamaba clorosis mitral, sin sospechar la importancia de ambos retardos concomitantes, el genital y el cardíaco.

La menopausia suele ser precoz en aquellas mujeres cuyo hipoovarismo ha acarreado una pubertad tardía.

Cuando la insuficiencia ovárica es más diversa en sus manifestaciones, es en la mujer adulta durante el curso de su vida sexual. A consecuencia de una enfermedad genital, flegmasia periuterina, metritis, sífilis, etc., ó bien de una manera progresiva en las predispuestas ó débiles, las reglas se hacen irregulares, se retardan, pierden su abundancia, se decoloran y terminan por no correr más que algunas horas cada seis semanas ó cada dos meses. Si el flujo conserva su cantidad habitual, la distrofia se manifiesta por retardos prolongados, acompañándose á veces estas tendencias á la amenorrea de dolores dismenorreicos. Entonces la mujer se rellena, pierde sus formas, y, ora engorda por todas partes, presentando, no obstante su edad, el aspecto de una vieja matrona, ora la adiposis se localiza, haciéndolo de preferencia en las regiones vecinas de la zona genital; la región glútea, caderas, parte alta de los muslos y el vientre adquieren una opulencia desproporcionada, en tanto que las piernas y los brazos apenas cambian.

En otras enfermas predominan los trastornos vasomotores, llamaradas de calor, crisis de frío, ó bien los trastornos cardíacos, palpitaciones, taquicardia, ó también los accidentes dispépticos, con constipación pertinaz que exageran una visceroptosis y un prolapso grasoso del abdomen.

Por último, lo predominante puede ser los dolores, las neuralgias múltiples, especialmente la cefalea, pudiéndose asociar todos los trastornos enunciados de las más diversas maneras, lo que dificultará á veces grandemente el diagnóstico. (*La Ginecologie* del mes de Julio de 1922.)—T. R. Y.

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

##### 2. Estudio de un caso de anomalía genital femenina.—

El Dr. Antonio Herrera Carmona comunica el siguiente curioso caso clínico:

Se trata de una joven baja de estatura, gruesa y de buena educación.

La vulva de esta muchacha está al parecer bien constituida, tiene, empezando de arriba á abajo, el clítoris con su capuchón, el meato urinario, la horquilla vulvar y los pequeños y grandes labios, pero en el sitio del himen con su orificio vaginal inferior, sólo existe un diafragma mucoso flácido y cerrado en forma de dedo de guante; la flacidez debida al estiramiento provocado por la práctica del coito.

Sometida á nuestro interrogatorio comprobamos que nunca ha tenido la función menstrual, existiendo sólo alguna que otra vez ligeras crisis dolorosas en las regiones ováricas. Esto nos hizo pensar en la existencia de una anomalía de los órganos genitales que en su desarrollo dependen de los conductos de Müller (vagina, útero y trompa).

Efectivamente, procedimos á la comprobación de la existencia ó falta de matriz, practicando al mismo tiempo el tacto rectal, combinado con el cateterismo vesical, y el dedo introducido en la ampolla rectal tocaba perfectamente el catéter colocado en la vejiga, cosa que no ocurre en las mu-

jerer normales, por interponerse entre el dedo y el catéter el cuerpo uterino.

Comprobada por tanto la ausencia de la matriz, el caso resulta de una claridad meridiana, pero su explicación hay que buscarla en el normal desarrollo de los genitales internos.

Sabemos que en los primeros meses de la vida intrauterina, aquellos están representados por lo que se llama la cloaca interna, que pronto se tabica dividiéndose en dos: una posterior, que es la que ha de ser ampolla rectal, terminando en el ano, y otra anterior que es la vesícula alantoidea ó seno urogenital, llamado así porque en ésta desembocan los conductos de Müller, de donde han de formarse la vagina, el útero y las trompas, pues los ovarios tienen origen distintos ya que se forman á expensas de los cuerpos de Wolff, y como por otra parte el himen, según Pozi (opinión más admitida) reconoce origen ectodérmico, resulta por tanto más que clara la explicación de nuestro caso.

Se trata de una anomalía congénita por suspensión en el desarrollo de los conductos de Müller, con ausencia completa de vagina, matriz y trompas.

La terapéutica de este caso, que sería la práctica de una vagina artificial, la entiendo peligrosa, pues aparte de los inconvenientes de las cicatrices retráctiles, sería siempre no una vagina, sino un conducto, que tendría por fondo el peritoneo, ya que el límite superior de ese conducto lo formaría la cara inferior del fondo de saco vésico-rectal.

El caso sólo merece los honores de la publicación, por lo raro y curioso y como tal lo damos nosotros. — (*Revista Médica*, de Sevilla, Octubre de 1922.)

#### OTORRINOLARINGOLOGIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Nuevo tratamiento del ozena por medio de las soluciones azucaradas, por M. Tarneaud.—El autor trata de aprovechar, por una parte, las propiedades exosmóticas de las soluciones azucaradas de densidad elevada; por otra parte, el azúcar constituye un buen medio de cultivo para el desarrollo de ciertos microbios indiferentes capaces de crear una acidez local inapropiada para los fermentos tripticos y para los microbios proteolíticos, factores esenciales del olor *sui generis* del ozena.

La nueva práctica consiste sencillamente en efectuar verdaderos baños de las fosas nasales con una solución concentrada á tenor siguiente:

Miel blanca.....	80 gramos.
Glicerina.....	8 —
Alcohol de 60°.....	2 —
Agua destilada.....	4 —
Esencia de lavanda.....	II gotas.

Esta solución de consistencia espesa se vierte en cada ventana de la nariz, con ayuda de una cucharilla de las de café, estando el enfermo acostado horizontalmente y con la cabeza inclinada sobre el hombro del lado irrigado.

Además de esto, se harán pulverizaciones con un oleo-pulverizador cargado de la solución flúida siguiente:

Miel blanca.....	50 gramos.
Glicerina.....	25 —
Alcohol de 60°.....	12 —
Agua destilada.....	13 —
Esencia de lavanda.....	II gotas.

Estas pulverizaciones se harán al principio mañana y tarde, y después una vez al día, sin que el tratamiento excluya el empleo de otros medios terapéuticos, mereciendo el que nos ocupa entrar en la práctica corriente por el triple título de su sencillez, de su eficacia y de su escaso coste. (*Paris Médical*, 30 de Septiembre de 1922)—T. R. Y.



### 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. — Paseos de un solitario por Cortezo, por Antonio Morales. — El Dr. Letamendi, conferencia dada por D. Pablo Luengo. — **Sociedades científicas:** Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaló. — Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía. — **Sección oficial:** Ministerio de la Gobernación. — Ministerio de Gracia y Justicia. — **Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios.

### Boletín de la semana.

El Congreso de Ciencias. — Los Doctores y el analfabetismo.

De todo el mundo intelectual peninsular es sabido que estos Congresos de Ciencias, el actual, como otros anteriores, desde el celebrado en Sevilla han tomado un aspecto simpático en la segunda orientación que se les viene dando.

Cada Congreso de esta índole que se celebra, alcanza una mayor importancia en su doble significación científica é internacional.

De los pocos intentos de aproximación hispano-portuguesa que tienen vida, éste es el único que ha alcanzado un positivo y progresivo éxito.

Las personalidades que asisten á los actos de la Asamblea vuelven revestidas de mayor categoría y representación conforme el número ordinal del Congreso va siendo más elevado.

El Monarca español, padrino de toda iniciativa que tienda al progreso de las ciencias, ha presidido la sesión inaugural (celebrada obligadamente en el teatro Bretón de Salamanca, por el exceso de asistencia) pronunciando un brillante discurso en el que, entre otros, dijo maravillosamente dos párrafos henchidos de votos por la aproximación de dos pueblos hermanos que tienen el mismo corazón y las mismas elevadas miras, por que en el progreso de la actividad humana hallen un motivo más de unión y no de competencia.

Los discursos que precedieron al del Rey, pronunciados por el Rector de la Universidad de Salamanca, por el eminente Gómez Teixeira, por el Rector de la de Madrid Sr. Carracido (quizá el español que mejor conoce Portugal y el alma portuguesa) y los de los Ministros de Instrucción de Portugal y España, fueron otras tantas estrofas del canto amistoso, del saludo cordial que antes de empezar las labores rudas de las secciones, cambiaron los representantes de dos países aún distanciados por el escaso conocimiento que respectivamente tiene el uno del otro.

El discurso propiamente científico de la sesión inaugural fué el del director del Laboratorio Bacte-

teriológico de Barcelona, profesor Turró, que versó sobre «La disciplina mental», leído por el doctor Marañón en ausencia (motivada por enfermedad) del autor.

Otra nota, además de la internacional y de la científica, y que tuvo en todos los discursos lugar preferente, fué la de alabanza al pasado de la madre de nuestras Universidades y la lamentación del letargo en que ha estado sumida desde más de cien años á esta parte por el desamparo económico oficial.

En otras circunstancias, las palabras de un rector que se interesa por la Universidad de su cargo, se hubiesen recogido con un *se toma en consideración* nunca efectivo; pero en esta ocasión no nos oremos excesivamente optimistas al suponer que algo se hará por el mejoramiento de aquel centro docente, tesoro de la intelectualidad española desde hace siete centurias, oídas las promesas del Sr. Salvatella al visitar la Facultad de Medicina (á la que quiere dotar de un nuevo edificio y de un hospital clínico), y las bien dirigidas é inspiradas palabras de Su Majestad referentes al compromiso adquirido por el ministro y por el presidente del Senado, conde de Romanones, senador por aquella Universidad.

Dios quiera que este asunto incidental surgido en el Congreso de Ciencias, y que tan buenos padrinos ha conseguido, alcance el mismo éxito que deseamos á los otros temas que en el transcurso de la asamblea se tratarán amplia y sabiamente.

... Y Dios quiera, repetimos, que á este triunfo lleguemos, porque ya se sabe cómo las gasta la Política española en cuanto se pone en vías de realización, ó tan sólo de verosimilitud, algo que facilite el progreso de la Medicina ó de la Sanidad nacionales... al día siguiente crisis total y sus consecuencias.

Porque, hablando con sinceridad, debemos decir que no somos muy partidarios de las representaciones oficiales en los Congresos científicos, que más distraen la atención á los actos de relumbrón que á los positivamente prácticos. Pero en este caso,



algo más que lo teatral de la presencia de un ministro uniformado, se va á sacar de la estancia del de Instrucción pública en Salamanca, precisamente quizás porque el Congreso no era puramente pedagógico: algunas mejoras para aquella Universidad...

Y como vivimos en un país de eterna paradoja, en la ausencia del ministro, los doctores que no han podido, querido ó gustado de ir al Congreso de las Ciencias, se han dedicado á trabajar en un plan de lucha contra el analfabetismo, en el que obtendrán igual éxito que la ley del 57 y su reforma de 1909, que hasta con castigos para padres y alcaldes pretendían imponer la instrucción primaria obligatoria.

Pero *hágase el milagro...* y veamos la Universidad de Salamanca aliviada de su penuria, volviendo á sus buenos tiempos, y disminuir el número de analfabetos, aunque sea por obra de otros que los que lo debieron hacer,

DECIO CARLAN

## PASEOS DE UN SOLITARIO<sup>(1)</sup> POR CORTEZO

POR

ANTONIO MORALES

La misma Convención declaró—como dice Rochard en la Historia de la Cirugía—el *Saber* una aristocracia y la *Enseñanza* un privilegio. Suprimió los colegios de Medicina y las Academias; y cuando Napoleón—el genio de la guerra—organizó aquéllos ejércitos y necesitaba cirujanos, éstos hicieron su *aprendizaje* en el ensangrentado suelo de las batallas; y algún general, lamentándose, decía: más temo á los cuchillos de los cirujanos, que á los del enemigo.

¡No quiero hablar de Rusia: esto es más vergonzoso aún para las Naciones que ven *impasibles* aquél antro de fieras humanas! ¡Y se habla del Derecho, de la Justicia y de la Humanidad!

En el capítulo III describe Cortezo maravillosamente, pues ya por su edad puede fijar mejor sus recuerdos, la sublevación de Prim, con la huida de Gaminde y el fusilamiento del capitán Espinosa.

Al recorrer la sangrienta historia de España, con tanta sublevación militar, cuando el Ejército debe estar fuera de todo movimiento político, se observa lo desatinado que ha estado siempre nuestro país. El Ejército debe ser el *brazo de la Patria*. *El gran mundo*, como se dice en Francia. Hoy es de esperar que, organizado con bases seguras y firmes, responda á la esperanza que en él debe tener España. No debe haber ninguno á él perteneciente, que diga *caja ó faja*; y unas veces se subleva en un sentido y otras por el contrario; y en cada sublevación pueda colocar un entorchado sobre su manga. He pertenecido al Ejército en la pri-

mera campaña de Cuba, siendo á los veintidós años primer ayudante ó capitán—como se dice ahora—y he podido apreciar de cerca sus grandes virtudes; pero para conservarlas y aumentar su prestigio en la *religión del honor*, se necesitan muchas abnegaciones. ¡Cuántos hechos heroicos sucedieron entonces en Cuba, de los que apenas se recuerdan! La célebre torre de Colón, pequeño fortín de madera, con un destacamento de 27 soldados mandados por el alférez Sánchez, y atacado por unos 600 insurrectos, la mayoría negros y mulatos, y no se rindieron á pesar de estar todos heridos, pues las balas atravesaban las débiles tablas; 20 soldados de mi batallón—cazadores de Simancas núm. 13—en un improvisado fortín, luchando con una numerosa partida hasta que recibieron auxilio; 18 guerrilleros, por un alférez mandados, rodeados por unos 200 insurrectos en campo abierto, á unos 2 kilómetros por delante de la línea de Júcaro á Morón, son hechos que enaltecen al Ejército. Se salvaron por el auxilio de varios destacamentos de Simancas. Llegué para curar á los heridos á los últimos tiros, y cuando ya huían los insurrectos. Curé á un herido, de los varios que tuvimos, que tenía atravesado el tórax y el pulmón derecho, con grandes hemorragias, por las que murió aquella noche en el fuerte de Alonso Sánchez. Este herido hizo muchos disparos después de recibir el balazo. ¡Cuántos tristes recuerdos de aquéllos héroes que dejamos enterrados en la *manigua*! para que después el *Búfalo de diente de plata*—como lo bautizó Rubén Darío—nos echara de allí por su especial interés.

Se me ha corrido la pluma, y llevo mi pensamiento á otro asunto, pero procuraré no abusar de la paciencia del autor ni del lector, y entro en el capítulo IV, referente á la sublevación de los sargentos de artillería en el 22 de Junio de 1866.

En dicho día tenía Cortezo diez y seis años de edad y acababa de aprobar el segundo de Medicina.

Para medir la valía del ser humano, basta con fijarse en el cariño materno. No hay amor tan grande y desinteresado como el de una madre á su hijo, siempre superior al que el hijo tiene á su madre. Es un refuerzo en cada eslabón de la cadena generatriz humana. El hermano de Cortezo, Daniel, oficial de un batallón de Cazadores, estaba combatiendo en las calles de Madrid; su madre estaba con el disgusto consiguiente; al oír las descargas de fusilería y artillería, Cortezo, para saber noticias de su hermano y poderlas comunicar á su madre, marcha con grave peligro por las calles, hasta que encuentra á su hermano sano y salvo, y puede comunicar á su madre tan grata noticia. La excursión de Cortezo se efectuó sin que su madre se apercibiese de ello. Bien lo merecía aquella santa matrona, conjunto de todas las virtudes.

Esto demuestra: que si ella había hecho muchos sacrificios por sus hijos, éstos correspondían al cariño materno. ¡Qué hermoso es el soneto de Cortezo—que el poeta Cavestany recitó en el discurso de contestación al del ingreso de la Academia de la Lengua, cuando entró Cortezo en dicha Corporación,—referente á su madre! Conoció á tan buena mujer, aunque pocas veces la

(1) Véase el número anterior.



hablé; y en ella se reflejaba toda la majestad de ese amor inmenso, que sólo una madre puede concentrar, tratándose de sus hijos. Estos le reprochaban cariñosamente: que no debía trabajar tanto, pues tenía la mejor fábrica de flores artificiales que había en Madrid. —Hasta ahora he trabajado por mis hijos; de hoy en adelante será por mis nietos. —Así contestaba la noble matrona.

No se concibe á una madre que no tenga cariño por su hijo. Así dice Víctor Hugo, refiriéndose á un expósito—abandonado en una Casa de maternidad.—¡Cuando yo nací no estaba presente mi madre!

Vencida la insurrección y fusilados 66 sargentos, de los que algunos se desposaron poco antes de morir, fué arrojado del Poder O'Donnell, y admitida la dimisión, dijo á los compañeros de Ministerio, que le esperaban en una antesala de Palacio: «Se nos arroja como á miserables lacayos. No pisaré más los umbrales de este edificio.» Dos años después vino la llamada *gloriosa Revolución de Septiembre*, pues los Unionistas conspiraron con los que en el 66 habían sido vencidos. Si O'Donnell no hubiese muerto hubiera pisado los umbrales del edificio; los que no han podido pisarlos fueron los fusilados, porque los sepulcros no tienen puertas ni umbrales para los muertos!

\*  
\*  
\*

El «Paseo V» se refiere á sus recuerdos de la guerra de Africa, que tan popular fué en España, en donde despertó tanto entusiasmo. ¡Cuántos errores estratégicos se cometieron entonces! Esto he oído á militares muy entendidos. La única batalla bien planeada fué la del 4 de Febrero, que la dirigió el general García, jefe de Estado Mayor, muerto algunos años después en Barcelona, de un cáncer en el estómago.

En este período refiere Cortezo la destitución del rector de la Universidad, Dr. Montalbán, el nombramiento del marqués de Zafra y la asonada ó motín de la célebre noche de San Daniel.

\*  
\*  
\*

En el Paseo VI, describe Cortezo el período anterior á la Revolución de Septiembre: la agitación de todas las clases sociales, especialmente la escolar, que veían venir la tormenta revolucionaria, que estalló en Septiembre de 1868, con la sublevación de la Marina y los generales unionistas: Serrano y Fernández Caballero de Rodas y otros. En contra de Novaliches se dió la batalla en el célebre puente de Alcolea. Una compañía de Simancas rechazó en la cabeza del puente á la columna de ataque del ejército de Novaliches. Decía un antiguo adagio pagano, que cuando los Dioses quieren perder á uno, primero lo enloquecen: *Quod Deus vult perdere prius clementat.*

En ese período hubo una continua serie de desaciertos de todas clases, que se acentuaron en mayor escala después de la muerte de Narváez. El ministro de Fomento, Severo Catalina, dió un decreto de Instrucción pública, creando los médicos de 2.<sup>a</sup> clase, que en cuatro años podían visitar. ¡Un verdadero horror! Hemos

tenido en España el fatal destino de imitar todo lo malo del extranjero; y basta con que tenga el sello exótico, para que pase como buena mercancía. Había en Francia los *Oficiales de Santé*, los que fueron suprimidos, al observar que no cumplían y no podían llenar la misión que el Gobierno se proponía en la asistencia médica de las pequeñas poblaciones; pues en España tuvimos los médicos de segunda.

En ese capítulo describe Cortezo al célebre músico Chueca, entonces estudiante de Medicina y después un compositor de tanta y merecida fama.

Viene la Revolución de Septiembre y se destapan todas las compuertas de las ambiciones, y los apetitos más desordenados. La oratoria se extiende desde el Congreso de los diputados hasta los más oscuros cubículos, queriendo imitar á Castelar y á Manterola, los dos colosos del Parlamento.

Una noche, siendo estudiantes de Medicina mi hermano Francisco y yo, nos fuimos á oír á un sombrerero, que tenía gran fama de orador, cuyo sujeto cobraba de los protestantes ingleses una buena cantidad para la propaganda, y después que le descubrieron su *buena fe* se hizo carlista, enviando á D. Carlos este mensaje, que tiene *miga*—como se dice generalmente:—«Señor: He confesado todos mis errores en el tribunal de la Penitencia. Si el Rey del Cielo me ha perdonado, también me perdonaréis Vos, como Rey de la tierra.»

Aquella noche el orador *operaba* en un Club, establecido en el claustro bajo de un antiguo convento, convertido en una casa de muchos vecinos. Sube el Cicerón á la tribuna, cuando se extiende por el ambiente un espeso humo de *ajo frito*, de algún guiso que preparaba una vecina, y empiezan los concurrentes á toser, que no dejaban oír al orador. ¿Sabéis—dijo éste—de qué procede esa peste?—De qué—dijeron los más curiosos.—Pues es la *peste neocatólica*. Muchos aplausos contestaron á la frase. Ya más serenos, público y orador, por haberse llevado la hornilla la vecina, siguió á este tenor: «Mis amados, *si se golviera la tortilla* no quedábamos los liberales ni para *porro*.»

No podíamos resistir á semejante *vómito oratorio*, y nos deslizamos, suavemente, hacia la calle.

\*  
\*  
\*

En el capítulo VII y VIII habla el autor de nuestra tertulia del café de Fornos.

No he de extenderme mucho, porque veo que le voy dando á estas *Impresiones* una extensión superior á la que había calculado; pero tienen las líneas del libro tantos y tan buenos recuerdos de aquellos inolvidables años, que me veo precisado, aun abusando de la paciencia de los lectores, á extenderme en algunas consideraciones de carácter particular.

Entre los asistentes recuerdo muy especialmente al hijo de Calvo Asensio, que había sido diputado á Cortes, pero su delicada salud le había retraído de la candente política. Uno de los hechos que nos contó una noche, referido por un presidente de Consejo de Ministros del Rey Amadeo, fué: que Amadeo quería dar entrada á los sagastinos y que salieran los *cimbrios* ó de-



mócratas. Presenta el presidente un decreto, y dice el Rey: Yo, contrario. Amadeo no se acordaba del verbo. Salen los demócratas, y dice el presidente: Si vuelvo á entrar en el Gobierno, ha de pronunciar el verbo ó le cuesta la corona.

Salió Amadeo, pues la corona para él se convirtió en corona de espinas.

Habla Cortezo de Villaverde. Este estaba en un plano muy superior al nuestro, y no se dejaba ver por la tertulia. Debo confesar que en mi modesta opinión no ha existido ningún hacendista como él, pues salvó á la Hacienda española con el desinterés y los conocimientos que todos le reconocen hoy, fuera de los apasionamientos de partido.

(Se continuará.)

## EL DOCTOR LETAMENDI <sup>(1)</sup>

CONFERENCIA DADA POR D. PABLO LUENGO, EN LA VILLA DE NAVALMORAL DE LA MATA (MARZO, 1911)

Por la ilustración y la cultura podrá la clase médica adquirir la influencia social que más ó menos conscientemente desea, y que tiene su objetivación en el advenimiento definitivo de la *Medicina política*, ó sea: «De aquel estudio dirigido á encontrar en el fondo de la naturaleza humana, y en él de sus antecedentes biológicos, las veras raicillas de sus derechos, y, por tanto, de sus males sociales y el remedio de éstos.»

Allá las generaciones venideras, provistas de más lastre intelectual, comprenderán aquel hondo pensar y sentir de Letamendi, y aquellos sus nobilísimos esfuerzos por la emancipación de la clase médica, en lo moral, en lo científico y artístico; fué el muezin de la Medicina que desde lo alto del minarete de su espíritu llamó á los médicos al estudio y á la meditación (2).

### IDEAL DE RESTAURAR EL HIPOCRATISMO

Allá en las lejanías del tiempo, envuelto en parte entre las nieblas de la tradición y la leyenda, se vislumbra en la isla de Coos, en la sabia Grecia, la figura imperecedera de Hipócrates, del llamado padre de la Medicina, tipo representativo de su raza en el orden más elevado, y perpetuo símbolo de la sensatez y la dignidad del arte médico.

«En el siglo de Pericles, en ese siglo que bien pudiera llamarse *la mejoría de la muerte* del más artista, el más sabio y el más libre de todos los pueblos; en ese siglo sin igual en que la Grecia, sintiendo cercana su última hora, se incorporó para otorgar testamento á favor del mundo entero; en ese siglo, en fin, en que florecieron, no por sí y ante sí, sino por la fuerza viva del genio heleno, acumulada de lar-

gas centurias, Sócrates y Tucídides, Platón y Fidias, Aristófanes, Sófocles, Eurípides, Georgias, Demócrito y Policleto; en ese mismo siglo floreció, no por sí y ante sí, sino por la fuerza viva, acumulada de siete generaciones de ascendientes médicos, Hipócrates, el segundo entre los diez y siete de su nombre, *λητοκράτης ὁ μέγας* Hipócrates el Grande, como en vida le llamaron los griegos, ó *Hippokrates der Grosse*, como á la vuelta de veinticinco siglos le llama aún la fría y docta Alemania.» *Curso de Patología general*, tomo 1.º, pág. 17. Letamendi.

Hipócrates representa el primer eslabón de la Medicina científica, cuyo último anillo lo representara el gran Pasteur, que la transformó en etiológica, patogénica y profiláctica.

La Medicina primitiva tuvo su origen (como dice Boinet) (1), su desarrollo y prosperidad en el ambiente misterioso de los templos, entre las nubes de incienso y el cántico de las plegarias, siendo, por lo tanto, eminentemente sugestiva: la razón humana, en embrión, era víctima de la superstición, y la fantasía volaba libremente por el campo de las más absurdas concepciones. Hipócrates emancipó la Medicina de la tutela sacerdotal y de las nebulosidades de la metafísica, inaugurando la época de la *observación* interpretando los fenómenos morbosos con la clara luz de su genio filosófico.

«Tres rasgos capitales ofrece el espíritu hipocrático: la *sensatez* en el pensar, la *decencia* en el proceder y la *persistencia* en mantener á través de los siglos unas veces oculto y otras manifestado, su natural derecho á prevalecer contra las veleidades del pensamiento médico.» *Curso de Clínica general*, pág. 7. Letamendi.

«Lo que hay de imperecedero en Hipócrates es el haber proclamado en Antropología la unidad individual; en Medicina, la consiguiente unidad patológica y terapéutica; en el método, la observación y la experiencia; en la práctica del arte, una sensatez, un sentido clínico admirable y una ejemplar conducta, sintetizada en aquella sublime máxima: «Donde está el arte, allí está el amor al prójimo»; y por encima de todo ello, el genio de organización y de expresión con que dió forma y vida á todo el saber transmitido por diez y siete generaciones.» *Patología general*, tomo 1.º, pág. 18.

Desde la temprana edad de diez y siete años (en 1848), cursando Letamendi la Patología general, arrancan sus propósitos de intentar elevar la Medicina á un formal sistema de científico pensar, desencantado de los principios que la informaban y de los hechos de la naciente experimentación biológica, que en confuso desorden querían imponerse al pensamiento, sin pasar por las aduanas de la crítica reflexiva.

Sus aspiraciones juveniles, maduradas en el transcurso de los años, se concretaron en su obra de *Patología general*, donde desarrolla su doctrina médica basada en el principio individualista ó unitario, pretendiendo con ella desterrar los sistemas del campo de la Medicina, estableciendo los principios donde se fije para siempre cuanto de universal é inmutable hay en la teoría y en la práctica, cuanto de perpetuo y fundamental existe en lo científico y artístico de nuestra profesión.

«Mi doctrina no es un sistema más, efímero como todos, y como todos, llamará s de vanidad para hoy y tinieblas de desengaño para mañana, sino la verdadera y única doctrina médica estable, la base científica y positiva de la *Medicina perennis*, destinada á hacer imposible entre nosotros los sistemas, como ya lo son, tiempo ha, en astronomía, en física y química y en toda ciencia que ha llegado á adquirir

(1) Véase el número anterior.

(2) «Porque, señores, toda causa necesita, para obtener un triunfo definitivo y perpetuo, la justicia en la idea y la fortaleza en la propaganda, y, en vuestro caso, aunque defendáis la verdad, que es la justicia en la ciencia, no esperéis prevalecer por el número, ni por la perseverancia, ni por el adimiento, sino por la superioridad intelectual, por la fortaleza racional con que la verdad que propagáis sea predicada y discutida; la fuerza de la cultura sin la posesión de la verdad, sólo os granjearía triunfos pasajeros por lo sofisticado; la posesión de la verdad sin la fuerza de la cultura, sólo muy lentamente os abriría paso; mas con la reunión de entrambos elementos, dada la situación actual del mundo médico, no lo dudéis, la victoria será vuestra.» *Curso de Patología general*, pág. 87, Letamendi.

(1) Las doctrinas médicas, pág. 18.



claro concepto de su objeto, sus límites y sus métodos.» *Curso de Patología general*, pág. 13.

Su obra de Patología general provocó, en la colmena estudiantil y en el profesorado, el desagradable efecto que produce toda innovación que viene á perturbar el remanso de nuestra sensibilidad y el apacible curso de nuestro casi cristalizado pensamiento; es el misoneísmo, el horror á lo nuevo, á todo lo que perturbe nuestros hábitos mentales y nuestra ingénita pereza, por olvidar que el progreso requiere una continuada renovación de nuestra vida interior, y una perpetua gimnasia de nuestras facultades para adaptar lo pasado á lo presente, que pide un puesto que sirva de base para lo porvenir.

La aplicación de las matemáticas á la Medicina, la determinación mecánica de la fórmula de la vida, en tanto que resultante de un sistema de fuerza, se consideró como ensueño de un espíritu morboso, y sin embargo, su concepción mecánica de la vida está de acuerdo con la teoría *cinética* que hoy impera en las ciencias físicas, y que reduce todos los fenómenos vitales, como todos los fenómenos de la naturaleza, á transformaciones energéticas.

«Restablecer el concepto fundamental hipocrático de la unidad individual del hombre, robusteciendo este concepto y afirmándolo por medio rigurosamente científico, con todas las maravillosas conquistas del progreso moderno, proclamando como lema: *que el hombre es un solo ser, su cuerpo un solo órgano y su vida una sola función*, y exigir, en consecuencia, como condición primera de todo estudio médico, el completo conocimiento del espíritu humano, cabal conocimiento que antes no se daba por falta de luces, y hoy no se da por falta de ojos para reconocer esta necesidad; he aquí el tema que contra el universal dictamen sostengo; he aquí la clavellina ideal que en la maceta de mi cráneo cultivo desde mis estudiantiles mocedades, y que hoy intento avivar al aire libre». Volumen 1.º, pág. 58.

Expuestos los dos ideales de Letamendi, pasemos á examinarle, de una manera sucinta, bajo los diversos aspectos de su inteligencia.

#### FILÓSOFO

Entendiendo por Filosofía el conocimiento cierto y evidente de las cosas en sus causas últimas, adquirido con la luz de la razón (1), el fondo mental de Letamendi fué eminentemente filosófico; como lo demuestra en todas sus producciones, donde revela todo el afán de escudriñar la esencia de las cosas, las leyes que rigen al mundo fenomenal y al de lo suprasensible, dirigiendo siempre su pensamiento á investigar la razón de las más altas verdades, las causas y los primeros principios; su especialidad, como él decía, fué la especialidad de los universales.

Letamendi, como en todas sus cosas, fué un filósofo *sui generis*; acaso no se le pueda clasificar dentro de ninguno de los sistemas filosóficos conocidos, si bien sobre este punto yo me declaro incompetente, y sólo puedo decir que, en su vasta y heterógena labor mental, puso á contribución lo mismo el intelectualismo de Aristóteles, que el experimentalismo baconiano, las concepciones espiritualistas de Descartes, que la filosofía metafísica de Kant, el positivismo de Augusto Comte, que las teorías de la evolución darwiniana.

Letamendi no era ecléctico en Filosofía; profesaba y era su bandera la Filosofía del *Realismo natural*, del *Buen sentido* ó del *Dualismo real*.

«La naturaleza de las cosas y la índole de la razón huma-

na nos obligan á admitir en todo objeto, para el hecho de su análisis, las dos categorías, *cantidad y calidad*... He aquí que viniendo á parar al hombre, objeto de la filosofía, y analizándole en el doble concepto de la cantidad y la calidad, al par que hallamos en él combinaciones *cuantitativas* varias, encontramos también dos *cualidades radicalmente diversas*: la una nos da la *materia* que se rige por las leyes que le atañen del orden físico; la otra, el *espíritu* que se gobierna por las suyas *privativas* del orden moral.» Vol. I, pág. 3, Letamendi.

Si el filosofar es una necesidad de la vida; si toda criatura (desde la que tiene una organización cerebral rudimentaria y su vida mental es casi un automatismo inconsciente, á la que deslumbra por sus portentosas facultades anímicas) aspira á darse una explicación del por qué del mundo y de la vida, nada tiene de particular que Letamendi, por su temperamento, por su profesión y por su cargo en el profesorado como catedrático de Anatomía, desarrollara y desarrollara su «espíritu filosófico en especulaciones transcendentales sobre los puntos más culminantes de la Ciencia y sobre los problemas más atrayentes de la vida, y sobre éstos, el que más incita á la meditación, lo mismo al ignorante que al sabio, es el enigma de la muerte, en medio de su realidad fatal.

Como médico y como anatómico, Letamendi vivió en íntimo consorcio, en trato cotidiano, con el *genio inspirador de la Filosofía*, con la muerte; el rígido cadáver sobre la fría mesa de disección y el misero agonizante sobre el lecho del dolor, fueron objeto de su estudio, cuadros perennes de inspiración y motivos perpetuos de investigación filosófica: «Quien ante las postrimerías de la muerte no sufre, carece de entrañas; quien no filosofa, carece de entendimiento.» (Letamendi.)

No hubo problema transcendental de la vida del pensamiento que no fuera objeto de su investigación, discurriendo con gran agilidad, lo mismo sobre los asuntos de carácter práctico, que sobre aquello que requiere un espíritu especulativo; así le vemos, por un lado, discurrir ampliamente sobre los medios más conducentes á fomentar el trabajo y la producción nacional, dando soluciones prácticas, emanadas de elevadas abstracciones de la economía política, como por otro, intenta desentrañar el fondo de la verdad, que palpita en los tenebrosos problemas referentes al origen del hombre, al origen del lenguaje, sobre el libre albedrío, la esencia del delito, la pena de muerte, etc., etc., cuestiones muchas de ellas desligadas, al parecer, de sus estudios anatómicos, revelando en todos una gran originalidad y una gran profundidad de pensamiento, permaneciendo siempre á flote de los radicalismos científicos, filosóficos y religiosos; huyendo de los exclusivismos, de los sistemas, teniendo muy buen cuidado de limitar el área de la Ciencia, de la esfera religiosa, no usando nunca argumentos de carácter dogmático para probar hechos del dominio de la Ciencia, ni se mostró *acomodador* de un hecho de Ciencia á las declaraciones de los textos sagrados.

Así, por ejemplo, á la eterna pregunta ¿qué será del hombre después de muerto? contesta Letamendi como hombre de Ciencia: «Acerca del destino ulterior del ser humano será lo que se fuere, y creará cada uno lo que pudiera creer, según su educación religiosa, su carácter ó su intuición filosófica» (1).

(1) «Pero entonces, ¿cabe dentro de tu doctrina psicológica el dogma religioso de la inmortalidad? Cabe mas, no como postulado categorico, pues el objeto de la ciencia nunca es la transcendencia, sino la realidad actual; pero, en cambio, como estricta ciencia

(1) Ortí y Lara: «Metafísica y Filosofía natural», pág. 2.





Donde se dió á conocer Letamendi como pensador, fué en su *Discurso sobre la naturaleza y el origen del hombre*, pronunciado en el Ateneo Catalán, en el año 1867, donde defiende la unidad de la especie del linaje humano.

(Continuará.)

## Sociedades científicas.

### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 10 DE MARZO DE 1923

#### Reumatismo de origen dentario.

El Dr. DECRET lee unas notas de Galippe de hace treinta y tres años en que combate la opinión de Magitot y Bruneau de que la artritis alveolodentaria sea consecuencia del reumatismo articular, sino todo lo contrario, declarando que la naturaleza de la gingivitis expulsiva es de origen microbiano; que Guyot, hace diez y ocho años también se ocupó de lo mismo.

El Dr. MARAÑÓN contesta á los señores que han intervenido en la discusión, diciendo al Dr. Decref, que en efecto, Guyot fué uno de los precursores en Francia de esta teoría de la infección poliartritica, y que en su comunicación ya le citó, pero sin entrar en grandes detalles por no resultar extenso; que por la misma causa dejó de citar al Dr. Huertas, en quien reconoce actividad científica y uno de los propagadores del procedimiento de Baccelli respecto al empleo del sublimado corrosivo en inyecciones; que por idénticas razones no se extendió en lo dicho por los señores Decref y Valle Aldabalde respecto á los agentes endógenos y exógenos considerados como causa de la enfermedad reumática, siendo difícil deslindar dónde termina lo endógeno y empieza lo infeccioso. Cita un caso: se trataba de un joven que había tenido varios casos de accesos de reuma, que se repetían con frecuencia, de carácter gotoso ó pseudogotoso, de origen endógeno. Fué á Inglaterra; se le hizo una radiografía de los dientes, encontrándose dos de ellos con un granuloma apical, y los demás, sanos; con todo, los médicos le convencieron de que debía extraerse la dentadura completa y así se realizó; mejoró bastante, y los ataques son cuando no han desaparecido del todo, le permiten dedicarse á su profesión. Lo discreto hubiera sido extraer los dientes dañados, ya que existe un fondo endógeno de perturbación del metabolismo, al cual no puede llegar dicha supresión del foco originario.

Respecto al origen faríngeo de que habló el Dr. Valle, y al de la conjuntiva relatada por el Dr. Márquez, ya indicó

humana, ni niega ni puede negar la transcendencia...; todas las soluciones de ultratumba resultan posibles; posible, científicamente, es que la muerte nos arrebatase para siempre la ocasión de recobrar la conciencia propia (suño eterno, descanso eterno); posible, científicamente, es que la muerte no sea más que un cambio de información (transmigración de las almas); posible científicamente, es el que, llegado un ente á la categoría de alma humana, constituya su vida una verdadera gimnasia moral, cuyo mérito le inunda virtud para pasar del organismo agonizante al claro infante seno de la divinidad misma. Quizá el progreso determinado en la creación entera á favor de la *lucha por la existencia* no sea más, ó por mejor decir, no sea menos que un sistema de premios secundarios, adjudicados en el espantable torneo de la vida, como estímulo para llegar, por grados, de substancia inerte á ser viviente, de ser inconsciente á alma consciente, de alma mortal á espíritu inmortal. Cuestiones son estas del todo ajenas al fin científico, y solo propias del sentimiento supremo llamado Fe; y muy tranquilo debe quedar respecto de ésta el hombre de ciencia, cuando por virtud y premio de haber procedido con imparcial serenidad en la investigación, se ve conducido á postulados compatibles con todas las tendencias del corazón humano., (Curso de Patología general, t. II, pág. 615, Letamendi.)

que eran frecuentes estos reumatismos poliarticulares. Concretándose á lo expuesto por el Dr. Aza respecto á las septicemias, dice que también indicó dicho concepto que no le pareció pertinente por no extenderse más.

El Dr. HERNANDO interviene después sobre el mismo asunto en su aspecto de infección reumática, que la considera como problema de patología médica y quirúrgica. Cita un caso de pielitis por absceso apical dentario, comprobado por la radiografía; el individuo padecía accesos febriles, con pus en la orina, escalofrío inicial intenso, fiebre de 40°, disminución de la cantidad de orina, estados que pasaban en los tres ó cuatro días para volver á repetirse. Fué diagnosticado de pielonefritis, desconociendo la causa. Le examinó detenidamente y halló una gingivitis crónica, con flemones; se hizo una radiografía de los incisivos inferiores, y en uno de ellos se encontró un absceso típico apical. Se le sometió á un régimen lacto-vegetariano, se le extrajeron los dientes dañados y curó de la pielonefritis. Casos de reumatismo los ha hallado en enfermos con apendicitis, con cistitis crónica, amigdalitis, etc., que no hay que exagerar la nota, extirpando los dientes, pues muchos de los enfermos del aparato digestivo, el 70 por 100 son piorreicos y no todos tienen ataques reumáticos. Son casi siempre enfermos que acusan una infección dentaria susceptible de agudizarse, como la gingivitis crónica, pulpitis, que en el curso de ellas por el foramen apical invaden la encía, ó en el caso de las gingivitis se origina un flemon ó un absceso apical, formas de agudización de la afección dentaria que pueden dar localizaciones intradentarias.

(Continuará.)

### Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Sesión correspondiente al mes de Mayo de 1923, bajo la presidencia del Dr. Covisa.

#### Revisión clínica terapéutica de las alteraciones secretorias y sus dermatías.

Dr. Sicilia.—En un razonado y elocuente discurso, el Dr. Sicilia va dando cuenta á la Academia de las distintas graduaciones que en su relación con las alteraciones secretorias, presentan los distintos individuos, llegando en sus extremos á una disminución funcional que limita con la ausencia total y á una hipersecreción, que da lugar en sus distintas fases á una serie de trastornos cutáneos los más diversos, en los cuales su tratamiento ofrece una seriedad distinta de indicación. En consecuencia con su argumentación va separando las principales medicaciones que convienen á cada estado, que demuestran el conocimiento extenso que en esta cuestión ha llegado á lograr el Dr. Sicilia.

#### Contribución á los nuevos ensayos acerca de la atenuación de la toxicidad del salvarsán.

Dr. Barrio de Medina.—Me propongo con esta modesta comunicación dar á conocer á la Sociedad los resultados clínicos que yo he obtenido en la atenuación de las manifestaciones secundarias á la mayor parte de las inyecciones de salvarsán que todos tenemos, por la incorporación á dicha inyección del compuesto cálcico *Afenil*, que como se sabe es una doble combinación de cloruro de calcio con urea que se vende en el comercio en forma de solución al 10 por 100 en ampollas de 10 c. c. conteniendo 11,42 por 100 de calcio y 68,28 por 100 de urea, correspondiendo, pues, por cada ampolla 11 centigramos aproximadamente de calcio, según la literatura que hasta nosotros ha llegado.

Seguramente que todos conocen ya los trabajos diversos



de autores alemanes que en sus revistas han salido, en las cuales afirman que la incorporación del afenil á la inyección de neosalvarsán ó el tratamiento preventivo por medio de dicho afenil puesto veinticuatro horas antes de la inyección de neo evita totalmente ó atenúa de un modo notable las manifestaciones secundarias atribuidas á la toxicidad del salvarsán, que se traducen por fiebre elevada, cefalalgias intensas, etcétera, etc.; pues bien, yo he ensayado dicho preparado para comprobar ó no dichas afirmaciones, ya que de cierto tiempo á esta parte, á mí al menos, estas manifestaciones consecutivas al salvarsán han ido en aumento y los resultados que he obtenido han sido los siguientes:

Lo he empleado bajo tres formas distintas; como preventivo, es decir, inyectando veinticuatro horas antes del neosalvarsán 10 c. c. de afenil, asociado al neo, ó sea sustituyendo el suero fisiológico ó agua destilada por afenil en el cual se disuelve á la perfección el neo, y como tratamiento, es decir, en plena reacción por neosalvarsán, inyectando 10 c. c. del afenil.

Como preventivo he inyectado 10 inyecciones, de las cuales seis han correspondido á dos enfermos que ordinariamente venían teniendo gran reacción después de sus anteriores inyecciones de neosalvarsán y en los cuales esta se suprimió en una gran parte, pero persistieron aunque atenuadas las manifestaciones que siempre tenían; las restantes han sido también á dos enfermos que toleraban bien aparentemente al menos sus dosis y en éstos han continuado lo mismo, sin alteración ni manifestación alguna.

(Concluirá.)

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

#### REAL ORDEN

Al objeto de resolver ciertas dudas suscitadas con motivo de los gastos que las exhumaciones é inhumaciones de cadáveres originan, de cuyos gastos sólo el que se refiere á los derechos de las autoridades sanitarias han de percibir en papel de pagos al Estado, aparece consignado en las tarifas aprobadas por Real decreto de 24 de Febrero de 1908,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Los gastos que se ocasionen por el traslado de las autoridades sanitarias que hayan sido legalmente encargadas de vigilar y autorizar el acto, así como los medios de desinfección que consideren éstas necesario para garantizar la salud pública, será de cuenta de los interesados en el servicio.

2.º Una vez autorizada por el gobernador civil de la provincia la exhumación, los subdelegados de Medicina que hayan de intervenir fijarán, de acuerdo con los interesados, el día y la hora en que deba practicarse, teniendo en cuenta que todos los días de la semana, incluso los festivos, se considerarán hábiles para realizar este servicio; y

3.º Quedará á juicio de dichas autoridades sanitarias autorizar ó no los cambios de féretros, según las condiciones en que se encuentren los exhumados, así como fijar las que deben reunir los féretros de nueva construcción con los que el cambio ha de efectuarse, siendo también de cuenta de los interesados en el servicio los gastos que por este motivo se ocasionen.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos que se interesan. Dios guarde á V. S. muchos años.

Madrid, 2 de Junio de 1923.—*Almodóvar*.—Señores gobernadores civiles de todas las provincias. (*Gaceta* del 6 de Junio.)

### MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

#### SUBSECRETARÍA

En el Juzgado de primera instancia de Santa Cruz de la Palma se halla vacante, por excedencia del que la desempeñaba, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por concurso de antigüedad absoluta en la categoría inferior inmediata, conforme á lo prevenido en el art. 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Las Palmas, 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, 7 de Junio de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*. (*Gaceta* del 12 de Junio de 1923.)

En el Juzgado de primera instancia de Granadilla se halla vacante, por promoción de D. Joaquín Camino, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el artículo 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Las Palmas 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, 7 de Junio de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*. (*Gaceta* del 12 de Junio de 1923.)

En el Juzgado de primera instancia de Puerto de Arrecife se halla vacante, por fallecimiento de D. César Samper, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por traslación conforme á lo prevenido en el artículo 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Las Palmas 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, 7 de Junio de 1923.—El subsecretario, *Mateo Azpeitia*. (*Gaceta* del 12 de Junio de 1923.)

### Gaceta de la salud pública.

#### Estado sanitario de Madrid (1).

Los casos de trastornos gastrointestinales y afecciones de las vías respiratorias en la infancia continúan siendo los procesos predominantes. La tosferina persiste aún con la tenacidad que le es propia. En los adultos van cediendo los casos de procesos broncopulmonares.

Los procesos crónicos se han aliviado algo en general y la mortalidad se mantiene dentro de los límites ordinarios en la estación.

### Crónicas.

**Nuevas ediciones.**—Durante su actual estancia en París ha concertado nuestro director la publicación de una edición nueva destinada á la América española, de su libro titulado *Cajal. Su personalidad, su obra, su escuela*. La obra será

(1) Suprimimos los datos meteorológicos hasta podérselos proporcionar por otros mismos, pues el Observatorio oficial ha suprimido su publicación en la *Gaceta* sin duda para no incurrir en el nefando delito de servir para algo.



editada por la importante casa editorial Franco-Ibero-Americana, que rige el Sr. Muñoz Escames y tendrá iguales condiciones de elegancia y buen gusto que la últimamente publicada por la misma casa y dedicada al ilustre Pasteur. También ha recibido el Sr. Cortezo proposiciones para la traducción y publicación de su obra de una importante casa de Leipzig.

**Sanidad de la Armada.**—Por Real orden de 15 de Junio se ha aprobado la propuesta en virtud de la cual el R. y ha tenido a bien nombrar tenientes médicos de la misma, con antigüedad del día 15, á los opositores aprobados en la última convocatoria que á continuación se expresan y que fueron declarados aptos para el ingreso en el mencionado Cuerpo por Real orden de 9 del actual (D. O. núm. 131), quienes deberán ser escalafonados por el orden en que se relacionan:

- Núm. 1. D. Angel Jorro Azcune.
2. D. Antonio García Corona.
3. D. José Pérez Lorca.
4. D. Julio Ceballos Salcedo.
5. D. José Bravo y Díaz Ceballos.
6. D. Francisco Ramalho Brodín.
7. D. Rafael Cáceres García.
8. D. José Luis Martín de Antonio.
9. D. Francisco Pérez Rodríguez.
10. D. Manuel Vaamonde Valencia.
11. D. Ramón Grosso Portillo.
12. D. Federico Sánchez Plaza.
13. D. José Domenech Lorens.
14. D. Pedro Luis Sire y de la Casa.
15. D. Alfonso Gil Blanco.

**Distinción del Gobierno griego al Dr. Huertas.**—El enviado extraordinario y ministro plenipotenciario de Grecia en España, Sr. L. Caftanzoglou, visitó recientemente al ilustre Dr. D. Francisco Huertas, para hacerle entrega oficial de la encomienda de gran comendador de la Orden Real de Jorge I, que el Gobierno griego le ha concedido como homenaje á sus relevantes méritos científicos.

La personalidad del Dr. Huertas es de las que relevan de la obligada mención ó recuerdo de servicios y trabajos. En todas las esferas sociales, desde el hospital hasta el Senado, se sabe quien es, lo que representa y lo que vale D. Francisco Huertas. El homenaje que le rinde el Gobierno griego es prueba de que no sólo en España se saben apreciar sus méritos.

**Sociedad Filantrópica Mercantil Matritense.**—Habiéndose acordado crear una plaza de médico especialista en Cirugía general, con el sueldo de entrada de 4 000 pesetas anuales, se anuncia el concurso para su provision, admitiéndose solicitudes, que serán dirigidas al señor presidente, desde el día 25 del actual, hasta el 14 de Julio próximo.

La edad de los concursantes no podrá exceder de cincuenta años, y el pliego de las demás condiciones estará expuesto en las oficinas de la Sociedad, Abada, núm. 3 principal, todos los días laborables, de diez á doce de la mañana y de tres á cinco de la tarde.

Madrid, 24 de Junio de 1923.—El secretario general, *Alfredo Aleix.*

**Academia Médico Quirúrgica.**—La Academia Médico Quirúrgica Española recuerda á todos los profesionales de España que el 30 de Septiembre próximo termina el plazo de admisión de los trabajos que aspiren á los premios de 1.500 y 500 pesetas establecidos este año.

Tema para el premio de 1.500 pesetas: «La regulación de la glucemia». Para el de 500, de libre elección. En la Administración de la Academia, Gran Vía, 8, primero, se facilitan programas impresos con las condiciones del concurso.

**Oposiciones á inspectores provinciales de Sanidad.**—Convocadas para siete plazas en la *Gaceta* del 22 de Junio. Instancias hasta el 31 de Octubre. Ejercicios segunda decena de Noviembre. Obra única que contesta al programa, 60 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

**Sanidad Militar.**—120 plazas convocadas en la *Gaceta* del 16 de Junio. Instancias hasta el 25 de Agosto. Ejercicios, 1.º Septiembre. Obra de contestaciones, 75 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

**Excipiente inerte.**—La juventud es el paraíso de la vida y los viejos aman la alegría que es la juventud de alma.

(Y. Nievo.)

*Dar sombra:* frase que se aplica lo mismo á los grandes árboles que á los grandes hombres.

(Victor Hugo.)

**Gynergeno Sandoz.**—Acompañamos al presente número una tarjeta prospecto sobre los hemostáticos uterinos de la Fábrica de Productos Químicos de Basilea (Suiza), cuya lectura recomendamos.

**Quinanfer.**—Al presente número acompañamos un prospecto sobre este producto de la Farmacia Americana, de Madrid (Carrera de San Jerónimo, 1), cuya lectura recomendamos.

## BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó 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



*Raimost*  
bino sin alcohol

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, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

## NIÑOS. — FIEBRES PALUDICAS,

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

**Quininfantina Delgado Ronco.**

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

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

Suscriptor de Enrique Taodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Oabana, 1