

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director - Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMON SERRET Y COMIN y Excmo. Sr. D. ÁNGEL PULIDO

REDACTORES:

| | | | |
|---|--|---|--|
| Excmo. Sr. D. AMALIO BIMENO J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa. L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII. L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid. A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina. A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales. | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y GAJAL 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. G. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz. T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la de Medicina. C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular. 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 RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense. | A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias. G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. J. 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. |
|---|--|---|--|

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTIFICO:

Oleología española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—Orticia, 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 a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Nuestra opinión acerca del tratamiento del estrabismo, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Ureogénesis, por el Dr. Carracido.—Adenopatías submaxilares abiertas y supuradas de tipo escrofuloderma tratadas con lámparas de cuarzo, por el doctor Barrio de Medina.—Las aplicaciones terapéuticas del bacilo acidófilo, por Pedro Aznar y Jesús Jiménez.—Sociedad Española de Dermatología y Sifilografía, por el Dr. Barrio de Medina.—Bibliografía, por E. Luengo.—Periódicos médicos.

Nuestra opinión acerca del tratamiento del estrabismo
con motivo de los cinco casos que presentamos a la
Academia Médico Quirúrgica Española,
en la sesión del día 17 de Diciembre de 1923

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

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

En la sesión del día 10 de Diciembre último, mi distinguido compañero y amigo el Dr. Basterra presentó en la Academia Médico-Quirúrgica una joven operada de estrabismo convergente de hacía tres ó cuatro días, y en la que había practicado la operación solamente en el ojo desviado, a pesar de ser bastante acentuada la desviación estrábica; recordando, de pasada, los casos presentados por nosotros, en el curso pasado, en aquella misma Academia.

Cuatro días después fué a visitarnos uno de nuestros operados de estrabismo del año pasado, y como precisamente concurrían en él circunstancias diferentes a las presentadas por la enferma del Dr. Basterra, cuales eran, relativa antigüedad de la operación y el haber intervenido en ambos ojos, a pesar de no ser el estrabismo muy acentuado, nos pareció de oportunidad presentarlo en dicha Academia, para que se pudiera apreciar el maravilloso resultado cosmético y funcional que se había obtenido con este modo de proceder. Mas

para hacer realzar estos extremos se nos ocurrió invitar a otros dos operados de Madrid, a la vez que presentar las fotografías de otras dos operadas ausentes, casos todos bastante parecidos entre sí.

Y en la siguiente sesión, la del 17 de Diciembre pasado, tuvieron los señores académicos ocasión de ver estos tres operados y las fotografías de las dos enfermas que no pudieron concurrir; es decir, de cinco casos operados de estrabismo, cuyos principales caracteres son:

Observación 1.ª—Muchacho de veinte años, vecino de Ciudad Real, que padecía desde la infancia un estrabismo convergente del ojo derecho, con fuerte ambliopía (visión de dedos a 2 metros). Astigmatismo hipermetrópico en ambos, más acentuado en el estrábico. La desviación de este ojo antes de la operación era de 35°. Intervención en ambos ojos el día 6 de Junio de 1923, consistente en acortamiento, con reinserción en su propia inserción tendinosa, de ambos rectos externos, más acentuado en el ojo estrábico y en la tenotomía del recto interno, de este mismo ojo.

Ejercicios amblioscópicos y estereoscópicos durante un mes. Resultados cosmético y funcional admirables. Se obtuvo el restablecimiento de la visión binocular y estereoscópica y el aumento de la agudeza visual del ojo estrábico, hasta $\frac{1}{6}$, con la corrección óptica apropiada. Actualmente continúa aún mejor que al ser dado de alta.

Observación 2.^a—Señorita de veintiséis años, de Madrid, padecía de un estrabismo convergente del ojo derecho desde la infancia (antes de la operación era de 25°).

Miopia de 9 dioptrías en el ojo izquierdo y de 12 en el derecho (estrábico), con astigmatismo oblicuo de 2 y 4 dioptrías, respectivamente.

Operada el día 1.º de Febrero de 1923, en ambos ojos: idéntica operación que en el caso primero.

Ejercicios amblioscópicos y estereoscópicos durante tres meses. Resultados cosmético y funcional magníficos, habiéndose obtenido el restablecimiento de la visión binocular y estereoscópica, conservándose actualmente la curación del estrabismo. Usa la prescripción óptica apropiada.

Observación 3.^a—Bella señorita, hija de un notable médico de esta Corte, de diez y nueve años, con estrabismo convergente de 50° del ojo izquierdo desde la edad de tres años.

Visión en ambos ojos.—1. Ligero astigmatismo hipermetrópico simple. Desde la infancia ha sido sometida á todos los tratamientos médicos del estrabismo, sin resultado.

La operamos el día 15 de Febrero de 1923, practicándole la resección, muy acentuada, del tendón del músculo recto externo, con reinserción en la propia inserción tendinosa y la tenotomía del recto interno, en el ojo estrábico, y la resección, en menor grado, del tendón del recto externo, con reinserción en su propia inserción tendinosa, del ojo fijador.

Ejercicios estereoscópicos durante cuatro meses, con la corrección óptica apropiada.

Resultado cosmético ideal y funcional perfecto; se ha restablecido la visión binocular y estereoscópica, obteniéndose la verdadera curación del estrabismo. No le es necesario el uso de cristales.

Observación 4.^a—Joven estudiante de este Corte, de diez y ocho años, que padece un estrabismo convergente del ojo derecho, que data desde los tres años y que en los días antes de la operación es de 35°.

Visión en el ojo izquierdo = 1 y con el derecho (el estrábico) = $\frac{1}{2}$. Astigmatismo hipermetrópico compuesto en ambos ojos, más acentuado en el estrábico.

Operado el día 21 de Abril de 1923 en ambos ojos, practicándole idénticas operaciones que á los tres casos anteriores.

Ejercicios estereoscópicos durante un mes, con la corrección óptica necesaria, habiendo obtenido una corrección magnífica y el restablecimiento perfecto de la visión binocular y estereoscópica.

Observación 5.^a—Señora de treinta y cinco años, que sufre desde la infancia un estrabismo convergente del ojo derecho de 40°, con fuerte ambliopía.

Miopia de 7 dioptrías en ambos ojos, con astigmatismo de 1,50 y 2,50 dioptrías en el ojo izquierdo y derecho, respectivamente.

Operada el día 14 de Junio de 1923, practicándosele idénticas operaciones en ambos ojos, que en las observaciones anteriores.

Resultados cosmético y funcional magníficos. Ha

conseguido el restablecimiento de la visión binocular y estereoscópica en cuanto lo ha permitido su ambliopía, que por ser muy antigua no ha podido modificarse en grado muy elevado, á pesar de haber empleado los diferentes recursos aconsejados para ello.

Estas cinco observaciones, mas las once que presenté á la misma Academia Médico-Quirúrgica en el curso pasado, entre un total de 22 operados de estrabismo en año y medio, aparte de los muchos casos intervenidos por nosotros en nuestra ya larga práctica, nos autoriza á exponer nuestra modesta opinión en asunto de tanta importancia oftalmológica y social como es el tratamiento del estrabismo.

Pero antes expondremos las distintas fases porque ha pasado nuestro modo de pensar sobre este particular.

Al comenzar el ejercicio de nuestra especialidad (1903), dominaba en Oftalmología el tratamiento no operatorio del estrabismo, impulsado por la gran autoridad de Javal, quien acostumbraba á tratar á los estrábitos (sólo en muy contados casos aconsejaba la intervención quirúrgica), por la oclusión del ojo sano, por medio de la *louchette* (placa opaca imperforada) al objeto de despertar la fijación del ojo estrábico, primer peldaño para la fusión de las imágenes y el restablecimiento de la visión binocular. Pero esta terapéutica (*de la louchette*) era molesta, larguísima (siempre de tan larga fecha como la antigüedad del estrabismo) y de resultados inseguros. También ponía en práctica los tratamientos óptico y ortóptico del estrabismo. Sin embargo, se operaban, especialmente en Francia, muchos estrábitos convergentes practicándoseles la tenotomía de ambos rectos internos, aconsejada por Panas, ó el avanzamiento cápsulo-muscular de los rectos externos, patrocinado por de Wecker. En nuestra Patria apenas si se realizaban, y de muy tarde en tarde, algunas de estas operaciones, sin que llegasen á asociarse de un modo racional los tratamientos quirúrgico y médico del estrabismo. Por entonces nosotros practicábamos la tenotomía de uno ó de ambos rectos internos, como único tratamiento (auxiliado por la corrección óptica) del estrabismo convergente. Ni que decir tiene que esta terapéutica no llegó á cautivarnos.

Más tarde, en 1914, durante nuestra permanencia en París, vimos practicar gran número de operaciones de estrabismo en el Hotel Dieu, Quince Vintgs y Larivoisière á de La personne, Valude, Chevallereau, Kalt, Chaillous y Morax, titulares de los servicios de Oftalmología, consistentes en la técnica de Landolt (avanzamiento muscular con resección de tendón de ambos rectos externos), á la vez que la tenotomía del recto interno del ojo estrábico (1); completada con los ejercicios ortópticos después de la operación. En el Hotel Dieu, estos ejercicios se verificaban con el diplosco de Remy. Verdaderamente era un triste contraste ver el gran número de estrábitos que se operaban en Francia, comparado con la cifra pequenísima de los que se intervenían en España!

(1) Alguna vez, y cuando estaba indicado, verificaban la operación en un solo ojo.

Pues bien; la técnica de Landolt representaba un gran progreso en la terapéutica del estrabismo, y á decir verdad, y fundado en la expresión oftalmológica, de que «el tratamiento quirúrgico del estrabismo no es una operación de efecto anatómico, sino fisiológico», los enfermos quedaban bastante bien si después era completada con los tratamientos óptico y ortóptico. Sin embargo, el avanzamiento muscular con ó sin resección de tendón, es una operación teórica, en la que falta la base científica que dá la anatomía y fisiología ocular y de éxito inseguro por las razones que dábamos en nuestra primera comunicación á aquella Academia, sobre el estrabismo, en 11 de Diciembre de 1922, y que transcribimos:

«En el avanzamiento clásico de Landolt, una vez resecado el trozo conveniente de tendón, se lleva la extremidad anterior del músculo recto externo á insertarla, mediante dos puntos de sutura, en las proximidades de la córnea, haciendo pasar las agujas por debajo de la conjuntiva en pleno tejido episcleral, en dirección ascendente una y descendente la otra. Con ello, el amarre de los hilos ó no era lo bastante resistente (dado que no lo es la conjuntiva ni el tejido episcleral), ó se corría el riesgo, al querer atravesar las capas superficiales de la esclerótica con la aguja, de perforar esta membrana. En la duda y ante el peligro de perforación del ojo, la sujeción de los hilos no se hacía todo lo resistente que debiera, y la corrección que se obtenía tampoco era la que puede conseguirse cuando se fijan los puntos en un tejido fuerte y espeso. Además, al anudar los hilos que habían salido cerca de la parte superior é inferior de la córnea, respectivamente, el músculo ó se desgarraba ó se dividía en dos bandas ó lengüetas, en vez de mantenerse en un solo cuerpo como en condiciones normales, debilitándose con ello el poder contráctil del mismo.

»Por otra parte, al insertar el músculo en una zona que no es la normal y tener que comprender en los puntos gran cantidad de tejido episcleral y conjuntival (por lo que se sacaban las agujas tan distantes de la dirección del eje del músculo), para que la fijación fuese lo más sólida posible, por mucho cuidado que se pusiese, los puntos no caían perfectamente equidistantes del eje del músculo, con lo que la dinámica ocular no podía ser todo lo perfecta que en condiciones fisiológicas.»

Este procedimiento de avanzamiento muscular tampoco fué nunca de nuestro agrado.

Tampoco nos satisfacen el avanzamiento cápsulo-muscular de de Wecker y el plegamiento muscular de Lagleyze, pues ambos procedimientos, aunque respetan la propia inserción tendinosa, el contacto de tejidos sanos (tendón, cápsula y músculo) no crea medios unitivos permanentes sino en aquellos sitios que ha habido solución de continuidad, como son los delgados túneles por los que han pasado los puntos de sutura, como lo atestigua el hecho de la desaparición, al poco tiempo, del relieve formado por dichos tejidos en el acto operatorio; pero estos delgados tractus cicatriciales formados por el estímulo de los hilos son á todas

luces insuficientes para el fin que se desea, y buena prueba de ello es la escasa corrección definitiva que con estos procedimientos se obtiene.

Y, por último, llegamos á la actual etapa de nuestro modo de apreciar el tratamiento del estrabismo, que ha sido motivada por la aparición de una técnica quirúrgica nueva (1), que nosotros juzgamos como decisiva, y que fundamentalmente consiste, aparte de detalles accesorios distintos para cada autor, en el *acortamiento, por resección de un trozo de tendón, del músculo alargado, con reinserción en la propia inserción escleral del músculo*; lo que permite que la atadura de los hilos sea fuerte y resistente y la corrección obtenida muy grande, estando, por otra parte, perfectamente equilibrada la dinámica ocular, puesto que en nada han variado las condiciones normales, excepción hecha del acortamiento del músculo, que refuerza su acción contráctil. Además, es operación sencilla, exenta de peligros y en la que la corrección que se obtiene en el acto operatorio persiste definitivamente. No existe el temor de que se aflojen ó se caigan los puntos de sutura, verificándose, por otra parte, la cicatrización muy rápidamente.

Nuestra creencia es, que con esta nueva técnica operatoria estamos ya en posesión de un tratamiento quirúrgico perfectamente eficaz para la corrección de la desviación estrábica, uno de los factores, si bien el más importante, en el tratamiento de la mayor parte de los estrabismos convergentes, que acuden al oculista. Y con esto queda dicho, al mismo tiempo, que la intervención operatoria aun la más perfecta, como es esta última, *no es todo* en el tratamiento del estrabismo, sino que hay *otra parte*, que también es imprescindible (corrección óptica y ejercicios ortópticos) para que la *curación* sea completa. Al hablar del tratamiento del estrabismo hay que recordar á menudo la frase de de Wecker, de *estrabismos corregibles* (aquéllos en los que se obtiene la corrección de la desviación estrábica, pero no se ha recobrado la visión binocular), y de *estrabismos curables* (los que además de la corrección estética se ha logrado la vuelta de la visión binocular).

Ahora bien; y esto es lo interesante, desde el punto de vista práctico: ¿el tratamiento quirúrgico del estrabismo debe practicarse siempre ó tiene sus indicaciones especiales? Aplacemos un momento la contestación porque ella aparecerá en el curso de esta exposición que no será otra cosa sino nuestra modesta opinión (ya anunciada) en el tratamiento del estrabismo.

Comencemos por decir que en el estrabismo hay dos partes, la llamada *fija* y la llamada *variable* del estrabismo. Ambas partes se ponen de manifiesto en el estrabismo convergente con el empleo, durante varios días consecutivos, de un colirio de atropina que paraliza la acomodación, y de los cristales convexos ó combinados, que corrigen la ametropía. En estas condiciones, la parte variable del estrabismo desaparece, quedando sin modificar la parte fija; y pueden darse los

(1) Blanco (de Valencia), Castresana (de Madrid), Duverger y Metty (de Estrasburgo).

casos siguientes: 1.º, que la desviación estrábica haya desaparecido; 2.º, que haya disminuido, y 3.º, que permanezca sin alteración. En el primer caso, en el estrabismo, todo es parte variable y solo necesitará del tratamiento óptico. En el segundo caso, el tratamiento óptico (y aun combinado con el ortóptico) será de éxito dudoso; en el estrabismo existe parte variable y parte fija y habrá que terminar por poner en práctica ambos tratamientos (el médico y el quirúrgico). Y en el tercer caso, en el estrabismo solo existe la parte fija y en él habrá que acudir, desde el principio, al tratamiento quirúrgico. De suerte, que la parte fija del estrabismo solo es beneficiable de la terapéutica operatoria.

Ahora bien; el tratamiento quirúrgico por sí solo, como hemos dicho, no es lo bastante para obtener la curación del estrabismo en la verdadera acepción de la palabra (corrección estética y obtención de la visión binocular y estereoscópica (1), sino que es indispensable completarlo con la prescripción óptica (si ha menester) y con los ejercicios ortópticos; por lo que habrá que tener en cuenta varios factores, aparte de los correspondientes a toda intervención quirúrgica, antes de operar. Estos factores son: unos inherentes al individuo, la edad, la clase de estrabismo, la agudeza visual y el grado de la desviación estrábica; y otros, inherentes al acto quirúrgico: clase de operación, dosaje de la misma, y si se ha de practicar en uno ó en ambos ojos.

La edad del sujeto es uno de los factores más importantes en el tratamiento del estrabismo. En los niños es la regla el estrabismo convergente y es uno de los asuntos más debatidos cuál es la edad mínima a que debe practicarse la operación. Claro es que no pueden darse normas matemáticas, como no se dan en los restantes campos de la Medicina, porque habrá que tener en cuenta todos los demás factores, dentro del factor edad. De ordinario, el estrabismo convergente se instala de los dos a los tres años, es decir, en una edad en la que aún no está perfectamente desarrollado el aparato funcional de la visión binocular; por eso son tan relativamente frecuentes sus trastornos ó alteraciones patológicas. En esta edad, la terapéutica racional ha de ser la causal: poner el aparato visual en las condiciones funcionales normales, mediante la corrección total de los defectos de refracción, auxiliado por las instilaciones de atropina, con lo que se restablecen para la visión lejana las relaciones fisiológicas entre la acomodación y la convergencia, que después al suprimir el midriático, han de persistir también para la visión próxima. Entonces sólo existe en el estrabismo la parte variable; no hay parte fija y por ello nada ha de hacer la intervención quirúrgica.

En los niños de edad más avanzada, de cuatro a siete años, habrá que comenzar por la corrección total de su defecto de refracción, previa atropinización durante varios días consecutivos, seguido de ejercicios ortópticos (estereoscópicos, diplocópicos ó amblioscópicos si ha lugar), al objeto de despertar la fijación del

ojo desviado y la presentación de la diplopia, para ir progresivamente obteniendo la fusión de las dobles imágenes y el restablecimiento de la visión binocular y estereoscópica (curación del estrabismo). Este tratamiento será de tanto más resultado cuanto más próximo a la fecha de la aparición del estrabismo se ha comenzado por ir en auxilio del recuerdo que los centros nerviosos hayan podido guardar de los actos que tienen que realizar para ver binocularmente.

Alrededor de los ocho años, y especialmente desde esta edad en adelante, la decoración suele cambiar por completo. Si el estrabismo se instaló prematuramente, suele ocurrir que la desviación estrábica sea ya bastante acentuada (1), que la ambliopía sea considerable y, por fin, que la parte fija del estrabismo domine ya a la parte variable. Entonces, si bien podemos ensayar los tratamientos óptico y ortóptico (y debemos hacerlo, porque en último caso reportan gran utilidad para después de la operación), habrá que ir sin pérdida de tiempo a la intervención quirúrgica que corrige en seguida la desviación estrábica y coloca los ojos en una posición diferente de la primitiva y muy favorable para la aparición de la diplopia, primer anillo de la cadena necesaria para llegar a la visión estereoscópica ó curación del estrabismo. La operación por decirlo así, habrá roto el mecanismo que mantenía en posición anómala los globos oculares y los colocará en una nueva, en la que tendrán que coordinar de modo distinto sus movimientos, para el resurgimiento de una convergencia normal; factor este último que sólo se consigue con los ejercicios ortópticos, previa corrección de los defectos de refracción. Esto indica, en primer lugar, que la convergencia normal (parte motora) está supeditada a la función retiniana (parte sensorial); y, en segundo término, que cuanto más pronto se practique la operación, tanto más se conservarán en la memoria los diferentes actos motores que el sistema nervioso haya de realizar para ver binocularmente.

(Se continuará.)

UREOGÉNESIS (2)

POR EL

DR. CARRACIDO

Señores académicos:

Una vez más tengo que pedir la benevolencia de este auditorio, por traer a la tribuna de la Academia un asunto que inmediatamente no es clínico.

Sin embargo, como la clínica no es conocimiento empírico, sino científico, yo creo que los conocimientos de aplicación mediata pueden interesar al clínico, y por ello, me he atrevido a ocupar este lugar para un asunto de la índole del que pienso exponer.

Además, creo cumplir la misión que oficialmente tengo, de ser un propagandista de la Química biológica, puesto que ésta es la enseñanza de mi Cátedra, y creo cumplir mi

(1) Hemos visto hasta desviaciones de 55° a los ocho años de edad.

(2) Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid el 7 de Febrero de 1924.

(1) Salvo casos excepcionales

deber no haciéndolo sólo en aquel local, sino difundiéndola á todas partes donde pueda interesar, y, claro está, que en esta Real Academia, el asunto ha de ser muy interesante y por eso lo trato aun cuando no parezca de lleno correspondiente á las tareas de este Instituto. Pero contando con vuestra benevolencia, voy á entrar en la exposición del asunto.

Se trata de la ureogénesis ó formación de urea. A primera vista parecerá inútil el tratar de ello, porque hace muchos años que se ha conceptuado definitivamente estatuida y explicada esa formación, y partiendo de las razones teóricas en que se fundaba la explicación, los hechos experimentales eran tan convincentes, que se decía: cómo se forma la urea en el organismo es una cosa sabida y en la que no hay que entrar.

En efecto, se había visto que la proporción de urea eliminada estaba en relación con la cantidad de materias albuminoideas ingeridas, y como éstas entre los alimentos y la urea entre los compuestos excretados, son los que llevan más nitrógeno, se decía: pues la urea es el modo de excretar el organismo las substancias nitrogenadas que ingiere como alimentos y que destruye en su trabajo funcional. Se decía, las materias albuminoideas son cuerpos de peso molecular elevadísimo, formadas por centenares de átomos de carbono, y la urea sólo tiene uno llevando dos de N. De modo, que el procedimiento del organismo es disgregar aquel complejo reduciéndolo á la máxima sencillez. ¿Cuál era el escalpelo que efectuaba esa disección? El oxígeno. La urea es un cuerpo relativamente muy oxidado, respecto á los demás compuestos nitrogenados que se eliminan, y se decía: sencilla en su composición, ricamente oxigenada, procede del desmoronamiento de la molécula albuminoidea siendo su fragmento más pequeño y la piqueta el O.

Esta era la idea, desde luego, admitida. Sin embargo, tuvo al poco tiempo de haber sido admitida, una rectificación á consecuencia de las ideas de Pasteur, genio eminente cuyas teorías no es menester recordar, y que era un vitalista de los más convencidos en las ciencias biológicas y en el campo de la Química, donde actuó tan grandiosamente como en todos los terrenos donde puso su entendimiento y sus miras, sentó el principio de que las acciones vitales no son acciones químicas sencillas, y como la oxidación es una sencilla operación química de laboratorio, puso reparos á esta manera de explicar el asunto, y fundándose en las fermentaciones por microorganismos en los que no interviene el O., es decir, por anaerobios, trataba de explicar la vida por acciones así, actuando el O. en último término, oxidando los escombros de las descomposiciones anteriores.

Pasteur y sus sucesores han modificado la primera teoría suponiendo que era la hidrólisis la descomposición por el agua lo que daba la urea, pero esto modificaba en poco la anterior concepción, y puede decirse que la idea primaria seguía siendo la misma: la disgregación del compuesto llevándolo al sencillo átomo del carbono con el O. ó el agua como piqueta ó agente destructor.

Esta era la explicación de la urea, pero es muy frecuente en las ciencias creer que los asuntos parezcan definitivos y venir una nueva organización, nuevos estudios que destruyan aquel sistema de conocimientos, y esto, que en todas las ciencias, aun las más definitivamente constituidas, sucede algunas veces, en la Química biológica, que está, por decirlo así, en período constitutivo, sucede con muchísima frecuencia, y cuestiones que se creían sabidas y estudiadas, se rectifican y modifican ulteriormente.

Esto suele suceder en las ciencias cuando se descubre un nuevo elemento de trabajo, es decir, que los grandes progre-

sos de la ciencia no suelen ser por descubrir nuevos hechos, sino medios de exploración para su conocimiento.

Así, tenemos en el terreno de la física que un hecho, al parecer tan sencillo como el análisis espectral, reducido á la observación de nuevas rayas en el espectro, ha llegado á tal punto en su desarrollo, que hoy es el medio más instructivo para el estudio de la estructura de los átomos.

El polarímetro; parecía de poca importancia la desviación sobre el plano de la luz polarizada, y, sin embargo, este instrumento ha dado el medio de conocer entre las estereoisomerías las de mayor importancia para el biólogo, las de los cuerpos que forman parte de la materia viva.

Todo esto son instrumentos, medios de trabajo que han ocasionado la transformación de las ideas científicas. Pues en la química los instrumentos son los reactivos. Fischer, por el descubrimiento de un nuevo reactivo, estudió la teoría de los azúcares. Por haber descubierto la fenilhidrazina, al formar las osazonas fundó, con bases científicas, la teoría de los hidratos de carbono.

También ha sido una nueva herramienta de trabajo un nuevo reactivo, el que ha venido á demostrar que hay mucho que rectificar en la antigua teoría de la urea. Este reactivo, descubierto por Fosse, es el xanthidrol, que forma un precipitado con la urea que revela su presencia con la inmensa ventaja, la mayor en los reactivos, de ser una enorme masa de éste, necesaria para una pequeña del cuerpo precipitante ó á revelar. Claro está que cuando el reactivo es de pequeña masa como el cuerpo á precipitar, las diferencias cuantitativas apenas se pueden apreciar; pero cuando su masa es muy grande, una pequeñísima diferencia del cuerpo á precipitar supone una gran cantidad de masa precipitada por la enorme del precipitante, y así pasa con el xanthidrol, que tiene siete veces más peso molecular que la urea, produciéndose con uno de urea una masa siete veces mayor de precipitado, de manera que resulta un magnífico reactivo.

De su aplicación han resultado verdaderas sorpresas, una de las cuales es la presencia de la urea, que antes se creía sólo existente en los organismos animales superiores, en toda la escala animal, y en los vegetales, y todas las plantas llevan urea. Si tomamos el zumo de una planta, y lo examinamos con este reactivo, se obtiene el precipitado de la xantilurea, de modo que la urea es producto común al organismo animal y al vegetal, cosa que si se dijese hace algún tiempo, cuando se creía que la química vegetal era opuesta á la animal, por predominar en aquella las acciones sintéticas, se hubiera considerado un absurdo esta presencia de la urea en todos los seres vivos animales y vegetales.

¿Cómo se explica esta presencia de la urea en la vida? Claro está que es mucha la trascendencia de los hechos revelados por este reactivo, pero la explicación científica no se contenta con el conocimiento de los hechos, sino que busca la razón de los mismos; y ¿qué mecanismo produce la urea en su carácter universal? Los hechos anteriores eran de observación, pero el perfecto conocimiento científico se tiene cuando, además de ésta, viene la reproducción experimental de los hechos á demostrar cómo éstos se realizan, á qué clase de leyes obedecen y por qué se producen.

En efecto, ya Beschamps había hecho un experimento en el sesenta y tantos, sometiendo las materias albuminoideas á la acción de los oxidantes poderosos, y se producía así urea; pero la proporción era tan pequeña, no había el reactivo que antes decíamos, que se discurrió la realidad del experimento, negándola algunos químicos, cosa en que influyeron razones de política, de nacionalidad, tanto que los principales impugnadores fueron alemanes, quienes dijeron que Beschamps se había equivocado, que no había urea,

sino guanidina. Pero los ideales científicos son tan nobles y tan puros, que siempre se manifiesta la verdad, y vino la reivindicación de Beschamps, precisamente por un alemán, Hoffmeister, que repitió el experimento en mejores condiciones, demostrando que lo realizado y dicho por Beschamps era cierto, ahora que había que repetirlo en mejores condiciones, es decir, que era cierto en lo fundamental, pero faltaban algunos detalles de técnica. Lo cierto es que la teoría de la formación por los peróxidos, de la peroxidación, para la urea, es cierta.

Posteriormente se ha vuelto a trabajar sobre este mismo problema utilizando, no sólo los elementos anteriores de conocimiento, sino otros nuevos como el xanthidrol; y se ha visto que, en efecto, cuando las materias orgánicas se ponen en contacto con los peróxidos, como el permanganato, el persulfato, cualquiera de las persales, sales de un ácido peroxidado, se produce la urea, pero en presencia del amoníaco, que parece ser el elemento importante para esa producción. Pero cosa curiosa: las materias albuminoideas cuando se tratan por esos peróxidos dan urea en pequeña proporción, con el amoníaco ó las sales amónicas, la proporción es grande, pero si esto se hace con los azúcares también hay urea, y con las grasas también y con el aldehído fórmico ó con la urotropina, que es una combinación amoniacal, la urea se produce también, de modo que en presencia del amoníaco, contribuyen á la formación de la urea, los cuerpos nitrogenados y los no nitrogenados, como los azúcares, las grasas, el aldehído fórmico, etc.

Si se hubiese dicho hace algunos años que el azúcar, las grasas y los cuerpos no nitrogenados contribuyen á la formación de la urea, se hubiese creído un disparate, porque se decía que sólo daban la urea los nitrogenados, y que la molécula de urea con dos átomos de N. era el mejor contenido de éste que pudiera imaginarse. Hoy resulta que los azúcares, las grasas, el formol, en presencia del amoníaco, dan urea, de modo que para su producción no hay que tener en cuenta sólo la molécula albuminoidea, sino todas las sustancias alimenticias no nitrogenadas, las sustancias ternarias, como las grasas y los azúcares.

Vese la transcendencia que tiene esta posibilidad de que por oxidación en presencia del amoníaco se transformen los azúcares y las grasas en urea, porque por este procedimiento son quemados por el organismo, contribuyendo á la producción energética que para sus funciones necesita. Esto para la glucosuria tiene una aplicación inesperada, pues se ha visto que la sangre, en contacto con el amoníaco y tratada por los peróxidos, pierde su azúcar, no sólo pasa á la hipoglucemia, sino que desaparece aquélla totalmente, y si se le hace hiperglicémica artificialmente, disolviendo glucosa en proporción conocida, desaparece ésta totalmente en presencia del amoníaco por los oxidantes, de manera que las acciones oxidantes con el amoníaco, contribuyen á la utilización de la glucosa en los trabajos fisiológicos, y uno de los factores de la explicación de la glucosuria, está en la producción de la urea.

Antes se creía que en la glucosuria lo único que pasaba era que la glucosa procedente de los alimentos que entraban en el tubo digestivo, no siendo suficientemente quemada, oxidada como combustible, era excretada y expelida en proporción, y hoy se ve que, si hay amoníaco en la sangre, la glucosa será quemada, y se producirá una cantidad de urea proporcional al primero, con el concurso de los azúcares y de las grasas.

Son estos puntos de vista enteramente nuevos, y respecto á la presencia de urea en los vegetales también se explica hoy perfectamente. ¿Cuál es la teoría aceptada respecto

á la formación de hidratos de carbono en las plantas? Pues es que primeramente, por reducción del ácido carbónico, se produce el formol, que condensándose, da lugar á la producción de los azúcares, pero ya hemos dicho anteriormente, que el formol, en presencia del amoníaco, y la urotropina, que es un compuesto amoniacal del formol, dan urea, y claro está que si en las plantas se produce incesantemente aldehído fórmico que es el paso necesario para la producción de hidratos de carbono, y como la vida de la célula vegetal es lo mismo que la de la animal esencialmente, con su protoplasma, sus acciones químicas y sus albuminoides, éstos se destruyen también y dan amoníaco, que en contacto con el formol que allí se encuentra da, desde luego, lugar á la producción de urea. Y así se explica cómo las plantas son productoras de urea.

Pero aquí tenemos como punto importante el origen de ese amoníaco sin el cual no podemos tener la urea. ¿De dónde procede? Es facilísimo de averiguar.

Todos los que me escuchan saben que las materias albuminoideas están constituidas por aminoácidos, que, como su nombre indica, tienen función ácida y amínica. Supongamos uno de los más sencillos. Las materias albuminoideas se desmoronan y destruyen, separándose sus aminoácidos, pero sometidos siempre á las leyes generales de la química, y en razón de su constitución molecular, el grupo ácido se desprende con una gran facilidad, y queda el amínico, básico, que es eminentemente tóxico. Precisamente uno de los medios de que se vale el organismo para evitar la toxicidad de estos compuestos es la presencia del grupo ácido ó carboxilo. Todos los compuestos acidificados por este procedimiento pierden gran parte de su toxicidad; pero cuando se quita el carboxilo, ésta vuelve á aparecer.

Así tenemos la histamina, resultante de la descomposición de la histidina, que es un aminoácido que tiene, como todos los aminoácidos, dos funciones, pero fundamentalmente la de restaurar, reconstituir la materia albuminoidea; pero viene su descomposición, y se forma la histamina, muy activa, muy parecida á la que se encuentra en el cornezuelo de centeno, formándose en éste por un hongo. Estos hongos obran precisamente destruyendo las materias albuminoideas, los aminoácidos, con separación del grupo carboxílico y desalojando los cuerpos ácidos. Por eso los resultados de la putrefacción de los albuminoides son muy tóxicos, y es porque apenas empieza la putrefacción queda libre el carboxilo, quedando solo el grupo básico, y por eso estas sustancias se llaman bases de la putrefacción, ó ptomainas.

Como decíamos, así es como se producen cuerpos muy tóxicos, como la histamina, resultante de la histidina, la tiramina, que resulta de la tirosina por pérdida del CO_2 . Pues bien: nos encontramos que, deshechos los aminoácidos, se presentan sustancias muy tóxicas, contra las que el organismo tiene que defenderse. En el desmoronamiento de los materiales constitutivos del organismo y de los alimenticios, son innumerables los tóxicos que se producen, y el organismo reacciona contra estas sustancias ofensivas que se producen, y entre las cuales están los resultados de los aminoácidos, mediante trabajos defensivos interesantes.

¿Cómo se convierten aquellos cuerpos en sustancias inocuas? Perdiendo el amoníaco, desaminándose, y así, efectivamente, como existen fermentos que descarboxilan los aminoácidos, hay otros que los desaminan y se desprende el NH_3 , y aquí tenemos ese amoníaco que necesitamos para la formación de la urea; de modo que la urea no resulta de la totalidad de la molécula albuminoidea, sino del amoníaco resultante de la acción defensiva del organismo para librar-

se de la acción tóxica de aquellos cuerpos, y una vez este amoníaco libre, con el O que se encuentra por todo el organismo, siempre que se encuentra materias orgánicas, azúcares, grasas, etc., produce la urea.

Es decir, que se ve cómo la ureogénesis no es la sencilla destrucción de la compleja molécula albuminoidea, en compuestos con un solo átomo de carbono, sino que su origen es diferente, viene de la combinación del amoníaco resultante de la destrucción de las aminas ó cuerpos de función básica procedentes de la descomposición de los aminoácidos por pérdida del carboxilo, y ese amoníaco, una vez libre en el organismo, así como éste se defiende del indol con el ácido sulfúrico procedente de los sulfuros, para formar el indican inocuo, se defiende también contra aquél, y la manera de hacerlo es combinar las grandes cantidades de ese cuerpo que constantemente se desprenden en el interior del organismo, con esas sustancias, ya sean ternarias ó cuaternarias, formándose así la urea.

Aquí tenemos un hecho que pone en claro que la antigua teoría de que la urea procede de la molécula albuminoidea y sólo de ella, es completamente inadmisibile. Procede del amoníaco, que hemos de suponer principalmente resultante de la disgregación de las bases amínicas de los aminoácidos y que en presencia de los oxidantes, con una sustancia orgánica, sea la que quiera, nitrogenada ó no, da la urea.

En efecto, esto se comprueba mediante un experimento que consiste en poner la sangre en contacto con una sal amónica, el azúcar desaparece por completo, y aunque incorporemos artificialmente gran cantidad de azúcar, también desaparece y la proporción de urea formada está en relación directa con la cantidad de amoníaco ó sal amónica que se puso.

Nada tiene de particular que los vegetales posean y formen urea en esas condiciones, porque aun cuando su trabajo mecánico es casi nulo, hay los demás trabajos fisiológicos, que se han de efectuar, que suponen un gasto de energía que sale de la desintegración de las moléculas que forman el organismo de la planta, y entre ellas de esos materiales albuminoideos, resultando lo mismo que en los animales, que en esos albuminoides, con la separación del ácido de su molécula, quedará un compuesto amínico básico y tóxico, contra el que se defenderá la planta, y habiendo en ésta agentes de oxidación, y habiendo aldehído fórmico, que se produce incesantemente por la reducción del ácido carbónico, ahí están los factores de la génesis de la urea.

Y aquí tenemos cómo la urea, que parecía una singularidad de ciertos organismos, de orden superior, produciéndose á expensas de los albuminoides, resulta un fenómeno universal de la materia viva, final de un proceso tan sencillo y claro como el que acabo de exponer.

Pero, señores, hay más. No basta esto que he expuesto para resolver el problema, porque inmediatamente los investigadores se han propuesto este otro: Cuando se pone en contacto el amoníaco con una sustancia orgánica y un oxidante, ¿se produce la urea de un modo inmediato, ó hay términos intermedio? Sabemos que la primera condición para la vida de los organismos es la exquisita gradación en sus procesos, y parece un poco violento que un acto tan grande como éste se diera de una manera tan violenta, sin términos intermedios. Se han buscado estos términos y se han encontrado, y ese término entre la urea y las sustancias orgánicas, es el ácido ciánico, cosa que se ha demostrado por vía analítica, pues se ha visto que poniendo en presencia amoníaco con esas sustancias y deteniendo la reacción antes de llegar al final de la misma, se encuentra por los reactivos, de una manera clara y terminante, el ácido ciánico.

Ahora bien: todos los que me escuchan saben que hace casi un siglo, fué en 1827 cuando Wohler descubrió la formación artificial de la urea mediante el cianato amónico, y cuando después se desarrollaron los estudios de química biológica, buscándose la explicación de las cuestiones, de lo que sucede *in vivo*, por lo que sucede *in vitro*, se tuvieron en cuenta los estudios de Wohler, y se dijo: ved aquí la formación de un cuerpo ciánico, pero todos los experimentos que se hacían no ponían en evidencia la presencia de ese cuerpo, que se negó, perdiéndose tanta fuerza por esa opinión, que aún en época reciente, en manos de Abderhalden, hombre joven, y una de las primeras figuras de la química biológica, le ha hecho decir que ninguna teoría hay menos probable que la del ciánico para la formación de la urea, y que los hechos de Wohler eran solamente una cosa casual de laboratorio. Ya vemos cómo puede decirse que todos los que han seguido esta opinión, puede decirse que están derrotados ante la aparición del ácido ciánico como término intermedio para la formación de la urea.

Admitido esto tenemos que suponer lo que pasa allí como lo que pasa en la producción artificial, y es que primero se produce un compuesto carbonitrogenado de poca estabilidad, que es lo que se ha de transformar después pasando de la forma inestable á la estable, como si dijéramos, un castillo hecho con piezas de dominó, que están en equilibrio, se sostienen, pero que basta la menor perturbación para que se vengán abajo buscando una posición de un mejor equilibrio estable, cayendo las fichas sobre la mesa. Pues así ocurre antes, el cuerpo de poca inestabilidad, se estabiliza isomerizando su fórmula y transformándose en urea.

Esto está muy en armonía con todo lo que sucede en la vida, porque efectivamente, en ésta tenemos que suponer que la materia que la constituye, es de inestabilidad suma porque los seres vivos están en transformación fisiológica constante de su materia, pero en condiciones suavísimas. Los fenómenos de laboratorio son de violencia brutal en comparación con la vida. En el organismo las soluciones son débiles, los líquidos casi neutros, los potenciales eléctricos muy bajos, las temperaturas difieren poco de la normal, nada hay que pueda significar violencia. ¿Cómo se ha de producir entonces la transformación material de la vida? Suponiendo solo materias sumamente inestables, y á esto responde la combinación del cianato amónico, muy inestable, que espontáneamente se transforma en su isómera la urea.

Pues esto que parece tan razonable desde el punto de vista químico, estaba negado diciendo que no tenía fundamento, que no era probable en el terreno científico, pero hoy ha venido á ponerlo de manifiesto el hecho de que la oxidación del amoníaco por los peróxidos, en presencia de las materias orgánicas, á medida que da urea, da ácido ciánico.

Esto se presta á comentarios de grande importancia. Uno de ellos es la presencia en las plantas del compuesto cianógeno. Antes, así como se consideraba la urea una singularidad propia de los animales superiores, se veía también como una especie de capricho de la Naturaleza el que hubiese algunas plantas productoras de ácido cianhídrico, como las almendras amargas, el laurel cerezo, etc.; pero á medida que se han estudiado estas plantas se ha visto que el número de ellas era muy considerable, que no se había advertido la existencia en ellas de aquel cuerpo porque no se habían hecho los análisis con la oportunidad necesaria para reconocerlo, pero empleando los métodos modernos de investigación, se ve que el número de plantas cianogénicas es considerable, y se ha notado que la proporción de cianógeno disminuye á medida que la planta se desarrolla, lo cual tiene

dos explicaciones: ó que la planta lo elimina como materia perjudicial, ó que lo utiliza para crecer, y esto último lo prueban todos los experimentos, de manera que este cuerpo tan tóxico es uno de los formadores de la materia plasmadora de la vida, de la materia albuminoidea, del ácido cianhídrico, y el resultado de su oxidación, el ciánico.

A este propósito yo voy á recordar que en el año 1920 publiqué en la *Revue Scientifique* un artículo sobre la filogenia química de la molécula albuminoidea, en el que proponía el siguiente problema: «Las materias albuminoideas sólo existen en los seres vivos, si ellos las forman en su desarrollo, se plantea el problema: estando esos seres formados fundamentalmente por esas materias, ¿dónde se formó la primera materia albuminoidea?» La formaría el primer ser vivo, pero aquí ocurre como con el huevo y la gallina: ¿dónde estaba la materia formadora de ese ser? Yo sostenía el punto de vista de las ideas de Pflüger, publicadas en el 1873 y olvidadas después sobre el origen ciánico. Yo pensaba que la formación de la primera molécula albuminoidea, la molécula prevital, resultaría del cianógeno, puesto que el C. y el N., elementos formadores de la molécula albuminoidea, se pueden combinar á las temperaturas en que no existe la vida, y el compuesto resultante, el cianógeno, tiene propensión enorme á polimerizarse, es decir, que partiendo de cuerpos de una sola molécula, se forman otras de varias, es decir, que la coexistencia del N. y del C. y la inestabilidad de la molécula así formada, darían origen al primer albuminoide. Ese artículo por mí publicado con el título de La Filogenia de la materia albuminoidea, tuvo el honor de ser impugnado por Ciamician, de la Universidad de Bolonia, muerto hace algo más de un año, y el cual no creía en lo que yo decía, ha recibido un refuerzo, desde el punto de vista por mí representado, con estas nuevas ideas que acabo de exponer sobre la formación de la urea, partiendo antes de los compuestos ciánicos, es decir, que una de las formas de la estabilización del organismo por la transformación química de un compuesto es el paso del ciánico á la urea, que corrobora lo que yo sostenía respecto á la formación de los primeros factores de la molécula albuminoidea prevital por la constitución de compuestos ciánicos y su polimerización y transformación ulterior.

Resulta, pues, que las ideas que hemos expuesto respecto á la urea son de una transcendencia enorme, verdaderamente incalculable para la fisiología, la patología y la biología en general.

En la fisiología hemos visto que hoy no se puede admitir ni afirmar que resulta la urea de la oxidación de la molécula, ó mejor de la materia albuminoidea, y hay que, por lo menos, no considerar estos cuerpos como únicos productores de la urea, teniendo en cuenta para la formación de ésta los compuestos ternarios.

Hay que tener en cuenta la importancia de la presencia del amoníaco y la intensidad de las acciones oxidantes para que se produzca la urea, y esto nos da la medida de la utilización de todos los alimentos, no sólo de los albuminoides de los que se creía que era la urea el mejor término posible, considerándose al ácido úrico con cinco átomos de carbono el resultado de una combustión incompleta de aquellas materias, siendo, como decíamos, el ideal la urea.

De modo que la utilización plena de las grasas de los hidratos de carbono y de los albuminoides está relacionada con la producción de amoníaco por la eliminación del ácido de los aminoácidos, su oxidación, y, por consiguiente, formación de urea. Por lo tanto, el clínico que encuentre mucha urea en un análisis de orina, y sólo dice: «cuánta cantidad de albuminoides», sólo tiene en cuenta un factor, de-

biendo saber que las otras sustancias alimenticias también han contribuido á la producción de esa urea, y aquí se ve la transcendencia de estas nociones teóricas, no sólo para la fisiología, sino para la clínica, para el médico y para el biólogo, y no digamos la importancia que esto tiene en cuanto nos ha presentado el ácido ciánico como uno de los cuerpos más interesantes en biología, siendo los compuestos del cianógeno, elementos que intervienen en los procesos vitales, precisamente muy inestables, que es la vida misma, la inestabilidad en todas sus transformaciones.

Esto expuesto, vemos toda la transcendencia de la ureogénesis para la vida, y aquí sí que puede afirmarse que los últimos serán los primeros, porque siendo la urea como si dijéramos la escatología de todo cuanto á la materia viva se refiere, considerando que es la última excreción de la misma, vemos que es el punto de partida para la formación de las materias albuminoideas, no sólo en el organismo, sino antes de la vida, antes de que hubiese seres vivos que la elaborasen.

Con esto creo haber dicho lo importante de lo que hoy sabemos respecto á la formación de la urea, y no insisto más sobre este punto, pues me parece haber expuesto las nociones más importantes sobre la ureogénesis, y mi propósito no ha sido, desde luego, enseñaros sobre este punto, ni sobre ninguno, que nada tengo que enseñaros, sino llamar la atención sobre estas nuevas orientaciones en los fenómenos bioquímicos que son dignas de ser tenidas en cuenta y de ser estudiadas, y desde luego las someto á vuestra consideración para que con la amplitud de vuestros conocimientos contribuyáis á ilustrar la química y la fisiología.

He dicho.

Adenopatías submaxilares abiertas y supuradas de tipo escrofuloderma tratadas con lámpara de cuarzo ⁽¹⁾

POR EL

DR. BARRIO DE MEDINA

Especialista en Dermatología y Sifiliografía de Madrid.

Casi con este mismo título tuve el honor de presentar el curso pasado en esta Academia, un caso de poliadenopatías inguinales abiertas y supuradas que había tratado mediante aplicaciones de luz de lámpara de cuarzo.

Fué el objeto principal de dicha comunicación, dar á conocer los efectos excelentes que con las sesiones de luz había conseguido en aquel caso, evitando una intervención operatoria que desde el principio parecía indispensable y que tan frecuentes son en estos enfermos, afectos de estas lesiones ganglionares, abiertas, supuradas y con numerosos trayectos fistulosos. Hay que reconocer, en verdad, que aunque en el ánimo de todos está el convencimiento de que estos procesos ganglionares se dejan influir favorablemente por la luz ultravioleta, también es cierto, que en la mayoría de los casos en que se ha aplicado, no se ha hecho como tratamiento único y así en mi comunicación del curso pasado de que vengo hablando todos recordarán,

(1) Comunicación á la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía en su sesión de Enero de 1924.

que aunque yo atribuí el éxito á las sesiones de luz, hubo sus dudas, en parte, porque al enfermo se le hizo al mismo tiempo tratamiento de vacunas y proteinoterapia, procedimientos que también influyen, sin duda alguna, en estas clases de lesiones. No obstante estas dudas, yo saqué, como enseñanza del caso, el convencimiento pleno de que la luz actuaba *localmente*, rápida y enérgicamente sobre estos procesos, desinfectándolos, desinfiltrándolos y constituyendo, en poco tiempo, un tejido de granulación que rápidamente conducía á la curación estas lesiones que siempre las hemos tenido por rebeldes, sobre todo cuando son de tipo escrofuloso. De aquí que tuviese interés y afán en tratar una de estas lesiones de este tipo, exclusivamente con lámpara de cuarzo, sin asociar tratamiento alguno de ninguna clase, y habiendo tenido ocasión de ello, dar cuenta de los resultados obtenidos es el objeto de esta comunicación, que en unión del caso del curso pasado, podrán ir formando una opinión sobre las indicaciones de la lámpara de cuarzo en estos procesos.

La enfermita es hija de un ilustre oculista de Madrid, la cual venía padeciendo, desde Agosto de 1922, adenopatías submaxilares que se inflamaban y abrían espontáneamente, restando lesiones ulcerosas entre las cuales se formaban trayectos fistulosos que comunicaban más ó menos unas con otras, dando el tipo de lesión tan característico y conocido por todos. Dichas lesiones habían sido tratadas con el cuidado y esmero que supone ser hija de un compañero, por diversos especialistas, que habían empleado múltiples procedimientos, siendo siempre dichas lesiones rebeldes á cuantos tratamientos se empleaban. Ultimamente, y desde dicho tiempo, veníanla persistiendo tres lesiones, y en vista de los fracasos de las medicaciones locales y generales que con ella habían empleado, decidieron oír la opinión de un dermatólogo. En nuestra primera visita la enfermita presentaba en el lado submaxilar derecho un nódulo del tamaño mayor de una nuez con tendencia al reblandecimiento, hay ligera periadenitis, la piel está ligeramente roja y la lesión no es dolorosa; en el lado izquierdo existe, en su parte submaxilar, una lesión ulcerosa con tejido fungoso, bordes pálidos que dejan al descubierto dos ganglios á través de los cuales sale una exudación purulenta, está infiltrada y tiene adherencias á su alrededor, existiendo por debajo de sus bordes, pequeños trayectos fistulosos; en el mismo lado izquierdo pero en localización ya retroauricular hay una tercera lesión, del mismo tipo que la anterior aunque más pequeña y ambas recubiertas á veces de costras, producto de la desecación de su exudación. El estado general de la enfermita es pobre. No hay lesión alguna de boca ni hay síntomas ni antecedentes específicos de ninguna clase. Interpreto las lesiones como otras tantas de esta clase que todos vemos, como adenopatías inflamadas é infectadas, que se abren espontáneamente dando lugar después, además de la participación de los ganglios, á lesiones ulcerosas entonces del tipo de escrofulodermas, y propongo, visto el fracaso de distintas medicaciones locales así como de otras en sentido general que se habían hecho, aplicarla exclu-

sivamente sesiones de luz de lámpara de cuarzo. Se hacen éstas localmente nada más siguiendo la práctica en su técnica corriente, es decir, sesiones al principio de diez minutos á 30 centímetros de distancia focal para ir aumentándolas gradualmente, hasta llegar á veinte minutos y á 20 centímetros de distancia y, desde luego, por cada lesión, pues dada la topografía de éstas no era posible actuar directamente y con toda intensidad de la luz, sino aisladamente.

Resumiré la evolución del proceso y resultados obtenidos, diciendo, en primer lugar, que la lesión del lado derecho de tipo nodular y con tendencia al reblandecimiento, se abrió ampliamente y espontáneamente á los pocos días de empezar el tratamiento y cuando aún no se había dado más que una sola sesión, quedando una lesión ulcerosa del mismo tipo que las del lado izquierdo ya que éstas, al parecer, comenzaron en la misma forma. Las tres lesiones, como digo, fueron tratadas con sus correspondientes sesiones de luz, habiendo sumado en total 11, las cinco primeras dadas cada cuatro días y las seis restantes, cada cinco ó seis unas con otras; 11 sesiones que fueron suficientes ellas solas y sin ningún otro tratamiento más, para cerrar las lesiones completamente, dejando en su lugar una cicatriz bastante perfecta. No evolucionaron las tres en la misma forma, puesto que la retroauricular izquierda cerró á la sexta sesión, la submaxilar izquierda á la novena y 11 necesitó la del lado derecho, últimamente abierta.

Como en mi caso anterior, he observado en éste una mejoría rápida de la lesión á cada sesión que se daba disminuyendo la exudación primero, desinfiltrándose las lesiones, desapareciendo la parte de tejido fungoso y adquiriendo después una coloración rojo viva seguida de una granulación de franca cicatrización.

No quiero terminar sin dar cuenta de otro caso que nuestro compañero de Sociedad, el Dr. Asensio de Linares, me comunicó hace poco, de una adenitis con periadenitis localizadas en axila derecha abiertas espontáneamente, que terminaron en lesiones ulcerosas con trayectos fistulosos todas ellas, de tipo tuberculoso, que le obedecieron, obteniendo una curación rápida y franca sólo también con sesiones de luz de lámpara de cuarzo.

Afianzar un poco más la opinión sobre las indicaciones de la lámpara de cuarzo en esta clase de lesiones es el objeto principal de esta modesta comunicación.

Las aplicaciones terapéuticas del bacilo acidófilo

POR

PEDRO AZNAR

Y

JESÚS JIMÉNEZ

En sus experiencias para reproducir el cólera con el bacilo vírgula de Koch, Metschnikoff demostró la existencia de otros gérmenes cuya acción favorecía ó impedía la producción experimental de dicha enfermedad. De estas primeras observaciones sobre la importancia de la asocia-

ción bacteriana en el cólera, surgió la idea de utilizar, para su tratamiento, los microbios que impidieran el desarrollo del vibrión colérico.

Más tarde, las experiencias de Bienstock sobre la resistencia de la leche a la putrefacción probaron que tal resistencia no era debida á la caseína ó á la lactosa, como hasta entonces se pensara, pero sí á la presencia de microorganismos especiales.

Tissier y Martelly, estudiando ulteriormente la putrefacción de la carne, vieron que existía un antagonismo entre los microbios sacarolíticos, que producen ácidos á expensas de los hidratos de carbono, y los proteolíticos, que atacan á las albúminas engendrando indol, escatol, fenoles y sales amoniacales. Cuando en un mismo medio de cultivo, natural ó artificial, se hallan asociados microbios con propiedades sacarolíticas y proteolíticas, el que produce más ácido detiene el desarrollo del que produce menos.

El primero que tuvo la idea de un tratamiento microbiano, fué el pediatra Escherich, quien afirmaba que era preciso emplear fermentaciones ácidas en contra de las fermentaciones alcalinas; es decir, que era necesario incorporar al régimen seguido, ora sustancias hidrocarbonadas, como la lactosa, ora cultivos bacterianos productores de ácidos.

Es universal el empleo, contra la diarrea y las putrefacciones intestinales, de purgantes y antiepticos, siendo, entre estos últimos, uno de los más empleados el naftol beta. Stern, sin embargo, ha demostrado que la cantidad de microbios habitantes del tubo digestivo no disminuye á consecuencia del tratamiento con naftol β durante varios días.

Quincke, en una Memoria sobre las autointoxicaciones intestinales, publicada en 1892, consideraba natural imaginar otros recursos con el objeto de disminuir las descomposiciones causadas por las bacterias en el intestino, y emitía la hipótesis de que sería posible llegar á destruir la mala hierba con la buena. A modo de buena hierba recurrió al empleo de la levadura de cerveza.

Ultteriormente fué empleado el *bacterium lactis aerogenes* como antagonista del *proteus*.

El uso de la bacterioterapia antagónica, bajo diferentes formas, se ha generalizado posteriormente, pudiendo presentarse como ejemplos de ella la administración de alimentos que, siendo producto de fermentaciones naturales, contienen gran cantidad de microbios, y la agregación á un régimen conveniente de cultivos artificiales de microbios, con propiedades antipútridas. En ambos casos se aprovecha la acción antagonista existente entre ciertos microbios y los que originan la putrefacción.

Como alimento rico en bacterias, puede figurar en primera línea la leche agria, cuyo empleo, en sus múltiples variedades, data de tiempos muy remotos. El kummis, el kefir, el leben y el yoghurt, son empleados corrientemente como alimento en muchos países orientales, y su uso va extendiéndose por el occidente de Europa, cada día con mayor intensidad.

Entre los cultivos microbianos artificiales que han sido preferidos por sus propiedades químicas y biológicas cuéntase el *bacilo acidi paralactici*, y, sobre todo, el *bacilo bulgaricus* ó fermento láctico, cuyo uso ha llegado á hacerse popular. Estos microbios son empleados solos ó asociados.

Los resultados obtenidos con el *bacilo búlgaro*, y en general con los diferentes cultivos de fermentos lácticos, han sido muy variables, siendo pocos los que han suministrado un beneficio grande.

Los recientes trabajos de los investigadores americanos Rahe, Hull y Retger, y sobre todo de Retger y Cheplin, han

dirigido la atención de bacteriólogos y clínicos hacia otro germen que, según aquéllos han tratado de probar, reuniría mayores ventajas y ofrecería más seguros resultados.

Sabido es que en el nacimiento, el meconio es estéril, porque lo es la cavidad uterina, é igualmente lo es el alimento que en ella recibe el feto; pero poco después, al cambiar por completo el género de vida del recién nacido, y en inmediata relación con sus primeras ingestiones de leche, aparece la flora intestinal, en la que predominan los bacilos *acidofilus*, de Moro, y *bifidus*, de Tissier, de cuya aparición es responsable la lactosa.

Cuando la alimentación del niño se hace variada, enriquecese mucho más la flora intestinal; nuevos gérmenes se hacen huéspedes habituales del intestino y éste va adquiriendo el tipo bacteriológico propio del adulto. En estas condiciones las putrefacciones se inician é intensifican, á la vez que el *bacilus acidofilus* disminuye y hasta llega á hacerse escaso.

Los autores arriba mencionados se propusieron estudiar bacteriológicamente la acción desarrollada por los fermentos lácticos sobre los diversos gérmenes existentes en la flora intestinal, llevando á cabo las adecuadas investigaciones experimentales. Entre sus observaciones figura la de que los fermentos lácticos no se fijan ni prosperan en el intestino de los animales ni del hombre, siendo, por consiguiente, gérmenes de paso, que no se multiplican en el intestino y desaparecen de él rápidamente, sin llegar á ejercer una influencia apreciable y duradera.

Para sus experiencias en ratones blancos y en el hombre eligieron el *bacilus acidofilus*, por tratarse de un germen que figura en la flora normal del intestino, y, sobre todo, por existir en gran abundancia en las floras sin putrefacción. Como era de esperar, dicho germen crecía y se desarrollaba en la flora intestinal de los animales de experiencia y del hombre á los que se administraba cultivos de *bacilo acidofilus* en leche. En ciertos casos fueron suficientes 500 c. c. de leche con *bacilus acidofilus* para transformar la flora intestinal, disminuyendo marcadamente la flora de putrefacción. Un litro de dicho cultivo, tomado en dos ó tres veces durante seis ó siete días, bastó en la gran mayoría de los casos para cambiar la flora microbiana.

De las primeras experiencias en animales, pasaron los mencionados autores á ensayar en el hombre sano, y después en 60 enfermos de estreñimiento, diarreas, enteritis, etcétera, y en casos de eczema de origen intestinal.

Otros muchos autores han tratado de comprobar estos resultados, efectuando análogas experiencias. Nouman y Egston, Anthony y Lutz Kopelloff, Nichols, Gompertz y Vorhaus, Bass, etc., se han dedicado en estos últimos años á la bacterioterapia intestinal, practicando sus investigaciones en la clínica, pero apoyándose en los resultados del examen coprológico.

Kopelloff sometió á varios pacientes con antecedentes de estreñimiento crónico al tratamiento con un litro de cultivo de *bacilo acidofilus* en leche, adicionando lactosa en algunos casos. Según Kopelloff, aun después de interrumpido el tratamiento, muchos individuos continuaron efectuando defecaciones normales. De algunos de ellos pudo ser aislado el *bacilo acidofilus*, que pululaba en las heces abundantemente. Dicho autor considera al tratamiento mencionado como de gran valor para el estreñimiento habitual.

Nouman y Egston y otros clínicos han recurrido á él en casos de estreñimiento crónico, colitis, etc., sin someter á los enfermos á dieta especial ni administrarles catárticos ni laxantes. El examen de la flora intestinal era efectuado cada cinco ó seis días, con el fin de ir conociendo sus modificaciones á medida que fueran presentándose.

Según Gompertz y Vorhaus, el *bacilo acidophilus* impide el desarrollo del colibacilo y del *bacilo perfringens*, del *proteus* y del *putrificus*. En una á seis semanas, según los casos, cesa el estreñimiento mediante su empleo, haciéndose las deposiciones blandas y amarillas. Dichos autores recomiendan administrar cultivos de *bacilo acidophilus* en caldo, por ser mejor tolerados que la leche y no poseer el intenso sabor ácido que ésta tiene.

Cuando el *bacilo acidophilus* se implanta en el intestino bécense las deyecciones menos fétidas y, si existe diarrea, las deposiciones disminuyen. Los síntomas tóxicos mejoran á la vez. Gompertz y Vorhaus creen que la multiplicación del colibacilo es impedida por el *acidophilus*; que su abundancia se hace menor y que, por consiguiente, la infección ascendente del intestino por dicho germen resulta impedida. De aquí que se haya pensado en emplear el tratamiento bacteriano en las fiebres tifoidea y paratífica y en la disenteria.

Hasta aquí, puede decirse que el estudio del *bacilo acidophilus* como agente terapéutico ha sido empírico, puesto que no se conocía exactamente sobre qué gérmenes actuaba ni el mecanismo de su acción antagonica.

La acción de dicho bacilo sobre la flora intestinal y sus aplicaciones terapéuticas derivan, naturalmente, de una propiedad antagonista para los microbios de la putrefacción. Pero esta propiedad, fatal para el desarrollo de las bacterias putrificas, ha sido interpretada por diferentes autores, y, sobre todo, por Kopeloff, como un fenómeno estrictamente ligado al bacilo y sin relación alguna con los productos elaborados por él, ni con las sustancias producidas en la leche ó en la lactosa á causa de su presencia. Kopeloff infiere de sus experiencias que los cultivos de *bacilo acidophilus* en que éste ha sido preparado por filtración, después de desarrollado, no tienen eficacia alguna.

Pensando nosotros que el antagonismo apreciable en las experiencias *in vivo* tendrían más fácil estudio en las investigaciones efectuadas *in vitro*, hemos practicado diversas experiencias utilizando como sujetos dos de los gérmenes que existen ordinariamente en la flora intestinal y, sobre todo, en las putrefacciones y en el estreñimiento crónico: son los bacilos *esporogenes* de Metschnikoff y *putrificus* de Bienstock.

Ambos microbios, el primero especialmente, elaboran una diastasa con fuerte acción proteolítica, y ambos desarrollan mal olor en los cultivos y en las heces.

Como medio de cultivo hemos empleado la albúmina de huevo coagulada, poniendo un cubito de ella en cada tubo de caldo.

Teniendo en cuenta que el *bacilo acidophilus* necesita glucosa ó un hidrocarbonado para desarrollarse, hemos procurado averiguar de antemano si en los medios de cultivo adicionados de dichas sustancias obraría la diastasa proteolítica de los gérmenes *esporogenes* y *putrificus*. La destrucción de la albúmina tiene lugar, en efecto, en esas condiciones, pero un poco más lentamente que en las siembras testigos hechas en caldo ordinario sin glucosar.

Una vez practicadas estas experiencias, en dos series de tubos con caldo glucosado, y provistos de un cubito de albúmina coagulada, sembramos, respectivamente, bacilos *esporogenes* y *putrificus* en unión de *bacilo acidophilus*, poniendo de los primeros 5 gotas de un cultivo de dos días, y del último, 3, 5, 10, 15 y 20 gotas de un cultivo de dos á tres días.

Las modificaciones observadas en la acción proteolítica de los gérmenes *esporogenes* y *putrificus* han sido expuestas en reciente comunicación á la Sociedad de Biología, en la que hemos demostrado el antagonismo existente entre di-

chos bacilos y el *acidophilus*, comprobando además que las bacterias incapacitadas de atacar á la clara de huevo coagulada por la presencia de su antagonista, no pierden la facultad de segregar la diastasa proteolítica, puesto que ésta actúa de nuevo cuando los bacilos *esporogenes* y *putrificus* son trasplantados y se sustraen á la acción del *acidophilus*.

Queda, pues, demostrado que el *bacilo acidophilus* tiene un poder antiproteolítico frente á los gérmenes *esporogenes* y *putrificus*.

Torrey, con sus colaboradores, ha evidenciado recientemente, por medio de experiencias, que el antagonismo del bacilo acidófilo puesto *in vitro* frente á varios anaerobios, *botilinus*, *esporogenes* y *putrificus*, sería debido á la acidez del medio cultivo. Según Torrey, en los medios de cultivo sembrados con *bacilo acidophilus*, la acidez en iones H, estudiada por Blanc, es mayor de la conveniente para que la diastasa proteolítica segregada por los mencionados anaerobios pueda obrar.

Ahora bien: la acidez del cultivo está ligada á la presencia del *bacilo acidophilus*, pues en las experiencias de Torrey, como en las nuestras, en los tubos testigos donde se sembró anaerobios solamente, provistos de azúcar en cantidad igual á la de los tubos sembrados con *acidophilus*, el ataque á la albúmina existe. Hemos de añadir sobre esto que nosotros empleamos un medio de cultivo conteniendo mayor cantidad de glucosa que el utilizado por Torrey en sus experiencias, y que, como ya queda dicho, la destrucción de la albúmina fué menos rápida, pero tan completa como en el caldo ordinario.

Torrey, en sus experiencias, no halla otra causa inhibitoria de la proteolisis que la acidez producida en el medio de cultivo.

Desde que comenzó el empleo de la bacterioterapia intestinal se supuso por muchos autores que sus efectos eran debidos á la acidez. Así Wegale en 1915 creyó que el fermento búlgaro acidificaba el intestino, pero habiéndose demostrado posteriormente que dicho fermento no se multiplica en el tubo intestinal, su acción sería transitoria y de escasa intensidad.

Al demostrar Torrey que la acidez es factor primordial de la acción antipútrida va de acuerdo con los trabajos de los fisiólogos americanos de Cannon y McNease, que han estudiado la influencia en ella de la concentración de los iones, H. Tissier y Martelly, en sus estudios sobre la putrefacción de la carne y de la leche, vieron también que la acidez detenía al fenómeno. Esta concordancia de observaciones se comprende fácilmente sabiendo que los gérmenes de la putrefacción son los mismos y que sus acciones diastásicas obran de idéntica manera.

Así, pues, el laboratorio explica, en cierto modo, el buen éxito logrado por los clínicos americanos con sus interesantísimos ensayos terapéuticos. En la bacterioterapia el *bacilo acidophilus* desarrollaría acidez en el medio intestinal á expensas de los hidratos de carbono, y una vez multiplicado y adaptado al ambiente del intestino humano ejercería una acción más duradera y eficaz que la de los fermentos lácticos.

El *bacilo acidophilus*, por tanto, es un agente antiproteolítico, como nosotros hemos demostrado *in vitro*, que detiene la putrefacción de las sustancias albuminoides atacadas por los gérmenes que producen aquella.

Es posible que en muchos casos de putrefacciones intestinales en que la excesiva ó persistente alcalinidad llega á aniquilar al *bacilo acidophilus* (y éste no existe en el intestino), su administración en cultivo, asociado á la lactosa, logre que se implante de nuevo y desarrolle acidez suficiente para do-

minar á la putrefacción, con lo que los enfermos hallarán un beneficio considerable.

Dada la inocuidad del remedio, tan grande como la de los fermentos lácticos; sabidas las ventajas teóricas que se desprenden de los trabajos de laboratorio y los resultados obtenidos en la práctica clínica por diferentes autores, convendría emplear la bacterioterapia acidógena en los casos de estreñimiento, diarreas de putrefacción, etc., y en general, en los casos en que existe aumento de las putrefacciones intestinales.

Bibliografía.

- Tissier y Martelly: Ann. de l'Inst. Pasteur, 1902.
 Bienslock: Ann. de l'Inst. Pasteur, 1906.
 Idem: Strasburger med. Zeit., 1906.
 Wegele: Journ. of Infec. Dis., 1915.
 Retger y Cheplin: Proc. Ex. Biol. Med., 1920.
 Idem, ídem: Proc. Ex. Biol. Med., 1921.
 Idem, ídem: Yale University Press, 1921.
 Gompertz y Vorhaus: Journal Amer. Med. Ass., 1921.
 Retger y Cheplin: Arch. Int. Med., 1922.
 Kopelloff, Nichols, etc.: Journ. Amer. Med. Ass., 1922.
 Nouman y Egston: New York M. I., 1922.
 Kopelloff: Journ. Amer. Med. Ass., 1923.
 C. C. Bass: South M. I. Birmingham, 1923.
 Cannon y McNease: Journ. of Infec. Dis., 1923.
 Jiménez y Aznar: Bol. de la Soc. esp. de Biol., Nov. 1923.
 Torrey, etc.: Journ. of Infec. Diseases., 1923.

Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía

SESIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DE 1924

Presentación de enfermos. Serpeginismo venéreo.

Dr. Casal.—Nos lee la historia clínica del enfermo que desde hace seis meses viene padeciendo un serpeginismo venéreo, localizado en glándula y prepucio, y al cual ha tratado con tuberculina pura, empezando por medio miligramo; el enfermo ha sido diagnosticado como específico y tratado en este sentido, así como también le han puesto antimonio sin resultado aparente alguno. La tuberculina le ha mejorado extraordinariamente, disminuyendo el dolor de las dos primeras inyecciones y empezando la restauración de los tejidos, tolerándola á la perfección.

Dr. Criado.—Ha visto al enfermo, el cual fué enviado desde Sevilla por un distinguido compañero, y al cual diagnosticó también de serpeginismo venéreo, aconsejándole se pusiese tuberculina en su residencia habitual (Sevilla). El enfermo, desde hace un mes aproximadamente que le vió, ha mejorado muchísimo, sin duda alguna debido á la tuberculina.

Dr. Sicilia.—Cree en la acción de la tuberculina, pero no en la interpretación de su efecto en los serpeginismos venéreos, los cuales muchas veces son lesiones que se tuberculizan ó son de naturaleza tuberculosa, y por eso en estos casos el tratamiento de elección puede ser la tuberculina, pero aconseja no desechar los remedios locales, que también dan buenos resultados.

Dr. Covisa.—Interpreta el caso más bien como fagedenismo venéreo. Considera se apasiona demasiado el doctor Casal con el tratamiento por la tuberculina, ya que recientemente ha tratado él un fagedenismo y un serpeginismo en que la tuberculina ha fracasado completamente, lo que quiere decir que hemos de ser cautos en nuestras apreciaciones sobre ella.

El Dr. Casal.—Rectifica, censurando al Dr. Covisa, que los dos casos en que le ha fracasado la tuberculina no los haya presentado á la Academia, ya que, por estar haciéndose ahora un estudio verdadero de su valor en estos procesos, hubiese sido interesante también conocer los casos del Dr. Covisa, razón también por lo que aconseja no se asocie á otros tratamientos, pues así sabremos su valor verdadero. Respecto á diagnóstico, se congratula de que el Dr. Criado, que vió al enfermo en su principio, haya coincidido con él, diagnosticándole de serpeginismo.

Hematemesis en el curso de tratamiento por bismuto.

Dr. Criado.—Enfermo de cuarenta y tres años, con sífilis que data desde hace veinte años, que se trató á raíz de su infección con mercurio soluble; tres años después presentó lesiones gomosas terciarias en alas de la nariz; latencia clínica durante muchos años; hace unos seis, aproximadamente, Wassermann positivo; se pone mercurio y neosalvarsán, que los tolera mal, y siguiendo el Wassermann positivo; se le cambia la medicación por bismuto, poniéndose tres inyecciones de Quimby que le producen una estomatitis medianamente intensa; á los diez días de puesta la tercera inyección el enfermo presenta vómitos, evacuando primero una porción roja sanguinolenta y después sangre negra.

El enfermo no tiene lesión de estómago. Desde luego, los datos no son convincentes para achacar estos vómitos al bismuto; por eso anuncia la hematemesis en el curso de un tratamiento por bismuto y no á consecuencia de él, pero ahora que estamos describiendo accidentes por el bismuto que hasta ahora han sido poco señalados, y dado que existe la duda de si el bismuto podrá ser origen de ciertos síndromes hemorrágicos, ha considerado un deber exponer el caso.

Dr. Sicilia.—Hace resaltar que, como la hematemesis ha ocurrido poniendo el bismuto Quimby que es una doble medicación de yodo y bismuto, convendría saber ó averiguar á cuál de ellas corresponde la causa.

Dr. Sáinz de Aja.—Considera muy poca cantidad de bismuto la puesta, para producir estos síntomas, ya que, por el contrario, él tiene la práctica de poner cantidades considerables, casi increíbles, de bismuto á los enfermos tabéticos y nunca ha podido observar síndromes hemorrágicos; únicamente aporta un caso que ha visto de estomatitis de tipo hemorrágico por bismuto, que tampoco puede achacarse el factor hemorrágico al bismuto, ya que éstos pueden adquirir esta forma aunque sean de otro origen.

Dr. Portilla.—Aporta á la cuestión un enfermo visto por él que era hiperclorhídrico y siendo también sífilítico, en el curso de un tratamiento por bismuto, empezó á tener grandes molestias de estómago, las cuales, consultadas al Dr. Yagüe las interpretó de este origen, suspendiéndose el bismuto y volviendo á la normalidad el enfermo con dicha suspensión.

Dr. Navarro Martín.—Participa haber realizado varias autopsias en animales intoxicados por bismuto y no haber observado nunca lesiones ni focos hemorrágicos de ninguna clase de ellos.

Dr. Casal.—Ha oído referir á un compañero que en un enfermo que padecía una púrpura y que fué diagnosticado como sífilítico, á la primera inyección de 2 c. c. de bismuto que le pusieron, presentó el enfermo una hematuria intensa.

Dr. Bejarano.—Se está creando una atmósfera injustificada al bismuto como causante de síndromes hemorrágicos, cuando no hay ninguna prueba convincente ni científica en ninguno de los casos citados, para poderle atribuir dicho inconveniente; en contra de lo expuesto, él puede decir que

en un enfermo tabético, que á la vez era tuberculoso pulmonar, con crisis hemoptoicas repetidas, el bismuto lo toleró á la perfección, no agudizando ninguna de éstas, así como puede citar que accidentes hemorrágicos debidos á sífilis han sido curados también con el bismuto.

Dr. Covisa.—Las palabras pronunciadas por el Dr. Navarro-Martín tienen, sin duda, gran valor para aclarar, en parte, el problema que está planteado. Nosotros no hemos observado tampoco ningún síndrome hemorrágico de origen bismútico; coincide con el Dr. Bejarano diciendo que ninguno de los casos expuestos puede ser convincente y no cree que ciertas alteraciones del aparato digestivo ni del circulatorio puedan estar contraindicadas con el bismuto.

Dr. Criado.—Rectifica diciendo que el hecho de que últimamente se vengán citando trastornos debidos al bismuto, que hasta ahora habian sido poco señalados, aunque hasta ahora tampoco nos les expliquemos debidamente, es lo que le ha movido á señalar este accidente, más que nada, para que se tenga en cuenta por si tuviese relación con los pretendidos síndromes hemorrágicos por bismuto.

Sobre la eficacia terapéutica y accidentes de la vacunoterapia intravenosa.

Dr. Bejarano.—Es tema ya tratado en esta Academia, pero al que, según mi manera de ver, se le concedió demasiado valor. El haber tenido ocasión de tratar dos casos sin éxito alguno y, en cambio, haber sufrido los enfermos accidentes de importancia, le hace comentar desfavorablemente esta vía para aplicación de las vacunas. En un enfermo afecto de ántrax, y al que inyectó, empezando por 20 millones y subiendo hasta 100 de vacuna estafilocócica, no sólo no se modificó, sino que en el curso del tratamiento y á las veinticuatro horas de puesta la última inyección, tuvo el enfermo un brote de piodermitis generalizada; claro está que se me puede decir que dicha vacuna no estaba bien preparada y en ello estoy conforme, pero véase, sin embargo, á los peligros que con dosis mayores hubiese estado expuesto este enfermo. El otro enfermo estaba afecto de una adenitis inguinal consecutiva á un chancro venéreo, que con 150 millones tuvo una reacción general de tipo palúdico con 40° de fiebre, volviendo después á la normalidad; no se modificó su adenitis y además un ganglio doloroso que tenía en la otra ingle reaccionó aumentando de volumen y teniendo que terminar por dilatar su adenitis. Desde luego las dosis han sido menores á las preconizadas aquí por los Dres. Barrio de Medina y Casal, que es á quien me refería anteriormente, pero si con las puestas por mí han tenido estas reacciones, considero que de ninguna de las maneras se debe sustituir la vía venosa por la intramuscular que no ofrece esos peligros, por todo lo cual yo rogaría á los Dres. Casal y sobre todo al Dr. Barrio de Medina, el cual tiene trabajos publicados sobre este asunto, que nos diesen nuevamente su opinión para ver si ahora que ha pasado algún tiempo, modifican ó persisten en sus conclusiones anteriores.

Dr. Barrio de Medina.—Aludido tan directamente, con mucho gusto paso á contestar, felicitando en primer término al Dr. Bejarano por dos motivos: uno por su brillante comunicación, y después porque con ella ya no quedan relegadas al olvido como parecía que iba á suceder, las comunicaciones que el Dr. Casal y yo presentamos en esta Academia sobre este mismo tema el curso pasado. Respeto desde luego las opiniones sustentadas aquí esta tarde, pero yo creo que en vacunoterapia venosa (me refiero exclusivamente á la estafilocócica y gonocócica que son las que únicamente he empleado) hay que tener en

cuenta, primero, eficacia terapéutica y rapidez de acción; segundo, dosis á emplear, y tercero, accidentes y complicaciones. Obedeciendo á la ley general, de la cual las vacunas no se deben apartar, de que la vía venosa es más activa y tiene una rapidez de acción mayor, clínicamente yo así lo tengo comprobado, y, por tanto, en este sentido y siempre que necesitamos actuar rápidamente y enérgicamente debemos emplear esta vía.

He dicho desde el primer momento, que en cuanto á dosis, hay que proceder con cautela al principio, pero no tanta como la que ha observado el Dr. Bejarano, puesto que las dosis empleadas por él son insignificantes para obtener resultados terapéuticos. Yo comienzo con 50 millones de la estafilocócica y con 10 de la gonocócica, habiendo llegado á poner 1.000 millones de la primera y 500 de la segunda, como máximo, no necesitando llegar á estas dosis altas en algunos enfermos, puesto que éstas se comportan aun en un mismo proceso, de distinta manera en unos enfermos y otros, es decir, que mientras una forunculosis ó un flemón, en unos enfermos se cura con 400, esa misma forunculosis ó flemón necesita en otro enfermo llegar á 800 millones para conseguirlo, ocurriendo respecto á la tolerancia de ellas exactamente lo mismo, ya que hay enfermos que con dosis relativamente pequeñas presentan reacción general grande y otros que con dosis máximas, ó no la presentan, ó es ésta muy escasa, de aquí que cada enfermo necesite con arreglo á su tolerancia y dosis curativa que precise, estudiarle las cantidades que se le han de inyectar.

Respecto á complicaciones y accidentes, yo no he tenido ninguno, ya que yo al menos no concedo importancia á la reacción general que producen, la cual se presenta en igualdad de intensidad con otras medicaciones, porque, ¿me quiere decir el Dr. Bejarano si él no tiene enfermos con esas reacciones de tipo palúdico y 40° de fiebre á consecuencia de inyecciones de neosalvarsán?

Todos las tenemos, y, sin embargo, nadie pondrá como inconvenientes estas reacciones al neosalvarsán ó por lo menos ninguno las concedemos extraordinaria importancia.

Yo insisto, por tanto, en que siempre que la considero indicada, puesto que yo nunca he dicho que sistemáticamente deba ser reemplazada, empleo la vía venosa y prefiero ésta á la vía intramuscular para el uso de las vacunas estafilocócica y gonocócica.

Dr. Casal.—Igualmente que el Dr. Barrio de Medina agradezco al Dr. Bejarano su comunicación por el recuerdo que lleva consigo nuestros anteriores trabajos.

Excepcionalmente empleo la vía subcutánea, casi siempre la vía venosa para la aplicación de las vacunas, porque soy un convencido de que esta vía reúne condiciones mucho más superiores á la subcutánea, sin que tenga complicaciones ni accidentes de ninguna clase. El brote de piodermitis que ha presentado el enfermo del Dr. Bejarano no es achacable al método, sino á la mala preparación de la vacuna que se le inyectó, lo mismo que si á un enfermo le prescribimos un miligramo y el farmacéutico se equivoca y le da un gramo. Las dosis empleadas por el Dr. Bejarano son pequeñas en un método que se precisa ser valiente é inyectar dosis altas. Las reacciones generales intensas se producen también por la vía subcutánea teniendo que añadir á esta vía el inconveniente no pequeño de la reacción local.

En contra de los casos publicados por el Dr. Bejarano, yo le remito á los éxitos que yo tengo publicados, entre ellos uno de un ántrax también localizado en labio y que curó con una sola inyección intravenosa.

Habrá otros en que sea la vía que sea, fracase la medicación, pero en general, y desde hace ya dos años, yo no em-

pleo más que la vía venosa, porque la considero más activa, más rápida y exenta de accidentes.

Dr. Portilla.—De acuerdo con el Dr. Barrio de Medina en que se aplique cuando se considere necesario, pero no con el Dr. Casal, en que parece ser que casi sistemáticamente sustituye la vía venosa por la subcutánea. Considera que la vía venosa debe ser empleada excepcionalmente.

Dr. Sáinz de Aja.—El campo de acción de la vía venosa es reducido porque no siempre hace falta actuar rápidamente, teniendo en cuenta que las dosis altas las considera peligrosas, los casos en que se debe aplicar quedan circunscritos. La acción curativa es proporcional a la reacción que producen, y por ello considera a la proteinoterapia quizá como mejor medio terapéutico, estando además exento de peligros. Respecto a dosis, él sigue el ejemplo de Bruck inyectando la 16.^a parte de lo que se usa por vía hipodérmica.

Dr. Covisa.—No me han convencido las apreciaciones sobre la necesidad de una rapidez de acción y cuando está indicada la vía venosa, expuestas por el Dr. Barrio de Medina; precisamente porque obran rápidamente no hay que olvidar que el modo de obrar las vacunas es produciendo defensas y hay que darlas tiempo para que cumplan su cometido; lo demás significa tanto como olvidar también la fase negativa de las mismas. Coincide con el Dr. Sáinz de Aja que la medicación hiperpirética como las proteínas de la leche, es método superior a la vacunoterapia intravenosa.

Dr. Bejarano.—Rectifica considerando que la dosis inicial del Dr. Barrio de Medina de 50 millones no cree sea proceder con cautela; los accidentes febriles, dice, molestan más al enfermo que la reacción local que se produce por vía subcutánea y les concede más importancia por las complicaciones que en miocardio pueden originar, y termina, por último, preguntando si las dosis que los Dres. Casal y Barrio de Medina emplean, estarán mal dosificadas por las dificultades que para dosificar exactamente las vacunas existe, y por tanto, inyectarán menos cantidades de las que creen poner.

Adenopatías submaxilares de tipo escrofuloderma tratadas con lámpara de cuarzo.

Dr. Barrio de Medina.—(Véase la comunicación íntegra en este mismo número).

Dr. Sáinz de Aja.—La lámpara de cuarzo tiene un gran valor como cicatrizante de esta clase de procesos, pero no actúa (empleándola localmente) en lo general, por lo que se precisa añadir en esta clase de enfermos un tratamiento de fondo.

Dr. Barrio de Medina.—Conforme con el Dr. Aja, y por ello la niña está haciendo, además, ahora el tratamiento general ó de fondo; pero ya no es poco que dispongamos de un tratamiento local que, como la lámpara, actúa de una manera tan limpia, en primer término, y después tan rápidamente como ninguno otro de los procedimientos que veníamos empleando, como lo prueba que siempre hemos calificado de rebeldes estas clases de procesos.

Tratamiento de la sífilis experimental del conejo con algunos compuestos de bismuto.

Dr. Navarro Martín.—Hemos tenido ocasión de ensayar sobre la sífilis del conejo cuatro derivados bismúticos, todos ellos, insolubles en el agua, han sido suspendidos en aceite é inyectados intramuscularmente.

El primero es un ácido citrobismútico de fórmula $\text{Bi}(\text{C}_3\text{H}_5\text{O}_2)_3 \cdot 3\text{H}_2\text{O}$, con una riqueza de bismuto de un 41,50 por 100. La dosis de 25 miligramos por kilogramo de

peso cura las lesiones sífilíticas del conejo al cuarto día de una inyección única.

El segundo producto estudiado es un ácido citrobismútico con un 52 por 100 aproximadamente de bismuto, y corresponde a la fórmula $\text{C}_6\text{H}_7\text{O}_7\text{BiO}$. Inyectado al conejo a la misma dosis, no ejerce ninguna acción sobre los treponemas ni sobre las lesiones.

El ácido lactobismútico anhidro es el tercer cuerpo ensayado. Obedece a la composición $\text{Bi}(\text{C}_6\text{H}_5\text{O}_6)_3$, que arroja un porcentaje de bismuto igual a 54,14. Eficaz a la dosis de 25 miligramos por kilo.

Un ácido tartrobismútico $\text{C}_4\text{H}_3\text{O}_6\text{Bi}$ es el último producto experimentado, que contiene 58,7 por 100 de bismuto y es ineficaz a la misma dosis.

Vemos, pues, con gran claridad, que la acción terapéutica de los compuestos bismúticos no debe estar en relación con el tanto por ciento de bismuto que contiene su molécula, sino que la estructura de ésta juega un papel en la acción antisifilítica. Así, el primero de los productos examinados, que lleva un 41,50 por 100 de bismuto metal, es menos eficaz que el cuarto compuesto, que posee un 58,7 por 100 de bismuto y que procede por desdoblamiento de la molécula del primero.

Cosa análoga ocurre en lo que se refiere a toxicidad; de nuestros experimentos aparece como menos tóxico el tercer producto, con un contenido en bismuto superior al primero y segundo producto examinado.

Es de esperar que, experimentando productos puros, de composición exactamente conocida, pueda llegarse a determinar la influencia de la composición molecular en la acción terapéutica de los derivados bismúticos y a la preparación de cuerpos dotados de un buen coeficiente terapéutico.

DR. BARRIO DE MEDINA

Bibliografía.

A B C DE ANÁLISIS CLÍNICOS, por el Dr. José María Bausá Arroyo.—Un folleto de 85 páginas, 1923.

Con un criterio fundamental de simplificación, ha reunido el Dr. Bausá en las 85 páginas de su modesto folleto los métodos de análisis clínicos que sirven al médico práctico para establecer ó dilucidar un diagnóstico. Comienza por exponer el material puramente indispensable para montar un laboratorio que llene este fin, describiendo luego el modo de recoger los diversos productos que pueden ser analizados y los procedimientos generales del análisis microscópico de los mismos (extensión, fijación, coloración y montaje de preparaciones microscópicas). En sucesivos capítulos indica lo que hay que hacer para practicar un análisis de orina, de sangre, de exudados diversos de líquido cefalorraquídeo, jugo gástrico y leche. También se ocupa del análisis de las heces, del examen de cabellos y escamas y de la inoculación en animales de laboratorio. Las seis últimas páginas las dedica el autor a las operaciones aritméticas necesarias á veces en la marcha analítica, con las cuales no están á veces familiarizados los médicos; indica cómo se suman, restan, multiplican y dividen los quebrados y cómo se halla la raíz cuadrada de un número entero y de un número decimal.

No se limita el autor á la exposición de los métodos y de su técnica, trata brevemente también de la interpretación de los resultados en lo que interesa al diagnóstico.

Aunque el *A B C de análisis clínicos* representa, como es fácil de comprender, una recopilación de los métodos prácticos de laboratorio aplicables á la clínica, es digno de alabanza el intento de su autor, queriendo facilitar al clínico la

labor, á veces complicada ó fastidiosa, que supone el análisis de un producto patológico. En cambio, la impresión es bastante defectuosa, existiendo erratas que aunque sean fácilmente sube-anables causan sin duda mal efecto en el lector.

E. LUENGO

Periódicos médicos.

DERMATOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Aftas sifiloides rebeldes y persistentes de la mucosa bucal.—El Dr. Joaquín Cervera comunica el siguiente caso clínico:

L. S. de P., veintiocho años, argentina, casada.

Antecedentes personales.—Ha tenido cinco hijos, todos los cuales viven y son sanos. No ha tenido abortos ni nacidos muertos. No recuerda haber tenido enfermedad alguna, hasta hace tres años y medio, que poco tiempo después de nacer un niño, le aparecieron en la mucosa bucal unas lesiones dolorosas que desaparecieron espontáneamente en pocos días, volvieron á aparecer una ó dos veces más para desaparecer á su vez espontáneamente como las anteriores. Estas *poussées* eruptivas duraron unos quince días más ó menos.

Hace ocho meses tuvo otro niño que todavía está criando, y un mes después le volvieron á aparecer en la mucosa bucal las mismas lesiones que tres años y medio antes le habían aparecido y con las mismas características, es decir, por *poussées* sucesivas de unos pocos elementos eruptivos que desaparecían espontáneamente también. Pero esta vez la evolución de estas *poussées* sucesivas fué más larga, durando unos dos meses.

La enferma se creía librada ya de sus lesiones, cuando pocos días después, es decir, hace cinco meses, le aparecieron nuevamente lesiones semejantes, pero las cuales, á diferencia de las anteriores, han permanecido desde entonces y en los mismos sitios sin modificación alguna.

Estas lesiones, que datan ya de cinco meses, son las siguientes: En la mucosa del labio inferior se ven dos ulceraciones poco profundas, regularmente redondeadas, del tamaño de una mediana y de una gran lenteja, recubiertas de un exudado amarillento y rodeadas de un liserado carminado. En la mucosa del labio superior, cerca de la comisura izquierda, existe otra ulceración de una forma perfectamente oval, del tamaño de una gran lenteja, recubierta igualmente de un exudado amarillento y rodeada también de un liserado carminado.

Además de estas lesiones, la enferma presenta otras dos que datan de tres meses y están situadas en la punta de la lengua. Estas dos lesiones son también ulceraciones de la misma naturaleza que las anteriores, pero están algo modificadas en su coloración, su forma y su profundidad por los incisivos inferiores sobre los cuales se apoyan; su coloración es más roja, por la irritación permanente de los dientes, que impide la formación del exudado ó lo destruye; su forma redondeada original se ha hecho más ó menos rectangular y estampada, adoptando la forma de los dientes sobre los cuales reposa, y su profundidad es también mayor por el desgaste, pequeño, pero continuado, que los dientes ejercen sobre las mismas por su contacto. Hay que notar que los dientes incisivos medios y laterales inferiores están un poco rechazados hacia atrás en esta enferma, lo que aumenta el contacto de los mismos con la punta de la lengua.

Además de estas lesiones, le han aparecido á la enferma desde hace cinco días hasta hoy nuevos elementos que to-

davía son pequeños, dos en el labio inferior, dos en el borde lingual derecho y uno en la mucosa de la mejilla derecha; estas lesiones son las únicas recientes y son todavía pequeñas, pero exactamente iguales á las existentes desde hace meses, es decir, son ulceraciones con un exudado amarillento y rodeadas de un liserado carminado.

Todas las ulceraciones son algo dolorosas espontáneamente, pero lo son mucho más cuando la enferma come, y sobre todo al comer cosas ásperas y duras, como el pan, ó alimentos calientes, ácidos ó salados. Se observa además en la enferma una gingivitis generalizada, pero más acentuada del lado de los incisivos superiores é inferiores. Esta gingivitis, al decir de la enferma, precedió un mes antes á la aparición de las lesiones ulcerosas, y al igual que ellas, ha persistido desde entonces. Se observa un liserado grisáceo en la extremidad radicular de todos los incisivos, pero la dentadura de la enferma es completa y no tiene ningún diente cariado. Además de los síntomas mencionados, la enferma presenta una salivación más ó menos abundante. No ha tomado ningún medicamento ni ha hecho aplicación local alguna que pudiera explicar la gingivitis y la salivación.

El aspecto clínico de las lesiones, su evolución á *poussées* sucesivas y los signos subjetivos experimentados por la enferma, asemejan estas lesiones al aftas vulgar de la mucosa bucal.

Así como el aftas común de la mucosa bucal es una erupción que desaparece espontáneamente ó con tratamiento en pocos días, hay aftas comunes más rebeldes que se suceden durante meses por *poussées* sucesivas, durante los cuales los elementos de una *poussée* desaparecen en todo ó en parte, para ser sustituidos por otros de un *poussée* nueva, y así sucesivamente. Este último carácter lo ha presentado nuestra enferma en los dos primeros meses de su afección y está de acuerdo con los aftas rebeldes de ciertos dispépticos y nerviosos producidos por irritaciones bucales crónicas, por *surmenage*, por alimentos irritantes y otras causas; pero lo que no habíamos visto hasta ahora es una particularidad que presenta nuestra enferma, es decir, ulceraciones aftosas que *persisten en el mismo sitio*, unas desde hace cinco meses, y otras desde hace tres meses; la persistencia de las últimas, es decir, de las de tres meses atrás, situadas en la punta de la lengua, podría explicarse por la irritación constante del contacto dentario, pero es más difícil explicar las de hace cinco meses situadas en la mucosa de los labios, que no parecen obedecer á un contacto traumático. Es por eso que hemos denominado *rebelde y persistente* al aftas de esta enferma.

Aunque no hemos dudado del diagnóstico clínico, dada la persistencia de las lesiones, hemos mandado hacer una reacción de Wassermann, que ha resultado negativa.

No puede tratarse de lesiones tuberculosas, por su aspecto clínico, tan diferente de éstas, la ausencia de lupomas, tubérculos y granos de Trelat, la desaparición espontánea de muchas de ellas al principio, el buen estado general de la enferma, sus antecedentes de buena salud, etc.

Ni el aspecto clínico, ni la localización, ni la evolución están tampoco de acuerdo con las estomatitis úlcero-membranosas, lesiones más profundas y destructivas.

Podría pensarse en lesiones producidas por el bacilo fusospirilar de Vincent, que suele producir lesiones persistentes de las mucosas; pero el bacilo fusospirilar determina lesiones, sobre todo del lado del velo del paladar, faringe y amígdalas, sitios intactos en nuestra enferma, en la cual las lesiones están sólo en los labios y en la parte anterior de la lengua, y son más pequeñas y superficiales que las de la angina de Vincent.

Tratamiento.—En vista de la rebeldía de las lesiones á la curación espontánea y aun á algunos tratamientos hechos por la enferma misma y que han consistido en gargarismos emolientes, hemos procurado instituir un tratamiento á la vez emoliente y eficaz, tratando de evitar la irritación de las lesiones.

Ante todo, hemos aconsejado á la enferma una limpieza completa de la dentadura por un dentista, lo que ya ha efectuado, habiendo obtenido como beneficio inmediato la mejoría de la gingivitis.

Le hemos mandado aplicaciones de azul de metileno al 2 por 100 sobre las aftas, dos á tres veces por día; el resultado ha sido benéfico, habiendo disminuido el dolor y la salivación, y las lesiones se han limpiado y se han puesto más pálidas. Continuando con este tratamiento durante unos veinte días, las lesiones han vuelto á empeorar otra vez, y hemos recurrido entonces al licor de Labarraque, diluido en aplicaciones locales y buches; nueva mejoría y nuevo empeoramiento otra vez.

Hemos empleado, por fin, el neosalvarsán: aplicaciones del polvo del neosalvarsán sobre las lesiones, buches de neosalvarsán y aplicaciones de solución de neosalvarsán (una ampolla de 0,30 de neosalvarsán en un cuarto de litro de agua para buches y aplicaciones). Con este tratamiento la enferma mejora visiblemente; el dolor ha disminuído mucho; puede comer bastante bien; las lesiones son menos rojas, más limpias y más pequeñas.

Continúa con este tratamiento durante doce días, y la mejoría se acentúa; las lesiones de los labios han disminuído mucho de tamaño, habiendo desaparecido dos de ellas; las lesiones de la lengua persisten, pero están más pequeñas.

Habiendo la enferma dejado de tratarse con el neosalvarsán, en vista de su mejoría, las lesiones han recrudecido y han aparecido nuevas lesiones en los labios.

Como este tratamiento ha sido el único que la ha mejorado visiblemente, hemos resuelto continuar con el mismo. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 17 de Enero de 1924.)

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Patogenia de la neumonía experimental en el conejo, por H. H. Permar.**—La neumonía experimental en el conejo se origina como una reacción inflamatoria aguda de la tráquea, árbol bronquial, conductos alveolares, atrios y alvéolos. La gravedad de la reacción aumenta hacia los bronquiolos terminales alcanzando la mayor intensidad en estas estructuras, en los conductos alveolares, atrios y alvéolos. El proceso comienza, por consiguiente, como una bronconeumonía, que tiende á invadir ulteriormente los tejidos por extensión periférica de los focos individuales. La neumonía intersticial aguda se desarrolla al principio como resultado de una linfangitis aguda, que nace en los linfáticos periféricos y se extiende tanto á la red subpleural de la periferia del pulmón y al hilio. Esto aumenta el proceso inflamatorio bronquiógeno primario y tiende á apresurar la invasión completa del lóbulo afectado. Antes que la linfangitis aguda, aparece una linfadenitis aguda, puesto que las toxinas y bacterias (tanto libres, como fagocitadas) son llevadas directa y rápidamente á los ganglios linfáticos del hilio, donde son retenidas, originando un proceso inflamatorio local agudo. Esta reacción en los ganglios linfáticos llega á ser muy intensa, puesto que se desarrolla una inflamación intersticial aguda con linfangitis grave. Al extenderse la inflamación intersticial, que al principio afecta particularmente el sistema linfático perivascular, se desarrollan arteritis y flebitis con trombosis séptica, pleuresía, mediastinitis, pericarditis y

septicemia. Esta última puede ser el resultado de que se afecten directamente las paredes vasculares, ó puede ser debida al paso de los gérmenes á través de los ganglios linfáticos al hilio y á la circulación por la vía del conducto torácico. El proceso es comparable en esencia al que tiene lugar en las neumonías espontáneas del hombre. La diferencia principal es la lesión intersticial más intensa, que se observa en las neumonías experimentales. Acompaña al trabajo abundante bibliografía. (*The Journal of Medical Research*, núm. 190, Septiembre de 1923.)—E. LUENGO.

ELECTROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sobre la radioterapia del paludismo, por F. Prusciano.**—Los palúdicos curados en el transcurso de los años 1922-1923 han sido 98; 52 de ellos crónicos, 24 recidivantes y quinino-resistentes y 22 agudos. La técnica empleada para los palúdicos crónicos fué la de las pequeñas dosis curativas, que ha demostrado rapidez y estabilidad en los efectos (reducción hasta desaparición de la esplenomegalia, aumento de los glóbulos blancos, cese definitivo de los accesos febriles). Las sesiones, dividiendo el bazo en campos de seis octavos y nueve duodécimos, se han practicado ordinariamente tres días seguidos con intervalos de otros cinco ó seis. El autor ha obtenido la curación clínica junto con una mejoría rápida del organismo. En las formas recidivantes la dosis y la modalidad de suministración son superiores á la precedente, haciendo las radiaciones, no solamente sobre el bazo, sino también sobre los extremos epifisarios de los huesos de los miembros inferiores. En los individuos quininizados no han vuelto á ocurrir accesos febriles; en los no quininizados antes de la radiación, entre el cuarto y quinto día después de la primera serie, no ha faltado el acceso con presencia de los parásitos en la sangre circulante. En los palúdicos agudos se han logrado éxitos favorables con irradiaciones cotidianas durante siete días, repitiendo la serie después de otra semana de descanso, pero en días alternos, distanciando las irradiaciones cada vez más (dos veces por semana, una vez por semana) hasta la curación. (*Actinoterapia* (Napoli), 30 de Noviembre de 1923, número 5).—E. LUENGO.

PSIQUIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Freud, freudismo y freudianos, por Laignel-Lavastine.**—El autor hace consideraciones acerca de Freud y su método, concluyendo que este autor es un gran médico, cuyo espíritu y cuya obra deben ser admirados, aunque no sin reservas. La psicoanálisis, método de exploración del subconsciente, permite como una industrialización de la dirección de consciencia. Por esto es por lo que el freudismo se extiende sobre todo en los países sin confesión. El freudismo, doctrina más metafísica que científica, tiene una expansión que parece debida más á sus caracteres afectivos (atracción del misterio, pansexualismo) y á sus defectos (sistematización; exageración rayana en el absurdo) que á sus cualidades de método de examen del subconsciente. Los freudianos, médicos competentes y de buena fe, no deben ser confundidos con los freudistas, discípulos peligrosos del freudismo, del cual sólo han tomado de ordinario los defectos. Entre los freudistas, unos son peligrosos para la Sociedad por las ideas que emiten en el gran público, los otros por el ejercicio ilegal de la medicina que practican. (*La Presse Médicale*, núm. 98, 8 de Diciembre de 1923.)—E. LUENGO.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por *Decio Carlán*.—*Ignoramus, ignoramus... ignorabimus*, por *Ich*.—Remitido La propaganda de la higiene, por *Un suscriptor higienista rancio*.—Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por *Sedisal*.—Sección oficial: Gobernación.—*Gaceta de la salud pública*: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Aclaración importante.—Dudas é interpretaciones.

Siguen siendo interesantes y en cierto modo transcendentales las disposiciones que nos transmite la *Gaceta* relativamente á la organización constitutiva de las profesiones sanitarias.

La Real orden de fecha 13 y *Gaceta* del 15 de los corrientes tiene extraordinaria importancia para la vida actual y futura de los Colegios de Médicos. En una de sus partes, en la referente á las sanciones que éstos podían imponer á sus asociados como pena por el incumplimiento de los Estatutos, establece la disposición ministerial, que en otro sitio reproducimos íntegra, la intervención, mediante recurso interpuesto por los interesados, de las autoridades gubernativas en la tramitación de los expedientes que pueden llevar á la aplicación de tales penas, fundándose en las dificultades materiales que la reunión de los jurados establecida en los Estatutos de Febrero de 1921 puede ofrecer.

Otro precepto contenido en la nueva Real orden no nos ha cogido de sorpresa: fundados los Colegios provinciales de médicos por solemne disposición gubernativa en 1917, aprovechando un fin benéfico y simpático como base de la organización colegiada, no tardaron en surgir interpretaciones de expansión dando lugar á otras creaciones extraoficiales, que aspiraban por su modo de funcionamiento y en sus pretensiones á ostentar una *personalidad jurídica*, que sin tener fundamento efectivo, disminuía la eficacia de los Colegios oficiales. Á esta caprichosa interpretación pone radical remedio la referida Real orden diciendo textualmente: «Art. 1.º Los Colegios provinciales de médicos *son las únicas entidades de esta clase profesional que gozan de existencia legal y oficial*, quedando prohibida la intromisión en ellos de otras agrupaciones que no tengan este carácter.»

Somos los primeros en lamentar que se haya dado lugar á esta rectificación que tan claramente se desprendía del espíritu mismo de las organizaciones vigentes, y bien puede recordarse la frecuencia con que hemos llamado la atención acerca de la conveniencia de evitar equívocos en que, más por impremeditación y desconocimiento de las co-

sas de derecho que por torcida intención, se incurría. Aclaración bien determinada de tales conceptos es el párrafo del preámbulo de la disposición que nos ocupa, en que respondiendo, según afirma, á numerosas quejas, señala los Sindicatos y Federaciones como entidades desprovistas de todo carácter oficial y ejecutivo.

Por nuestra parte, nos limitamos á recordar cuál ha sido nuestra actitud y cuál nuestro mesurado consejo. En los Sindicatos regionales y en las Federaciones, sobre todo en las últimas, hemos visto un movimiento entusiasta de unión en el que pudiera anidarse involuntariamente una aspiración ambiciosa á constituir poderes personales dentro del conjunto de la clase médica española, lo cual no es lo mismo que trabajar por su unión y por sus provechos colectivos. Si tales entidades se hubiesen limitado á un plausible trabajo de propaganda y de consorcio, nadie podría negarle su utilidad; pero desde el momento en que usaban de apelativos ostentosos y trataban de ejercer acciones coercitivas sobre los Colegios oficiales y sobre los médicos españoles en general, sin haber tomado el trabajo de regularizar su situación jurídica efectiva, corrían el riesgo á que han llegado de que la situación se aclarase de un modo ejecutivo.

Ajenos en absoluto á lo que veníamos presenciando, no se nos podrá decir que nos hemos equivocado en nuestros pronósticos; pues ha bastado que un Sindicato regional haya querido ejercer funciones de Colegio, para que los que se han considerado agraviados hayan apelado al fácil recurso que les da la razón.

Recibimos cartas de consulta acerca de interpretaciones y dudas que suscita el Estatuto de administración municipal, recientemente publicado. Insistimos en lo que en nuestro anterior número decíamos: la importante disposición oficial, por los múltiples puntos que necesariamente abarca, por la novedad de sus preceptos y hasta por la de los términos con que se definen los servicios, no puede ser sometida á un estudio precipitado. Publicada ya, con la necesaria abundancia de ejemplares con que se anuncia, y transcurrido algún tiempo para

dar sosegado espacio á su estudio, entraremos en él, por lo menos desde el punto de vista de los intereses sanitarios y profesionales, y procuraremos llevar á su análisis la tranquila imparcialidad con que siempre procuramos proceder.

DECIO CARLAN

IGNORAMUS, IGNORAMUS... IGNORABIMUS

La leal declaración de Dubois-Raymond ante el Congreso de Sabios, acude hoy á mi espíritu, á propósito de un hecho vulgar, ó que merecerá calificativo de tal para los espíritus más vulgares que él; pero que puede tener una significación transcendental ante la consideración de los más selectos.

Ignoramus, ignoramus... ignoraremos, dijo el gran sabio, y esta sentencia debe ser tenida en cuenta por todo el que tenga pretensiones de saber, ó de influir en el saber futuro.

De lo pequeño, surge lo grande en el mundo del pensamiento, y un hecho sencillo hace muchas veces pensar más y más hondamente que las que se llaman grandes catástrofes históricas.

Pero... ¡vamos á cuentas! ¿A qué viene el que yo diga estas cosas? Pues á la impresión que me ha sugerido la lectura de unas noticias telegráficas, que dicen así:

«Sevilla, 5.—Ha fallecido en esta ciudad, á la edad de 103 años, una mujer llamada Antonia Luna Méndez, natural de Bienvenida. Su familia no recuerda que sufriese nunca enfermedad alguna. Deja una descendencia numerosísima».

«El Ferrol, 5.—Ha fallecido José Morales, á la edad de 119 años. La mayor parte de su larguísima vida la dedicó á las faenas del mar».

Nada digo acerca del primero de estos casos, aunque bien pudiera fijarse mi atención en lo que significa la referencia de la familia cuando asegura que á los 103 años de su pariente no había ésta tenido enfermedad alguna; lo cual traducido al lenguaje actual representa un tipo orgánico de defensa contra las asechanzas patológicas, bien digno de tener en cuenta y no sabemos hasta qué punto, ayudado en su acción defensiva por una higiene de las que por modelo se tienen en el día.

Pero el caso de José Morales es, por completo, elocuente: 119 años de vida empleados en su mayor parte en las faenas del mar; esto es, 80 ó 90 años de fríos, insolaciones, lluvias, tormentas, riesgos, sobresaltos, mojaduras, deficiencias alimenticias y dudosos cuidados por parte de la familia en las últimas etapas de la existencia y después de esto poner en primera línea la valía de los preceptos de la higiene tradicional y rutinaria.

Ignoramus, ignoramus, ignorabimus.

ICH.

REMITIDO

LA PROPAGANDA DE LA HIGIENE

Acabo de leer un artículo encaminado á abogar por la salud de Madrid. No es él el solo en esta campaña; pero me permito llamar la atención de EL SIGLO MEDICO acerca de la necesidad de que los propagandistas de la higiene vayan despojándose un poco de las vestiduras anticuadas de vulgaridad con que afean á la adorada diosa.

Machacar constantemente acerca de la insalubridad de Madrid y de la necesidad de tal ó cual reforma, que más

que de las autoridades depende de la educación de las gentes, es machacar en hierro frío.

Decir que en Madrid se muere más gente que en parte alguna, cuando es evidente que sus falseadas estadísticas, si se rectificaran, darían cifras que desmentirían claramente estas afirmaciones, es hablar por hablar.

Afirmar orondamente que Madrid tiene pocos parques y paseos para su vecindario, cuando se puede pasear por el Retiro, el Parque del Oeste, Rosales y muchos otros sitios, sin encontrar un alma la mayor parte de las veces, es afirmar contra la evidencia; y, en cambio, decir que la salud está en la Sierra, cuando de los pueblecitos enclavados en ella nos vienen tantas familias de veraneantes contando las fiebres que muchos de sus individuos han pasado en ellos durante el estío, es también tener gana de rendir pleitesía á la ilusión fantástica.

Decir de los cementerios que son nocivos para la salud, cuando no se puede presentar una sola epidemia que en ellos se haya originado, y cuando con sólo atenderlos y limpiarlos, si se tuviera alma y se persiguiera la codicia de los *necrófagos* que los explotan, con sólo ello se podría ver que los cementerios no son molestos más que por la tristeza que su vista produce á los vivos.

Decir todas estas cosas es gana de escribir al minuto, y la higiene tiene ya más altas y difíciles exigencias.

Sin pretender responder á todas ellas, bastaría á los desinteresados abogados que empleasen su actividad en educar al pueblo; que hicieran que éste se prestara á las exigencias estadísticas de las autoridades; emplease sus horas de solaz en paseos y ejercicios al aire libre, ahora que las horas de trabajo se lo consienten con amplitud; acudieran los domingos y fiestas á las afueras con sus familias, y no se aglomerasen en las Ventas, en los Cuatro Caminos, en los Mataderos ó en la Bombilla en locales estrechos, mal ventilados, respirando los humos del aceite frito y de las *gallinejas*, en vez del oxígeno que gratuitamente les ofrece el aire exterior del campo. Podrían predicarles también que en las horas de solaz de que sobradamente hoy pueden disponer saliendo de sus tiendas ó sus talleres antes del anochecer, se dedicaran á *sports* ó juegos baratos y fáciles, como la pelota, la carrera, el canto ó la instrucción en todas sus variedades, y entregasen los jornales aumentados á sus mujeres para que la nutrición se mejorara, y no la situación económica de los empresarios de cinematógrafos, de bares y de tabernas.

Todo esto, señor director, me parece á mí que no sería muy difícil de obtener, sin acudir á argumentos higiénicos tendenciosos, para patrocinar empresas más ó menos provechosas.

UN SUSCRIPTOR HIGIENISTA RANCIO.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Lunes 10.—ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, presidida por el Dr. Cifuentes.

Desde los ya remotos tiempos en que instalada en modesto local del callejón de Preciados, alentada y empujada por brillante plantel de entusiastas jóvenes, de los que, afortunadamente, aún perduran legítimamente encumbrados unos cuantos, que, para honra y gloria de la Medicina patria, Dios conserve muchos años, y entre los que jugaron principalísimo papel los ya desaparecidos de la lista de los vivos Sres. Lanzagorta, Bombín, Ustáriz, Mariani, Santero, Camisón, Simarro y otros muchos de imperecedera memoria hasta la fecha, la Academia Médico-Quirúrgica Española ha venido siendo el palenque en que con perseverancia y

entusiasmo plausibles han demostrado su valimiento y afianzado su reputación los que en noble lid persiguen la gloria y una posición social fructífera y honorable.

Tras los mismos elevados ideales se afanan y laboran el presidente y académicos que hoy la honran y enaltecen, y muy grato nos es reconocer que, lejos de aminorar, va de día en día en crescendo el interés y la oportunidad con que en ella se debaten y esclarecen los asuntos que más pueden contribuir al progreso y dignificación de la Ciencia.

Así debe entenderlo también la compacta masa de público, médico y no médico, que perseverante acude á colmar el local en que se exhibe con su presencia.

Que sea enhorabuena y que perdone el lector la digresión.

El Sr. Castillo Ruiz historia un caso de fibroadenoma orbitario de tamaño aproximado al de una nuez, que pudo extirpar respetando el ojo en toda su integridad y no interesando á los músculos, precauciones que han de tenerse muy en cuenta para evitar los deplorables efectos estéticos que este género de operaciones, en tal región practicada, pueden acarrear. El Sr. Basterra felicita y se muestra conforme con el procedimiento y resultados obtenidos por el Sr. Castillo, que á su vez rectifica y da las gracias.

Presenta el Sr. Hinojar un caso en quien practicó la radical separándose completamente de los cánones en estos casos establecidos y no practicando el taponamiento de la cavidad en que el colesteatoma tuvo asiento, con los satisfactorios resultados que invita á comprobar en la paciente.

Vuelve el propio Sr. Hinojar á ocuparse de la «Extirpación de las amígdalas por aspiración» de que en anterior sesión hablara, haciendo de este procedimiento y los ya citados y puestos en práctica por Sluder, Mackenzie y otros autores, un detenido estudio y juicio crítico, del cual saca la consecuencia de hallarse á favor del que preconiza las máximas garantías y ventajas. El Sr. Fernández Seco advierte la necesidad de estar prevenidos contra los brutales procedimientos americanos sólo aplicables al adulto, y aunque el que preconiza el Sr. Hinojar llena en la enucleación de amígdalas bien su cometido, tiene á cambio el inconveniente de no poder prescindirse de ayudantes. El Sr. Casadestús opone algunos discretos reparos al uso de este procedimiento en los niños, y hace saber practica experiencias en relación á este asunto que coleccionadas en su día dará á conocer. Rectifica el Sr. Hinojar, haciendo la salvedad de no creer apropiada la succión en los niños pequeños, y reconociendo que, si bien el amigdalotomo de Sluder es más elegante, no es, sin embargo, tan útil.

El Sr. Sáinz de Aja presenta á un hombre afecto de oleomas en los brazos, á no dudar, provocados por inyecciones hipodérmicas gomenoladas y alcanforadas, que al cabo de seis, siete ú ocho meses, dan lugar á los nódulos que los circunstantes examinan y aprecian.

Pretende el Sr. Larrú formular una queja por no haberse discutido antes la comunicación del Sr. Torre Blanco; pero le sale al paso el presidente Dr. Cifuentes haciéndole entender la inoportunidad y falta de razón de ella y lo muy acorde que su conducta está, en todo caso, con el Reglamento y las prácticas establecidas. Ya puestas las cosas en su punto, el Sr. Larrú se fuerza en demostrar la ausencia de riesgos de las irradiaciones en el embarazo. No lo entiende así el Sr. Torre Blanco que estima ser las irradiaciones, no sólo capaces de perturbar y destruir la concepción, sino de poner al producto de ella en condiciones de imbecilidad para el porvenir.

El Sr. Landete presenta á la consideración de la Academia á una joven á quien la ingeniosa originalidad de un

aparato perfectamente diseñado, construido y tolerado, consiente corregir la imperfección de una parálisis facial que inmoviliza la comisura.

Celebró su reglamentaria sesión el martes 11 la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE bajo la presidencia del Dr. Mariscal.

Pide el Sr. Col la palabra para encarecer la conveniencia de que la Sociedad gestione la construcción de un parque en los extensos solares del derruido Hospicio, cuya artística puerta principal de entrada á todo trance se debe conservar, aduciendo para ello la necesidad de multiplicar estos grandes reservorios de aire que por las vías comunicantes con otros idénticos, circule libremente por toda la población higienizándola. El Sr. Jalvo se muestra conforme con tan loable propósito y emite la idea de que se emplace en el centro la artística puerta y algunos establecimientos semi-subterráneos que muy bien pudieran ser para el Ayuntamiento, no despreciab e fuente de ingresos. Presta á lo manifestado el Sr. Col su asentimiento, oponiéndose, no obstante, al desmonte de la puerta por los detrimentos que pudieran ocasionársela y sobrevenir. El Sr. Mariscal acoge satisfecho la idea; habla de los incompletos intentos á tal fin en varias ocasiones practicados; cita con elogio las iniciativas en beneficio del pueblo de Madrid tomadas por el monarca circunciancial Pepe Botella; y termina invitando á los Sres. Col y Jalvo á que, puestos de acuerdo, formulen en una comunicación cuanto consideren pertinente al asunto, en la seguridad de que será recibido con gusto y discutido con interés y cariño.

Reanudada la discusión del tema «Chupadores infantiles», el Sr. Soriano formula una conclusión que dice: «La Sociedad Española de Higiene recomienda no se usen los chupadores infantiles por perjudiciales á la salud.» El señor Yagüe se opone á que se modifiquen los absolutos términos de proscripción en que la suya está inspirada. El señor Olea signe creyendo no haber motivo para tanto. Arguye el Sr. Yagüe que no ve la razón de no prohibirse aquí su uso estando prohibido en otras partes. La señorita Soriano (Doña Elisa) reconoce que los chupadores son malos, pero que son peores las perras, sonajeros y baberos que instintivamente los niños se llevan y seguirán llevándose á la boca, á pesar de la más celosa vigilancia y de todos los optimismos del Sr. Yagüe, que es seguro no será secundado ni atendido en su petición. Sin embargo, la proscripción se aprueba por unanimidad.

Alrededor de la primera conclusión del tema «Higiene de Madrid», su autor el Sr. Soriano hace unas cuantas pertinentes aclaraciones; y se entabla entre los Sres. Col y Jalvo un diálogo, á juicio del último más propio de una Academia de ingenieros ó arquitectos que no de la de Higiene, donde lo que se precisa son soluciones prácticas breves y beneficiosas, sin tener para nada en cuenta el coste de ellas ni los medios materiales empleados en su ejecución.

En la misma tarde dió el Dr. Velasco Pajares una conferencia en la EXPOSICIÓN DE HIGIENE, acerca de «Belleza y Cosmética».

Define en primer término la belleza, expresando el concepto que filósofos y poetas han emitido acerca de ella, y el que á él merece el tipo ideal de nuestra raza.

Enumera á continuación las evoluciones y transformaciones por las distintas edades y pueblos introducidas en la Cosmética, con el nunca plenamente satisfecho afán de embellecerse.

Llama la atención hacia los peligros que envuelven las manipulaciones empleadas en la extirpación de espinillas, avulsión del vello, fisuras, canas, arrugas, etc., por manos inexpertas y total ausencia de precauciones higiénicas.

Juzgó severamente la conducta de las damas que, prescindiendo del consejo médico, emplean cuantos menjerges y coloretos las recomiendan damiselas ridículas y charlatanes desaprensivos sin conciencia; y termina aconsejando la práctica constante de unas sencillas prescripciones higiénicas, á cuyas expensas puedan conservar la salud, en que verdaderamente, sin falacia alguna, radica la belleza femenina.

El disertante fué calurosamente aplaudido por el numeroso público.

Miércoles 12. SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA presidida por el Dr. Bourkaib.

El Sr. Aleixandre interviene en la discusión del tema: «Empleos de la urotropina en Ginecología», haciendo constar se ha ensayado en algunos casos en la clínica del doctor Varela y en la del Dr. Blanc, en la Princesa, con resultados completamente negativos; y en otro, de una mujer, de Meco, hospitalizada en la Cruz Roja donde se presentó con fiebre puerperal de 40 grados, que no pudo modificarse, y en la que más tarde sobrevinieron grandes albuminurias, edemas y la muerte. Rectifica el Sr. López Dóriga las distintas apreciaciones y reparos á sus temas opuestos, por los que en su discusión tomaron parte, repitiendo de nuevo que no á título de antiséptico ni específico, sino como antitóxico y coadyuvante de otros medios seguirá usando la urotropina en lo sucesivo.

El Sr. Sanchez (D. Arcadio) explana la anunciada comunicación: «Frecuentes distocias uterinas». Define éstas; y para que de ellas se formen debida cuenta, habla del tono, la contracción y la retracción. Divide las hipertonías en generales y fragmentarias, cuyas subdivisiones, caracteres y efectos hace resaltar en varios casos que relata y comenta, marcando bien la diferenciación entre las múltiparas y nulíparas. Habla de la histeriografía y de la histeriometría y de la eficaz ayuda y orientación que pueden prestar en tales circunstancias. Considera á las primíparas más predispuestas á padecerlas y señala como causas más abonadas de la hipertonía, al tacto repetido, rotura de la bolsa, masajes, excitaciones anómalas, posición y presentaciones viciosas, oblicuidad del feto, etc. Reputa como características de la hipertonía á la detención del parto, sufrimiento del feto, y supresión de las contracciones; y concluye aconsejando para obviar en parte este inconveniente, la sustitución del tacto vaginal por el rectal, y la abstención rigurosa de manipulaciones innecesarias.

El Sr. Torre Blanco da á conocer á paso de carga el sencillo procedimiento de crioterapia uterina puesto en práctica en la Maternidad para hacer llegar sin dificultad al conducto cervical de la matriz un chorro de cloruro de etilo por él con debidas precauciones empleado en sesiones de cinco días consecutivos.

Entrambos asuntos quedaron sobre la mesa.

Jueves 13. SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID.

El Dr. Arquellada presenta al joven profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Dr. Vidal Jordana, de cuyos antecedentes y entusiasta colaboración en el Congreso de San Sebastián, hace grandes elogios.

Agradece éste las laudatorias frases que sólo á la benevolencia con que el Dr. Arquellada le juzga son debidas, y

sin más preámbulos pasa á explicar la lección «Bronquitis aguda en la infancia», enfermedad que por lo frecuente y en general benigna no es todo lo conocida que debiera.

Le parece excesivamente sutil la diferenciación que por algunos se pretende establecer entre la bronquitis y el catarro, que á su juicio son una misma cosa, añadiendo que rara vez se presenta de tal manera localizada que no se hallen al propio tiempo afectas la nasofaringe y tráquea.

Considera á la etiología muy confusa por la red inextricable y laberíntica que constituye el árbol respiratorio.

Clasifica á las bronquitis en primitivas y secundarias; y como específicas á las que acompañan al sarampión, tos ferina, fiebre tifoidea, y gripe quizá más acentuada por gérmenes aun no determinados y definidos.

Detalla las causas predisponentes y determinantes que dan lugar á esta enfermedad, citando entre las primeras las puramente personales, costumbres, sobrecarga de ropa, estados epidémicos, taras patológicas, anemias, raquitismo, etcétera, y como determinantes las infecciones cuya puerta de entrada puede ser nasofaríngea, directamente inspirada en la respiración, ó por vías linfática ó hemolítica. El frío puede según los casos ser causa predisponente ó determinante.

Otorga poco interés, tanto á las formas clínicas que no influyen gran cosa en su marcha y terminación, como á la anatomía patológica que no puede delimitarse por la rareza de las defunciones. Concede excepcional importancia á la tos como síntoma predominante y variable en el individuo aislado en que algunas veces adopta la forma espasmódica; la expectoración nada ofrece de particular y es difícil y escasa por la impericia de los niños; fiebre alta y pulso frecuente y respiración acelerada que al compás evolucionan y se modifican en sentido favorable.

La percusión suministra pocos datos apreciables; pero no así la auscultación que revela bien á las claras los estertores más ó menos secos ó húmedos, según las fases de la enfermedad, así como de la probable complicación bronconeumónica contra la cual dice vivir siempre prevenido y extremando los cuidados.

El pronóstico en general benigno, se hace más sombrío cuando adquiere el carácter de cronicidad, sobre todo en los decaerados por taras ó infecciones latentes.

Habitación amplia bien soleada y ventilada á 18° de temperatura y atmósferas húmedas balsámicas á título de higiene profiláctica; cataplasmas sinapizadas y ventosas como revulsivos; benzoato de sosa, y citrato de cafeína en infusión de polígala para facilitar la expectoración; aspirina, proteinoterapia, inyecciones de éter en las toses espasmódicas; y la estricnina como estimulante general del organismo aconsejada por Cavent con maravillosos resultados... son los medios empleados para luchar con fruto contra las «bronquitis agudas de los niños», haciendo caso omiso de sueros y vacunas no siempre oportunas, desconocida su especificidad.

El Sr. Vidal Jordana fué aplaudido por la concurrencia.

CONFERENCIA DEL DR. FRANCO RODRÍGUEZ.—En las últimas horas de la tarde del viernes 14 tuvimos el gusto de escuchar en la Exposición de Higiene la notable conferencia que el ilustre exministro, publicista y médico tenía anunciada acerca de la «Política sanitaria».

Conocido el criterio por el Sr. Franco Rodríguez sustentado y hecho público en A B C al constituirse en el Senado aquel brillante y nutrido bloque sanitario en que la Sociedad española en general, y muy particularmente los profe-

sionales, médicos de todas las categorías, tan fundadas esperanzas habían acariciado, era de esperar que á las razones entonces expuestas en demanda de una ley de Sanidad de que, por excepción entre todos los pueblos cultos, España carece, añadiera ahora la amarga decepción que le produce el transcurrir del tiempo sin verlas atendidas y satisfechas.

Es en efecto desconsolador el contingente que las estadísticas de mortalidad revelan, teniendo en cuenta que la mayor parte de las vidas que se pierden lo son por enfermedades evitables con una buena higiene y la escrupulosa observancia de prescripciones aquí relegadas al más completo abandono y olvido.

A más de la tuberculosis y la fiebre tifoidea que tantos desastres causan, y la avariosis que tantas naturalezas frustra y mina, se da el bochornoso espectáculo de que aún se registran defunciones por viruela en poblaciones que pasan por cultas.

Dedica un laudatorio recuerdo á la meritisima labor en distintas épocas desde Gobernación realizada por los señores Cortezo, autor de la Instrucción de Sanidad en su mayor parte incumplida, Pulido, Bejarano, Martín Salazar y Muriello, cuyos esfuerzos resultaron esterilizados por la indiferencia é incultura sanitaria del medio en que lucharon.

Considera simplemente inútil el ordenado funcionamiento de una eficaz política sanitaria, si previamente no se organiza y adiestra en forma adecuada, el ejército encargado de secundarla.

Compara las distintas condiciones en que, con relación al sacerdote y al maestro, el médico se debate; y saca de ellas la triste consecuencia de que éste es la víctima de la incuria é ingratitud sociales.

Estimula á todos los médicos, altos, de la clase media y del pueblo, para que por cuantos medios estén á su alcance procuren hacer atmósfera é inclinar á la opinión á su favor, y á los rurales á que establezcan una estrecha colaboración con las demás clases sanitarias: farmacéuticos, veterinarios, practicantes y matronas; y concluye afirmando que en la inspección municipal está la base de la reconstitución nacional sanitaria.

El Sr. Francos Rodríguez fué calurosa y efusivamente felicitado por la concurrencia.

..

INAUGURACIÓN DEL II CONGRESO DE HIDROLOGÍA.—A la hora de antemano prefijada, tuvo lugar el sábado, 14, la solemne ceremonia inaugural de este Congreso, en el salón de actos de la Exposición de Sanidad é Higiene, bajo la presidencia del subsecretario de Gobernación, Sr. Martínez Anido, y los señores conde de Gimeno, rector de la Universidad, director general de Sanidad y Rodríguez Pinilla, que á sus lados tomaron asiento en el estrado.

Comenzó el acto el secretario del Congreso, Sr. Viñals, dando lectura á la Memoria en que con toda claridad y precisión enuncia los trabajos preparatorios, comunicaciones recibidas, asuntos á discutir y personal asistente y adherido, entre el que recientemente causó baja por defunción en Granada, el número 2 del escalafón general del Cuerpo, Sr. Palomares Núñez, á cuya memoria dedica sentido y cariñoso recuerdo.

El Sr. Viñals se hizo acreedor á los plácemes de la concurrencia.

Lee á continuación el Sr. Gimeno un discurso, como suyo elocuente, de factura irreprochable en la exposición y desarrollo, y á conciencia razonado y documentado, al que titula «Los secretos de las Aguas minerales» que estudia y aprecia en principio de un modo general,

Enaltece y examina con detallada minuciosidad las que constituyen la rica y variada colección hidrológica de España, que toda indicación llenan y á toda modalidad patológica proveen y alcanzan.

Enumera las alternativas y vicisitudes por que á través de los tiempos han pasado, y las causas transitorias y permanentes á que fueron y son debidas su prosperidad y decadencia.

Estimula á los propietarios de estos veneros de salud y de riqueza, á que de acuerdo, y con el consejo de su médico, sin reparar en sacrificios, introduzcan en ellos cuantas innovaciones y mejoras reclaman el ornato, comodidad y crecientes necesidades de los tiempos.

Dió á conocer la forma y procedimientos de que anti-guamente se echaba mano para analizar las aguas minerales y determinar su composición.

Reseña los conocimientos físicoquímicos á cuyas expensas se han realizado los asombrosos descubrimientos que hoy determinan la manera de actuar las aguas sobre el organismo; y hace resaltar el hecho de que los coloides y la crioscopia hayan venido á demostrar que las aguas minerales poseen secretos que aún no ha podido descubrir la ciencia.

No hay, pues, más remedio que recurrir al socorrido y salvador empirismo, porque mientras los misterios existentes subsistan, el resultado de los tratamientos á que se someta á los enfermos será la única racional orientación á que habrá que atenerse.

Una cerrada salva de aplausos coronó el luminoso discurso del señor conde de Gimeno.

El Sr. Martínez Anido pronunció unas cuantas palabras estimulando á todos á trabajar con ahínco en pro de la Humanidad y de la Ciencia; y en nombre del Gobierno de Su Majestad declaró abierto el Congreso, terminando el acto y siendo también aplaudido por la concurrencia.

..

En el mismo día actuó la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA presidida por el Dr. Cortezo.

El Sr. Pulido Martín presenta á un hombre adulto afecto de «oleoma doble medicamentoso» que á consecuencia de inyecciones hipodérmicas oleosas indudablemente mal acondicionadas, alguna que otra vez aparecen pasados muchos días, y en casos determinados, hasta muchos meses. Hace, á propósito del caso á observar, consideraciones de orden general muy discretas y oportunas; y recomienda una gran prudencia en la elección y uso de sustancias que, por su alteración ó impureza, bien pudieran provocar desagradables incidentes, también en ocasiones fundadamente imputables á deficiencias ó incorrecciones de la técnica. El señor Valle Aldabalde concede á la técnica una capital importancia, y considera que la inyección debe ser subcutánea. Recuerda el Sr. Olea incidentes á éste parecidos por la aplicación de ampollas, cuyo aceite, al ser analizado, resultó rancio, y que no volvieron á presentarse de nuevo subsanado ya este defecto. Rectifica el Sr. Pulido Martín insistiendo en la necesidad de vivir muy prevenidos contra vaselinas y parafinas que sistemáticamente debieran rechazarse como vehículos poco apropiados en este género de aplicaciones.

Se ocupa el Sr. Marañón de la «Leucemia linfóide» de que como tipo historia el caso de una señora de sesenta y siete años en que con todo relieve sobresalieron dos detalles: metabolismo basal extraordinariamente aumentado en este caso al 90 por 100, lo mismo que ocurre en el hipertiroidismo; y la especial característica de los dolores indistintamente gotosos ú osteócopos; añadiendo á éste el de otra señora

de cuarenta y cinco años, con bazo considerablemente desarrollado y cuyos dolores resistieron á todo tratamiento, y el de que fué víctima el infortunado Dr. Achúcarro. Dice que el ácido úrico aumentado en estos casos, se comporta igual que en los gotosos, interviniendo algún factor infeccioso; y termina citando el caso de una endocardíaca en que á consecuencia de una aplicación de yodo y quemadura subsiguiente hubo de presentarse una erupción tenida por variolosa hasta su negativa comprobación. El Sr. Huertas se extraña de la rara coincidencia, y recuerda á propósito de las neuralgias que atormentaron al Sr. Achúcarro que éste era un tuberculoso. El Sr. Pittaluga se engolfa en el análisis é interpretación crítica de los fenómenos á que el Sr. Marañón concede la importancia merecida. Considera al metabolismo de las purinas muy aproximado al de los gotosos; y á la eliminación y desintegración de elementos como expresión acabada de la sobreposición de las curvas. El Sr. Simonena llama la atención hacia la diferencia, cantidad y solubilidad del ácido úrico en la sangre de los leucémicos. Y añade como final el Sr. Marañón que el atofán modificó sensiblemente los desesperantes dolores neurálgicos de los leucémicos.

Reanudada la discusión del caso presentado por el señor Codina, interviene el Sr. Huertas manifestando que gracias á los poderosos medios diagnósticos de que hoy se dispone, el Sr. Goyanes ha podido presentar estadísticas tan detalladas y completas; á pesar de lo cual, casos hay en que las alteraciones de la inervación y circulación continúan siendo una incógnita. El Sr. Valle Aldabalde habla de un caso, en que los síntomas de compresión medular, agudo dolor y rápida parálisis ascendente, al sobrevenir la muerte y ser autopsiado comprobó la existencia de un quiste hidatídico en pelvis; y de otro de una señora con tumoración en la carótida que también resultó ser quiste hidatídico. Hace notar el Sr. Crespo que el quiste hidatídico de hígado queda en general bien revelado por radioscopia; y que en todo caso dudoso de esta índole ó pulmonar, se diferencia bien de la pleuritis de base con adherencias por medio del pneumotórax con oxígeno.

SEDISAL.

Sección oficial.

GOBERNACIÓN

Ilmo. Sr.: La aplicación del artículo 30 de los Estatutos de los Colegios Médicos, modificados por la Real orden de 22 de Febrero de 1921, ha dado lugar á diferentes quejas y reclamaciones ante este Ministerio, tanto por el uso indebido que de tal precepto hacen en determinados casos los Colegios Médicos como por las dificultades con que tropiezan aquellos á quienes se aplican algunas de las sanciones que el precepto legal determina para poder recurrir en alzada contra el correctivo que se les impone; puesto que el Jurado profesional creado por la misma Real orden y á quien corresponde entender de las reclamaciones, por estar compuesto de individuos representantes de los diferentes Colegios, forzosamente ha de demorar el conocimiento de los asuntos, acumulándose el despacho de éstos, tanto por su excesivo número como por las dificultades mismas que han de surgir para las frecuentes reuniones de este Jurado.

Por otra parte, el dar fuerza ejecutiva á los acuerdos de los Colegios, sustrayendo por completo el conocimiento y resolución de las medidas de carácter disciplinario que dicten, á la legítima Autoridad administrativa, sustituyéndola

por otra anónima y sin responsabilidad de sus actos, supone un verdadero poder dictatorial, investido de facultades más absolutas que ningún otro de la Nación, convirtiendo á la Autoridad gubernativa en simple ejecutora de sus mandatos, sin facultad para fiscalizar las normas seguidas en cada caso y para corregir las extralimitaciones restableciendo el derecho perturbado.

Viene ocurriendo, además, en determinadas regiones, que, olvidando sin duda que las únicas entidades en el orden médico con existencia legal y oficial son los Colegios Médicos provinciales, aparecen con el nombre de *Sindicatos, Federaciones* y otros análogos, organizaciones que, coaccionando la libre voluntad de la clase médica, pretenden imponer la obligación de incorporarse á ellas, persiguiendo á los que á ello ofrecen resistencia, ejerciendo acción perturbadora en el seno de los Colegios Médicos, desnaturalizando ó procurando desnaturalizar sus fines ó entorpeciendo su cumplimiento y siendo, por estas razones, patente la necesidad de dictar las medidas oportunas encaminadas á evitar la actuación de estas organizaciones.

Con el fin de impedir continúe tal estado de cosas y procurar que al propio tiempo que se da á los Colegios Médicos facilidades para el acertado cumplimiento de su misión, se devuelvan á la Autoridad gubernativa sus legítimas facultades para ejercer su función inspectora, corrigiendo los abusos que puedan cometerse,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad, asesoría jurídica de este Ministerio y Comisión permanente del Consejo de Estado, ha tenido á bien disponer:

1.º Los Colegios Médicos provinciales son las únicas entidades de esta clase profesional que gozan de existencia legal y oficial, quedando prohibida la intromisión en ellos de otras agrupaciones que no tengan este carácter.

2.º Que contra los correctivos comprendidos en los apartados 1.º, 2.º y 3.º del artículo 30 de los Estatutos de los Colegios Médicos, modificados por la Real orden de 22 de Febrero de 1921 y que pueden imponer las Juntas de gobierno de los citados organismos, podrá el interesado recurrir en alzada ante el gobernador civil de la provincia, dentro del término de diez días, á partir de la fecha de la notificación, debiendo la citada Autoridad antes de dictar resolución oír á la Junta provincial de Sanidad en pleno.

3.º Contra los correctivos á que se refieren los apartados 4.º y 5.º de la misma disposición antes citada podrá el interesado recurrir dentro del mismo plazo ante el Jurado profesional que en la misma se determina, quien habrá de resolver en el término de treinta días.

Contra el fallo del Jurado cabrá la apelación ante este Ministerio quien podrá entrar á conocer del fondo del asunto, oyendo antes de resolver al Real Consejo de Sanidad en pleno.

4.º Esta disposición tendrá carácter retroactivo para todas las reclamaciones que en la fecha de su publicación se hallen sin resolver, debiendo tramitarse aquéllas con arreglo á lo que en la misma se preceptúa.

5.º Quedan derogadas cuantas disposiciones legales se hayan dado con anterioridad, en la parte que se oponga á lo dispuesto en esta Real orden.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 13 de Marzo de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 15 de Marzo de 1924.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,0; ídem mínima, 701,0; temperatura máxima, 14°,1; ídem mínima, 5°,2; vientos dominantes, NE. SE. E.

Pocas variaciones se han observado en la calidad y en el número proporcional de los afectos agudos, durante la última semana, observándose solamente mayor preponderancia en los de carácter reumático-articular nervioso. Las neuralgias y las neuritis son relativamente frecuentes y las congestiones pasivas viscerales también se han observado en mayor número.

En los niños siguen presentándose catarrros bronquiales, anginas catarrales y sarampión, casi siempre benigno.

Mortalidad de Madrid en Febrero de 1924 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

| | Promedio anterior. | Febrero de 1924. |
|------------------------|--------------------|------------------|
| Menores de 1 año..... | 274 | 260 |
| De 1 á 4 años..... | 208 | 218 |
| De 5 á 19..... | 116 | 87 |
| De 20 á 39..... | 306 | 190 |
| De 40 á 59..... | 216 | 305 |
| De 60 en adelante..... | 486 | 508 |
| Sin clasificación..... | 3 | 1 |
| TOTAL..... | 1.609 | 1.569 |

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

| | Promedio anterior. | Febrero de 1924. |
|---|--------------------|------------------|
| Fiebre tifoidea..... | 13 | 5 |
| Tifus exantemático..... | 1 | » |
| Viruela..... | 3 | » |
| Sarampión..... | 23 | 40 |
| Escarlatina..... | 1 | 2 |
| Coqueluche..... | 12 | 1 |
| Difteria..... | 6 | 3 |
| Gripe..... | 56 | 36 |
| Otras epidémicas..... | 4 | 4 |
| Tuberculosis pulmonar..... | 141 | 118 |
| Ídem meningea..... | 20 | 16 |
| Otras tuberculosis..... | 23 | 21 |
| Cancerosas..... | 60 | 71 |
| Meningitis..... | 73 | 53 |
| Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales..... | 82 | 79 |
| Orgánicas del corazón..... | 131 | 114 |
| Bronquitis aguda..... | 144 | 135 |
| Ídem crónica..... | 72 | 66 |
| Pulmonía..... | 40 | 35 |
| Broncopneumonía y otras..... | 221 | 219 |
| Enteritis (menores de dos años)..... | 43 | 32 |
| Apendicitis y tiflitis..... | 4 | 2 |
| Hernias y obstrucciones..... | 12 | 22 |
| Cirrosis hepática..... | 10 | 18 |
| Nefritis..... | 57 | 56 |
| Septicemia puerperal..... | 7 | 7 |
| Debilidad congénita y vicios de conformación..... | 51 | 49 |
| Senectud..... | 51 | 58 |
| Otras enfermedades..... | 218 | 307 |
| TOTAL..... | 1.609 | 1.569 |

| | |
|--|-------|
| Varones..... | 783 |
| Hembras..... | 786 |
| Promedio de mortalidad diaria en el quinquenio anterior..... | 57,46 |
| Ídem íd. en Febrero de 1924..... | 54,10 |
| Ídem íd. en Enero de 1924..... | 61,13 |

Observaciones.

Las cifras de Febrero son favorables dentro de la elevación que la curva de mortalidad alcanza siempre con los rigores del invierno: cinco unidades menos que en 1923 á pesar de contarse en el actual un día más, y cuarenta menos que el promedio de los cinco últimos años. Con relación al mes de Enero precedente, la mejoría es notable pues es de 3,36 diarios.

Los menores de un año tan castigados los últimos meses lo han sido proporcionalmente menos en esta ocasión. Han fallecido de este grupo de edad 108 menos que el mes de Enero.

Diagnosticados de sífilis han fallecido: menores de dos años, cinco en las inclusas, y dos en sus domicilios; y adultos, dos hospitalizados, uno de ellos transeunte. Total, nueve.

Un niño de seis días murió de la enfermedad de Winkkel.

Nacieron vivos, 1.711.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Congreso Internacional de Protección á la Infancia.

Con motivo del próximo Congreso de Protección á la Infancia, que se celebrará en España, en Abril de 1925, estudia el Ayuntamiento de Madrid la forma de complementar su Institución de Puercultura con el establecimiento de unas consultas para embarazadas á fin de atender al niño desde el momento en que comienza á vivir, para restar de ese modo un 50 por 100 á la mortalidad infantil.

Asociación Médico-Quirúrgica en Huelva.—Se ha reunido el Colegio de Médicos de Huelva para tomar en consideración una moción presentada por el secretario del mismo, Dr. Rogelio Buendía, para la creación de una Asociación dependiente del Colegio, que estudiará las Memorias de los casos clínicos que presenten los médicos. Se creará una biblioteca circulante para los asociados de provincias y se organizarán mítines y propagandas sanitarias para pedir al Gobierno la adopción de todo género de medidas profilácticas.

Conferencia interesante.—El Dr. O. Romero, ilustre médico peruano, dió el sábado último en el salón de actos del Colegio de Médicos una notable conferencia sobre el interesante tema «Naturismo y charlatanismo en América del Sur», en la que combatió este vicio tan propagado en las Repúblicas sudamericanas.

Hizo la presentación del orador el Dr. Ibarra, que en su discurso realizó una síntesis de la medicina naturista.

Tanto el Dr. Romero como el Dr. Ibarra, escucharon al final de sus disertaciones sinceros y nutridos aplausos.

Dimisiones comentadas.—Parece que el ilustre catedrático de la Facultad de Ciencias Sr. Piñerúa, no ha mucho nombrado diputado provincial de Madrid y que venía ejerciendo los cargos de presidente de la Unión Farmacéutica Nacional y de consejero de Sanidad, ha presentado la dimisión de tales puestos, dándose diferentes explicaciones á su conducta. Careciendo de datos seguros por el momento y pudiendo responder tales interpretaciones á informes equivocados en que no queremos incurrir, nos limitamos á lamentar que el Sr. Piñerúa prive de su valiosa colaboración á las importantes Corporaciones de que venía formando parte.

Muerte sentida.—A la edad de cuarenta y nueve años y después de una dolorosa enfermedad ha dejado de existir D. Pedro Esquerdo Sáez, hijo del eminente alienista D. José María Esquerdo y Zaragoza y hermano del ilustre director del Manicomio de Carabanchel, D. Jaime.

Persona estimadísima por sus dotes de bondad é inteligencia, al desaparecer produce un duelo no sólo en su familia, sino también en sus amistades.

EL SIGLO MÉDICO se une al sentimiento de sus familiares y amigos.

Tifus en Gibraltar.—Según noticias publicadas por la prensa diaria, han sido desembarcados 100 marinos procedentes de la flota del Atlántico de Inglaterra, atacados de fiebre tifoidea.

Las autoridades sanitarias del puerto de Gibraltar han tomado las medidas más eficaces para evitar la propagación del mal.

La Sanidad en Murcia.—De todos son conocidas las pésimas condiciones sanitarias de la provincia de Murcia contrarrestadas únicamente por los envidiables elementos climatológicos.

El Ayuntamiento de la capital, dándose cuenta de la necesidad de atender á la salud pública de aquella población, que podría mejorarse notablemente, ha acordado girar una visita de inspección especialmente en los barrios extremos, donde los sistemas de aprovechamiento de aguas constituyen un serio peligro para la salud pública.

Servicios sanitarios de la Armada.—Relación de aspirantes que por tener la documentación reglamentaria son admitidos á tomar parte en las oposiciones á ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada, convocadas por Real orden de 1.º de Diciembre de 1923 (*Gaceta de Madrid*, número 338):

D. Esteban Vélez Calderón, D. Pedro Rodríguez Zabalette, D. Rafael Aiguavella Bastillo, D. Francisco Ventín González, D. Eduardo Manuel del Palacio Chevallier, don Martín Ballesta Ferrer, D. Saturnino Manuel Casas Sánchez, D. Luis Meirás Otero, D. Franco García Bragado, D. Avelino González y Díaz, D. Leandro Fernández Aldave, D. Mariano Loaysa y Fernández, D. José María Balmaseda Santa María, D. Dionisio Rueda Peña, D. Antonio Villacián Rebolledo, D. Carlos Amat Erro, D. Antonio Porpeta Olérigo, don Germán Burgos Peña, D. César Bécarea Sánchez, D. Rafael Pita Alvarez, D. Luis Camazón y Calleja, D. Rafael Lorenzo Hernández, D. Alberto Berdejo Arigo, D. César Saco Mauro, D. Juan Torres Gost y D. Modesto García Luis.

Madrid, 10 de Marzo de 1924.—El inspector jefe, *Federico Montalbo*. (*Gaceta* del 13 de Marzo de 1924.)

Ponencia honrosa.—Para la próxima reunión de la Asociación Internacional de Cirugía que ha de tener lugar del 23 al 27 de Abril, ha sido designado por el Comité Internacional Directivo como ponente, el Dr. Cifuentes, del Hospital de la Princesa, debiendo tratar el tema de «Resultados lejanos de las operaciones contra la litiasis renal».

Si no estamos engañados es esta la vez primera que ha tocado á España la distinción de un encargo de este género.

Nombramientos.—Por Reales órdenes de 6 del actual (*Gaceta* del 13) han sido nombrados vocales técnicos médicos de las Juntas provinciales de Reformas Sociales de Avila y Santander, respectivamente, D. Lorenzo Partearroyo Herrero y D. Amancio Fernández Pereira.

La hidrofobia.—El alcalde de Barcelona ha facilitado á la Prensa una noticia en la que, aludiendo al tratamiento de la vacuna antirrábica para los perros cuyos dueños han satisfecho la matrícula correspondiente, dice lo siguiente:

«El problema de la rabia en Barcelona es muy serio, y precisa atacarlo con mano dura. Durante el mes de Febrero murieron en el Laboratorio municipal 13 perros de los 74 que para su observación habían sido llevados á dicho Centro. Durante el mismo mes, 87 personas fueron víctimas de mordeduras de perros y asistidas por el personal del Laboratorio. La Comisión central del Ayuntamiento lamenta que el público se resista á cumplir las Ordenanzas municipales y que los encargados de la recogida de perros en las calles se vean insultados y á veces agredidos por el mismo público á favor de quien trabajan. El mal es demasiado serio para que se abandone, y para que se vea la forma en que está extendido en nuestra ciudad, basta decir que durante el pasado año fueron mordidas más de 1.000 personas.»

—El día 7 y en el Hospital provincial de Madrid ha fallecido una señora mordida por un gato rabioso hace un mes y que no se puso en cura.

Obras recibidas.—*Travaux de Laboratoire de recherches*

biologiques de l'Université de Madrid, par S. Ramón y Cajal, tome XXI, fascicule 3 et 4, Decembre 1923.

Interesante

á médicos, farmacéuticos y veterinarios. Acaba de publicarse *Estudio químico farmacéutico de los inyectables y de su aplicación en Medicina y Veterinaria*, por Pedro Calvo y Muñoz-Torrero, farmacéutico militar, con un prólogo del Excmo. Sr. D. José R. Carracido, rector de la Universidad Central, primera y única obra que hay en español. Forma un volumen de cerca de 400 páginas con 77 figuras y un tamaño de 23 X 16. Precio, 15 pesetas, más 0,50 de franqueo, para provincias. De venta en la Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

Excipiente inerte.—Los desvanecidos son los molinos de viento de las conversaciones, y como nunca el viento les falta, están moliendo siempre á los que los escuchan.

(Zabaleta.)

Calcinhemol Alcuberro.—Al presente número acompañamos un prospecto sobre el Calcinhemol, recomendando la lectura.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valenola.



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, crieis, raquitismo, escrofulismo, etc.

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



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

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