

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA 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. GODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII. L. ELIZABARAY Del Hospital General de Madrid. A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina. A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina. F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes. J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Pas. 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. Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	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 O. de la Real de Medicina. J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa. S. PASQUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias. G. RODRIGUEZ 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). J. M. DE VILLAVEVERDE Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal. R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
--	---	---	---

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Oleología española.—Archivo é 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 Oleología de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Algunas palabras sobre la litotricia, por el Dr. R. Mollá.—Ideas clínicas: Bradicardia sinusal, por el Dr. G. R. Gonzalo.—Analogías y diferencias entre la Hidroterapia simple y la termomineral, por el Dr. Rodríguez Pinilla.—Nuestra opinión acerca del tratamiento del estrabismo, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Bibliografía, por A. F. M.—Periódicos médicos.

Algunas palabras sobre la litotricia

POR EL

DR. R. MOLLÁ

De la Facultad de Medicina de Madrid.

El notable artículo publicado por el Dr. Carrasco en el número de EL SIGLO MÉDICO del 25 de Marzo, titulado «¿Renacerá la litotricia?», nos obliga á tomar la pluma para mostrar no sólo nuestra conformidad con las ideas que sustenta nuestro ilustre compañero, sino para abogar una vez más por la litotricia y lamentar el olvido en que la tienen muchos cirujanos y urólogos.

A tal punto rayó siempre nuestro entusiasmo por la operación más técnica y más científica, á la par; más útil y más humanamente bella de la Cirugía, que alguna vez temimos excedernos en los elogios, por si ellos nos hacían traspasar los límites de las indicaciones racionales, operando casos en los que las contraindicaciones podían entrañar serios peligros en manos poco experimentadas y en nosotros mismos influídos por la devoción al método operatorio.

Desgraciadamente, las lamentaciones del Sr. Carrasco nos demuestran que no es temible este peligro, porque la mayoría de los cirujanos, ante la fácil, rápida y sencilla talla hipogástrica, no quieren sortear las dificultades de la técnica de la litotricia; abandonando la más ideal y racional de las operaciones por una operación cruenta que, si inocua por la precisión de su técnica, lleva tras sí como resultado inmediato de la extracción del cálculo tres ó cuatro semanas de molestias y de peligros por la posición obligada en cama en decú-

bito supino, el desagüe hipogástrico, primero, y la sonda uretral permanente, más tarde.

Tiene razón el Dr. Carrasco. Cuando habla de la rehabilitación de la litotricia, es que tiene el convencimiento de que esta noble operación es víctima del olvido ó del ostracismo por muchos cirujanos, especialmente por los que debían velar por los prestigios de la operación más racional de la especialidad. Aún se comprendería que esta indiferencia la sintieran los cirujanos generales, ya que no todos han de poder dominar todas las técnicas de las especialidades quirúrgicas. Lo incomprensible es, que suceda con los urólogos, aun con urólogos cirujanos, como han de ser necesariamente los verdaderos urólogos, ya que los especialistas de sonda y jeringa, de explorador y cistoscopio, no es extraño que se aysten ante la litotricia. A éstos, la humanidad, hasta debe agradecerles el que no se sientan émulo de Suender y de Viforcós, los dos grandes urólogos españoles que hace cuarenta años fueron verdaderos maestros en la maravillosa operación reglada por Civiale y por Guyon y perfeccionada por Bigelow.

Yo no lamento, por lo que á mi humilde persona se refiere, que el Dr. Carrasco desconozca mis entusiasmos por la litotricia. Todos solemos pecar de este pecado tan español de mirar más por encima de los Pirineos y del Atlántico, que hacia los rincones de España, donde queda arrinconada la labor de muchos por falta de publicidad ó por punible modestia; pero sí estimo como un deber, al asociarme á lo dicho por el ilustre cirujano, insistir sobre lo mismo, recordando mi modesta aportación, si bien lamentando tener que citar y repetir mis propias palabras. No se dé á estas palabras otro valor y otra significación que el de ver colocada en el lugar

que merece una operación que *sin dolor ni hemorragia, sin herida y sin mutilación*, libra al enfermo en unos minutos de una de las enfermedades que fué siempre terror de los enfermos y llena por sí sola las tres cuartas partes de la historia de la Cirugía, desde Hipócrates hasta los tiempos modernos.

Testimonio del valor que concedemos á la litotricia, son los párrafos que copiamos de nuestros trabajos sobre la materia y de las citas que anotamos.

En el año 1915, dimos una conferencia en el Ateneo de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina de Madrid, sobre el tema «Vindicación de la litotricia como operación ideal en el tratamiento de los cálculos vesicales», en cuyo trabajo, más apologético que técnico, consignamos, entre otras afirmaciones relativas al alto valor de la operación, que ésta no tiene contraindicaciones de valor absoluto, estando siempre indicada ante un cálculo vesical, como operación de elección, naciendo de sus contraindicaciones, por el estado del aparato urinario y por el volumen del cálculo, la necesidad de recurrir á una operación cruenta como la talla hipogástrica.

Como estas afirmaciones no eran puramente doctrinales, sino arrancadas de la realidad clínica, nos permitimos copiar párrafos de estos trabajos nuestros publicados con posterioridad.

En la Memoria sobre los trabajos realizados en la clínica de San Carlos en el curso de 1919 á 1920 decíamos á propósito del tratamiento empleado en los cálculos vesicales: «Los casos de cálculos vesicales en adultos (pág. 23), han sido verdaderamente interesantes. Cuatro han sido los casos operados; dos por litotricia y dos por talla hipogástrica, á pesar de nuestra reiterada afirmación de que, en el adulto, la operación de elección *siempre indicada* es la litotricia; y en la pág. 24, de esta misma Memoria, decíamos después de ocuparnos de los dos casos de talla:

«Mayor interés tienen los casos de litotricia, porque tratándose de individuos jóvenes, robustos, sanos, con vejiga limpia y tolerante, á pesar de la dureza sospechada de uno de los cálculos y del gran volumen de los dos, practicamos la litotricia en una sesión en uno de ellos, en dos sesiones en el otro, sin hemorragia, sin dolor, con anestesia raquidiana en uno de ellos y con la general en otro. Uno de los enfermos abandonó la clínica á los dos días, en cuanto cesó el efecto de la anestesia raquidiana, y el otro á los cinco días. Estos resultados justifican el que pueda afirmarse que la litotricia es la operación más racional y más científica de la Cirugía y como lógica consecuencia que deba intentarse, siempre que las contraindicaciones no lo impidan, no existiendo contraindicaciones más que en el *estado de la uretra y en el de la vejiga*. Las contraindicaciones nacidas del volumen y de la dureza del cálculo son muy relativas.»

Y en la Memoria del curso de 1921 á 1922, en el capítulo dedicado á los cálculos vesicales (pág. 24) escribíamos: «Ante todo, nos ratificamos en lo dicho tantas veces por nosotros que el procedimiento de elección en los adultos y viejos para tratar esta enfermedad, es la litotricia, con cualquier clase de anestesia ó sin ella, según los casos, el cálculo y el sujeto. El volumen de la piedra y su dureza y las condiciones de la vejiga y de la uretra son las circunstancias que pueden ofrecer contraindicaciones á esta brillante operación. Fuera de estas contraindicaciones, y habida cuenta de su relatividad, siempre debe practicarse la litotricia en el adulto. En el niño, por el contrario, se impone la talla, y dicho se está que la talla hipogástrica. La perineal sólo es practicada por algún cirujano. El año anterior practicamos varias litotricias en adultos que abandonaron la clínica del segundo al quinto día de la operación.»

Para terminar, reproducimos las conclusiones, que sobre esta materia insertamos en el capítulo dedicado al tratamiento de los cálculos vesicales en la lección XXXVII de nuestro Manual de Urología.

Decíamos allí en 1921:

«Los principios fundamentales de la terapéutica de los cálculos vesicales, creemos están comprendidos en las siguientes conclusiones de un pequeño trabajo nuestro (1).

1.^a La litotricia está siempre indicada como procedimiento general de tratamiento de los cálculos vesicales.

2.^a Sólo recurrimos á la talla cuando las condiciones del cálculo ó del aparato urinario impidan practicar la litotricia.

3.^a Ninguna edad constituye una contraindicación formal de la litotricia; pero en los niños lo dificulta el pequeño diámetro de la uretra.

4.^a La infancia no tiene más contraindicaciones de la litotricia que las generales, enumeradas en la proposición segunda y tercera.

5.^a La talla puede practicarse siempre que esté indicada la litotricia, pero sus inconvenientes como operación cruenta constituyen una contraindicación permanente.

6.^a Cálculo muy voluminoso y muy duro indica la talla.

7.^a Estrecheces de la uretra infranqueables, ó franqueables y no dilatables, indican la talla.

8.^a La talla hipogástrica está indiscutiblemente indicada en los casos siguientes: tumores de la vejiga acompañados de cálculo; cálculo muy voluminoso; cálculo adherido ó enquistado; vicios de conformación del pene; afecciones prostáticas en general; pero no es contraindicación permanente ni absoluta.

9.^a La talla hipogástrica tiene ventajas sobre la perineal, por la seguridad y precisión y por ofrecer menos complicaciones primitivas y consecutivas. Realmente, la perineal no se practica hoy.

10. La sutura de la vejiga, después de la talla hipogástrica, no puede ni debe aplicarse en la mitad de los casos próximamente, por el estado de dicho reservorio urinario.

11. La talla es excepcional en la mujer.

12. Indicada la litotricia, la litolapaxia no tiene contraindicaciones, pero hay casos en que conviene prescindir de la aspiración, como en cálculos muy pequeños y en la mujer. En cursos anteriores practicamos litotricias sin aspiración en hombres, por tratarse de cálculos muy pequeños, y hemos practicado en la mujer una litotricia con aspiración, por ser el cálculo muy voluminoso (2).

Sirvan estas cortas líneas para abogar una vez más, ya que nos lo brinda la ocasión, por el empleo de la litotricia en todos aquellos casos en los que no existan contraindicaciones evidentes.

17 Marzo de 1924.

IDEAS CLÍNICAS

BRADICARDIA SINUSAL

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Entre los trastornos de excitabilidad del seno, es frecuente en la clínica encontrar enfermos en los que la mencionada excitabilidad se halla *aumentada*, origi-

(1) *Tallas y litotricias*.—(Juicio crítico.) Tesis del doctorado.

(2) Véase nuestro trabajo «Límites de la litotricia en los cálculos duros».

nando los casos de taquicardia sinusal en sus distintas formas (juvenil, emotiva, respiratoria, ortostática, etc.); pero ya no es tan frecuente, y por ello me decido á dar á conocer el caso presente, el hallazgo de enfermos en los que pueda apreciarse el caso expuesto, es decir, la *bradicardia sinusal*, y, sobre todo, en enfermos esclerosados y de avanzada edad, como es el que brevemente voy á exponer.

Sujeto de setenta y tres años, profundamente esclerosado y de aspecto general aún más envejecido que el correspondiente á su edad. No refiere haber padecido enfermedades anteriores, salvo una grave erisipela en edad temprana, y últimamente una infección gripal.

Actualmente, manifiesta tener un fuerte catarro bronquial atribuido por él, no sin razón, al abuso del tabaco; pues no fuma desde hace muchos años más que puros, de la más ínfima calidad.

Todas las arterias de su organismo accesibles á la palpación se encuentran profundamente esclerosadas, duras al tacto é hipertensas; dando al Pachon la humeral izquierda, una tensión máxima de 225 milímetros y una mínima de 100.

La aguja del oscilómetro vibra lentamente, pero con tal impulso é intensidad, que sus máximas excursiones rebasan toda la escala gradual del mismo.

A la palpación, el pulso radial es lento, intenso, duro y rítmico.

A la auscultación no se advierte ruido anormal alguno en ninguno de los focos; los tonos diastólicos aórticos son los únicos ligeramente reforzados, contrastando con el apagamiento de todos los demás.

El adjunto trazado poligráfico (1) demuestra un

en una palabra, una verdadera *bradicardia del seno*; fenómeno no modificable por la acción de la atropina, y en su consecuencia, de causa lesional intracardíaca, no vagal.

Casi siempre que una lesión cardíaca es causa de aumento ó disminución de la excitabilidad del seno venoso, aumentando ó disminuyendo, respectivamente, el número de los latidos cardíacos (taquicardia ó bradicardia sinusal) no suele hacerlo tan exactamente, que dé lugar tan sólo á dicho síntoma, sino que bien porque la lesión se extienda algo más y lesione, no solamente dicho centro, sino también algunas de las fibras fasciculares, bien por otras razones que en la actualidad se nos escapan, suelen dar lugar al propio tiempo que á dicho trastorno, á determinadas formas de arritmia, constituyendo, según los casos, las taqui ó bradiarritmias, respectivamente.

Es, pues, curioso en este caso, que sea cualquiera la lesión (probablemente vascular esclerosante), limite su acción á hipersensibilizar el seno venoso, por decirlo así, dejando reducidos los síntomas gráficos á una gran lentitud del pulso (37 pulsaciones al minuto), con una perfecta regularidad en las curvas, intervalos y distancias fisiológicas de cada una de ellas, semejando (salvo su lentitud) el pulso de un sujeto joven y robusto, más bien que el de un anciano esclerosado de setenta y tres años.

La tensión arterial de este enfermo revela asimismo cierta curiosidad: su escasamente elevada tensión, fija ó diastólica (100 milímetros), manifestando sus resistencias periféricas circulatorias de origen arterio-escleroso, contrasta con su elevadísima tensión varia-



pulso rítmico, lento, sin intervalos, de ocho quintos de segundo entre cada pulsación y, por tanto, con 37 pulsaciones al minuto ($\frac{300}{8} = 37$) y, como puede advertirse, con una exacta coincidencia de cada latido radial, con el correspondiente complejo auricular del trazado yugular, en el que se marcan con claridad perfecta las tres características curvas (a, c, v.) del mismo, separadas unas de otras por sus respectivos tiempos fisiológicos.

Todo lo cual demuestra que no existe en este enfermo más que un retardo en la revolución total del ritmo cardíaco á expensas del gran silencio, es decir, del tiempo que separa una pulsación de otra, y, por tanto, una cierta pereza, falta ó disminución en la excitabilidad del seno venoso para iniciar la onda contractural;

ble ó sistólica (225 milímetros), la cual revela, como asimismo la gran fuerza impulsiva de sus contracciones ventriculares izquierdas (gran excursión de la aguja oscilométrica), la enorme y desproporcionada energía que el robusto miocardio de este enfermo ha desarrollado, frente á unas resistencias escasas por parte del sistema vascular.

No responde de la misma manera el corazón derecho: la bronquitis crónica de fumador que ha largo tiempo padece, acompañada de enfisema pulmonar, todo ello más intenso y extenso en el lado derecho, obstaculizando hace muchos años el trabajo del mencionado ventrículo derecho, ha originado su fatiga primero, hoy día, y á su casi agotamiento y dilatación, dando lugar á una gran disnea de esfuerzo, edemas pulmonares hipostáticos y en general á unos signos tales de insuficiencia ventricular derecha, que muy lógicamente hacen temer por la vida de este enfermo, no obstante poseer un ventrículo izquierdo potente y vigo-

(1) La gráfica del corazón no puede obtenerse con claridad, por una viciosa disposición del espacio intercostal correspondiente,

roso, que tan briosamente lucha contra las resistencias circulatorias de una angio-esclerosis generalizada.

Esta disociación ventricular patológica, de la potencialidad del miocardio, no es tan infrecuente en clínica como a primera vista parece, y si no la diagnosticamos con mayor frecuencia, es por no detenernos en muchas ocasiones a explorar y meditar sobre nuestros enfermos, el tiempo suficiente que la comprobación y el estudio de los síntomas recogidos en clínica requieren siempre, contentándonos la generalidad de las veces, con el diagnóstico incompleto del síndrome que más relieve nos ofrece (en este sujeto su arterioesclerosis, su bronquitis crónica enfisematosa y su bradicardia) ó el síntoma que más atrajo nuestra atención, con lo que nuestros juicios clínicos suelen quedar incompletos, deficientes y en ocasiones equivocados, siendo así que debieran ser los que más atentamente recabaran nuestros cuidados, puesto que de ellos resulta el verdadero concepto clínico completo de un enfermo.

Junio, 1923.

Analogías y diferencias entre la Hidroterapia simple y la termomineral (1)

POR EL

DR. RODRÍGUEZ PINILLA

Catedrático de Hidrología de Madrid.

Sería inútil ocultaros que al sentimiento de gratitud que experimento hacia esta docta Corporación por haberme acogido en su seno sin más títulos que aquellos á que alude el libro sagrado: «La sabiduría acoge á los que la buscan», se unen encontradas sensaciones, no todas agradables ni de plena satisfacción interior.

El conocerse á sí mismo fué tenido siempre por meta inasequible del saber, á la que, sin embargo, aspiramos todos. Por intentarlo, ha suscitado en mí vuestra elección, esta que yo llamaría duda cartesiana. ¿Existo entre vosotros por resolución de vuestro conocimiento ó por consentimiento de vuestra bondad? ¿Ha sido vuestra sabiduría ó vuestro cariño el dictador de este dictado?

Yo imagino cuán grande debe ser la satisfacción que experimenta el sabio al gustar la verdad que logró con su estudio aportar al acervo, aun desconociendo si su verdad será también la de todos, la que integre la ciencia constituida. Pero no menos satisfactoria es la práctica del bien, la degustación de la obra buena, humana con ser divina, acepta á todos, rendida á todos los prójimos sin apellidos ni diferencias.

¿Quién será más feliz, el sabio ó el hombre bueno? ¿Quién será más útil á la Humanidad ó nos acercará más á lo absoluto? ¿Y cuál será el camino más fácil para llegar á la meta de la bondad ó de la sabiduría?

¿No serán ambas categorías como matices kaleidoscópicos de un mismo artificio, de una misma construcción espiritual: bondad y saber; dos rutas paralelas, dos facetas de un cristal, dos radiaciones de distinta longitud de onda, cuya proyección al infinito se suma en la unidad, causa atrás y adelante, como diría Hegel, de la perfección espiritual?

(1) Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina en la toma de posesión como académico de número, el día 20 de Enero.

Estas y otras reflexiones agitaron mi pensamiento cuando la lectura de la epopeya dantesca me proporcionó una respuesta á mis penosas interrogaciones. Son aquellos tercetos en los que el Dante, conducido por Virgilio, sale del círculo infernal y le pregunta:

«Maestro—dije—, este infernal tormento,
¿se aumentará tras de la gran sentencia?
¿será mejor, ó acaso más violento?»

Y respondió: Pregúntalo á tu ciencia,
que quiere que los seres más perfectos
sientan mejor el bien, más la dolencia (1).»

II

De esta categoría de hombres en los que el saber y la bondad, la mente y el corazón comparten el campo de sus actividades, era Grinda y Forner, que, al emigrar definitivamente al país de la sombra, todavía proyecta luz con el recuerdo de su vida sobre cuantos le tratamos.

Yo recuerdo al Dr. Grinda—cuya medalla académica heredó—cuando, en la plenitud de su robustez física, con aquella prestancia—sin pose— que le caracterizaba, era colaborador en la enseñanza de la Facultad de Medicina de Madrid, en donde yo terminaba mi carrera. Primero como ayudante de Anatomía con D. Julián Calleja, luego en la Cátedra de operaciones con D. José Calvo y Martín, el joven Grinda se conquistaba el respeto y cariño de mis compañeros, para los que jamás tuvo desplantes, sino sonrisas benévolas. Y ya es sabido que una cara dura cierra la esclusa de la correlación afectiva, mientras que una sonrisa á tiempo hace eco y es comunicativa.

Le preguntaban á un médico de gran reputación y clientela en Nueva York á qué atribuía sus indudables éxitos, y él contestó: «A mi sonrisa. A los dos minutos de hablar con mis enfermos, les hago variar la expresión de su rostro, y por ende, la disposición de su ánimo».

El Dr. Grinda participaba también de este carácter y hacía la propaganda del optimismo por el hecho, penetrado, sin duda, de la exactitud de aquella frase de Bergson: «La risa no tiene mayor enemigo que la emoción».

Al médico clínico no le basta ser sabio, si no tiene el sexto sentido, el secreto de hacerse cargo de la situación y adueñarse del ánimo del enfermo, que ha de refluir evidentemente sobre lo somático.

Recordemos el diálogo famoso que Molière pone en boca de los médicos de M. De Pourceaugnac: «El razonamiento que habéis hecho—dice uno—es tan docto y tan bonito, que es imposible que el enfermo no esté melancólico, hipocondríaco, y cuando no lo estuviera, preciso que lo fuese, por la belleza de las cosas que habéis dicho y la justeza del razonamiento que habéis hecho».

Al recordar yo en este momento la figura de Grinda y Forner, con su aspecto de juventud perenne, aun en sus últimos tiempos, paréceme evocar en él al tipo de médico á la moderna: varón bueno, afable en el decir, sereno en el obrar, experto en su arte y creyente en su misión altruista y humanitaria.

El Dr. Grinda y Forner fué el comentario vivo de tal doctrina.

III

Viniendo ahora á las exigencias del momento, que me invita á otra clase de meditaciones y estudio, he de recordar que en este arcópag, donde las ciencias médicas tienen tan

(1) Divina Comedia: canto IV, traducción de Mitre.

excelsos sacerdotes, la división del trabajo, para ser más fructífero, aconseja el cultivo más intenso de una de sus ramas á un grupo de investigadores, razón por la cual mi adscripción en esta Academia á la sección de Farmacología y Terapéutica ha sido la natural consecuencia de inclinación antigua á estos temas, entre los cuales ha merecido mi atención especial el campo de la Hidrología médica. En este apartado de la ciencia de curar me atraen, á su vez, los problemas más oscuros y menos trillados, siendo uno de ellos el de discernir las *Analogías y diferencias entre la hidroterapia simple y la termomineral*, á cuyo tema voy á concretar este discurso.

IV

Más de veinte vocablos hay en castellano, sacados del griego, para expresar las aplicaciones del agua á los usos de la vida. Algunos tan semejantes, que parecen sinónimos: hidrología, hidropatía, hidrografía, hidroterapia, por ejemplo, son vocablos que, como cantos rodados, cuyas aristas ha desgastado el roce, han conseguido en el tiempo, y con el debatir de los conceptos, una personalidad dialéctica ó una especialidad gramatical inconfundible.

La definición de hidroterapia no está, sin embargo, bien limitada en la actualidad. Es, para unos, el tratamiento de las enfermedades por el agua; para otros, más concretamente, el empleo del agua como remedio, en cuanto es vehículo de temperatura (en cuyo caso, debiera llamarse termoterapia), y para los más contemporáneos, terapéutica por medio del agua, en cuanto vehículo de temperatura y presión. Todos estos definidores á que aludo, desde Carrie hasta Pariset y Strasset, aluden al agua ordinaria ó potable, aunque, por omisión ó sobrentendido, parece que piensan en la igualdad de efectos con el manejo de cualquier fuente.

El vocablo «hidropatía» ha tenido, sobre todo en España, un matiz especial. Lo empleamos para significar el uso al interior del agua pura como remedio independientemente de las aplicaciones externas, sea á la piel, sea á ciertas mucosas.

La hidroterapia simple sería, pues, un procedimiento modificador con intentos higiénicoterapéuticos, mediante el agua, de las grandes funciones orgánicas—la nutrición inclusive—, y aunque parezca hiperbólico obtener efectos profundos con medios superficiales, y efectos lejanos con recursos tópicos, los hechos dicen que la provocación en la piel de diversas temperaturas arrastran consecuencias de una complejidad extremada.

Para los antiguos, el secreto está en la reacción. Con esta palabra se envuelven una porción de efectos: hiperemia sucesiva á la isquemia, ó al contrario; hipotensión vascular, luego de hipertensión, ó al revés; taquicardia ó bradicardia, tonicidad y relajación, y aun en la vida cerebral, despejo y somnolencia. Se comprende que, ante semejantes efectos, posibles de obtener con recurso tan sencillo, se haya podido hablar de toda una serie de medicaciones á base de hidroterapia: medicación antipirética, tónica, antiperiódica, revulsiva, diurética, antineurálgica, etc.

A la verdad, era difícil de explicar el determinismo de estos fenómenos sólo por «reacción» igual y contraria á la acción, según se afirmaba. Hasta hace cuarenta años, era creencia general que el frío y el calor eran percibidos y transmitidos por todos los nervios sensibles, análogamente á lo que ocurre con el tacto ó el gusto. En esta opinión se funda la teoría de Hering, según el cual, la temperatura de la piel de una región recibe por sus nervios sensitivos, como frío ó como calor, todo cambio por debajo ó por encima de su punto de calorificación actual. Poco más ó menos que afirmó luego Winternitz.

Empero, los trabajos de Blix, Goldscheider, v. Frey y Herzen variaron estos punto de vista en el sentido de admitir especiales terminaciones nerviosas para percibir estas impresiones. Según Frey, los corpúsculos llamados de Krause transmitirían específicamente la sensación de frío, y los de Rufini, el calor.

Goldscheider llega á concretar más: los cambios de temperatura, según él, se sienten más fuertemente á los lados del cuerpo que en la línea media; en el lado izquierdo, más que en el derecho, y el frío, más que el calor.

Indudablemente, los órganos cutáneos de la sensibilidad táctil son de varios géneros, cuyas preciosas funciones son todavía oscuras. Ultimamente se ha averiguado que los contornos de las raíces de los pelos gozan de una exquisita sensibilidad. El umbral de la excitación, al contacto, en la piel alrededor de la base de un pelo, es de tres á doce veces mayor que la de una excitación semejante aplicada al pelo mismo. Los pelos ordinarios del hombre y otros mamíferos tienen tres formas de específicas terminaciones ó arborizaciones terminales en la piel: rectas, y á menudo ahorquilladas, paralelas con la base del pelo; anillos flexiformes en derredor de la raíz, y terminaciones foliáceas asociadas con células especiales, semejantes á los corpúsculos de Merkel.

Debajo de la piel no vellosa, hay especiales cuerpos táctiles, como los corpúsculos de Meissner. Se encuentran generalmente en la capa profunda.

Ahora bien; todas las formas de sensibilidad cutánea (tacto, temperatura y dolor), cuando se estudian fisiológicamente, véanse localizadas en pequeñas áreas, cada una de las cuales tiene su sensibilidad específica. Así, Head las agrupa en dos series, cada una servida por diferentes fibras nerviosas y órganos terminales. La sensibilidad *protopática* es la sensibilidad difusa de forma primitiva; sus órganos receptivos están situados en áreas definidas, sin que por eso aporten claras, locales referencias, y existen áreas separadas para el tacto, calor, frío y dolor agrupadas cerca de los bulbos pilíferos. La sensibilidad *epicrítica* es más refinada aún y de evolución posterior. En ella se incluyen la sensibilidad para la luz y la discriminación de los grados intermedios de temperatura y de presión.

Trotter y Davies llegan á más. No consideran las series protopática y epicrítica como servidas por distintos sistemas de nervios, sino como fases fisiológicas diferentes de los mismos sistemas de fibrillas y terminaciones nerviosas. Un autoexperimentador, Boring, repitió las pruebas de Head en su cuerpo, y propugnó la idea de una doble inervación de las áreas sensitivas. Y todavía más recientemente (1920), Pollock, después de estudiar á un millar de soldados que sufrieron traumatismo de los nervios periféricos, concluyó que, al regenerarse éstos, el retorno de la sensibilidad protopática, realizada más pronto que el de la sensibilidad epicrítica, se debe á la superficialidad del campo de distribución de los nervios adyacentes, y no es un signo de regeneración primaria de las fibras protopáticas, como creía Head. En otras palabras: no hay disociación temporal de sensibilidades protopática y epicrítica (1).

Enumero, por mi parte, estas hipótesis haciendo hincapié en los hechos sobre que se fundan, porque, en resumen, parece evidente que el frío y el calor se sienten por diversas partes de la piel, aunque no se pueda discernir cuáles son los órganos específicos de tales sensaciones.

La reacción provocada por los estímulos térmicos en grandes superficies, como realiza la hidroterapia, sería también inexplicable en su carácter individual; quiero decir que

(1) Herriek: *An Introduction to Neurology*. Chicago, 1922. Y Head H: *Studies in Neurology*, London, 1920.

cada persona puede tener un grado mayor ó menor de sensibilidad para el frío ó el calor, según los conductores específicos, que, como todos sabemos, son susceptibles de educación y entrenamiento. No responden aquellas personas que están familiarizadas con el baño ó la ducha de igual modo que quienes la reciben rara vez. Los nervios tienen también una memoria particular y sus afinidades electivas. Recordemos que de dos sensaciones de calor, la que se produce en el primer tramo del tubo digestivo ante el contacto del alcohol y ante el paso de un alimento caliente, la primera parece ser transmitida por el simpático, y la segunda, por el vago.

En hidroterapia simple, la serie de modificaciones que provoca su técnica no tienen otra explicación que la de las asociaciones de estas neuronas sensitivas, más ó menos específicas, con las protoneuronas de los centros medulares y del sistema autónomo. Así se alteran en vario sentido, pulso, respiración, regulación térmica, secreciones y aun plasmogenia. No hay que hablar mucho de las dos primeras funciones, por ser hechos de observación común; pero sí vale detenerse un instante en las tres últimas.

Los centros reguladores del calor se dejan influir por estímulos periféricos. La observación es antigua, pero las investigaciones objetivas y registradas son más modernas. Bazett y Haldane, por ejemplo, han demostrado que los sujetos artríticos que toman un baño general prolongado á 28° experimentan una subida en la temperatura del cuerpo, acompañada de disnea, vértigo y languidez muchas veces, y con un descenso del CO_2 alveolar. Hagard ha observado esto último en un individuo sumergido veinte minutos en baño á 40°. Y [Penberton, Hendrix y Crouter han obtenido una parecida aminoración en el CO_2 alveolar en personas normales y artríticas sujetas al baño de luz eléctrica, pero con una subida después del mismo baño (1).

A esto debe añadirse, según los experimentos de Tashiro (mediante aparatos de extrema delicadeza); el grado de producción de CO_2 es mayor en aquella parte del sistema nervioso que está más cerca de la fuente del estímulo (2). Todo lo cual nos descubre algo del velo que oscurecía antes el modo de actuar sobre el metabolismo el estímulo hidroterápico, pero no todo, puesto que está demostrado que en los resultados de las aplicaciones hidroterápicas influyen el movimiento muscular y procesos psíquicos. Antes se creía que para explicar estos cambios bastaba la correlación consensual de que habló Brown-Sequard, y lo que después se ha llamado la ley de Dastre-Moratz; es decir, la doctrina del antagonismo de la circulación de la sangre entre la periferia y los órganos internos; pero, como decimos, las cosas son más complicadas que un mero ritmo de contracción y relajación vascular que lleve aparejado un mayor ó menor aumento de los cambios nutritivos, que son indudablemente determinados, ó, mejor diríamos, condicionados, por la circulación, sobre todo por la circulación capilar.

El experimento de Winternitz que lograba disminuir la inflamación ó supuración de un panadizo sumergiendo el codo del lado afecto en agua fría, las investigaciones posteriores con el pletismógrafo y métodos oncométricos comprobaron esa influencia del frío sobre la circulación, pero sin que se hayan puesto aún de acuerdo los investigadores sobre la manera íntima de obrar la causa, que no opera solamente sobre la túnica vascular, ni sobre los vasomotores, porque

los pulmones no tienen estos nervios y se congestionan ante el frío periférico, sino que influyen también, como antes decimos, las contracciones musculares, las acciones mecánicas y los estados psíquicos del individuo. El baño frío no sólo tiene tendencia á sustraer calor, sino á aumentar la termogénesis. Ahora, si esto se debe al aumento del tono de los músculos (trabajo muscular), voluntarios é involuntarios—como creen Speck, Löwig, Johanson, Winternitz y Pospichil, ó si, como piensa Pflüger, se debe al «tono químico», con exclusión de toda acción muscular, no hay suficientes pruebas, aunque la primera opinión es más verosímil. Es evidente el aumento de la termogénesis luego de las aplicaciones del excitante frío (Liebermeister, Winternitz, etc.); pero si la producción del calor en la periferia disminuye á la par, el aumento de la termogénesis no sigue proporcionalmente, de donde resulta una paradoja térmica en el sentido de que un baño frío puede hacer subir la temperatura del cuerpo. Winternitz observó que un baño general á 16° C. hizo subir la temperatura de un sujeto estando completamente en reposo hasta 0°,8 C. en los primeros cinco minutos, y durante cuarenta y cinco, en que bajó la temperatura inicial, y Winternitz y Tschurtschenthaler vieron, después de una excesiva aplicación de frío, una subida de la temperatura interna de 0°,8 C., á pesar de que la piel estaba enrojecida, lo cual indicaba que no había alteración en la circulación periférica. En el primer caso, el aumento de la termogénesis se verificaba con disminución de la irradiación de la piel, y en el segundo, la aumentada termogénesis con aumentada irradiación, no conseguía el equilibrio, y la temperatura subía.

Se creyó por algunos investigadores (Pflüger) que estos raros fenómenos dependían de una termorregulación química más que física. Jorgensen llamaba acción primaria del baño frío al descenso inicial de la temperatura, y acción consecutiva ó lejana, al retorno de la temperatura anterior al baño. Pero eso mismo tiene hoy otra explicación ó se intenta explicar de otro modo. Aludo á los modernos estudios sobre capilaroscopia, sobre la circulación en los capilares, que en muchas regiones aparece independiente de la circulación arterial. Por ejemplo: en el caso en que se ve la piel enrojecida por el frío, los capilares están dilatados y el aflujo de sangre arterial está disminuido, así como en la palidez cálida, las arterias están dilatadas, y los capilares, estrechados, casos ambos que, como dice Ebbecke, demuestran la independencia fundamental de la función en las dos partes importantes del aparato vascular periférico, independencia que se debe á la existencia de nervios dilatadores y constrictores para los capilares independientes—por lo menos para los de alguna región,—cosa anatómicamente comprobada por Bremer (1862), Krimke (1884), Joris (1906), Glasser (1914) y Stohor (1922), y que se apoya también en el descubrimiento de las células de Rouget, células contráctiles que rodean la pared epitelial de los vasos. Hay, sin embargo, quien, reconociendo estos hechos, niega que sean los nervios únicos causantes de la dilatación ó constricción capilar. Ebbecke ha en contrario, en efecto, argumentos para sostener que diversos estímulos procedentes del exterior (estímulos mecánicos) no actúan inmediatamente sobre la pared capilar con sus nervios, sino sobre las células de los tejidos, y que son los productos de metabolismo de éstos los que ocasionan dilatación de los capilares, idea, como se advierte, algo semejante á lo que Pflüger denominaba el *tonus químico*.

La discusión entre los sostenedores del influjo nervioso directo y los que sostienen como causa primitiva cambios metabólicos es árdua, y no procede aquí más que señalarla para aclarar ciertos hechos de la práctica en hidroterapia.

(1) V. en *The Journal of Am. Med. As.*, Mayo 1923, un artículo de estos últimos autores sobre la respuesta á la aplicación terapéutica del calor externo.

(2) Tashiro S.: 1917, *A Chemical sign of life*. Chicago Press.

Se ve, pues, que no es la reacción de los vasos sanguíneos sobre los tejidos la única de tener en cuenta, sino la de los tejidos sobre los vasos, ratificándose en esto, como en tantos otros fenómenos biológicos, el hipocrático *consensus, unus conspiratio una et omnia in corpore consentientia* (1).

Ha variado también en estos últimos tiempos lo que se afirmaba antes sobre los efectos del baño caliente. Entendiendo por baño caliente el de 37 á 40° C., se afirmó que tenía por característica la ausencia de reacción posterior y la persistencia de la vasodilatación, con subsiguiente perspiración cutánea, que aumenta el poder radiante del cuerpo, facilitando la pérdida del calor (con eliminación de toxinas).

Principalmente se hizo esta observación y este razonamiento en enfermos febricitantes (2). Pero hay que entender que el aumento de la irradiación por el sudor ó la transpiración se obtiene con gran dificultad, y que es más fácil y frecuente elevar la temperatura del cuerpo que disminuirla. Mientras en una persona sana, ó en un febricitante, es difícil rebajar su temperatura un grado ó grado y medio, mediante un baño frío, con un baño á 40° ó con una estufa, podemos en corto tiempo (veinte ó veinticinco minutos) elevar la calorificación grado y medio ó dos grados.

Esta diferencia depende de dos cosas: primera, de que el aumento de la irradiación se obtiene, como decimos, con mayor dificultad que la disminución de la misma, y segunda, que á la defensa contra el frío coadyuvan la regulación física y la química, por aumento de calor.

(1) Recientemente (1919) ha hecho Dalmady curiosos experimentos para darse cuenta del cómo se realiza la hiperemia reactiva. El autor provocaba una fuerte contracción de los vasos mediante una iontoforesis con adrenalina, analizando luego cómo se conducía la región bajo la influencia posterior de un excitante térmico. Cuando el frío había actuado unos minutos se producía una rubicundez, no siendo visible la primaria acción constrictiva sobre los vasos que ordinariamente produce el frío. La hiperemia consecutiva se produjo á los pocos minutos de quitar el excitante, retornando, por último, á la anemia adrenalinica. Dalmady saca la conclusión de que el frío conduce á una parálisis pasajera periférica, que interrumpe la adrenalina. Por el contrario, no se logra sobre la piel enrojecida, en respuesta al frío, la anemia adrenalinica. En directo contraste se refuerza por la acción de la adrenalina la hiperemia provocada por el calor. Dalmady intenta explicarlo diciendo que bajo la hiperemia del calor se produce una excitación de los dilatadores, con inhibición de los constrictores.

Si se provoca sobre un brazo una hiperemia local, en forma de rayas, por medio del hielo, previamente aplicado, y luego se calienta todo el brazo, éste se enrojece, menos en las rayas, que aparecen pálidas. (Lo cual parece un efecto de la autonomía de los capilares sobre la circulación general.)

Dalmady ha investigado también la corriente de los capilares por la observación del tiempo que tarda en enrojecer la piel en una pequeña extensión anemizada por compresión externa, y vió que era cortísimo el tiempo que transcurría cuando se aplicaba el calor, mientras que tardaba mucho en producirse cuando la anemia se había suscitado por aplicación de frío. La diferencia la atribuye el autor á un comportamiento diferente de los vasos profundos.

Son también interesantes las investigaciones de von Döring, bajo la dirección de Hermann, en el Instituto de Física de Königsberg. El autor trabaja con un instrumento construido por Hermann — el picroscopio, — que es una combinación del aparato de Karies, para determinar la presión capilar, y el barestesiómetro de Eulenburg, y que consiste en una placa de vidrio, con la que se puede comprimir la piel á la presión deseada, y á través de la cual se puede observar la circulación de la misma. Se mide la presión que hace palidecer á una región de piel enrojecida bajo diversas circunstancias. Si, por ejemplo, se aplica agua fría, la rubicundez consecutiva necesita un aumento de presión para desaparecer, mientras el agua caliente no necesita tanta para que desaparezca la rubicundez que provoca. El autor cree que esta presión disminuida no se debe á la estrechez de los vasos ni á la presión intravasoular, sino á que el calor disminuye la elasticidad de los capilares y modifica el tejido conjuntivo circunvecino.

(2) Véase *Contribution á l'étude de la Physiologie Thérapeutique du bain chaud*, Thèse du Dr. Delsol, Bordeaux, 1913.

Hablábamos antes de que los cambios en el metabolismo de los tejidos, mediante agentes térmicos actuantes sobre la piel, podrían ser causa de alteraciones circulatorias. Y esto nos lleva á decir algo sobre la influencia de los baños fríos y calientes sobre la composición de la sangre.

Ya hace años que Malassez indicó (Toenissen lo comprobó en un pulmónfaco alcohólico) el aumento de los hematíes después de baños fríos. Empero, la investigación sistemática de estos casos no se realizó hasta 1893, en que Winternitz y Rovighi encontraron, independientemente el uno del otro, que las aplicaciones generales del frío provocaban leucocitosis. Rovighi, con sus experimentos en hombres y en conejos, vió que después del baño caliente disminuía en $\frac{1}{2}$ el número de leucocitos. Por el contrario, el frío los duplicaba.

Comprobó después Thayers esta leucocitosis por el frío de todas las formas de leucocitos con su proporcionalidad normal, así como el aumento de hematíes, siendo el peso específico de la sangre paralelo á la variación de hemoglobina. En lo referente á los baños calientes, los resultados fueron muy dudosos. Y comenzaron luego las interpretaciones de tales hechos. Pensaron unos que no había tales aumentos: Winternitz, sosteniendo la idea del «éxtasis globular de Hueter», es decir, que la acción de los excitantes térmicos se reduce á expulsar hacia la periferia los elementos globulares acumulados en los órganos internos (el hígado y bazo principalmente); Thayers, afirmando que esa leucocitosis era falsa y debida á la concentración en los capilares de esos elementos (más fácil para los leucocitos que para los hematíes); Cohstein y Zuntz, exponiendo que la sección de la medula por encima de los orígenes del simpático, al ocasionar una vasodilatación paralítica de los vasos periféricos, produce también una disminución del número de corpúsculos en la sangre periférica, y, recíprocamente, que la excitación eléctrica de la medula origina una contracción de los pequeños vasos, con aumento igualmente rápido de los corpúsculos, sin que falten autores que afirman basta la tetanización de los músculos de las extremidades — y aun el simple trabajo voluntario — para aumentar el porcentaje globular periférico, lo cual creo yo que no tiene nada que ver con el problema primitivo, es decir, con la acción del baño frío ó caliente sobre la composición de la sangre, que, en nuestros días, se tira á resolver por un efecto coloidoclásico — el último gesto de la patología —, que, en fin de cuentas, sólo podrá realizarse en los casos en que se utilizan intensos fríos ó baños de luz Dowsing. Recordemos, en efecto, que la disolución de la sangre después de aplicaciones intensas de frío — por debajo de 8° C. — se muestra experimentalmente como hemoglobinemia (Nebelthan, Reinobith), y que Murri, investigando la causa de esta llamada «clorosis de Winternitz», encontró esta hemoglobinemia y hemoglobinuria consecutivamente á enfriamientos locales.

Finalmente, se ha investigado la influencia de los agentes térmicos sobre la alcalinidad y la viscosidad de la sangre (Strasser y Kuthy), viéndose una opuesta relación entre las aplicaciones del calor y el frío. El primero disminuye la alcalinidad de 0,144 por 100 á 0,136 NaOH, y el segundo aumenta la misma desde 0,152 por 100 á 0,176 por 100 y de 0,168 por 100 á 0,176 por 100 NaOH. En cuanto á la viscosidad, De Termann encontró que el baño frío, local y general, aumentaba la viscosidad, y el caliente producía también una notable subida de la viscosidad de la sangre tomada en la vena cubital.

Los movimientos respiratorios y la actividad pulmonar son también, como decíamos, influidos por los agentes hidroterápicos. Bien conocido es el fenómeno de la intensa y

profunda inspiración con cierta paresia respiratoria que subsigue á la impresión del agua fría sobre todo el cuerpo ó ciertas partes del mismo (la nuca). En ciertas personas sensibles es tan duradero el fenómeno, que nos obliga á no recomendar dichas aplicaciones. Los movimientos respiratorios se hacen luego más profundos, á lo que contribuye un reflejo del diafragma, si bien hay quien sostiene que esta mayor actividad respiratoria se debe á una mayor demanda de oxígeno y al aumento de los latidos cardíacos. Con las temperaturas elevadas, la aceleración respiratoria parece ser paralela y correspondiente al aumento de la termogénesis—antes del sudor—, y con frecuencia se acompaña de opresión en el pecho.

La respiración cutánea también debe tenerse en cuenta. Su capacidad para eliminar CO_2 y absorber O no es despreciable. Los pulmones eliminan en un día 1.000 gramos de CO_2 ; la piel, 10-20 gramos. La superficie de los pulmones, como ya apuntó G. See, es 54 veces mayor que la de la piel; por lo tanto, la capacidad respiratoria de ésta no es tan pequeña. Cuando sobre ella aplicamos calor, la eliminación de CO_2 va creciendo; si la piel tiene 30° , elimina en veinticuatro horas 8-10 gramos; á 33° , exhala 20 gramos, y á 38° , corresponden 26,5 gramos. Winternitz ha llamado la atención sobre el modo de efectuarse la oxidación de la sangre, y se fija en ciertos casos de piel cianótica, en los que se observan manchas rubicundas que corresponden á una intensa hematosi.

La hidroterapia ejerce su influencia sobre las secreciones orgánicas, aunque no se sabe fijamente su determinismo. Porque no es suficiente explicación el que provoquen sus procedimientos una determinada hiperemia en las glándulas, visto que si la actividad circulatoria acompaña á la secreción, hay veces en que no existe secreción y sí hiperemia.

La secreción de la orina aumenta con la presión arterial en el parénquima y la velocidad de la corriente, y disminuye con la subida de la presión venosa y amortiguamiento de la corriente. Pero la ley de Dastre Moratz no parece que rige ó ejerce influencia sobre la circulación renal. De todo lo cual resulta que la hidroterapia no logra sino modificaciones efímeras en el *quantum*, sin alterar el balance total de la uropoiesis diaria. Solamente en casos de edema acentuado logran los baños calientes un aumento de la diuresis, con tal de que no llegue el período de sudor.

Es de gran interés la observación de que los baños prolongados á temperatura indiferente, $34-35^\circ$, pueden aumentar esta secreción, sea porque el agua que había de eliminarse por la piel lo hace por el riñón, sea porque el baño dilata las vías vasculares del órgano.

En cuanto á si la reacción de la orina es modificable por los procedimientos hidroterápicos, las observaciones son discordantes: Strasser y Kunhy han dicho que los excitantes hipertérmicos aumentan la acidez; los fríos la aminoran, á lo cual impugna Krauss con datos opuestos, sin que sirvan para sacarnos de dudas las experiencias de Winternitz y Bapper, que vieron en un sujeto que, después de un régimen vegetariano, tenía la orina alcalina, y se volvió ácida al aplicarle duchas frías.

Sobre la secreción gástrica, tampoco se conoce bien si ejerce ó no el excitante térmico periférico un efecto determinado. Con razón dice Strasser que «sabemos más del modo de actuar el estímulo general psíquico sobre el estómago, que no del térmico». La actividad digestiva del ventrículo parece ser mayor después de la ducha y el baño frío, como también de las aplicaciones calientes; pero ocurre dudar si el efecto es directo ó á través del estímulo nervioso general. Penzoldt dice haber observado un retardo en la

aparición del HCl después de los baños fríos de natación, y también, posteriormente, á los baños que provocan su acción, hecho que quiere explicar Simón por la eliminación del cloruro sódico por la piel, á lo cual responden Edel y Du Meenil que es demasiado exigua esa pérdida para explicar la hipoclorhidria. Hay, sin embargo, este comprobante del primer aserto, y es que los mineros, y, en general, los que ejecutan fuertes trabajos musculares, digieren mal las albúminas.

Ahora bien, el calor local *intus et extra* activa la secreción clorhídrica, y, según Puschkins, también la producción de pepsina. Respecto al influjo térmico sobre la secreción biliar, ha hecho Kowalski algunas investigaciones, encontrando aumentada la secreción de bilis después de cortos baños fríos é hipertermales, atribuyéndolo al aumento de la circulación en el hígado, y en parte, á un efecto mecánico: inspiraciones profundas, peristaltismo, etc.

Se conocen mejor los efectos de la hidroterapia sobre las secreciones de la piel. El sudor, que es una manifestación de la función reguladora en el ser humano, puede provocarse por diversos procedimientos: baños calientes, estufas de vapor, de luz, etc., y puede alcanzar intensidades variables en una misma persona. Se citan casos en que por medio de un baño de arena caliente perdió de peso un individuo tres kilogramos en treinta y cinco minutos. Lo general es que el baño de estufa por vapor, aire caliente, ó el más moderno baño de luz, provoque un sudor que, aun siendo variable en una persona, de un día á otro puede calcularse en 300 gramos. Es también sabido que por este medio se eliminan cloruro de sodio—lo principal—, sustancias metálicas y principios nitrogenados y volátiles. Se ha visto en un luético que hacía cuatro años había suspendido la medicación hidrargírica eliminar mercurio en el sudor provocado por un baño. Y es también curioso lo observado por Strasser, y que consiste en provocar de nuevo el sudor, cuando parece que va á terminar, mediante la ingestión de un vaso de agua fría, y tan rápidamente, que no puede pensarse que el líquido ingerido sea directamente el que sustituya lo perdido, sino más bien un fenómeno reflejo.

V

Hecho este breve resumen de los efectos más generales y ordinarios que pueden presentarse á consecuencia de las prácticas hidroterápicas con el agua potable de fuente ó de río, se nos plantea el inmediato problema, es á saber: en igualdad de temperatura y de presión, ¿se comporta de modo distinto el organismo si el agua es mineromedicinal? O dicho de otro modo: ¿hay una hidroterapia simple y una hidroterapia termomineral?

Es ajeno á nuestro asunto, desde luego, todo lo que se refiere á los efectos del agua en bebida, á lo que nosotros solemos llamar procedimientos hidropáticos y los italianos denominan hidropinicos. Queremos ocuparnos tan sólo de las aplicaciones externas, de los baños, fomentaciones, chorros, duchas, lodos é irrigaciones.

Para discernir la cuestión, dividiremos la respuesta examinando si influyen sobre la piel, y á través de ella, sobre toda la economía, estas cuatro propiedades que poseen algunas fuentes minerales, y son:

- a) Sustancias mineralizantes.
- b) Corrientes eléctricas.
- c) Materia orgánica.
- d) Radiactividad.

a) *Sustancias mineralizantes*.—Cuando sumergimos el cuerpo en un medio líquido de cierta densidad, como, por ejemplo, el agua del mar ó de una fuente que contenga más

de 20-30 gramos por litro de mineralizantes, nos cuesta esfuerzo vencer la densidad del fluido ó el cuerpo flota sin ser cubierto por el líquido. Quedan luego sobre la piel adheridas moléculas del compuesto, que en vano haría desaparecer una fricción. Sobre nuestro tegumento se ejerce una nueva energía, que es la *adsorción*. Si la piel normal se no empapa, no tiene propiedades absorbentes—las glándulas que en ella abocan ya es otra cosa—, tienen en cambio, propiedades fijadoras *adsorbentes*. Las moléculas que el epidermis sujeta ejercen, á su vez, atracción higroscópica sobre la humedad ambiente, según la tensión actual del vapor de agua, y esto constituirá, á su vez, un excitante térmico variable de intensidad, pero duradero, activador de la circulación periférica, con todas sus consecuencias. No es otra la explicación de que el baño de mar, y en general el baño salino, deje la piel con mayor actividad funcional que la producida por el baño en iguales condiciones con el agua simple; hecho que explica Ludwig diciendo que una membrana animal conteniendo una solución salina pierde una cantidad importante del agua pura, de suerte que la concentración de la sal se aumenta. Esto nos lleva á ocuparnos [brevemente de la denominada «acción de contacto», que en balneoterapia termal tiene tanto interés.

(Se continuará.)

Nuestra opinión acerca del tratamiento del estrabismo (1)
con motivo de los cinco casos que presentamos á la
Academia Médico Quirúrgica Española,
en la sesión del día 17 de Diciembre de 1923

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

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

Después de los treinta años es muy difícil obtener el restablecimiento de la visión binocular. La ambliopía estrábica suele ser tan acentuada y rebelde, que muchas veces ni siquiera ha lugar á la fijación del ojo estrábico. En este caso, sólo se buscará el objeto cosmético de la operación, la que se verificará guardando ciertas normas de conducta que después indicaremos. Por eso es de recomendar la intervención operatoria lo más cercana posible á la infancia.

La clase de estrabismo reclama también una atención especial. Los estrabismos más frecuentes son los convergentes y los divergentes. Las circunstancias que, de ordinario, concurren en unos y otros son diferentes; así, los convergentes suelen ser más frecuentes en los hipermetropes y en los niños, y los divergentes, por el contrario, en los miopes y en los adultos. Recuérdese, además, que gran número de ojos ambliopes ó amauroticos se colocan secundariamente en estrabismo divergente. Téngase también presente, que la convergencia tiende á disminuir con la edad y la divergencia tiende á aumentar, por lo que siempre que se realice una intervención quirúrgica en un ojo sin visión y solamente con fin estético, habrá que realizar una hipocorrección si se trata de estrabismo convergente, y una supercorrección si de estrabismo divergente.

La conducta quirúrgica á seguir ha de variar según

se trate del estrabismo convergente ó divergente. Al primero le es aplicable cuanto hemos dicho con relación á la edad y lo que en lo sucesivo digamos respecto á los restantes factores ya enunciados. Por lo que toca al estrabismo divergente, el tratamiento ha de estar en relación principalmente con la edad, y con el grado de visión que posea el ojo desviado.

En los sujetos jóvenes con estrabismo divergente y con buena ó mediana agudeza visual en el ojo desviado, previa corrección óptica, nosotros no aconsejamos la intervención operatoria. Con el uso constante de los cristales (1) y los ejercicios estereoscópicos durante todo el tiempo que sea preciso, se llega á la fusión de las imágenes y á la reaparición de la convergencia normal y de la visión binocular y estereoscópica, obteniéndose de este modo la curación. Nosotros tenemos muchos casos tratados de este modo. Ahora bien, el éxito es tanto más rápido cuanto menos edad tiene el sujeto y se encuentra, por tanto, más próximo á la fecha de la aparición de su estrabismo. Solamente, en los grados más acentuados de estrabismo divergente, coincidiendo con una debilitación muy marcada de la adducción, será cuando la intervención operatoria (avanzamiento ó acortamiento del recto interno en ambos lados), estará indicada, para facilitar la tarea á los tratamientos óptico y ortóptico.

Cuando el estrabismo divergente recae en un ojo sin visión, ó en un adulto en el cual hayan fracasado los ejercicios ortópticos, con la corrección óptica apropiada, será conveniente la intervención operatoria, procurando obtener una supercorrección de la desviación estrábica, porque ya hemos dicho que la divergencia tiende á aumentar con la edad.

La agudeza visual es el verdadero eje sobre que gira el tratamiento del estrabismo.

En los ojos sin visión ó con ambliopía muy exagerada hay que irse derecho al tratamiento quirúrgico que es el único que puede corregir la desviación estrábica. Es, por otra parte, la corrección estética la que importa á las gentes, que sólo se fijan en la belleza y no en la utilidad de la visión binocular. Conviene en estos casos, no sólo corregir el defecto presente, sino también mirar al porvenir, por eso convendrá obtener una ligera hipocorrección cuando se trate de estrabismo convergente y una supercorrección cuando de divergente, pues ya hemos dicho que la convergencia disminuye y la divergencia aumenta, con la edad.

Cuando el ojo desviado conserva siquiera un grado de visión lo suficiente para poder esperar el restablecimiento de la visión binocular, se está autorizado á poner en práctica toda la terapéutica del estrabismo, tanto médica como quirúrgica.

El grado del estrabismo influye también de un modo notable en la conducta que se haya de seguir para su tratamiento. De un modo general se puede decir que los estrabismos pequeños son más fácilmente modificables por los tratamientos no operatorios, así como

(1) Véase el número anterior.

(1) En ocasiones desecentados ó combinados á prismas de base nasal.

que el estrabismo convergente de los niños tiene cierta tendencia á disminuir hacia la adolescencia; por eso, en estos casos conviene retardar la operación, á pesar de que exista alguna *parte fija* en el estrabismo, hasta los ocho años, en cuya edad ya se podrá operar si concurren las circunstancias más atrás enumeradas, así como el fracaso de la terapéutica no quirúrgica. En cambio, en los adultos, los estrabismos, aun los no muy acentuados, tienden á aumentar: los convergentes, por la retracción músculocapsular del recto interno y el adelgazamiento del recto externo, y en los divergentes, por igual retracción en el recto externo y la disminución natural que la convergencia experimenta con la edad.

Así, pues, la desviación estrábica muy acentuada es uno de los factores que más indican la intervención operatoria, porque las modificaciones anatómicas que los grados muy manifiestos de estrabismo llevan consigo, sólo pueden ser beneficiables por el tratamiento quirúrgico.

Clase de operación.—Para obrar quirúrgicamente sobre un ojo desviado existen varios métodos: *ó disminuir la tracción del músculo retraído* (tenotomía, debilitación del músculo y desbridamiento capsular), *ó aumentar la tracción del músculo alargado* (avanzamientos, acortamientos y plegamientos musculares ó cápsulomusculares), *ó ambos á la vez*. Cada uno de estos métodos ha tenido su época. En un principio estuvo en boga la operación inventada por Stromeyer en 1838: *la tenotomía*, que tenía en su haber la sencillez, lo inmediato de sus resultados y la buena corrección que con ella se alcanzaba (12° ó 15°). Se la llamaba también *estrabotomía*, lo que indica la importancia que se le concedió en el tratamiento del estrabismo. Panas fué uno de sus principales impulsores, practicándola en ambos rectos internos, en el estrabismo convergente.

A la tenotomía se le achacaron multitud de herejías; que debilitaba la convergencia y que producía el hundimiento de la carúncula (cuando se practicaba en el recto interno) y que siempre ocasionaba la propulsión del ojo, y se tendió especialmente por Landolt (quien estudió en detallé esta cuestión), á que fuese sustituida por el avanzamiento del músculo antagonista, operación que ideó Guérin (en 1849), para remediar los estrabismos secundarios á las funestas tenotomías, ó, mejor dicho, miotomías, que en aquella época se practicaban. Sin embargo, la tenotomía no llegó nunca á desaparecer de la terapéutica oftalmológica y durante la guerra europea se ha procurado rehabilitarla con todos los honores, especialmente por los alemanes.

A nuestro juicio, la tenotomía es una operación magnífica, como coadyuvante del acortamiento ó avanzamiento del músculo antagonista, especialmente en estas circunstancias: 1.º, en los grados muy pronunciados de estrabismo; 2.º, en los estrabismos muy antiguos, en los que ya existe retracción cicatricial del músculo y de la cápsula de Tenon, y 3.º, en los casos que por buscarse solamente *la corrección* de la desviación estrábica (ojos sin visión) la operación se verifica en un solo lado. Bien dosificada, es decir, verificando solamente la sección del tendón sin desbridar la cápsula

(excepto cuando haya indicación), la tenotomía es una operación que no produce las insuficiencias de la convergencia tan exageradas que se observan en los esquemas de Landolt, conservando el globo ocular una excursión casi normal en la adducción. De todos modos, la consideramos superior á los múltiples procedimientos llamados de *debilitación* del músculo retraído, muchos de los cuales son de efecto nulo, por la obligada retracción cicatricial consecutiva á la teórica intervención. Igual opinión tenemos del desbridamiento capsular, que Parinaud patrocinó.

Desde el punto de vista de la dinámica ocular, *el método consistente en aumentar la tracción del músculo alargado ó debilitado*, es preferible al ya descrito ó de la disminución de la tracción ejercida por el músculo retraído. Su acción es de refuerzo, y lejos de disminuir la excursión total del ojo operado (como la tenotomía), más bien la exagera ó, cuando menos, la aproxima á la normal. Teóricamente, con este método operatorio, especialmente si se utiliza el procedimiento de mayor efecto, el avanzamiento muscular con resección de tendón, de Landolt, y practicando la operación en ambos ojos, bastaría para corregir cualquier estrabismo por muy acentuado que fuese, pero en la práctica no es así (sólo corrige los pequeños), por lo que ha de emplearse con la tenotomía del músculo retraído. Ya hemos explicado más atrás los motivos de la falta de seguridad en los resultados que con ella se debieran obtener, así como igualmente en los procedimientos de Wecker (avanzamiento cápsulomuscular) y de Lagleyze (plegamiento muscular).

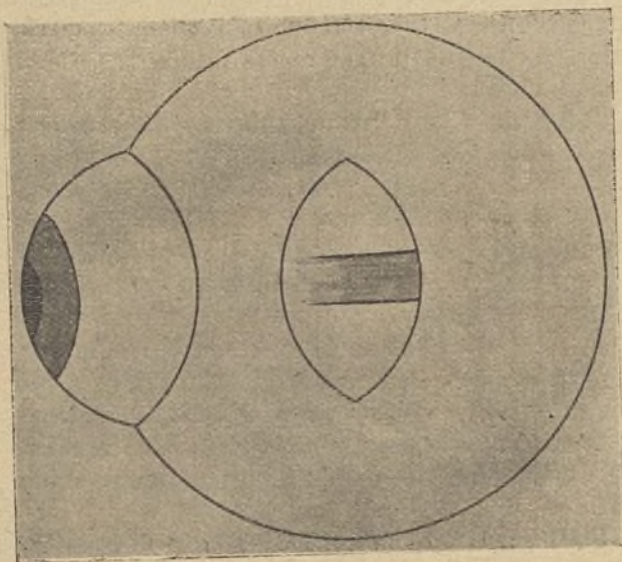
También hemos dicho y razonado el positivo progreso que representa la introducción de una técnica nueva en la Cirugía del estrabismo. Me refiero al acortamiento muscular, con resección de tendón y reinserción en la propia inserción muscular, procedimiento racional y á todas luces basado en la Anatomía y Fisiología ocular con el que se corrigen las desviaciones por grandes que sean, y de resultados definitivos en un todo iguales á los que se consiguen en el acto operatorio. Este es el procedimiento de nuestra devoción. En él hemos introducido algunos pequeños detalles que expondremos á continuación.

ACORTAMIENTO MUSCULAR, CON RESECCIÓN DE TENDÓN Y REINSERCIÓN EN LA PROPIA INSERCIÓN TENDINOSA

Primer tiempo: Escisión de la conjuntiva.—Una vez hecha la anestesia: instilaciones de cocaína y adrenalina en la córnea y conjuntiva, é inyección de novocaína y adrenalina en el trayecto del músculo (si se trata de adolescentes ó adultos), ó por medio del cloroformo (en los niños), y colocado el blefarostato, se coge con la pinza de fijación un pliegue vertical de la conjuntiva un poco por detrás de la inserción escleral del músculo recto externo (en el caso de estrabismo convergente) y se escinde con unas tijeras curvas, con lo que queda al descubierto el tendón de éste músculo (fig. 1.ª).

Segundo tiempo: Aislamiento del tendón.—Con unas pinzas de dientes de ratón cogemos un pellizco en la cápsula de Tenon, en la parte inferior de la inserción

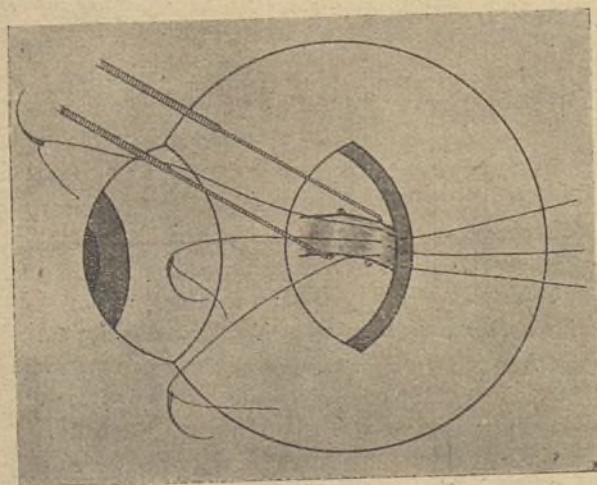
tendinosa del músculo recto externo (el ojo tiende, de un modo natural, á dirigirse hacia arriba) y practicamos en ella con las tijeras un pequeño ojal, por el que se introduce un gancho de estrabismo, con el que



Primer tiempo.

se carga en toda su altura el tendón. En el borde superior del músculo, donde hace relieve la punta del gancho de estrabismo, se practica otro pequeño ojal, por donde se le hace salir. Una vez cargado sobre el gancho de estrabismo el tendón del recto externo se introduce otro gancho en sentido contrario y con ambos se aísla el tendón y comienzo del músculo en la longitud deseada (de 8 á 9 milímetros), en el ojo estrábico y en menor proporción en el ojo desviado.

Tercer tiempo: Colocación de la sutura y resección de un trozo de tendón.—Teniendo colocados los dos ganchos de estrabismo de la manera indicada y algo distantes



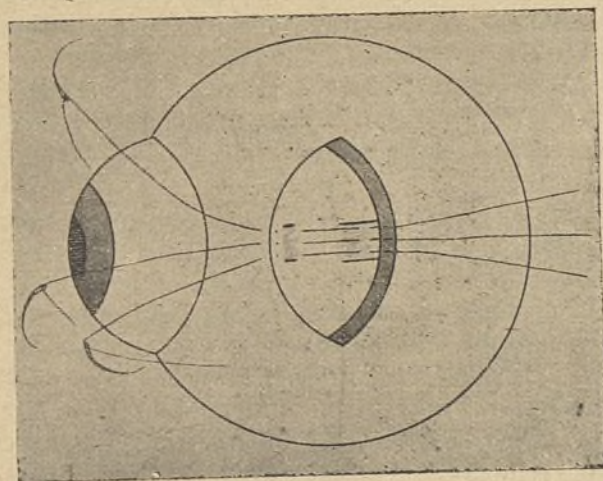
Tercer tiempo.

uno de otro y confiados al ayudante, se dan tres puntos horizontales y equidistantes, uno central y dos laterales, que comprenden sucesivamente el labio posterior del ojal conjuntival, la cápsula de Tenón y el mús-

culo, de modo que la aguja no le atraviere, sino que le cargue en todo su espesor y en un pequeño trayecto, saliendo por la misma cara externa del músculo. Entonces, y una vez bien cogidos con los hilos la conjuntiva, la cápsula y el músculo, se secciona el tendón entre los dos ganchos de estrabismo y como á una distancia de un milímetro por delante de los hilos. Ahora y con el trozo de tendón que queda en su inserción se hace presa con la pinza de fijación y se pasan las tres agujas sucesivamente, y de atrás adelante, por la misma inserción escleral del tendón y por el labio anterior del ojal conjuntival, resecándose con las tijeras al ras de la esclerótica el trozo del tendón (fig. 2.^a).

Cuarto tiempo: Anudar los hilos.—Primero el central y después los laterales, se aprietan en dos tiempos sucesivos, con lo que se obtiene una extraordinaria corrección. En estrabismos de más de 40° hemos llegado á poner casi derecho el ojo con solo el acortamiento de este modo realizado (fig. 3.^a).

La pinza de Prince no la usamos, porque su resorte



Cuarto tiempo.

ó es muy flojo y no nos inspira confianza la sujeción del músculo, ó suele ser muy fuerte y puede dislocarlo, sobre todo, el del ojo estrábico, que de ordinario es muy delgado.

Primero acostumbramos á practicar el acortamiento y después la tenotomía en el ojo estrábico, y por último, realizamos el acortamiento del recto externo del ojo no desviado. Al terminar la operación siempre instilamos atropiná en ambos ojos para paralizar la acomodación, evitando indirectamente y en lo posible los esfuerzos de convergencia. La razón que tenemos para practicar primero el acortamiento muscular antes de la tenotomía, es de triple índole: en primer lugar, porque un ojo en estrabismo convergente presenta, de un modo natural, un extenso campo para la intervención sobre su recto externo y apenas si hay necesidad de fijarlo por estar perfectamente atirantado por el recto interno acortado, que hace de pinza de fijación; en segundo lugar, porque la corrección que se obtenga con el acortamiento nos da la idea sobre si la tenotomía debe ir ó no acompañada de algún desbridamiento

capsular; y por último, que la técnica de la tenotomía se facilita considerablemente una vez enderezado el ojo estrábico.

Cuando se practica primero la tenotomía del recto interno, antes del acortamiento del recto externo, se nota cierta dificultad, especialmente en los estrabismos muy acentuados, para verificar la sección del tendón, resultando siempre doloroso el pretender llevar el ojo bruscamente á la abducción, para realizar con comodidad esta pequeña operación. Y una vez seccionado el recto interno, el ojo tiende á colocarse en abducción, lo que resta extensión al campo operatorio, á la vez que rueda fácilmente en la órbita, en sentido horizontal, porque ha desaparecido la fuerza principal que le mantenía en su posición, que era la tonicidad de aquel músculo, lo que dificulta un poco la prontitud y buena técnica de la intervención sobre el recto externo.

Es de aconsejar también no seccionar nunca la cápsula en los bordes del músculo, sino únicamente empujarla hacia atrás, si fuese menester, con los ganchos de estrabismo, al objeto de que la fijación del músculo sea lo más fuerte posible al comprender en la sutura la cápsula intacta.

El curso postoperatorio es siempre completamente satisfactorio. Jamás se escapa ningún punto de sutura, que se pueden levantar del sexto al octavo día, según la corrección que se haya obtenido.

Dosaje de la operación.—Es completamente ilusorio cuanto se diga de dosificación de la tenotomía y del avanzamiento muscular, cosa que se comprende fácilmente, porque no sabemos á ciencia cierta cuál es el sitio exacto donde el músculo, separado de su inserción normal, haya ido á reinsertarse. Y si bien esto no tiene extraordinaria importancia en los casos en que es factible obtener la *curación* del estrabismo, por conservar el ojo estrábico cierto grado de agudeza visual, puesto que los ejercicios ortópticos se encargarán de equilibrar la tonicidad de los músculos para que las imágenes de los objetos impresionen puntos concordantes de ambas retinas; por eso se ha dicho que la *operación del estrabismo es de efecto fisiológico más que anatómico*; en cambio, tiene un verdadero interés científico cuando sólo se trata de alcanzar el efecto cosmético de la operación (ojos desviados y sin visión), en cuyo caso la operación será de efecto anatómico y no fisiológico.

Con los antiguos procedimientos de avanzamiento capsular ó muscular ó plegamiento del músculo, la operación practicada únicamente con el fin estético, por excepción, quedaba bien dosificada: ó era insuficiente ó excesiva; si bien seguíamos la conducta expuesta repetidas veces, de que en caso de estrabismo convergente, quedase una hipocorrección y en el de divergente una hipercorrección, porque la convergencia disminuye con la edad, mientras que la divergencia aumenta.

Pues bien; con el nuevo procedimiento de acortamiento muscular es perfectamente fácil, una vez que la inserción tendinosa vuelve á ser la misma, el determinar con cierta exactitud la *corrección anatómica* que debe obtenerse; pudiéndose, si se dispusiera del núme-

ro suficiente de enfermos, hacer determinaciones matemáticas en este sentido, que serían de gran utilidad práctica, no sólo para los casos en que sólo se busque la *corrección* de la deformidad, sino también en los que se desee llegar á la *verdadera curación* del estrabismo, porque, al fin y al cabo, sería un esfuerzo menos que la naturaleza tendría que hacer para regular la perfecta dinámica ocular indispensable á la visión binocular.

Hasta ahora sólo diremos, mientras no dispongamos de reglas fijas que nos indiquen exacta ó aproximadamente el número de milímetros de tendón que hemos de resear para una desviación dada, que con el acortamiento muscular la corrección obtenida en el acto operatorio es corrección definitiva, con la que podremos contar, una vez realizada la del músculo recto externo del ojo estrábico (intervención que debe ser, como hemos dicho, la primera en practicarse en el estrabismo convergente), para que nos sirva de guía en la resección que debamos verificar en el recto externo del otro ojo y en la tenotomía del recto interno del ojo estrábico.

Unilateralidad ó bilateralidad de la operación.—Ya casi está definida en el curso de este trabajo; sin embargo, es ésta una cuestión un tanto paradójica, no sólo para las gentes que no conciben cómo una afección en apariencia monocular necesita la intervención en los dos ojos, sino también para algunos oftalmólogos que siguen aferrados á la idea de operar únicamente el ojo estrábico. Pero si se recuerda la fisiología patológica del estrabismo: *un trastorno del aparato de la visión binocular que impide la convergencia de los dos ojos al objeto que se mira, sin alteración primitiva de la motilidad ocular*, se comprenderá perfectamente que la terapéutica para ser racional habrá de basarse en la patogenia, y, por tanto, habrá que intervenir en ambos ojos.

Una convergencia alterada necesitará ser sustituida por otra convergencia normal para que haya visión binocular y, por tanto, curación del estrabismo, en cuya función participan por igual ambos ojos, razón por la que es necesario la intervención binocular, puesto que la operación romperá 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 completamente fisiológica.

Esta noción de la operación binocular está vulgarizada desde Panas, quien decía: *á todo desequilibrio bilateral conviene aplicar una acción correctriz igualmente bilateral*. Wecker también practicaba la intervención quirúrgica en ambos ojos, y en la actualidad Landolt ha sido el gran propulsor y defensor de la misma.

Es, pues, hoy una cuestión perfectamente resuelta la de intervenir en ambos ojos en el estrabismo siempre que se desee obtener el restablecimiento de la visión binocular ó *curación* de este trastorno funcional.

Únicamente cuando pretendamos conseguir la *corrección* del estrabismo, por no ser factible la *curación* (amaurosis ó fuerte ambliopía del ojo estrábico), entonces no será necesaria la operación en ambos ojos, bastando con la intervención en el ojo desviado.

Bibliografía.

HANDBUCH DER SERODIAGNOSE DER SYPHILIS. (Manual del serodiagnóstico de la sífilis), por los Dres. C. Bruck, E. Jakobsthal, V. Kafka, J. Zeissler, publicado bajo la dirección de Carlos Bruck. Editorial de Julius Springer, Berlín.

El presente libro, aunque publicado con el título de Manual, contiene un estudio perfectamente detallado de las numerosas reacciones que se llevan á cabo con el suero sanguíneo y con el líquido cefalorraquídeo con el fin de demostrar la existencia de la sífilis. No necesitamos encarecer la importancia que tiene esta enfermedad para todos los médicos, sea cual fuere la especialidad á que se dediquen, y con mayor motivo, para los médicos generales. Tampoco tenemos que insistir en que, dada la frecuencia con que se realizan hoy las reacciones en el suero y el líquido cefalorraquídeo, es imprescindible su conocimiento para todo médico aunque no las practique por sí mismo.

Lo primero que hemos notado en el libro de Bruck, es la gran claridad en la exposición, á la que contribuyen los esquemas que contiene. Pero no se limita á esto sólo la utilidad del libro en cuestión, sino que, como hemos dicho antes, expone los fundamentos teóricos de las reacciones y su técnica. La reacción de Wassermann que sigue siendo la más practicada y aquella que más discusiones ha despertado, es la que ocupa el primer lugar. Siguen luego las numerosas reacciones de precipitación realizadas con el suero, divididas en reacciones de inestabilidad y reacciones de fijación de los lípidos, y, por último, viene un capítulo de V. Kafka acerca del líquido cefalorraquídeo y la importancia del serodiagnóstico de la sífilis en la neurología y la psiquiatría, dividido en tres partes: la primera, dedicada á la técnica; la segunda, que estudia cuáles son las alteraciones que se encuentran en el líquido: a) cuando no hay alteraciones clínicamente apreciables en el sistema nervioso central; b) en los casos de procesos sífilíticos del sistema nervioso central; y la tercera, en que precisa el valor que se ha de conceder á los resultados obtenidos. Para terminar, se estudia brevemente la reacción de la luetina.

A cada capítulo sigue una bibliografía muy detallada.

A. F. M.

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La acidosis**, por el Dr. J. Konings.—La impregnación de la sangre por la glucosa es una de las investigaciones inexcusables en la práctica, entre los cuidados que hay que prestar á los diabéticos, si se quiere instituir una terapéutica eficaz, porque la hiperglicemia explica los principales signos de la diabetes (glucosuria, poliuria, etc.). Además, está demostrado actualmente que esta invasión de la sangre y de las orinas por el azúcar acarrea una pérdida de calorías que obliga al diabético á luchar contra la inanición progresiva, que es su consecuencia.

El diabético, en este estadio de su enfermedad, se queja en efecto siempre de polifagia y no obstante esta reacción de su parte, su inanición aumenta progresivamente para llegar por último á la desnutrición y aun á la consunción.

El diabético, poco á poco, va tolerando cada vez menos los hidratos de carbono, viéndose obligado entonces, para nutrirse, á llamar en su auxilio á las albúminas y á las grasas de su alimentación y, en fin de cuentas, á las albúminas

y á las grasas de sus propios tejidos. El enfermo añade así á su enfermedad primitiva, á su hiperglicemia, una intoxicación que le conduce rápidamente hacia la acidosis y hacia el estadio último de su enfermedad: el coma. Esta acidosis, tan importante de conocer para el práctico, se manifiesta en primer lugar por la aparición de la acetona en las orinas, después, del ácido diacético y, en último lugar, del ácido B. oxibutírico, sirena de alarma del coma que se aproxima. El médico encargado de un diabético debe estar extremadamente atento á la aparición de la acidosis, teniendo, por decirlo así, en su mano el porvenir más ó menos durable de su enfermo.

Cuando un diabético sin desnutrición empieza á adelgazar y se comprueba que su azúcar urinario aumenta, al mismo tiempo que sus fuerzas disminuyen, y que el enfermo se hace apático y soñoliento y exhala por su aliento un olor clorofórmico, es preciso atender á la acidosis, á la acetone-mia, y sin perder momento sustituir un tratamiento enérgico, pues de no hacerlo así el coma se presentará sin ninguna esperanza.

La evolución de la acidosis es bastante lenta y el coma no aparece sino tardíamente; no obstante, se dan casos en que esta complicación es fulminante, pasando el enfermo en algunos días y aun diremos que en algunas horas desde la hiperglicemia al coma diabético.

Tiene, pues, una gran utilidad y una gran importancia el investigar la acetona y el ácido diacético en el momento mismo en que sobre el espíritu del medio llegue á cernerse la duda sobre la naturaleza de los síntomas que observe.

El ácido diacético puede ser muy fácilmente descubierto en las orinas por medio de la reacción de Gerard, que consiste, como se sabe, en llenar de orina las tres cuartas partes de un tubo de ensayo y en dejar caer á continuación V ó VI gotas de una solución concentrada de percloruro de hierro. Si la orina contiene ácido diacético, toma en seguida una coloración rojo-púrpura que desaparece por el calor ó que no aparece en un tubo testigo que se haya estado calentando durante cinco minutos, inmediatamente antes de dejar caer el percloruro. Conviene preguntar al enfermo antes de hacer la reacción si ha tomado antipirina, ácido salicílico ó fenol que pueden dar una reacción semejante, aun cuando es preciso hacer notar que la reacción provocada por estos medicamentos no es influenciada en lo más mínimo por el calor, lo que la distingue de la del ácido diacético.

La aparición de la reacción de Gerard es de la mayor importancia, desde el punto de vista pronóstico, pues ya se sabe que el ácido diacético aparece en la orina cuando la acetona ha establecido ya su residencia hace algún tiempo. En este momento el enfermo se encuentra, por decirlo así, en instancia de coma. La investigación de los otros cuerpos debe ser confiada á laboratorios especializados. (*Le Scalpel*, de Bruxelles, núm. 2, 12 de Enero de 1924).—T. R. Y.

2. **La prueba de la diuresis fraccionada y el régimen de las bebidas en el curso de las nefritis**, por P. L. Violle.—Esta prueba, al igual de otras ya clásicas fundadas sobre el mismo principio, consiste en estudiar la manera de responder los riñones á la excitación provocada por la absorción de una cierta cantidad de agua.

Su originalidad reside en que el agua que se emplea para la prueba no se administra masivamente y en una sola vez, sino á dosis fraccionadas y en cantidades tales que el trabajo de los riñones pueda ser ejecutado en las condiciones más favorables. Por otra parte, el estudio de las eliminaciones no se hace tampoco por espacios de tiempo fortuitos é irregulares, sino en momentos bien determinados, espacia-

dos con regularidad y tan próximos como sea posible á fin de conocer de una manera precisa las posibilidades funcionales de los riñones en el curso del esfuerzo que se les exige, esfuerzo esencialmente variable á medida que va llegando á la circulación general el agua de la prueba. Su interpretación acertada, desde el punto de vista de la diuresis acuosa, requiere el conocimiento de dos factores importantes:

La elasticidad funcional del riñón.

La capacidad funcional del riñón.

La elasticidad funcional es la propiedad que tiene el riñón de adaptar su poder secretor á las necesidades de excreción que le exige el organismo. La capacidad funcional se halla representada por el poder secretor máximo que posee el riñón en un momento determinado.

La disminución de la elasticidad funcional de un riñón debe ser considerada como un síntoma mucho más grave que la disminución de su capacidad funcional.

Un riñón normal posee una gran elasticidad funcional que le hace plegarse fácilmente á las variaciones de rendimiento que exigen de él los distintos factores fisiológicos. Un riñón enfermo tiende, por el contrario, á conservar el mismo consumo cualesquiera que sean las condiciones en que se halle colocado. Así, pues, se comprende la gran importancia que tiene el conocer con precisión la elasticidad de los riñones, así como los límites en que ella puede variar y aun si tal elasticidad existe ó no existe.

La prueba de la diuresis fraccionada es la única que puede proporcionar enseñanzas útiles acerca de esta noción capital de la que depende la indicación estricta del régimen de las bebidas.

La técnica de dicha prueba es la siguiente: Estando el enfermo acostado y en ayunas desde la víspera, se le vaciará completamente la vejiga, y á continuación, se le administrará 200 gramos de agua de Vittel, cada media hora, hasta el número de cuatro tomas iguales. Desde la primera media hora, después de la absorción de la primera dosis de agua hasta la tercera media hora después de la cuarta y última dosis de agua, el enfermo orinará regularmente cada media hora en una probeta graduada de 500 c. c., anotando cuidadosamente la cantidad de orinas eliminadas en cada vez. En esta forma se obtiene normalmente un esquema tal como el siguiente:

HORAS	Absorciones.	Eliminaciones.
7.....	200 c. c.	
7,30.....	200 c. c.	40 c. c.
8.....	200 c. c.	80 c. c.
8,30.....	200 c. c.	190 c. c.
9.....		300 c. c.
9,30.....		240 c. c.
10.....		90 c. c.
	800 c. c.	940 c. c.

Como quiera que lo único sujeto á variación en esta prueba son las eliminaciones, el esquema se anuncia ordinariamente por la cifras de éstas, exclusivamente, en la siguiente forma: 40, 80, 190, 300, 240, 90. A partir de este esquema que indica el estado de elasticidad funcional máxima del riñón, se pueden observar una larga serie de elasticidades decrecientes hasta llegar á la desaparición total de la misma, como ocurre en un buen número de nefritis urémicas hipertensivas. He aquí un ejemplo: 40, 35, 35, 33, 35, 35. Este sujeto ha absorbido 800 c. c. de agua y no ha eliminado al cabo de las seis medias horas más que 213. Ha aumentado su masa sanguínea de una manera apreciable; su

tensión máxima ya muy elevada (28,15) se ha aumentado todavía más; su cefalea debida á la retención uréica (1,50 gramos), pero también á la hipertensión arterial se ha agravado; se queja de frecuentes vértigos. Gracias á esta prueba nosotros aprendemos que el enfermo es incapaz de eliminar, por el momento, más de 35 gramos de orina cada media hora. Este enfermo no debe tomar más de 35 c. c. de líquido cada media hora, ni á las comidas, ni fuera de ellas, incluyendo la leche, sopas, etc.

Al lado de este enfermo, particularmente grave, existen otros que teniendo como él una *elasticidad funcional* nula, tienen, no obstante, una *capacidad funcional* bastante elevada que puede alcanzar 55, 60 y aun 70 y 80 c. c. En estos casos el régimen de las bebidas es fácil de establecer á razón de 70 ó 80 c. c. de líquido cada media hora, con lo que se llega á obtener una cantidad normal de orinas totales en las veinticuatro horas.

Para fijar las ideas, supongamos, por ejemplo, un enfermo que teniendo una elasticidad funcional nula, es decir, eliminando todas las medias horas exactamente la misma cantidad de orinas, sea cualquiera la cantidad de líquido absorbido, esté dotado de una capacidad funcional relativamente poco reducida, es decir, que elimine regularmente, por ejemplo, 50 c. c. ca la media hora. Será fácil calcular la repartición de las bebidas en el curso de las veinticuatro horas, á fin de obtener una diuresis total de 1.200 c. c. aproximadamente. Durante doce horas, de siete de la mañana á siete de la tarde, este enfermo tomará 50 c. c. de líquido cada media hora. Bajo este nuevo régimen exactamente proporcionado á la capacidad de un riñón, la tensión arterial disminuirá inmediatamente en algunos grados; la nicturia, debida á la acumulación del líquido absorbido inconsideradamente y no eliminado durante el período diurno, desaparecerá; la cefalea, en relación parcialmente con la hipertensión, se atenuará, y el enfermo de una manera general se encontrará como consecuencia mucho mejor que cuando bebía á su capricho y que ordinariamente era mucho para «lavar su riñón». Así los riñones, colocados en condiciones más probables, pueden beneficiarse mejor del resto del tratamiento.

En los casos más frecuentes, ó sea en aquellos en que persiste una cierta elasticidad funcional, será preciso llegar por tanteos á determinar la cantidad de agua más favorable que será la que con el mínimo de líquido absorbido provoque un máximo de eliminación. (*La Presse Medicale*, número 100, 15 de Diciembre de 1923).—T. R. Y.

OBSTETRICIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Diagnóstico del embarazo extrauterino en los tres primeros meses, por el Dr. Bourret. —El embarazo extrauterino puede manifestarse por síntomas aparatosos y por síntomas discretos. Los primeros corresponden á la inundación peritoneal por rotura de la trompa grávida en el peritoneo libre, consistiendo en la aparición brusca de un dolor extremadamente violento en el abdomen, como de puñalada, que se acompaña á la vez de síntomas de *hemorragia interna* grave (síncope, lipotimia, decoloración de las mucosas, pulso débil y rápido) y de síntomas de *reacción peritoneal* (dolor, defensa de la pared abdominal, náuseas y vómitos). Si á esto se une la noción de un comienzo de embarazo y la comprobación por el tacto de una *hipertrofia uterina* y de una *sensibilidad particular* del fondo de saco de Douglas, el diagnóstico apenas ofrecerá la menor duda. La rotura de la trompa no siempre se produce de un modo brusco,

sino que á veces da lugar á un enquistamiento de hemorragias sucesivas, más ó menos abundantes, que constituyen el hematoides ante ó retrouterino. El cuadro clínico es también, en este caso, bastante característico: retardo de las reglas, pérdidas rojas que después se hacen achocolatadas y que persisten á pesar de las inyecciones y del reposo, dolor continuo en el bajo vientre exacerbado por crisis más violentas é irregularmente espaciadas que sobrevienen bruscamente, obligando á la enferma á guardar cama, las cuales se acompañan siempre, si se los sabe buscar, de signos más ó menos claros de reacción peritoneal y simultáneamente de hemorragia interna. El tacto pondrá de manifiesto una masa de volumen variable frecuentemente mal delimitada, dolorosa y muy tensa, que llega, en ocasiones, á rechazar el útero contra la sínfisis pubiana dificultando también su delimitación. Esta compresión puede también interesar la vejiga y la uretra determinando fenómenos de disuria que recuerdan, en cierto modo, á los que son característicos de la retroversión del útero grávido.

Todo lo fácil que suele ser, en general, el diagnóstico en los casos precedentes, suele serlo de difícil en aquéllos otros casos en que los síntomas se presentan en forma discreta, aunque en la inmensa mayoría de ellos podrá llegarse también á su descubrimiento, si no se pierden de vista las directivas siguientes:

1.º La existencia, ó no, de síntomas de principio de embarazo: retardo de las reglas aun insignificante, trastornos simpáticos.

2.º La existencia de un embarazo irregular, sobre todo, doloroso. Este es el signo capital: podrán observarse casos de embarazo extrauterino sin retardo de reglas, pero el autor no ha observado ninguno sin dolores.

3.º La hipertrofia del útero que acompaña siempre á todo embarazo cualquiera que sea el sitio en que el huevo esté alojado.

4.º La aparición y la persistencia de pérdidas sanguíneas primeramente rojas y después de color chocolate.

Rara será la vez en que el médico tenga ocasión de hacer un examen abdominovaginal á una enferma de embarazo extrauterino que no presente otros signos que los propios de un comienzo de embarazo acompañado de dolores vagos. En tal momento podría comprobarse la existencia de un útero más voluminoso y más blando que de ordinario y de un tumor yxtauterino renitente y doloroso á la presión que harían pensar en un embarazo uterino acompañado de un pequeño quiste ovárico ó de un pequeño fibroma subperitoneal y excepcionalmente en un útero doble. No obstante, la existencia de dolores abdominales espontáneos y provocados por la exploración, bastarán para ponernos en guardia y observar la evolución ulterior, hasta que la aparición de las pérdidas y el aumento de volumen de la masa yxtauterina vienen ordinariamente á confirmar el diagnóstico, disipando las dudas.

Habitualmente los síntomas que llaman, en primer término, la atención de las enfermas, obligándolas á consultar al médico suelen ser las *pérdidas sanguíneas*. En la mayor parte de los casos, la historia clínica es la siguiente: después de un retardo de las reglas, de algunos días, que hace pensar en un embarazo corriente, sobrevienen pérdidas de color rojo que después se van haciendo oscuras, achocolatadas: el interrogatorio pone de manifiesto la existencia de dolores abdominales. Si el médico no pone un cuidado especial en precisar el sitio y los caracteres de los mismos, se verá ordinariamente inclinado á pensar en un aborto corriente, ó más exactamente en una retención placentaria *post abortum*. En ocasiones, vendrá á confirmar este juicio, la noticia de

la enferma de haber expulsado un trozo de carne, pues no hay que olvidar que es frecuente la expulsión de la caduca uterina en el momento del aborto tubario.

Para hacer el diagnóstico diferencial entre un aborto uterino y un embarazo tubario será, pues, conveniente, siempre que sea posible: a) examinar personalmente los coágulos en los que se pondrá de manifiesto la ausencia de vellosidades y de cavidad amniótica, viéndose, por el contrario, un verdadero molde de la cavidad uterina; b) determinar por el interrogatorio, los caracteres del dolor abdominal y de los flujos sanguíneos; c) hacer una detenida exploración abdominovaginal en busca de una masa yxtauterina dolorosa á la presión, al lado de un útero manifestamente hipertrofiado.

Entre las causas más frecuentes de confusión, se encuentran los tumores yxtauterinos, ya se trate de un quiste, de un fibroma pediculado ó también de una anexitis ó de un útero doble, pero aun en estos casos será posible la diferenciación, si se tiene en cuenta la evolución de los trastornos, su aparición en una enferma que no ha padecido nunca del vientre y, sobre todo, la intensidad y la repetición de las crisis dolorosas y los caracteres de las pérdidas. Es también un signo importante, la persistencia de los pequeños signos de embarazo después de lo que se había tomado por un aborto uterino corriente, si bien la muerte del huevo yxtauterino está lejos de ser un hecho raro.

En suma, el diagnóstico del embarazo extrauterino, en los tres primeros meses, es posible en la mayoría de los casos y lo será tanto más cuanto se esté más convencido de la frecuencia de estos embarazos «mal situados» y del papel de primer orden que juegan en la patogenia abdominal femenina. — (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 1, 1 y 3 de Enero de 1924).—T. R. Y.

TERAPEUTICA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Contribución al tratamiento de la sífilis del adulto por el protocloruro de mercurio disociable.** F. Rouzaud; tesis. — Después de indicar las propiedades físicas y químicas de esta nueva sal mercurial, el autor expone su modo de disociación que produce como últimos términos, óxido de mercurio y mercurio metálico, en estado de división extrema, lo que facilita su absorción y su eliminación, aumenta su valor terapéutico y explica que sea perfectamente tolerada, sin provocar estomatitis, albuminuria, ni reacciones locales ó generales, sea cualquiera la vía por que se administre; puede administrarse en sellos, en pomada para fricciones, en supositorios rectales ó en inyecciones intramusculares.

De sus observaciones hechas en diversos hospitales, deduce el autor las conclusiones siguientes:

1.ª El protocloruro de mercurio ligero y disociable, usado en inyecciones intramusculares semanales, ejerce acción manifiesta y rápida sobre los accidentes primarios y secundarios de la sífilis, que por la general desaparecen á la cuarta ó quinta inyección. Es tal su eficacia que da lugar á plantear la cuestión de si debe constituir el tratamiento fundamental de la sífilis.

2.ª La inyección muscular es, en general, mejor soportada que la de las preparaciones insolubles ordinarias, tales como la de aceite gris y la de calomelanos. Los sujetos tratados pueden continuar dedicándose á sus ocupaciones. Las inyecciones no van nunca seguidas de abscesos ni de induraciones.

3.ª Cuando se elija el tratamiento mercurial, debe con-

siderarse al protocloruro disociable de mercurio como uno de los principales agentes. Puede además emplearse como coadyuvante del tratamiento arsenical, alternando con éste. (*Le Progrès Médical*, 22 de Diciembre de 1923).—PELÁEZ.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Contusión del abdomen con ruptura de mesenterio. Presentación del caso.**—El Dr. Juan C. del Campo ha presentado a la Sociedad de Cirugía de Montevideo el siguiente caso clínico:

F. V., de veintiocho años de edad, español, ingresa al Hospital Maciel (Guardia del Dr. Albo) el 16 de Febrero de 1923, á las veinte horas.

A las diez y siete y media, guiando un automóvil, para evitar chocar contra un tren, tuerce el coche hacia la vereda, chocando violentamente contra un árbol y contusionándose fuertemente el vientre con el volante, transversalmente, al nivel de la línea umbilical; no siente mayor cosa, lleva el auto á su destino y decide venir á hacerse ver al Hospital Maciel.

Es en el tren que empieza á sentirse mal, teniendo una lipotimia pasajera.

A su llegada al hospital, dos horas y media después del traumatismo, ingresa apirético; $38^{\circ}, \frac{3}{5}$, con un pulso variable, por momentos de 70, muy chico, sin tensión, otros de 100, algo más tenso; se acelera fuertemente con cualquier movimiento. Tiene las mucosas decoloradas, bostezos, sed intensa. No ha tenido vómitos. Ha orinado bien, orinas claras.

Acusa dolores periumbilicales, que se acentúan cuando se sienta, y dolores en el hombro derecho.

El vientre se mueve bien con la respiración, está libre á la palpación en toda su parte izquierda, defendiéndose ligeramente en su parte derecha.

La percusión da macidez en la fosa ilíaca derecha, hasta dos dedos por debajo de la línea umbilical. La macidez hepática está conservada, aun cuando no llega al reborde costal.

Tacto rectal: fondo de saco de Douglas libre é indoloro.

Queda en la mesa de operaciones con bolsa de hielo al vientre, suero fisiológico á la Murphy y subcutáneo, tonificadores.

A la hora y media el estado general ha mejorado, el pulso late á 100 con mayor tensión, no ha aumentado la decoloración de las mucosas, pero la zona de macidez de la fosa ilíaca derecha ha ascendido hasta el nivel de la línea umbilical.

Por punción exploradora en el punto de Mac Burney se extrae un coagulito de sangre. Una botonera hecha con anestesia local, permite constatar sangre libre en el peritoneo.

Intervención: Dr. J. C. Del Campo. Anestesia general, éter. Laparatomía paramediana transrectal, teniendo su parte media al nivel de la línea umbilical, en el sitio en que el enfermo acusa mayor dolor. Gran hemorragia intraperitoneal. Se cae sobre una ruptura de mesenterio de unos 10 centímetros de longitud, perpendicular al intestino, en cuya inserción termina. Se ligan tres arteriolas, que están sangrando en chorro. Se sutura en surjet la brecha. Una exploración cuidadosa del resto del vientre, no da nada. Cierre de la pared. Había dentro del vientre, más ó menos, un litro de sangre.

Post-operatorio: excelente. Recuperación lenta, pero progresiva, del estado normal, que una congestión pleuro-pul-

monar de la base derecha y un pequeño hematoma superficial no retardaron mayormente.

Alta el 5 de Marzo de 1923.

El caso que presentamos reproduce una de las modalidades corrientes de las contusiones de vientre con lesiones hemorrágicas.

El diagnóstico era claro desde el primer momento, pues á un cuadro general que tanto podía corresponder á un shock como á una hemorragia, se agregaban dos síntomas que inclinaban hacia ésta.

Uno, la existencia de un intervalo entre la aparición de los síntomas, estado lipotímico y el accidente, hecho al cual Duret acordaba un gran valor.

El otro, la existencia de una zona de macidez en la fosa ilíaca derecha.

Ahora bien, sometido el enfermo á tónicos cardíacos é inyecciones de suero fisiológico, la evolución del pulso, que sabemos tiene un valor considerable, fué más bien para engendrar dudas.

Pero la evolución de la zona de macidez aumentando hasta la línea umbilical, nos afirmaba más aún en el diagnóstico hecho.

Insistimos sobre este síntoma, porque se le ha negado valor, argumentando que, ausente, no indica nada, porque necesita, para que aparezca, un derrame considerable, de alrededor de 1.200 gramos, y aún así, puede ser ocultado por el timpanismo; presente, pudiera ser debido á una ascitis preexistente, á líquido fecaloideo, etc.

Hacemos también la observación de que si no hicimos la laparotomía sino después de punción y botonera exploradora, es porque el paciente, que ya había sido operado una vez, rehusaba la anestesia general y afirmaba que se encontraba muy mejorado. (*Anales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, Noviembre de 1923.)

PARASITOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Ciertos estados de desarrollo de los huevos de *ascaris lumbricoides* en el tejido hepático, por C. Monserrat y C. Africa.**—En una niña de tres años fallecida á consecuencia de una meningitis tuberculosa los autores han observado al examinar microscópicamente el hígado la presencia de huevos de *ascaris lumbricoides* en el parénquima de dicho órgano. La niña había expulsado, repetidas veces, desde la edad de año y medio, *ascaris* por la boca y por el recto. Accidentalmente, en un corte de un trozo del hígado se vieron varios huevos que, por su forma, tamaño, estructura y aspecto general, eran, indudablemente, de *ascaris lumbricoides*; estaban rodeados de tejido conjuntivo con algunas muestras de necrosis y en las mallas de este tejido existían numerosas células endoteliales que en algunos sitios se habían fusionado formando células gigantes, que al parecer trataban de englobar los huevos. Entre éstos existían grandes depósitos de fibrina y muy pocos leucocitos polinucleares. Los huevos estaban en fase de segmentación, mostrando alguno de ellos hasta ocho células; esto contradice la creencia general de que los huevos de *ascaris* solamente son capaces de segmentarse después de haber sido expulsados al ambiente exterior. En cuanto á su localización hepática, los autores creen que á consecuencia de las elevadas temperaturas de la meningitis, los parásitos se vieron impelidos á emigrar del intestino y penetrar en los conductos biliares. (*The Philippine Journ. of Science*, vol. 22, núm. 4, Abril 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.—Radiotelefonema cinematográfico del profesor Ocam.—Una nueva revista médica portuguesa, por G. M.—El Instituto Español Criminológico, por Una alumna.—Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedial.—Sección oficial: Gobernación.—Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Conferencias.—Reforma anunciada.—

Carta de protesta.

En la febril actividad que puede comprobarse en los diferentes Círculos y Sociedades científicas, continúa dominando la propaganda cultural del tipo *conferencia*. A los debates inacabables, casi siempre forzados y que no pocas veces terminaban en aburridos, van los Ateneos, Círculos y Academias sustituyendo las conferencias, que por lo concreto y determinado de los asuntos que son su objeto, por la preferente preparación que se impone y por la responsabilidad de pensamiento en que involuntariamente incurre el orador, tienen evidente ventaja para el fin práctico de la propaganda y del avance científico.

La Real Academia Nacional de Medicina que desde hace algunos años viene siendo heraldo y modelo en nuestra profesión de este género de propagación cultural, no deja de ver ocupada su tribuna por profesores extranjeros, por individuos de su propio seno y por personas que ella considera que pueden ofrecer novedades provechosas al público que acude á sus sesiones. Sin abandonar las comunicaciones interesantes que en las reuniones literarias de los sábados se suceden, dedica de ordinario los jueves á las conferencias públicas, y en las últimas semanas los profesores argentinos Castex y Boch Arana y los académicos Sres. Pittaluga y Decref deleitaron á la corporación y al público con sus interesantes disertaciones.

La del Sr. Boch Arana estuvo realzada por la exposición cinematográfica de varios casos de cineplastia postoperatoria, dando á conocer sus ingeniosos aparatos con los que los sujetos que han sufrido la amputación de un miembro, mostraron que podían servirse ayudados por la ortopedia para varios fines necesarios de la vida. Análogo objeto, que ya vimos notablemente cumplido por el profesor Sauerbrück en sus exposiciones del pasado curso, se propone también llenar la anunciada conferencia del Dr. Decref acerca de la reeducación de inválidos del trabajo.

Leemos en los periódicos de noticias, que por el

Consejo de Instrucción pública se ha entregado al Gobierno el proyecto de reforma de la Segunda Enseñanza. Tantas veces hemos abogado por la necesidad de tal reforma, que el indicar nuestro regocijo porque en ella se ponga mano, nos parece redundante. Siempre se irá ganando.

No negaremos, sin embargo, que el origen del proyecto, dada la actual constitución del Consejo de Instrucción pública, no nos hace concebir muy lisonjeras esperanzas, y ya cuando el proyecto se conozca, diremos por qué, pues no somos aficionados á hablar por hablar. De los elementos interesados en este árduo problema faltan representaciones en el tal Consejo, y, en cambio, abundan y aun sobran las de los organismos interesados en las orientaciones actuales y futuras.

Esperemos para que no suene á divagación la que debe ser honrada y sensata crítica.

Al cerrar nuestra edición nos sorprende una cariñosa carta que recibimos del nuevo catedrático de Histología de Madrid Sr. Del Río y Lara, en la que protesta con sentida indignación de las imputaciones fantásticas y caprichosas que con fines hostiles á él se han divulgado en la Prensa y entre la juventud escolar, suponiéndole enemigo de la propagación de las obras del sabio Cajal para la enseñanza de la Histología.

Con efecto, hemos visto en algunos periódicos que se habla de haberse *suprimido* tales obras en la Facultad de Madrid. Esto, sobre ser imposible, pues ellas se bastan á imponerse y no existe disposición oficial que señale textos determinados, no cabiendo, por tanto, *supresiones*, es absolutamente inverosímil por parte del Sr. Del Río, quien, entusiasta del sabio maestro, nos asegura que ha dejado completamente libre á sus alumnos la adquisición del texto, precisamente porque no se pudiera creer que favorecía el que él tiene publicado hace tiempo, en contraposición del que venían adquiriendo los alumnos de Cajal.

Por de pronto, en estos delicados asuntos convendría que se procediera con la debida medida de información y que la Prensa general y las personas ajenas á la enseñanza, á la ciencia y á la profesión

médica no se lanzaran á dar noticias de dudosa exactitud y á demostrar una falta de *documentación*, cuyo fin lícito no es fácil de advertir.

A Cajal le basta y sobran sus propios méritos, los consignados en sus obras y el simpático desinterés de que siempre ha dado pruebas en su gloriosa carrera, sin necesidad de que se muestre en derredor suyo un exceso de celo, que tenemos la certeza que ha de ser él el primero en lamentar.

Con mayores datos volveremos sobre el asunto si es necesario.

DECIO CARLAN

Radiotelefonema cinematográfico del profesor Ocam.

Nuestro amigo el buen periodista Canudo ha propuesto se coloque una lápida conmemorativa de la invención del cinematógrafo en el *Café de la Paix* (ó de la mismísima *Pé* ó *Paz*), lo cual se efectuará muy pronto. Se disputa sobre quién es el verdadero autor de ese invento.

Antes de llegar á la Zeda hay que empezar por la A y seguir todo el alfabeto. Ninguna invención ha nacido por generación espontánea ó como Minerva armada de la cabeza de Júpiter.

En este caso la A consiste en dos juguetes de Física recreativa, que realizan por separado la *visión de una figura en movimiento* y la *proyección en sombra de una figura luminosa sobre un plano incoloro y opaco*.

Esos juguetes científicos son: el *fenakistikopio* ó *zootropo* y la *linterna mágica*.

El primero se funda en la persistencia de una impresión óptica en la retina de una imagen durante *seis décimas de segundo*, y la continuidad visual de varias imágenes representativas de momentos consecutivos de algo que se mueve. La segunda se basa en que una figura dibujada, interpuesta entre un foco luminoso artificial y una lente amplificadora, se proyecta sobre un plano opaco, estando el tamaño de la proyección en razón directa de la distancia entre dicho plano y la figura proyectada. De ahí el aparato de proyecciones que tanto se usa en conferencias públicas artísticas y científicas.

¿La linterna proyecta figuras inmóviles? No es el cinematógrafo, sino su *mamá*.

¿El aparato fenakistikopio permite que una serie de imágenes sucesivas de un objeto que se mueve, sea vista con la continuidad del movimiento mismo de ese objeto? No es el cinematógrafo, pero sí su *papá*.

Me parece que ni en la Sorbona es posible sorber y absorber mejor el origen de algo. El *zootropo*, al girar, *empalmaba* las imágenes de una cosa que se mueve, representada en momentos de lo movido, que se distancian en el tiempo de seis décimas de segundo cada una de aquéllas. La *linterna mágica* proyecta imágenes que no se mueven, imágenes únicas, sin empalme entre ellas. El CINEMATÓGRAFO proyecta imágenes fotográficas empalmables, que dan la impresión del movimiento, es la fusión de aquellos dos juguetes científicos, de Física recreativa, que convierte en un gran espectáculo público dos pequeños espectáculos privados. Y nada más.

El sabio Marey, del Instituto de Francia y la Academia de Medicina, hace experiencias para descomponer un movimiento de un ser vivo en diversos instantes, y recomponer por medio de la representación gráfica de esos instantes el

movimiento total, valiéndose de imágenes fotográficas sucesivas (1888 y 1890); por último, en 1892, lo que era una impresión meramente individual, se convierte en proyección colectiva sobre una pantalla. Marey funde en un solo aparato el fenakistikopio (llamado también *zootropo*) y la linterna mágica, valiéndose de la fotografía y la luz eléctrica.

Intervienen desde entonces los hermanos Lumière, de Lyon, amigos y discípulos de Marey. Estos realizan los perfeccionamientos necesarios para la toma y proyección pública de imágenes en movimiento. Las primeras experiencias públicas se hacen en el *café de la Paz*, establecimiento boulevardero, el *día de Inocentes* (como llaman en España al 28 de Diciembre) del año 1895.

La Comisión lyonesa quiere que sólo aparezcan en la lápida los nombres de los hermanos Lumière. El presidente de la Academia de Medicina, Dr. Doléris, quiere que además figure el nombre de Marey como inventor de las fotografías animadas ó de objetos en movimiento. Es muy justo.

Y yo, en la confianza de un radiotelefonema amistoso, propongo que se proceda á la busca y captura de los nombres de los autores del *zootropo* y de la *linterna mágica*, con los que se empiece por la A y la B el alfabeto cinematográfico; donde, tras la letra que corresponda á *Lumière frères*, fuesen los inventores de las *films* en color (tan bellas) y los de quienes supriman en absoluto las vibraciones que tanto hacen sufrir al aparato de la acomodación visual ó óptica. Si justo es lo que pide Doléris, justísimo es lo que propone Ocam.

He visto complacido el hecho de que el joven Dr. Recasens, hijo, ha expuesto al público una cinta cinematográfica sobre la *fecundación*, y que ha gustado hasta el extremo de darse una prueba pública de simpatía por su persona y trabajo científico-artístico. También he leído que un gobernador civil prohíbe una película quirúrgica, proyectada ante público general ó no especializado. Está bien, sobre todo si disgusta á la concurrencia.

Ignoro si es completo el desarrollo del tema en el *films Recasens*. La tragicomedia amorosa de la fecundación, en la especie humana, tiene un prólogo interesantísimo de miradas y de besos. ¡Oh deliciosa escuela del mirar y el besar apasionados y sabios, que es el cinematógrafo!

Ignoro si se representará fielmente y del natural (*in puris naturalibus*) el acto primero de la fecundación humana (comitragedia), con una buena estrella clínica y un buen astro cínico de primera magnitud, ambos cuerpos celestes en conjunción... copulativa. ¿Habría gobernador que lo prohibiese? Yo creo que sí, por lo que no habrá en tal película Prólogo ni Acto primero. Lo apruebo. ¿Se asustarían los espectadores si vieran en escena al terrible *monstruo de dos dorsos* (que dijo el fraile, cura y médico Rabelais) ó al burión *genio de la especie* (inventado por el banquero y gracianista Schopenhauer)?

Me agradecería saberlo de fijo, sin propósito de censura en ningún caso. Yo no saco la punta á ningún asunto, pues no soy á modo de un afilalápices ó cortaplumas; me inclino á ser un guardapuntas, y en este radiotelefonema he guardado más de una.

Paris, 21 de Marzo.

UNA NUEVA REVISTA MEDICA PORTUGUESA

Hemos recibido los dos primeros números de la revista *Lisboa Médica*, que ha comenzado á publicarse en la capital de la vecina República.

Forman su redacción los más eminentes clínicos portugueses: Cabeça, Morais, Moniz, Gentil, Valente, Padesca,

Flores, Parreira, Palmeirin, Almeida Dias, Morais David. Las condiciones materiales son muy elegantes, con lo cual queremos decir que no siguen sus directores el camino del lujo excesivo é inoportuno de algunos editores médicos españoles.

Los artículos originales demuestran el espíritu científico, progresivo y eléctrico de la actual medicina portuguesa. Y los resúmenes de libros y revistas, son indicadores de un severo y bien orientado espíritu crítico.

Deseamos á la nueva revista mucha suerte y un amplio intercambio con las revistas españolas, para que las ciencias médicas de ambos países encuentren un nuevo y poderoso medio de intercambio.

G. M.

EL INSTITUTO ESPAÑOL CRIMINOLÓGICO

UNA OBRA DEL DR. JUARROS

De todas las labores llevadas á cabo por el Dr. Juarros es, sin duda, la más sabida la de conferenciante; síguela, desde este punto de vista, la de escritor, sobre todo desde el éxito rotundo de sus dos últimos libros, «La ciudad de los ojos bellos» y «Las hogueras del odio»; va á continuación su trabajo como autor de obras y artículos de Psiquiatría y Neurología, y la más desconocida resulta la tarea admirable, como profesor, del Instituto Español Criminológico.

Sin subvención oficial, sin beligerancia académica, sin concesión de diplomas ni títulos, sin el aparato siquiera de un reparto de premios, anualmente—éste fué el décimo año—reúne á unos 200 discípulos, los viernes, en el Museo Antropológico, y los domingos, en el Manicomio de Leganés, que le oyen y siguen y aman.

Es un público heterogéneo. Desde el obrero al abogado y el médico, desde la estudiante de Medicina á la escritora. Y tal es el fervor, que el día de la nevada acudieron á Leganés á la clase, no faltando las muchachas.

Al terminar el curso se obsequió al Dr. Juarros con una comida íntima, en que no hubo más invitados que el doctor Salas Vaca, director del Manicomio de Leganés y simpático protector del curso, y el Dr. Mendiguchia, médico de dicho establecimiento.

El panorama espiritual de esta labor debe ser conocido, no para recompensas ni subvenciones, sino como germen de optimistas ilusiones patrióticas. No es tan inculto y vuelto de espaldas á la ciencia como quiere pintársele nuestro pueblo. Acude adonde ve cultura y afán de transmitirla.

Y esto es lo que quería hacer constar para conocimiento de los pesimistas y detractores de la raza. Para ver responder generosamente al pueblo, basta con que éste encuentre hombres como el Dr. Juarros, que entonces hasta á través de una mañana cruda de invierno saben recorrer 15 kilómetros por oírles sus discípulos, aun los del sexo femenino.

UNA ALUMNA.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Lunes 17. ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, presidida por el Dr. Sánchez Covisa (D. Isidro).

Presenta el Sr. Sicilia á una señora que afecta de «Epitelioma pigmentado», ha obtenido su completa curación con 25 sesiones de rayos X.

Vuelve de nuevo el Sr. Basterra á ocuparse de la «Extracción de la catarata por el vacío», porque á los casos de que ya dió cuenta, tiene que agregar algunos más, que en

junto suman 45, en que seguida la técnica por el Sr. García del Mazo y él, vista emplear al Sr. Barraquer, de Barcelona, en 14 casos, consiguió resultados tan positivos y beneficiosos, que sin eufemismo alguno y rindiendo culto á la verdad, puede asegurarse que el motor Barraquer y la especial ventosa por él ideada y empleada desde Octubre, constituyen el ideal procedimiento, ante cuyas excelencias no podrán menos de rendirse en el porvenir todos los especialistas, que hoy sin razón y apasionadamente le combaten, con tanto más motivo cuanto que exento casi en absoluto de complicaciones, tiene como complemento la ventaja de no precisar colirios ni más tratamiento que un simple lavado. El Sr. Marín Amat, después de hacer constar no hallarse entre los que, según el comunicante, sistemáticamente combaten al señor Barraquer, no niega que el procedimiento de éste haya despertado el interés con que siempre se recibe cualquiera innovación, venga de donde quiera, pero que no ha conseguido hacer adeptos, porque las tentativas hasta aquí practicadas para la extracción del cristalino con su cápsula han fracasado, y el sistema de preparación de enfermos, las dificultades instrumentales que ofrezca su técnica, la grande hipotensión y anestesia profunda que imprime al ojo un trágico aspecto cadavérico, y las á pesar de todo no imposibles complicaciones, rotura de cápsulas, salida de vitrio, hemorragia, etc., no acaban de consentir se le proclame y consagre por hoy como indiscutible. Rectifica el Sr. Basterra lamentándose amargamente de la especial manera de ser de los españoles, que lejos de ayudar y ensalzar al que sobresale, parece mostrarse especial complacencia en salirle al paso y deprimirle.

Relata el Sr. Oliver el caso de un enfermo en quien, después de un minucioso y detenido examen general, pudo apreciarse la desacorde regulación endocrina, plenamente justificada al encontrar en la autopsia la atrofia caseosa de las cápsulas suprarrenales, y por ende, la insuficiencia, que fué su forzada secuencia. Dice el Sr. Blanco Soler que es frecuente observar en los enfermos addisonianos que mandan los especialistas de estómago, trastornos gastrointestinales, diarrea, cansancio de piernas, astenia, etc., lo cual se explica admitiendo las cualidades antitóxicas y tónicas atribuidas á la adrenalina y su resultante la hipotensión. Manifiesta el Sr. Sicilia que es muy frecuente observar en Dermatología la íntima relación que existe entre diversas manifestaciones de éstas y ciertos trastornos digestivos á juicio suyo también de origen endocrino. El Sr. Madinaveitia hace observar que no ha quedado bien puntualizado si la lesión descrita era renal ó cardíaca. Recoge y contesta el Sr. Oliver las objeciones expuestas, concluyendo por encarecer la necesidad de que todos coadyuven al esclarecimiento de estos fenómenos.

Historia el Sr. La Muela el caso de una mujer plurípara que después de seis partos vió transcurrir seis años durante los que no sufrió más molestia que la producida por una leucorrea, pronto corregida con inyecciones vaginales de una disolución concentrada de permanganato. Pasada ésta, sobreviene un nuevo embarazo, á cuya terminación es acometida de grandes y prolongados dolores que la obligaron á llamarle. Personado en la casa é informado del tiempo que llevaba en tal situación y de la total ausencia de limos, procedió á reconocerla, sorprendiéndole extraordinariamente no encontrar el cuello ni por el tacto ni por la dilatación facilitada con unas valvas. Hondamente intrigado, decidió fuera al Sanatorio del Sr. Navarro Blasco, donde, nuevamente reconocida, se pudo apreciar una cicatriz que cerraba el cuello, obstruyéndole completamente. Practicada una incisión, y reforzada por otra, el parto y el puerperio termina-

ron felizmente, previos los cuidados propios del caso. Supone el Sr. La Muela que la oclusión en cuestión debió ser favorecida por la gonococia, ó quizá por el permanganato empleado en su tratamiento, sacando de esto la consecuencia de que para evitar estos contratiempos lo mejor es reconocer á las mujeres de antemano y adquirir el convencimiento de no haber en perspectiva causa alguna de distocia. Asegura el Sr. Torre Blanco que no hubiera hecho absolutamente nada de lo por el Sr. Muela apuntado, por el muy probable peligro de infección, y que, desde luego, se habría apresurado á practicar la histerectomía en vaso cerrado, por ser el más racional procedimiento indicado en este caso. Dice el Sr. Luque que debió proceder al tacto rectal, que tan buenos auxilios presta al diagnóstico. Rectifica el Sr. Muela, reconociendo que, en efecto, esa debió ser la conducta á seguir, si se hubiera considerado en aptitud de practicar la histerectomía; y contestando al Sr. Luque, dijo que no tenía la mala costumbre de andar á las señoras por esos sitios.

* *

Martes 18. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE, presidida por el Dr. Mariscal.

El socio, profesor de la Escuela de Arquitectura, señor Cort, diserta extensamente acerca del saneamiento de poblaciones y viviendas, arduo problema que por su importancia y complejidad, no ha sido aún de manera satisfactoria esclarecido por los técnicos; y que creen haber resuelto de un plumazo los burócratas con una Real orden por todos conceptos atestada y deficiente; y estimula á la Sociedad para que examinada, discutida y enmendada ésta á conciencia, se eleve á los Poderes públicos con las ampliaciones y reparos que procedan, porque es materialmente imposible que en tan breve espacio haya podido proveerse á todo lo imprescindible y necesario.

Para demostrarlo así, analiza lo relativo á viviendas, que de ningún modo pueden equipararse en las grandes y pequeñas urbes, y hace resaltar el absurdo de que ateniéndose á la cubicación marcada, una familia obrera constituida por siete personas precisaría un comedor de siete metros de extensión, cinco de anchura y dos y medio de altura. No aparece más claro lo preceptuado respecto á la renovación del aire, pues sabido es que en un local hermético se renueva aquél una vez por hora. Resulta, á su juicio, poco meditado lo que se refiere á la capa impermeable de 30 centímetros con que se proponen proteger las habitaciones y evitar la humedad del suelo, porque ésta subsistirá, si con un sistema apropiado no se impermeabilizan al propio tiempo los muros. No alcanza á ver la razón ni la conveniencia de que los últimos pisos tengan precisamente el cielo raso, ni tampoco el que las cocinas y retretes se sometan á un patrón y emplazamiento determinado, siendo así que, por una economía bien entendida, se aprovechan hasta los huecos de escalera en las casas baratas, sin que por esto falten en ello los requisitos higiénicos indispensables. Dice no ser posible condensar en tan pocas líneas cuanto á los edificios públicos se refiere. Considera un verdadero embrollo el que los patios ocupen el 10 por 100 de lo edificado, lo mismo en la ciudad que en el campo, en calles anchas que estrechas, y en casas altas que bajas, circunstancias muy de tener en cuenta y de que ni siquiera se hace mención. No encuentra justificada la prohibición de que todo edificio tenga una común entrada á la vivienda destinada á las personas y á la cuadra. No cree estén capacitados los inspectores municipales de Sanidad para serlo también de las viviendas, porque para ello son precisos conocimientos técnicos y tiempo material de que carecen; y termina su instructiva y documentada informa-

ción crítica hablando de los edificios, manzanas con patio central, y de la injustificada diferencia que se establece entre las calles nuevas y sus afluentes, pues al paso que á las primeras se las impone una anchura de 15 metros, igual á la altura de sus edificaciones, se autoriza á rebasar éstas en calles antiguas y más estrechas. Y aquí quedó al levantarse la sesión por haber transcurrido las horas reglamentarias.

* *

Conferencia del Dr. Castetz, de Buenos Aires, en la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

En el mismo día el Dr. Marañón presentó y dió á conocer en la docta casa, las cualidades personales y los relevantes méritos y servicios prestados á la Ciencia por el insigne profesor argentino, Dr. D. Ramiro Castetz, que á maravilla desarrolló el tema «La acción del extracto de bazo sobre la secreción pancreática» que previamente se había anunciado.

Expone y detalla en primer término las funciones del bazo en relación con la secreción externa del páncreas, y la influencia que la secreción interna esplénica produce en el tono de la tripsina y en la transformación de este principio.

Bibliográficamente pasa revista á los autores que de estas cosas se han ocupado; teorías por cada uno expuestas, y discrepancias suscitadas en ésta nueva orientación fisiológica.

Cita varios casos de su personal experiencia que demuestran la influencia que la organoterapia esplénica ejerció en la exocrinia pancreática, sobre todo en lo que se relaciona con la secreción tripsica de este órgano, de que consignó desapareciera la sarcorrea y creatorrea en los citados casos de insuficiencia pancreática parcial, por una verdadera olizendocrinia esplénica; y termina el conferenciante su discurso encareciendo y recomendando á los fisiólogos que investiguen perseverantes é incansables el determinismo del fenómeno.

El Dr. Castetz fué muy efusivamente felicitado y aplaudido por la concurrencia, que unánime reconoció haberse revelado como figura de primera magnitud entre los que apasionados cultivan las modernas investigaciones endocrinológicas.

El Dr. Carracido entregó á nombre de la Academia el título de académico correspondiente al conferenciante, haciendo resaltar las altas dotes de que se encuentra adornado y á tal distinción le hacen acreedor; y dedicó laudatorias y entusiastas frases á la Universidad de Buenos Aires, con la cual la de Madrid se halla cada día más compenetrada espiritualmente.

Los Dres. Carracido, Castetz y Marañón contribuyeron por igual á la brillantez del acto, por el acierto con que interpretaron el común sentir de los á él presentes.

* *

Jueves 20. SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID.

A cargo del Dr. Romeo estuvo la lección «Formas clínicas de la neumonía infantil», empezando ésta por consignar la gran diferencia que existe entre lo que los libros dicen, y lo que enseña la clínica.

Hace notar los variados conceptos que respecto á la frecuencia de la neumonía en la niñez se han emitido, apareciendo entre ellos como predominante el de la rareza antes de los tres años, criterio con el que no puede estar conforme, porque las estadísticas por él recogidas y presentadas al Congreso de Pediatría de Valencia, dan un contingente de 32 casos en menores de dos años.

Atribuye estos resultados á las exploraciones deficientes

y á que entre 30 casos, sólo en 18 se encontraron signos claros estetoscópicos, sin tener en cuenta que la neumonía de vértice ó no los dá, ó son muy velados y oscuros.

No sabe tampoco en qué se funda la generalizada opinión de que la neumonía toma asiento con más frecuencia en el pulmón derecho que en el izquierdo, porque en su práctica ha comprobado ser ambos indistintamente afectos; y únicamente en lo que á localización se refiere, puede asegurarse que la prioridad está á favor del vértice del pulmón derecho y de la base del izquierdo.

Llama la atención hacia el hecho frecuente de que en los niños pequeños aparezcan los síntomas de tal manera atenuados, que no es raro pasen desapercibidos; lo cual no ocurre á los que no lo son, tanto por presentarse desde el primer momento escalofríos poco duraderos y acentuados, fiebre alta, vómitos con frecuencia, rara vez diarrea, dolor tanto menos molesto y apreciable cuanto menor es la edad del niño, mirada de ansiedad, respiración anhelosa con aleteo de la nariz y aumentada en relación al pulso.

Hacia el tercer día se aprecian por la auscultación disminuido el murmullo vesicular, estertor crepitante menor que en el adulto, soplo bronquial más ó menos extenso que no deja de percibirse durante la evolución del proceso, broncofonía que con tanta claridad se percibe en el llanto, aparición de matitez al nivel de los derrames que en un 10 por 100 de casos se presentan; el estertor subcrepitante ó de retorno no es constante y puede pasar desapercibido.

Como precursora de la crisis se inicia una exacerbación de los síntomas, y la orina se satura de albúmina y ácido úrico, pronto amortiguados y desaparecidos para consentir un sueño tranquilo y la vuelta á la salud.

Dice que la radioscopia revelando la sombra triangular y la leucocitosis aumentando hasta dos días antes de la crisis, pueden en los casos dudosos esclarecer el diagnóstico.

Habla de las formas clínicas, subdividiéndolas en *Abortivas*, que terminan antes de los cinco días y cuyos variables síntomas y pasajeros estados congestivos, ofrecen poco interés y son en general benignos; *Prolongadas*, que ofrecen mayor interés por no hacer crisis hasta el undécimo ó duodécimo día, lo cual bien puede ser debido ya á una mayor virulencia ó á escasas defensas orgánicas; *Tifoideas*, que además del cuadro sintomático de esta enfermedad van acompañadas de pericarditis, meningitis, nefritis y comprobadas septicemias neumocócicas; citando de su experiencia un caso meníngeo seguido de afasia y otro de nefritis con orina en que se encontraron meningoleucemias puras, en todas las que podría admitirse la localización pulmonar tardía; *Emigrantes*, en que anatómicamente se inician en un lóbulo, y pueden extenderse á todo el pulmón, en que no falta fiebre y se presentan derrames, anginas y otitis como complicaciones frecuentes; *Nerviosas*, que generalmente afectan á los menores de dos años en la proporción del 15 por 100 adaptando las modalidades eclámpsica y meníngea difíciles de separar por hallarse asociadas; y siendo también frecuentes las convulsiones seguidas de coma y parálisis transitorias; y por último, las *Delirantes*, acompañadas de gran hipertensión y exagerada linfocitosis.

La ecuaníme y documentada disertación del Sr. Romeo fué justamente premiada con una cerrada salva de aplausos por la concurrencia.

Conferencia del Dr. Pittaluga en la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

«Labor de los Dispensarios antipalúdicos y organización de la lucha contra el paludismo», fué el tema elegido para

exponer y encomiar como se merece la importante misión higiénica, económica y social, que silenciosamente están llevando á cabo estos organismos.

Empieza el conferenciante haciendo una erudita disquisición histórica, de que, según terminante afirmación de Teodoro Monsen, se desprende la prueba de que el paludismo fué el azote que, importado de Africa por los guerreros romanos, más contribuyó á la decadencia del un día asombroso Imperio; y que en Africa subsistirá en tanto no se colonizase las extensas zonas aún inhabitadas.

Relata minuciosamente los distintos países europeos en que esta endemia se ensaña; y como más castigadas por ella señala á Rusia, Italia y España en que se producen 300.000 invasiones anuales con un promedio de mortalidad de 2.000 individuos.

Cita á la región extremeña como el foco principal de la terrible dolencia, por las innumerables charcas que en ella se forman por las lluvias, y que al no poder ser desecadas, son abundantes criaderos del mosquito «Anofele», propagador del paludismo.

Estima como fundamental medida para su extinción, salvo el saneamiento del terreno, petrolización, desagüe, etc., el tratamiento intensivo de los atacados, en el momento y temporada anterior por las sales de quinina que en grandes cantidades es de precisión disponer y suministrar.

Exhuma el recuerdo de que los primeros médicos que en España iniciaron en los años 1901 y 1902 las investigaciones en comprobación de la teoría de su transmisibilidad, fueron los Dres. Huertas y Mendoza, á pesar de lo cual hasta el año de 1920 no se comenzó una campaña en regla contra el paludismo, en muy reducido campo y proporciones por la exigüidad de medios y auxilios oficiales con que se ha subvenido á la creación de Dispensarios y á la designación del personal técnico y auxiliar indispensables.

Da á conocer los Dispensarios establecidos por la Comisión de que forma parte, en Talayuela, Naval Moral de la Mata, Bazagón y otros pueblos, en su mayor parte de la provincia de Cáceres; y para poner de resalto los satisfactorios resultados obtenidos en ellos, prueba con las estadísticas el notable número de curaciones alcanzadas, y la intensiva profilaxis que á sanos y enfermos alcanza con sus beneficios.

Como muestra de los cuadros sombríos que aquellos pueblos ofrecen á la vista del observador, describe con realismo macabro el aspecto de los niños en algunos puntos atacados de la enfermedad en la proporción del 67 por 100, que no podían menos de impresionar triste y hondamente hasta á los mismos médicos por su profesión connaturalizados con las lacerias humanas.

Fundado en los motivos expuestos, encomia los grandes servicios y la beneficiosa transformación á que de una manera tan eficaz contribuyen estos Dispensarios, que por el Poder público debieran ser fomentados y ampliados hasta llegar al último y más escondido rincón con sus beneficios.

El Sr. Pittaluga fué calurosamente aplaudido y felicitado por la tan numerosa como selecta concurrencia.

Viernes 21. SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA, presidida por el Dr. Caballero.

El Sr. Sánchez (D. Bernardo) dá cuenta de un caso de fractura de dientes, reducida por el Sr. Valderrama con doble sutura en ocho y aplicación de casquillos; y desea saber si es llegado el momento de separarlos dado el estado de consolidación en que se encuentra, como podrán apreciar por las radiografías que para su examen acompaña. Estima

el Sr. Prado que la fractura ha debido estar consolidada á los dos meses; y procede, por lo tanto á su juicio, levantar el apósito estén ó no los centrales muertos, haciendo un mes después nueva radiografía y procediendo á su avulsión si la mancha hoy existente, entonces subsiste. El Sr. Vélez opina que debe tratarse de una osteitis de hueso joven en formación, porque si estuvieran muertos habrían dado lugar á otros fenómenos, siendo, pues, conveniente retirar el casquillo y movilizar el diente para ver lo que en definitiva resulta y debe hacerse. Manifiesta en su rectificación el Sr. Sánchez que el autor de la radiografía expone el criterio de tratarse de una recalcificación. Aplauda el Sr. Prado la conducta del radiólogo cuya opinión considera ser muy racional y poder estar en lo cierto; y el Sr. Mañes cita como contraste un caso en que la apreciación del radiólogo no fué tan acertada ni correcta.

Reanudada la discusión del tema «Cutícula de Nasmith», el Sr. Mañes llama la atención hacia el gran desconcierto que los distintos tratadistas, cuyas opiniones cita, han introducido en la interpretación de este asunto; y aplaude la paciente labor por el Sr. Mayoral realizada para explicar y puntualizar la verdadera textura y significación. El Sr. Prado hace notar que no deberá observarse la misma conducta ante las deducciones histológicas que ante las patológicas. El Sr. Cervera cree que la cutícula existe en todo diente, y que en todo caso requiere el leptotrix una detenida labor profiláctica. Rectifica el Sr. Mayoral, haciéndose cargo, y contestando á las observaciones por los citados señores expresadas.

El Sr. Caballero inicia el interesante tema «Consideraciones clínicas sobre la preparación de la boca para la prótesis movable» que apenas le consiente el tiempo esbozar á la ligera hablando del previo detenido reconocimiento, dientes móviles, firmeza de dientes, pero alargamiento de los mismos, enlaces de falsa enca, y piezas torcidas en que es difícil la colocación de ganchos; porque transcurridas las horas reglamentarias se levanta la sesión, quedando en el uso de la palabra para la próxima.

**

Sábado 22. REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, presidida por el Dr. Fernández-Caro.

El académico corresponsal Sr. Barajas, que por primera vez se exhibe en la docta casa, cumple con el primordial deber de patentizar su reconocimiento y saludar respetuosamente á todos los señores académicos, dedicando antes de entrar en materia un sentido recuerdo á la memoria de su buen padre que le sugirió la idea de encaminar sus pasos hacia la especialidad otorrinolaringea en que á su lado se iniciara y recibiera las primeras enseñanzas. «La panitri- na en el tratamiento de los ruidos subjetivos de oído de origen vascular», fué el tema á cuya sombra el Sr. Barajas, con singular acierto y galanura, demostró la vasta cultura y el predominio de la especialidad que con aprovechamiento cultiva. En su meditado discurso se ocupó de la importancia del oído desde el punto de vista general de las relaciones sociales y sus valiosas aplicaciones á las artes, detallado funcionamiento fisiológico, alteraciones y modalidades patológicas de que es susceptible, huellas anatomopatológicas que en él éstas imprimen, teorías emitidas para la más fácil descripción é interpretación de los ruidos, medicaciones empleadas en su tratamiento y el por qué de las ventajas que sobre éstas tiene el uso de la panitri- na, cuya técnica y resultados en último término describió y adujo. El Sr. Tapia, en oportuno inciso aludido, hizo uso de la palabra para felicitar al señor Barajas, por la ecuanimidad y competencia de que acababa

de ofrecer evidentes muestras, y para hacer al propio tiempo patente la satisfacción con que veía ser digno del cargo para que tuvo el gusto de proponerle. Reconoce el descuido en que los especialistas tienen cuanto á la Anatomía patológica se refiere, é hizo saber que también había empleado la panitri- na con alternativo resultado, y que si bien es verdad que con ella se modifican favorablemente los ruidos, también lo es que no desaparecen de una manera definitiva. El Sr. Barajas le da las gracias por su intervención y por las encomiásticas frases en su obsequio pronunciadas.

Desarrolla el Sr. Lafora con toda amplitud el tema «Experimentación personal sobre la corea y atetosis», dejando demostrada cumplidamente la solidez de su preparación y la esmerada y minuciosa escrupulosidad con que lleva á cabo sus comprobaciones y experiencias, al proyectar en desfile cinematográfico, el punto de partida, origen, localización y fenómenos reflejos que de los centros lesionados emanan y se extienden; meritoria y plausible es la labor á que con obstinada perseverancia el Sr. Lafora se entrega, recorriendo el velo tras el que hasta hoy permanecen encubiertas las complicadas y abstrusas perturbaciones neurósicas, é indudable es, que aporta á la Ciencia valioso contingente con sus provechosas y afortunadas investigaciones. Nuestro parabién más sincero.

**

El II CONGRESO DE HIDROLOGÍA, de cuya solemne sesión inaugural dimos en el número anterior oportuna cuenta, subdividió sus tareas en tres secciones, cuyas mesas quedaron así constituidas: primera, Sres. Manzanque, Palancar y Bobo Díez; segunda, Sres. Rodríguez Pinilla, Tena Sicilia y Adame, y tercera, Sres. Buyla, Castel y Fraile; todos y cada uno de los cuales desplegaron actividad inusitada, con el fin de no dejar sin examinar y discutir el agobiador número de comunicaciones recibidas.

Dado cima á tan ímprobo trabajo, y aprobadas por el pleno del Congreso las conclusiones: Mejorar las comunicaciones con los balnearios, y establecimiento de tarifas especiales para la temporada; Tasa de estancia; Hacer obligatorio á los Ayuntamientos el pago de la curación de sus pobres, y Clausura de los balnearios clandestinos..., se procedió á celebrar la sesión de clausura, que, por ausencia del director general, fué presidida por el inspector general de Sanidad interior, Sr. Durán, que á nombre del Gobierno y en el suyo propio hubo de felicitar á todos por la oportunidad é importancia de los asuntos tratados y por el éxito indiscutible del Congreso, en aquel preciso momento terminado.

El Sr. Durán fué por la concurrencia aplaudido y felicitado.

**

El día 23 tuvo lugar en el Teatro del Centro otro mítin de propaganda sanitaria, el que presidió el Vizconde de Eza y hablaron la señorita Losada, señora de Villanova y señores Jalvo, Villegas, Díaz Losada, Caneja y conde de Vallediano.

SEDISAL

Sección oficial.

GOBERNACIÓN

REAL ORDEN CIRCULAR

En vista de la instancia promovida por el alcalde presidente del Excmo. Ayuntamiento de Madrid, en súplica de que se aclaren algunos extremos de la Real orden dictada

por este Ministerio con fecha de 9 de Agosto último, relativa á las condiciones higiénicas de las viviendas y prescripciones técnico-sanitarias para ensanches y reforma interior de poblaciones; teniendo en cuenta que al publicarse en la *Gaceta de Madrid* dicha Real orden se cometieron numerosos errores, algunos de los cuales han dado lugar á dudas y consultas como la antes aludida, y que, por otra parte, por tratarse de disposición de tanta trascendencia pudiera tal vez convenir modificarla en algún punto de detalle, teniendo en cuenta la variedad de clima y otras circunstancias en las diversas regiones,

S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo propuesto por la Sección de Sanidad interior del Real Consejo de Sanidad, ha tenido á bien disponer que se publique de nuevo debidamente rectificada la Real orden de 9 de Agosto de 1923, y que en el plazo de un mes, los gobernadores civiles, oyendo á las respectivas Comisiones sanitarias provinciales, informen á la Dirección general de Sanidad sobre el contenido de la mencionada disposición, proponiendo las modificaciones ó ampliaciones que á su juicio deberán introducirse en la misma.

Lo que de Real orden comunico á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 7 de Marzo de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor gobernador civil de... (*Gaceta* 9 Marzo.)

Real orden de 9 de Agosto de 1923 (Gaceta del 16) sobre «Condiciones higiénicas de las viviendas y prescripciones técnicas sanitarias para ensanche y reforma interior de las poblaciones» (reproducida en nuestros números de los días 1.º y 8 de Diciembre de 1923). En vez de reproducir íntegramente la Real orden nos remitimos á la ya publicada para que en ella se hagan las correcciones, que son las siguientes:

«Art. 2.º Apartado a) donde dice 1,50 metros cuadrados, debe decir 1 metro cuadrado.

Donde dice 2,80 metros cuadrados, 15 metros cuadrados y 2,50 metros cuadrados, debe decir 2,80 metros, 15 metros cúbicos y 2,50 metros.

Art. 2.º Apartado b) donde dice 0,30 metros cuadrados, debe decir 0,30 metros.

Art. 2.º Apartado c) donde dice un metro cuadrado, debe decir un $\frac{1}{2}$ de metro cuadrado (0,25 metros cuadrados).

Art. 2.º Apartado i) añadir después de *independientes*: «permitiéndose tan solo una puerta de comunicación para el servicio nocturno».

Art. 4.º Cuarto renglón, donde dice *informar*, debe decir *formar*.

Art. 8.º Apartado d) donde dice 4 metros de vistas, debe decir 2 metros de vistas.»

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Se halla vacante en la Universidad de Salamanca la Cátedra de Fisiología humana, que ha de proveerse por concurso previo de traslado, conforme á lo dispuesto en el Real decreto de 30 de Abril de 1915, en relación con el de 17 de Febrero de 1922 y Real orden de esta fecha.

Pueden optar á la traslación los catedráticos numerarios del mismo grado de enseñanza que en propiedad desempeñen ó hayan desempeñado Cátedra igual á la vacante ó de indudable analogía por tratarse de la misma materia docente.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes, acompañadas de la hoja de servicios, á este Ministerio por conducto y con informe del jefe del establecimiento donde sirven, precisa-

mente dentro del plazo improrrogable de veinte días, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Este anuncio se publicará en los *Boletines Oficiales* de las provincias y, por medio de edictos, en todos los establecimientos públicos de enseñanza de la Nación; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan que así se verifique desde luego, sin más aviso que el presente.

Madrid, 10 de Marzo de 1924.—El subsecretario, *Leóniz*. (*Gaceta* del 18 de Marzo.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,6; ídem mínima, 697,6; temperatura máxima, 14,7; ídem mínima, 6,4; vientos dominantes, SO. O.

Las congestiones é inflamaciones de índole catarral, localizadas en los bronquios, en los pulmones y en la pleura, siguen presentándose con los mismos caracteres que hemos señalado en nuestros anteriores *Estados*. Los casos de gripe han aumentado algún tanto y los reumatismos articulares y las complicaciones artríticas, viscerales y cutáneas, también tienen tendencia á aumentar.

Crónicas.

La disminución de la sífilis en Francia.—Leemos en *Le Matin*:

«La sífilis disminuye de una manera apreciable, en la actualidad, nadie lo puede dudar.

Los resultados afortunados de la gran batalla emprendida por los médicos en los Institutos de Profilaxia no se han hecho esperar.

En todas las consultas se aprecia una disminución del número de casos de sífilis reciente; la mayoría de los enfermos que se encuentran actualmente en tratamiento fueron contaminados hace mucho tiempo y no han recibido los cuidados necesarios.

Manteniendo la vigilancia se evitarán los brotes epidémicos bruscos que siempre son temibles.

En el Dispensario de salubridad de la Prefectura de Policía de París se comprueba la misma mejoría.

En 1917, de cada 17 mujeres reconocidas, había una con sífilis reciente, y en 1923 la proporción es de 1 por 33.

En 1923 los médicos de la Prefectura visitaron 4.335 voluntarias y 2.553 detenidas en las batidas policíacas. En el primer grupo no se encontraron más que 129 enfermas, y en el segundo 118, ó sea en total, 247 en 6.888.

Los beneficios para el Colegio de Huérfanos.—Nos advierte persona autorizada, que el Patronato de esta benéfica y ya próspera institución, no tiene noticia oficial de algunos de los beneficios que á diario se anuncian y que olvidan sus organizadores participar á quienes en primer término debieran conocer de ellos y autorizarlos. Como esto no puede ser sino un olvido ó una falta de costumbre perdonable, desea dicho Patronato que no se incurra en ello para no dar lugar á desagradables desautorizaciones.

Adquiera usted hoy mismo la 1.ª y 2.ª serie de *Paseos de un Solitario*, pues que ha de deleitarle la lectura de tan hermosa obra. Pídala á la Administración de nuestra Revista.

Inspección Provincial de Sanidad.—Teniendo necesidad de comprobar el funcionamiento de las Gotas de Leche, según acuerdo de la Junta Provincial de Sanidad, los directores de las establecidas en esta capital se servirán comunicar á la citada Inspección, sita en el Gobierno civil, el domicilio de las mismas antes del día 31 de los corrientes; en la inteligencia de que los que omitieran este cumplimiento se entenderá que funcionan clandestinamente, y les serán, por lo tanto, aplicadas las sanciones de rigor.

Geografía médica de la Península Ibérica.—El profesor Hauser ha regalado, destinando el producto de la venta al Colegio de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias,

200 ejemplares de la hermosa obra *Geografía médica de la Península Ibérica*, la cual consta de tres tomos en cuarto, en cuadernados en rústica, con un total de 1.610 páginas, con infinitud de dibujos, mapas en colores de España, detallado por regiones; un gran número de datos estadísticos y muy interesantes todos, parcial y totalmente.

Esta obra, de un valor verdaderamente incalculable, pueden adquirirla nuestros suscriptores al precio de 30 pesetas los tres tomos, recogidos en la Administración de nuestra Revista, para facilitarlos a provincias hay que aumentar los gastos de envío, que asciende a 1,50 pesetas.

El producto de esta venta queda a beneficio del Colegio de Huérfanos.

XII Exposición Internacional Farmacéutica y de Higiene en Barcelona.—Continúan los trabajos de organización de este gran concurso, que se celebrará en Barcelona desde el 26 de Abril al 31 de Mayo del corriente año.

Se han hecho las siguientes designaciones:

Comité de honor.—Presidente, D. Andrés Martínez Vargas, rector de la Universidad de Barcelona.

Vicepresidente primero, D. Jaime Ferrán; ídem segundo, D. Salvador Andréu.

Vocales: D. Jesús Goizueta, decano de la Facultad de Farmacia; D. Pablo Ferrer Piers, decano de la Facultad de Medicina; D. F. Puig Surda, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona; D. José Pla Vila, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Barcelona; D. Francisco Soler y Garden, inspector de Sanidad Militar de la cuarta región; el presidente de la Asociación de Drogueros, Productos Químicos y Farmacéuticos de Cataluña; D. Noel Llopis Bertrand, presidente de la Unión Gremial; señores Hijo de J. Vidal y Ribas, S. en C.; Vicente Ferrer y Compañía; Pérez Martín y Compañía; J. Uriach y Compañía, S. en C.; Establecimientos Dalmáu Oliveres, S. A.; Hispano Comercial, S. A.; D. José Segalá y D. Eugenio Sarrá.

Comité ejecutivo.—Presidente, Dr. D. Antonio Subirá y Marquet.

Vicepresidente primero, D. J. A. Mas Yebra; ídem segundo, Dr. D. Teodoro Sabrás.

Vocales: Dr. D. Angel Sabaté y Cantó; Dr. D. Rafael García Fando; D. Federico Rubert y D. Antonio Dalmau Oliveres.

Director general, D. Fernando Cabezas.

Secretario general, D. Federico Pignillén.

Los delegados gubernativos.—Leemos en la prensa política:

«A propuesta del delegado gubernativo, el Ayuntamiento acordó, por unanimidad, destituir de su cargo al médico titular de Jijona D. José María Carretero, por negligencia en el desempeño de sus funciones, especialmente en la persecución del intrusismo en Medicina.»

Después de la catástrofe del Japón.—Con el sobrante de los fondos destinados por la Cruz Roja americana para auxilio de los japoneses damnificados en el gran terremoto, la Oficina de Socorros del Japón ha acordado erigir un gran Hospital, que en prueba de agradecimiento al pueblo yanqui, llevará el nombre de American Hospital. Además, del superávit existente (4.500.000 dólares), se destinará una tercera parte para socorrer inmediatamente a los pobres abandonados en Tokio, y la cantidad restante servirá para la formación de un equipo y atención de los enfermos del Hospital proyectado.

—Se espera la llegada de un publicista americano portador de 2.000.000 de dólares, producto de la recaudación en los Estados Unidos para reconstruir los Colegios Dentales de Tokio.

—En Kokkaido se están presentando algunos casos de viruela, extendiéndose hasta los suburbios de Tokio. Las autoridades sanitarias japonesas toman severas medidas para evitar su propagación.

—El Dr. Ballet, de la Universidad de Tolón, como representante de la Unión de Periódicos de Francia, sostiene, con 2.000.000 de dólares recaudados en este país, un Hospital de campaña, con 448 camas, en la mansión del conde de Arima, en Shiba (Tokio). Además, ha proporcionado ropas para 500 enfermos, y tiene en la actualidad una ambulancia, una cocina portátil y algunos camiones de socorro.

Congreso de Educación y Exposición pedagógica.—Se ha publicado el primer folleto del Congreso Nacional de

Educación Católica y de la Exposición Pedagógica, que ha de celebrarse en el próximo mes de Abril. Contiene, además de las convocatorias, las Comisiones, Reglamentos y temas.

Se remite gratuitamente un ejemplar a cuantos lo pidan a la Secretaría general del Congreso (Peñaflor, 4, Madrid, Apartado 551), adonde se dirigirá toda la correspondencia para el Congreso y para la Exposición.

Horas de despacho: de once a una y de cuatro a seis.

Obras recibidas.—*Congreso de Salamanca*. Tomos II y IV. Conferencias. Ciencias Naturales. De la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias.

—*Memoria Reglamentaria de la Brigada Sanitaria provincial de Valladolid, correspondiente al año 1923*, por el Dr. Francisco Bécares.

—*Boletín de Estadística del Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria*.

—Con la regularidad acostumbrada, ha publicado su *Anuario de Bibliografía Pedagógica*, D. Rufino Blanco y Sánchez, profesor de Pedagogía de la Escuela de Estudios Superiores del Magisterio en Madrid.

El nuevo volumen contiene noticias de 2.333 obras de Pedagogía, publicadas recientemente en Europa y en América.

Las lenguas que más contingente han dado a esta producción son por el orden en que se citan: la inglesa, la italiana, la española, la francesa y la alemana.

Precio del ejemplar, en rústica, 3 pesetas.

Interesante a 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 hombres son como el fuego que quisieran abrasar a quien los toca. No hay cosa manoseada que no se desluzca.

(Zabaleta.)

—*Si tamen dubitet de evacuatione instituenda, evacuationes fiant exploratorie per enemata, laxantia, exiguas phlebotomias, &c: inde enim indicationum certitudo eruitur non raro.*—Si persiste, no obstante, en la duda acerca de la misma, háganse evacuaciones exploratorias, por medio de lavativas, laxantes, pequeñas sangrías, etc.; pues eso proporciona muchas veces la certeza de las indicaciones.

(Stoll.)

Biolactyl.—Al presente número acompañamos un prospecto de los Laboratorios del Biolactyl, de París, recomendando la lectura y pedido de muestras de los comprimidos.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

Farmacia del Dr. Benedicte, 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