

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Oleología española.—Archivo é inventario del Tesoro Olíneo, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—Oleología, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Oleológicos 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: Psicoanálisis y lógica, por el Dr. Fernández Sanz.—La insuficiencia hepática, por el Dr. Ruperto L. Bascana.—Analogías y diferencias entre la Hidroterapia simple y la termomineral, por el Dr. Rodríguez Pinilla.—Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Bibliografía, por E. Luengo.—Periódicos médicos.

PSICOANÁLISIS Y LÓGICA

POR EL

DR. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina, médico numerario de la Beneficencia General, jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, profesor de la Facultad de Medicina de Madrid, etc.

Es un hecho innegable que la psicoanálisis se va extendiendo cada vez más en los países de estirpe latina, en los que hasta ahora había sólo encontrado una indiferencia ó una hostilidad que contrastaban notablemente con su rápida y entusiasta difusión por las naciones germánicas y anglosajonas; pero lo cierto es que de pocos años á esta parte en España, en Francia, en Italia y demás pueblos afines, van menudeando las traducciones de las obras de Freud y otros propagandistas de la psicoanálisis, publicándose también estimables trabajos de crítica y de vulgarización de dicha doctrina, y los médicos de nuestra raza y acaso más que ellos, los filósofos, los literatos y en general las personas aficionadas á curiosear por diletantismo las novedades de la cultura, van mostrando un interés creciente por los conceptos psicoanalíticos, que han llegado á constituir un tópico de actualidad en los llamados círculos intelectuales.

Más justo es reconocer que la inmensa mayoría de los escritos sobre psicoanálisis dados á luz en los países latinos, y en lo que respecta á nuestra patria puede afirmarse que todos, sin excepción casi, son de índole puramente teórica y didáctica, pues se proponen difundir los principios

fundamentales de la escuela psicoanalítica con el fin principal de satisfacer la expectación del vulgo ilustrado, y están únicamente inspirados en lecturas más ó menos copiosas y mejor ó peor entendidas, sin que en ellos aparezcan por ninguna parte los frutos de una experiencia personal que por lo visto los autores no han tenido á bien llevar á cabo.

El valor de esos artículos y aun monografías de mera divulgación y de vacua crítica simplemente especulativa, es necesariamente muy escaso y por esta razón me parece por completo justificado que los que nos hemos tomado el trabajo de poner en práctica por nosotros mismos los procedimientos de la psicoanálisis, consumiendo horas y horas en la paciente investigación psicoanalítica de los sujetos neuróticos, y contrastando directamente con la verdad de los hechos los resultados obtenidos, los que hemos adquirido una opinión experimental propia, derivada de la realidad misma, debemos insistir en la exposición de las conclusiones obtenidas de nuestra labor, pues seguramente, por modesta que ésta sea, han de tener aquellas más importancia que las deducciones únicamente inferidas de la fácil información bibliográfica.

Y procediendo con la imparcialidad en que siempre procuro inspirarme, me propongo en este trabajo formular algunas objeciones y reparos á la teoría psicoanalítica, de la que no soy un enemigo sistemático, ni mucho menos, puesto que repito que la practico en los enfermos en los que me parece indicada, y en anteriores publicaciones, en artículos que han visto la luz en EL SIGLO MÉDICO, en *Medicina Ibero*, etc., y en comunicaciones orales á las Academias y Sociedades científicas, he expresado claramente mi con-

viación de que no sólo hay en la psicoanálisis un núcleo de verdad, sino que sus procedimientos técnicos, ó por lo menos una parte de ellos, son ventajosamente utilizables, en ciertos y determinados casos en la terapéutica de las psico-neurosis.

El epígrafe de este trabajo es susceptible de diversas interpretaciones y me interesa concretar, ante todo, el significado que le atribuyo. Al decir *Psicoandlisis y Lógica*, esta yuxtaposición de ambos conceptos puede entenderse en un sentido copulativo, directamente gramatical, como asociación del uno al otro ó, inductivamente, como afirmación de que están contenidos el uno en el otro, ó puede, por el contrario, aceptarse como una relación antitética y contradictoria, como expresión de que de un lado está la psicoanálisis, y de otra parte, la lógica sin puntos de contacto entre aquélla y ésta (y muchas personas hay que creen que así ocurre), ó también pudiera atribuirse una significación complementaria, de adición y alianza de las intuiciones psicoanalíticas y de los dictados de la lógica, punto de vista este último que no puede menos de reconocerse como muy sensato y razonable, y que debe acogerse como muy provechoso en todos sus aspectos.

Realmente, mi pensamiento abarca esos tres conceptos al escribir este artículo, pues en él me propongo demostrar: 1.º, que en la psicoanálisis existe una positiva fuerza lógica, aunque otra cosa supongan muchos, y lo que es más interesante aún, á pesar de que sus propios secuaces aparenten despreciar la lógica clásica, lo que no es obstáculo para que usen y abusen de sus más sutiles artificios; 2.º, que en la psicoanálisis hay, además y aparte de lo anterior, un cúmulo de afirmaciones que por sus apariencias absurdas parecen un desafío á la lógica y un escarnio á la sana razón, y aunque en el fondo no sean tan extravagantes ni tan inverosímiles, como á primera vista parece, la verdad es que por ahora resulta imposible conciliarlas con las exigencias legítimas del discurso lógico; 3.º, que desde el punto de vista práctico es indispensable armonizar todo lo que la psicoanálisis tiene de verdadero y de aprovechable con los preceptos de la lógica, de suerte que ésta corrija los extravíos de aquélla, y así no se esterilizará un importante progreso conquistado por la psicología moderna, sacrificando la totalidad de la doctrina psicoanalítica al despotismo de una lógica demasiado estrecha y formulista, ni tampoco se permitirá á las nuevas concepciones de Freud y de sus prosélitos un desenfrenado galope por los ilimitados campos de la fantasía, pues si en lo puramente teórico puede consentirse el libre ejercicio de la imaginación, cuando de determinaciones prácticas se trata y, sobre todo, cuando se pretende influir en la salud y en el bienestar de nuestros semejantes, la más elemental prudencia nos obliga á desconfiar de nuestras lucubraciones ideales, y á contrastar cuidadosamente con la realidad nuestros pensamientos para evitar todo aquello que pueda ser dañoso ó inútil.

La lógica, á pesar de los asertos de algunos pensadores contemporáneos, es imprescindible en toda labor intelectual que aspire á ser científica; podrán variar mucho los procedimientos de aplicación y las formas expresivas, pero la obediencia á las normas fundamentales de la lógica esencial y perenne, es ineludible en cualquier intento de consecución de la verdad para contribuir á la constitución de la ciencia, por lo que se distingue ésta del Arte, en la que tan principal papel desempeñan otras actuaciones psíquicas, como la intuición, á la que tanta importancia conceden ciertas escuelas filosóficas modernas y aunque la tenga realmente muy grande, y desde luego, infinitamente superior

al mezquino é imperfecto concepto que de ella tenían los psicólogos antiguos, sería no menos inexacto é injusto ampliar exagradamente la esfera de acción de esta aptitud psíquica anulando en su favor la eficacia de las funciones propiamente intelectivas, á las que pertenecen legítimamente los procesos de elaboración científica.

Tan cierto y tan necesario es cuanto acabo de afirmar, que los psicoanalistas mismos, desde el momento que pretendieron dar aspecto de ciencia á sus opiniones, y no obstante su aparente desdén hacia las reglas formales de la lógica, han usado de ésta, como no podía menos de suceder, y hasta han abusado de ella y esto sí que hubiera sido factible evitarlo.

El empleo, lícito ó ilícito, de la lógica en la exposición y defensa de la psicoanálisis, puede apreciarse con suma claridad en las obras de Freud, y muy especialmente en las conferencias que constituyen su libro titulado: *Introducción á la psicoanálisis* (1) * en las que ha procurado ser lo más diáfano, lo más completo y lo más demostrativo posible. En estas lecciones sobre todo, pero también en sus demás escritos, adviértense las cualidades dialécticas de Freud, verdaderamente formidables y temibles por la habilidad conque mezcla las verdades inconcusas con los asertos arbitrarios y con los errores inadmisibles, y por la destreza conque escamotea la deducción racional en el curso de un razonamiento aparentemente impecable.

Desde el punto de vista sanamente lógico, el mérito principal de Freud consiste en la perspicacia y sinceridad conque plantea las cuestiones, considerándolas de un modo íntegro y total y colocándolas en un plano de indiscutible realidad; las primeras inferencias son también sencillamente racionales y merecedoras de plena aprobación por el crítico más severo, pero muy pronto comienzan á insinuarse entre los datos objetivos, las concepciones fantásticas, desprovistas de toda prueba, y en breve el hilo del raciocinio se relaja y se enreda, acabando los argumentos por desaparecer, siendo sustituidos por una serie de afirmaciones sin la menor consistencia, repletas de creaciones imaginarias y casi siempre expresadas mediante neologismos, pintorescos á menudo, pero sin el menor fundamento real, y todo ello envuelto en un ambiente de vaguedad metafísica, incompatible con los conocimientos positivamente científicos, impenetrable por los métodos de la eternamente verdadera lógica, y que por estos motivos es condenado por los juzgadores imparciales y competentes, mientras que el vulgo se rinde á la sugestión de lo que no entiende, precisamente por no comprenderlo, lográndose así el apetecido efecto de aquiescencia, pero no por los derechos y abiertos caminos de la lógica, sino por los tortuosos senderos de la fabulación y de la argucia.

Estos defectos de la dialéctica de Freud, muéstranse considerablemente aumentados en las publicaciones de sus secuaces, en la mayoría de las cuales osténtanse amplificados los errores del maestro, sin ninguno de sus aciertos, ó aparecen éstos desvirtuados por una interpretación insensata, y con lo dicho creo que basta para comprender que si bien en la psicoanálisis existe algo de lógica sana, de buena ley, lo que prepondera es la lógica sofística, la simulada ó falsa aplicación de las reglas del razonamiento, hasta el punto de que la impresión que se obtiene de la lectura de casi todas las obras psicoanalíticas, es la de la ausencia de toda lógica, limitándose los autores á proclamar sus conceptos imaginarios, sin aducir ni una mínima prueba, ó la del uso de una lógica incorrectísima y maltrecha, por la frecuente ruptura

(*) Véase la nota bibliográfica al final del artículo.

de la cadena de argumentos, por la interpolación entre ellos de aseveraciones indemostradas y por el continuo recurrir á sofismas de diversa especie.

Natural y justo es, por consiguiente, que contra el ilogismo y antilogismo de los psicoanalistas, se hayan levantado numerosas y muy bien fundadas protestas, formuladas por autores imparciales y dotados de serenidad de juicio, y aun de benovelencia hacia la nueva doctrina juzgada, siendo los críticos que reúnen estas condiciones, los únicos que voy á citar, en apoyo de mis anteriores afirmaciones.

Hesnard (2), ponente de un tema oficial sobre *psicoanálisis* en el *Congreso francés de Neurología* verificado el pasado año, declara que es aquel desde el punto de vista doctrinal un sistema seductor, pero su alcance rebasa demasiado audazmente el límite de las inducciones permitidas por la experiencia psicológica, siendo los principios de esta teoría á la vez ingenua y genial, ó indemostrables ó consistentes en generalizaciones prematuras inspiradas en un espíritu teológico que desnaturaliza convencionalmente los hechos.

Laumonier (3) insiste en las inseguridades de la psicoanálisis, demostrando la falta de precisión en sus procedimientos y en sus resultados. Dragotti (4), á pesar de exponer esta doctrina con un criterio muy favorable, no puede por menos de censurar sus exageraciones y sus hipótesis extravagantes, rayanas con el cabalismo y con un delirio místico; y el, en mi opinión, más ponderado, ecuánime y sincero de los psicoterapeutas de nuestra época, P. Janet (5), en una notable obra muy reciente, asegura que la psicoanálisis es la última encarnación de las prácticas, á la vez mágicas y psicológicas que caracterizaban al llamado magnetismo animal, y conserva las propiedades de éste, el predominio de la imaginación, la falta de crítica, la ambición invasora y la propagación epidémica.

En realidad, todos estos reproches están justificados por los extravíos en que incurren la generalidad de los psicoanalistas, los cuales han llegado en su afán de interpretación á tales audacias imaginativas, que por el exorbitante atrevimiento que suponen, suscitan la sospecha de que no han sido pensadas en serio, sino que tal vez sean rasgos de humorismo, que resultarían imperdonables por lo desatinados é inoportunos.

Como prueba é ilustración de lo expuesto, citaré sólo dos ejemplos, de muy distinta índole, pero idénticamente osados, uno concerniente á la anatomía patológica del sistema nervioso central, y el otro á la psicología afectiva y moral. El primero se refiere á la tentativa de Jelliffe (6) para explicar la génesis de las placas constituidas por la destrucción de la mielina y la proliferación de la neuroglia y que representan la lesión típica de la esclerosis cerebroespinal múltiple, suponiendo que son el resultado de la consabida represión de tendencias eróticas que da lugar á una tensión psíquica, la cual se descarga por las vías somáticas del sistema neurovegetativo, causando trastornos circulatorios que engendran las placas de esclerosis; ¡asombrosa creación de la fantasía, que fué severamente condenada en la reunión de 1921 de la *Asociación americana para la investigación de las enfermedades nerviosas y mentales*!

El segundo ejemplo nos lo proporciona el intento de Muralt (7) de subordinar la patogenia de las psiconeurosis bélicas á la teoría omnisexualista, para lo cual escudriña, según su criterio, los orígenes del patriotismo al que considera como la sublimación de afectos eróticos incestuosos (!), los cuales se realzan y depuran, primero, en el cariño á la familia y luego en el amor á la patria; el capital error de esta opinión estriba en suponer que los afectos familiares son siempre eróticos, y, por ende, incestuosos; una

vez admitida esa enormidad, lo consiguiente parece lógico, pero lo imposible de probar, es aquella primera afirmación.

Lo cierto es que la colosal suma de conocimientos adquiridos con la observación y estudio de los innumerables casos de trastornos psíquicos y neuróticos ocurridos durante la última guerra mundial, ha sido manifiestamente contraria á la doctrina psicoanalítica, obligando á sus defensores á modificar profundamente sus fundamentos hipotéticos y á forzar la argumentación sofística para acordar sus artificios imaginativos con las nuevas enseñanzas de la realidad, sin lograr la realización de estos propósitos, porque la imposibilidad de aplicar los conceptos psicoanalíticos á la génesis y al tratamiento de las psiconeurosis y psicosis originadas por la guerra, y en general á las debidas á traumatismos físicos, ha quedado plenamente demostrada en varias polémicas sostenidas en Corporaciones científicas, entre ellas en la que tuvo lugar en el 47.º *Congreso de la Sociedad Neurológica Americana* (8), verificado en Atlantic City, en 1921, en el que prevaleció el parecer de que la experiencia de la guerra ha hecho perder terreno á la psicoanálisis, que su eficacia terapéutica es muy mediocre y que debe su empleo limitarse á constituir un método de exploración de lo inconsciente.

Otro gravísimo defecto lógico del sistema psicoanalítico es la parcialidad, entendida esta palabra en el doble sentido de apreciación unilateral de las posibles consecuencias de los hechos de observación, no considerando más que las que son favorables á los prejuicios teóricos, y rechazando todas las demás, sin mentarlas siquiera, y también se manifiesta no menos evidente la parcialidad de los psicoanalistas en la estimación reducida é incompleta de los hechos mismos, haciendo caso omiso de todos aquellos que son contrarios á su modo de pensar, ó que simplemente no se adaptan á él. Así, desde que se publicaron los primeros trabajos de psicoanálisis, se censuró justamente el exclusivismo que en ellos se asignaba á las tendencias sexuales, á las que se suponía dotadas de un influjo decisivo, ó mejor dicho, único, en la vida psíquica; y aunque estas exageraciones del panerotismo han sido después rectificadas en parte por los mismos psicoanalistas cuando han visto sus artificios doctrinales malparados al chocar con la verdad real, que jamás se rinde á las ficciones de la fantasía, y á pesar de que el mismo Freud, en sus obras más recientes, llega á perderse en los más inextricables laberintos metafísicos, en su afán de armonizar la pretendida soberanía de la sexualidad con la indubitable acción de las otras tendencias individuales, la contradicción y el error subsisten, y para subsanarlos habrían los psicoanalistas de renegar de lo que constituye la originalidad y la esencia de sus dogmas.

Con mucha razón reclaman varios autores la creación de una psicoanálisis, tan profunda y tan intensa como la que se aplica á los impulsos sexuales, para el instinto de conservación, el más persistente, el más íntimo y el más hondamente arraigado de todos los motivos del dinamismo psíquico: este instinto de conservación, comprendido en su más amplio sentido, abarca además de las tendencias propiamente guardadoras de la individualidad, las de amplificación ó aumento de la misma, los sentimientos de avaricia, de ambición, de ansia de poder, de conquista, de dominación, de perfeccionamiento, etc., y además, lo que es de más importancia que todo ésto, el deseo de superación de la personalidad que tiene su arranque en la misma evolución de la vida y cuya inmensa transcendencia, biológica, moral y metafísica, es imposible valorar aquí, ni siquiera aproximadamente.

Pues de este poderoso resorte de la vida psíquica, comenzaron los psicoanalistas por prescindir en absoluto, como si no existiera, y si luego forzados por la presión de los hechos han ido admitiéndolo, ha sido de una manera muy incompleta y adulterando la realidad para supeditarla á sus prejuicios doctrinarios.

Una de las principales producciones del instinto de conservación es el llamado complejo de la muerte cuyo interés para explicar muchos fenómenos psíquicos normales y patológicos no ha sido suficientemente reconocido hasta ahora. Stanley Hall (9) censura á Freud y á sus secuaces porque atribuyen muchos trastornos de la mente y del cuerpo á las inharmonías del amor sexual, pues esta labor debiera ser completada por una nueva y no menos importante psicoanálisis que demostrara que el miedo á la muerte, ó al detrimento de la propia persona, es para el individuo tan decisivo como el amor, y el hambre que muy á menudo se dice que rigen al mundo, y la exactitud de esa opinión del psicólogo americano ha sido comprobada plenamente en la guerra.

Stekel (10) dice también, que la idea de la muerte desempeña un papel importantísimo en el arte, en la poesía, en la mitología y en las tradiciones populares, y constituye un tema, más ó menos disimulado, de muchos sueños, sobre todo en sujetos neuróticos, en los que influye, no sólo el temor, sino también el sentimiento inverso, el deseo de la muerte.

En los párrafos precedentes he procurado señalar imparcialmente lo que en la psicoanálisis hay de racional y las muchísimas faltas de lógica de que adolece. Esta carencia de sólidas demostraciones convincentes, inspiradas en un estricto espíritu científico, es muy de lamentar porque priva á dicha doctrina de las necesarias condiciones de firmeza y consistencia, y dándola una apariencia novelesca explica la rapidez con que en número considerable han germinado en su seno las disidencias, dispersándose en múltiples y divergentes orientaciones la primitiva idea matriz y rompiéndose la unidad de la teoría, indispensable para su persistencia.

En un trabajo poco ha publicado sobre la *Evolución del Psicoanálisis* me ocupé de estas discrepancias entre los partidarios de este método psicológico, y para no repetir lo allí expuesto, me limitaré ahora á indicar que sus mismos propagandistas reconocen la importancia de ese fraccionamiento en diversas sectas independientes, algunas de mayor transcendencia filosófica que la propia escuela de Freud, que representa la tradición ortodoxa; por eso Prinzhorn (11), refiriéndose á la 47.^a Asamblea neurológica de la Alemania meridional, manifiesta que en ella se evidenciaron los progresos de la psicoanálisis en los países germánicos, pero haciendo constar que se deben principalmente á la influencia de Bleuler y que en Suiza dominan las ideas de este eminente psiquiatra, y las de Jung.

De todo lo expuesto, deduzco que hay muchos conceptos falsos en la psicoanálisis, pero que no es esta doctrina en absoluto incompatible con la Lógica, aunque tal la han puesto sus corifeos que si lo parece, debiendo los psicoterapeutas desapasionados y prudentes realizar una labor de corrección y expurgo de las exageraciones y extravíos teóricos y de las imperfecciones técnicas, para salvar todo cuanto dicha doctrina tiene de verdadero y de útil en el tratamiento de las psiconeurosis, pues algo hay en los procedimientos psicoanalíticos que posee valor práctico desde el punto de vista terapéutico, según demostré no ha mucho en una comunicación á la Real Academia Nacional de Medicina (12).

Nota bibliográfica.

1. FREUD: *Introducción á la psicoanálisis*. Edición española, tomos IV y V de las obras completas. Madrid, 1923.
2. HESVARD 27.º Congreso de los alienistas y neurólogos de Francia, etc. Bezançon, 2 á 7 Agosto 1923. (*Rev. Neurol.*, pág. 253. Septiembre 1923.)
3. LAUMONIER: *Bull. génér. de Therap.* Agosto 1923.
4. DRAGOTTI: *La Psicanalisi*, pág. 1. Roma, 1923.
5. P. JANET: *La Medecine psychologique*, pág. 45. Paris, 1923.
6. JELLIFFE: *Multiple Sclerosis*. (Investigación por la Association for Research in Nervous and Mental Diseases), pág. 82. New York, 1922.
7. MURALT: *Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 1920.
8. BROUSSEAU Y RAEDER: *La Psychoanalyse devant la Neuropsychiatrie americaine, L'Encephale*, vol. XVII, número 6, pág. 360. Junio, 1922.
9. STANLEY HALL: *Senescence*, pág. 456. Londres, 1922.
10. STEKEL: *Die Sprache des Traumes*, pág. 214. Wiesbaden, 1911.
11. PRINZHORN: *Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych.* LXXX. Enero, 1922.
12. FERNÁNDEZ SANZ: La técnica de la psicoanálisis como instrumento terapéutico, SIGLO MÉDICO, núm. 3.628, 23 de Junio de 1923.

Madrid, 6 de Febrero de 1924.

LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA

Los pequeños signos del hepatismo (Glenard)

FOR EL

DR. RUPERTO L. BAENA (de Madrid)

Los síntomas clínicos de comienzo de la insuficiencia hepática son de una gran variabilidad; de tal manera, que muchas veces simulan procesos en los cuales nada hace pensar en algo en relación con el hígado, siendo necesario un detenido examen y una completa exploración del enfermo para hacer el diagnóstico de la afección. ¿Cuáles serán los síntomas que podrán inducirnos á que creamos que nos hallamos en presencia de un caso de insuficiencia hepática, por una afección del hígado (litiasis, cirrosis, etc.), quizá de evolución lenta? El conjunto de estos síntomas constituye lo que el Dr. Glénard ha llamado «pequeños signos del hepatismo».

Estos síntomas pueden ser hepáticos ó extrahepáticos.

Entre los primeros tenemos una sensación dolorosa de la región hepática; rara vez se trata de dolores agudos é intensos que hagan pensar francamente en cólicos hepáticos (litiasis biliar). Los enfermos acusan casi siempre una molestia sorda, una sensación de pesadez é hinchazón; estas sensaciones varían de intensidad durante el día, y las provocan ó aumentan los abusos en la alimentación (alimentos grasos, carnes), los ejercicios violentos, las emociones y disgustos.

A la palpación del hígado no acusa el enfermo dolor; solamente en la región vesicular algunas veces hay sensación dolorosa (cálculo, colecistitis). Muchas

veces tienen los enfermos tinte subictérico. Estas sensaciones van acompañadas de cansancio general y de insomnio.

Al lado de los síntomas hepáticos tenemos los extrahepáticos, que pueden asentar en los diversos aparatos de la economía, siendo los más frecuentes los que se presentan en el aparato digestivo.

Uno de los síntomas más frecuentes es una sequedad y amargor de boca intensos, que van acompañados de lengua blanca y sucia; estos síntomas están más acentuados por la mañana en ayunas, y son debidos, al parecer, á ligera colemia. Tienen también los enfermos agrios y ácidos después de las comidas.

Entre los síntomas gástricos de origen hepático, tenemos las náuseas y vómitos con alguna frecuencia. Todos estos síntomas hacen pensar en algún proceso gástrico. Por el análisis de jugo gástrico, sólo se encuentra alguna vez hiperclorhidria no muy acentuada. En los alcohólicos hay vómitos en ayunas y tienen estos enfermos un hígado doloroso á la palpación, indicio de un proceso congestivo de este órgano (Glenard). El apetito unas veces está disminuido, otras es normal, sin embargo, los enfermos se llenan en seguida de empezar á tomar alimento. Las digestiones son lentas, acompañadas de hinchazón de vientre, pesadez de estómago y somnolencia á veces muy marcada. Los enfermos dicen, que inmediatamente después de comer se sienten invadidos por gran sueño y cansancio. Los síntomas intestinales que presentan estos pacientes son: alternativas de diarrea y estreñimiento; á veces sienten necesidad de defecar al poco tiempo después de las comidas, las deposiciones son muy fétidas y de color blanquecinas (acolia), unas veces, y otras de aspecto normal; á estos síntomas se acompañan ligero meteorismo y zurrado de tripas. Glenard dice: «que hasta las mismas hemorroides revelando la existencia de un obstáculo á la circulación portal, llamarán asimismo la atención hacia el hígado».

Por último, tienen estos enfermos mal estado general, hipotermia (36,5 á 36,8), lentitud de pulso, cefalalgia, vértigos, apatía, cambio de carácter. Tienen picor, brotes de urticaria y eczema con alguna frecuencia.

Para terminar vamos á anotar dos historias clínicas de dos enfermos vistos recientemente:

Enfermo núm. 1.—N. N., de treinta y ocho años, casada, de Toledo, de profesión los menesteres de su casa.

Antecedentes personales.—Menstruó á los quince años; á los veintiuno matrimonio, cuatro partos normales.

Enfermedad actual.—Hace cuatro meses que tuvo un cólico que la enferma no sabe precisar bien de qué naturaleza fué (cólico hepático?): después tiene malas digestiones, náuseas, mal sabor de boca, estreñimiento ligero, dolor de cabeza, somnolencia, apatía; ha adelgazado dos kilos.

Exploración.—Ligero tinte subictérico, lengua saburral. A la palpación y percusión nada anormal; hígado no doloroso (región vesicular) y de tamaño normal. Por el análisis de jugo gástrico no hay hiperclorhidria. Nada en región apendicular. Nada de particular en el análisis de la orina.

Enfermo núm. 2.—N. N., de treinta y dos años, de Madrid, soltero, capitán del ejército.

Antecedentes personales.—Sin importancia, salvo un catarro intestinal hace cuatro años y hace diez gonorrea.

Historia de la enfermedad actual.—Hace un año que tiene á temporadas dolores en el hipocondrio derecho, sobre todo cuando hace ejercicio ó hace abusos de mesa; este dolor le compara el enfermo «como si tuviera un peso encima de la región»; diarrea con frecuencia, heces algo decoloradas, ruido de tripas; á este cuadro sintomático, acompaña cansancio, malestar general y «le salen granos por el cuerpo». (¿Urticaria?)

Exploración.—Lengua sucia, no tiene hiperclorhidria, hígado de tamaño normal, sensible á la presión; nada por la exploración del apéndice, acusa un poco de dolor en la fosa ilíaca izquierda. Análisis de orina: nada anormal, sólo en el sedimento bastantes leucocitos y células epiteliales de descamación de tipo normal.

Siguiendo el curso de estos enfermos, veremos la evolución que el proceso toma: ó no pasan las cosas de lo más arriba descrito y se modifica la sintomatología con el plan puesto (régimen de alimentación suprimiendo grasas, alimentos ricos en colesteroína, etcétera, opoterapia biliar, urotropina, vida tranquila, etc.), ó siguen hacia litiasis, cirrosis ó cáncer de hígado con sus típicas sintomatologías.

Madrid, Febrero de 1924.

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

POR EL

DR. RODRÍGUEZ PINILLA

Catedrático de Hidrología de Madrid.

Es de antiguo conocido el hecho de que sin necesidad de absorción por la piel ejerza efectos sobre la misma y los centros nerviosos una substancia tóxica. Si se aplica una pincelada de disolución de atropina sobre una extensión pequeña de la piel sudorosa del pecho, se verá á los pocos minutos suprimida en esa parte la secreción del sudor, lo que puede comprobarse objetivamente colocando sobre aquella región un papel humedecido con una solución de nitrato de plata, que, puesto luego á la luz, será ennegrecido—cloruro de plata—en la parte periférica, pero no en la que fué pincelada por la atropina, cuyo alcaloide ha operado por imbibición ó contacto sobre las neuronas periféricas de que hablábamos antes, transcurriendo su modificación á las protoneuronas centrales, pues el hecho es que la atropina no se logra demostrar en el medio interno (2).

Esta acción de contacto tiene intensas derivaciones en balneología.

A diario puede comprobar quien lo desee cómo ciertas aguas minerales pueden ponerse en contacto de nuestra piel á temperaturas elevadas—46 y 48° C.—, sin sensación de

(1) Véase el número anterior.

(2) Aubert, de Lyon, ha demostrado elegantemente, con su método de las impresiones sudorales fotografiadas, que la atropina no sólo obra sobre los nervios, sino sobre las células glandulares, paralizando temporalmente su función secretora.

quemadura que produce el agua potable á un grado semejante. De tal modo es así, que los antiguos creían que el calórico de las aguas minerales era distinto. Como se comprende bien, no hay tal cosa. Lo que ocurre es que la materia orgánica que vehiculan ciertas termas, la sñice en otras, opera como una especie de cuerpo intermediario. Cuando aplicamos en ginecología las irrigaciones á 50°, que el útero resiste, la piel no lo aguanta, y para no producir esa escaldadura, se barnizan con vaselina las partes de piel á que puede llegar el agua caliente. Ese efecto de una grasa lo realiza una composición química especial á ciertas termas, entre las que citaré como tipo: en España, á la Garriga, y en Francia, á Neris, que por cierto tienen una cierta concomitancia terapéutica, porque esta clase de aguas se caracterizan por poseer una virtud sedante sobre el dolor y sobre el prurito; son como el bromuro de la crenoterapia.

Otro efecto de contacto, y bien notable, lo obtenemos con los baños gaseosos de CO₂. ¿Quién puede dudar de que es distinto un baño en el agua de Hervideros de Fuensanta á 22°—lo mismo diremos de Royat, en Francia, ó de Nauheim, en Alemania,—á un baño de igual temperatura en el agua potable?

La sensación del frío á la inmersión desaparece á los pocos segundos ante el masaje molecular que el anhídrido carbónico ejerce sobre la piel, que luego queda como insensible. Para nada tenemos que aludir aquí á las somnolencias que á los quince minutos ó menos, siente el bañista, porque esto es efecto de la respiración del gas, y efecto que obliga á no continuar el baño, que, aun siendo frío, se resiste admirablemente. No aludiremos á nada de eso, porque los efectos sobre el sistema circulatorio que van á seguir son del baño, no son atmiosítricos. Y estos efectos son el relajamiento de los vasos periféricos, la mayor actividad de la circulación capilar, la disminución de la tensión mensurable con el esfigmomanómetro, las inspiraciones más profundas y una sensación de euforia, que sienten mejor los neurópatas, con ligera miopragia cardíaca.

Hemos tratado nosotros de este asunto en otro escrito especial que no debemos transcribir, puesto que de lo que nos ocupamos ahora es de probar las esenciales diferencias entre el baño simple y mineral (1). Podrá, pues, continuar la discusión sobre si el baño carbogaseoso es ó no es hipotensivo. Lo que no ofrece duda es que su aplicación provoca efectos *sui generis*, dignos de estudio y ciertamente difíciles de explicar en su determinismo.

Particularidades, tal vez en sentido contrario, ofrecen, según nuestra opinión, los baños sulfurosos con sus varios matices de composición química: aguas sulfitadas, sulfhidratadas, sulfurosas.

El baño en agua lactescente —el *blanchiment des eaux* de los franceses—bien sea porque el azufre se presenta en estado coloidal, bien sea porque el oxígeno del aire provoca alotropías no bien aclaradas en su fórmula, es un baño relativamente sedante de la piel y aun del sistema circulatorio. Y es por completo distinto del baño que contenga sulfuro sódico inalterable, *sistolizante*, reductor, temible para los cardíacos valvulares y para todo propenso á congestiones. El esfigmograma, después de un baño de éstos, aunque sea á temperatura indiferente—34-35° C.,—muestra una línea casi perpendicular del sistole, un vértice agudo y una onda de dirotismo bien marcada con pulso *celer*. A su vez, el esfigmomanómetro marca uno ó dos centímetros de subida de la *Mx.* con igual ó ligeramente aumentada *Mn.* Hemos pre-

(1) R. Pinilla: «La presión vascular en balneología», *Los Progressos de la Clínica*, Junio de 1923.

senciado esos efectos muchas veces manejando la balneoterapia hipertermal en Ledesma, y dando baños generales á 44° C.

Influyen, pues, los mineralizadores sobre el organismo de modo diferente al que hemos visto produce el baño con el agua potable.

b) *Electricidad en las aguas minerales.*—Desde 1866, en que Scouteten presentó á la Asociación Científica de Francia, que á la sazón presidía Leverrier, una Memoria sobre el «Origen de las acciones eléctricas desarrolladas en contacto de las aguas minerales con el cuerpo del hombre, y de la absorción por la piel», la cuestión, resuelta por el autor afirmativamente, pasó como un canon aforístico para los hidrólogos, aunque, á decir verdad, pocos se tomaron el trabajo de comprobar las aseveraciones de Scouteten.

«Yo he descubierto—dice este profesor,—desde 1863, que las aguas minerales, puestas en contacto con el cuerpo del hombre, constituyen una pila, produciendo una corriente cuya potencia se puede medir con ayuda de conductores metálicos unidos al galvanómetro. Esta corriente marcha constantemente del cuerpo del hombre al agua del baño, lo que indica que el cuerpo es siempre positivo con relación al agua, fenómeno que se explica por la cantidad de oxígeno introducida en la sangre durante la respiración y la ausencia de este gas en las aguas minerales.»

«La potencia de la corriente varía según la composición química del líquido. Las aguas sulfurosas dan el máximo; es decir, 80-90° de la escala del galvanómetro de Nobili.»

Para comprobar esto, se valía Scouteten de dos electrodos de platino unidos á un galvanómetro, manteniendo dichos electrodos sumergidos á diferentes profundidades del agua. El electrodo mantenido más cerca de la superficie daba la corriente positiva, debido, según el autor, á la pronta absorción de oxígeno por la parte del líquido en contacto con el aire.

Ahora bien; esta solución salina, que es el agua mineral puesta en contacto con otra, que es la emanada de la piel por el sudor y secreciones cutáneas, realiza una reacción, ó, como decimos ahora, una diferencia de potencial, cuyos efectos, según Scouteten, irradian sobre todo el organismo, que, como se sabe, ofrece una superficie calculada en el adulto en 15.000 c. c.

Basado en estos fenómenos y tales consideraciones, el autor citado llegaba á pensar que esa «electricidad dinámica» era la causa de la fiebre termal, y hasta de los efectos que en bebida se atribuyen á ciertas fuentes.

En el año 1896 recobró nuevamente importancia este problema por ciertos experimentos realizados por M. Elevy, de Biarritz (1). Esta vez la técnica es algo diferente: un galvanómetro aperiódico Chardin, dividido en décimas de miliamperios; una caja de resistencia de 1 á 20.000 ohmios, y como electrodos, placas de carbón purificado de $\frac{2}{4}$ c. Fija una placa de éstas en la cañería de salida del agua mineral—tubo de hierro esmaltado, para garantía de aislamiento—, se unía al galvanómetro, y el otro cable conductor á la borna positiva del instrumento y al reóstato, unido, á su vez, por un tercer hilo, á la otra placa de carbón. Cuando esta última placa se sumergía en el baño, estando la otra dentro del grifo, la aguja del galvanómetro se desviaba, como también pero en grado menor, cuando se cogía con la mano de un individuo sumergido en el baño. Para medir esta aminoración ó resistencia relativa, se sumergía la placa de carbón positiva en el agua y se corrían las clavijas en el reóstato hasta que la aguja marcaba la cifra obtenida en el contacto

(1) Véase *Electricité et Bains Salines*, par le Dr. Elevy.

de la mano. Adicionando las cifras marcadas en las clavijas, se calculaba la resistencia ofrecida por la superficie cutánea.

El Dr. Eley se sacaba algunas consecuencias de estos experimentos que no dejan de tener importancia. Se refieren principalmente á las ventajas del baño largo ó del baño de corta duración; es decir, á las cantidades de energía desarrolladas en el baño. Multiplicando la intensidad de la corriente en miliamperios por la duración expresada en segundos, según la fórmula $Q = It$ (Q = cantidad, I = intensidad, t = segundos), tendríamos una expresión utilizable en la práctica.

En los casos más ordinarios, la intensidad de la corriente en un baño salino de media hora es de 0,7 miliamperios, ó sea = 0 amperios 0007 = 1,26 culombios. Y como sabemos que un culombio representa la acción química, y, por consiguiente, la cantidad de electricidad que produce un amperio en un segundo, tendríamos que el baño salino de media hora produce una acción química superior en una cuarta parte á la que origina un amperio en un segundo.

Claro es que estas cantidades de energía eléctrica son pequeñas, sobre todo si recordamos que sobre el taburete electrostático soportan nuestros enfermos potenciales de miles de voltios. Enpero, hay que pensar también que estas corrientes sinusoidales no obran sino sobre la superficie cutánea y no tienen tiempo de impresionar los órganos más profundos, que escapan más ó menos á su influencia, al contrario de la corriente galvánica y de las pilas, á la cual se asemeja la energía eléctrica de los baños, que tiene una acción más lenta, más profunda sobre la nutrición interna de los tejidos.

Posteriormente ha practicado el Dr. Laraf (1) con el agua salina de Uriage análogos experimentos. Según este autor, el baño mineral se asemejaría á una pila de concentración, con una polarización definida y determinada por el grado de concentración molecular de las capas líquidas donde sumergimos los electrodos, estando el positivo en la zona más densa. Como hemos visto, Eley cree que el positivo está en la capa más superficial.

Por nuestra parte hemos repetido estos experimentos en varias termas de España—Ledesma, Puenteviego, Alhama, Ontaneda y Alceda—y nuestro juicio difiere algún tanto de lo que han afirmado los investigadores citados.

Para obtener resultados al abrigo de ciertas críticas, era necesario emplear un buen miliamperímetro ó galvanómetro y electrodos de platino, y manejarlos en bañeras ó recipientes no metálicos. Nosotros hemos utilizado un Rumpkord y electrodos de carbón purificado sin mezcla de manganeso ú otras impurezas que tienen los de las pilas ordinarias. Otras veces manejamos un miliamperímetro de los corrientes. Hechos los enlaces con cable de cobre revestido, colocábanse las placas de carbón dentro del agua en bañeras de mármol á distancia de un metro, y profundidad de 0,10 á 0,20 centímetros. Con el agua sulfurosa de Ledesma á 37°, la aguja oscila al principio, y luego se desvía en una dirección que cambia al cambiar los enlaces en las bornas del aparato unos 10 miliamperios. No se observa nada de esto en las piscinas de Alhama de Aragón. Y se advierte en las de Puenteviego, Ontaneda y Alceda, con poca diferencia. En la contraprueba, sustituyendo las aguas minerales por disolución de cloruro de sodio, no se observa movimiento de la aguja. Pero hay otra contraprueba que es interesante. Sustituyendo los electrodos por aglomerados de carbón de

pilas Leclanché, la aguja del galvanómetro se desvía mucho más. Y siempre se aumenta el movimiento de la aguja cuando agitamos el agua.

Se trata, por lo tanto, de una diferencia de potencial eléctrico que no parece originarse por la composición de los electrodos, sino en las capas del líquido. Pero aunque lo expliquemos por la teoría de la pila, la corriente que los iones en que está envuelto el cuerpo humano sumergido en el baño, ¿no ejercerá una excitación sobre la vida celular á través de la piel? La agitación de nuestro cuerpo en el baño, ¿no activará los procesos de electrólisis en las aguas cargadas de sales disueltas? Los marinos han registrado el hecho de que la oxidación de las cubiertas metálicas del buque es mayor en la zona próxima á la hélice. Y no faltan hidrólogos que, recordando esto, intentan explicar de modo semejante ciertos efectos que se obtienen con la ducha submarina, el masaje bajo el agua, etc. Lo que sí sabemos es que aun en las aguas minerales de efecto más sedante á plazo largo suscitan al principio una pequeña excitación, aun tratándose de baños á temperatura indiferente.

En resumen: hay baños en aguas minerales que producen una energía eléctrica, como la produce en el corazón el paso de la sangre y las contracciones del miocardio. Y queda á resolver el *quantum* de conductividad de la piel para transportar á los demás tejidos esta corriente, para lo cual hay que tener en cuenta que, según Perrin, la carga eléctrica de las sustancias hace variar la producción de la corriente osmótica.

Precisamente sobre la conductividad eléctrica de los tejidos han hecho recientemente investigaciones Galeotti y Viola. El primero, valiéndose de un ingenioso aparato, nos dice que dicha conductividad varía, no sólo según la naturaleza de los tejidos, sino para el mismo tejido, según su posición y la permeabilidad de las membranas que entran en su composición. Afirma también este autor la disminución de la conductividad eléctrica en los tejidos heridos de muerte. Y Viola ha señalado que el fenómeno en cuestión varía de un sujeto á otro (entre 99,96.10⁻⁴ y 118,28.10⁻⁴ á 25° C.) (1).

c) *Materia orgánica*.—Como queda dicho, la presencia de materia orgánica en las aguas minerales imprime á éstas una modificación en sus efectos balneológicos. Con esas termas es más fácil aplicar el baño de larga duración, en el cual, con una temperatura constante, puede el enfermo permanecer horas y horas, procedimiento que Hebra aplicó el primero para combatir cierta inveterada dermatosis; pero no quedan limitadas ahí las aplicaciones, pues los baños de lodos, principalmente de lodos vegetales, tienen también grande importancia.

El fango, barro ó lodo de uso termal es en unas termas, como Bataglia (provincia de Padua), un producto volcánico radiactivo conteniendo sales solubles é insolubles de aluminio, sílice, hierro y calcio, principalmente con ácidos húmicos mezclados al agua sulfurosa; en Dax, una masa de detritus y limos vegetales con diatomeas aportados por el río Adour y mezclados con el agua sulfatadocálcica de las termas, y parecidamente en Saint-Aman, Neunahr y otros. Sus efectos son físicos esencialmente, pero con la diferencia de que la materia orgánica da á esos baños revulsivos una mayor tolerancia, que llamaríamos hipertermal, como si dijéramos pone sordina á la excitación enorme que en la piel provocan los barroes que no la poseen. El baño de lodo vegetal-mineral es distinto, pues, al baño con el agua mineral sola; consigue una hiperemia periférica tolerable, sin excitación

(1) V. *Note sur le Dynamisme de l'eau Thermale d'Uriage*, par J. Laraf, Médecin, Chef des Services d'Electrologie du Gouvernement Militaire de Paris, 1923.

(1) V. *Théorie et Pratique des Colloïdes*, par W. Koprowski, Paris, 1923.

dolorosa ni inquietud, y activa mayormente la circulación capilar.

d) *Radiactividad*.—Es otro modificador del agente hidroterápico la radiactividad emanada del agua, integrada en las rocas y barros y en las sales del residuo global, puesto que éste nos suele dar una cifra distinta de la que recogemos en la emanación.

Nosotros estamos muy lejos de creer que esta propiedad de ciertas fuentes—sobre todo las oligometálicas—sea el único causante de sus efectos curativos. Las menos radiactivas, las sulfurosas, son mucho más peligrosas cuando se emplean sin indicación que las poderosas radiactivas, aparte de que se hace aún agua radiactiva artificialmente y no resultan sus aplicaciones como las del agua que naturalmente lo sea.

Pero si no creemos que la radiactividad constituya el único determinante, si pensamos que es un factor de importancia en el conjunto de las constantes físicoquímicas que poseen algunas fuentes minerales. Recordemos que cerca de Madrid hay una fuente de escaso caudal (Valdemorillo), la cual produce una emanación calculada en 50.000 voltios hora-litro, y, sin embargo, no se le ha encontrado una gran aplicación clínica, mientras Ledesma, cuya radiactividad hemos medido y es de 30 voltios hora-litro, goza con justicia de un crédito secular como agente terapéutico. Los ejemplos podrían multiplicarse.

Hay que tener en cuenta para juzgar de este problema físicoquímico y clínico, que en el baño con agua radiactiva no es tan importante el contacto del líquido con la piel como el contacto de las vías respiratorias con la emanación, y que ésta, aun siendo escasa, se acumula en un local radiactivo, que así se convierte en un emanatorio (cámara de inhalación). Se explica así que sus aplicaciones médicas hayan sido clasificadas en anticatarrales y antinervinas (M. del Castillo).

Muy probable es, en efecto, que las aguas que la escuela española ha denominado «nitrogenadas» mejoren a los catarras por su radiactividad, su nitrógeno y sus gases raros, que todas contienen. Mas, poniendo las cosas en su punto, hay que añadir que estas aguas, ó, más concretamente, la emanación radifera, no actúa sobre las secreciones de la mucosa tráqueobronquial, sino más bien sobre su inervación, y de aquí sus efectos sedantes, que, claro es, repercuten beneficiosamente sobre los demás factores del proceso catarral.

La absorción y circulación por la sangre de estas atmósferas radiactivas darían cuenta, a su vez, de los efectos que His y Gudzent han señalado sobre la catabolia, según ellos acelerada, haciéndose más activa la eliminación del nitrógeno ureico, y adoptando el ácido úrico la forma de monourato sódico (lactámico más soluble).

De todas suertes, la realidad es que el baño en agua termal radiactiva resulta mucho más sedante y a la par tónico que el baño a igual temperatura en agua simple.

Queda, además, la incógnita de si obrará igualmente la radiactividad uránica que la tórica ó actínica. Se describen más de 30 elementos radiactivos, y no todos con la misma energía actual. Y aunque esto tendrá más importancia en lo que respecta al residuo salino de las aguas, y, por lo tanto, más interés para el estudio de ese líquido en bebida, no deja de tenerlo también en lo atañadero a su aplicación externa.

He pasado revista a los cuatro factores que, a mi juicio, condicionan y califican el baño termomineral; pero no dejo de formularme en mi interior una inquietadora interrogante: ¿serán éstos, ó serán algunos más, los elementos fundamentales del agente hidroterápico termomineral?

Hace cincuenta años aún no se tenía noticia de que en el agua mineral se viesen fenómenos catalíticos, de ionización, de estado coloidal, ni de radiactividad. Han aparecido luego estas nuevas náyades ó apsaras con que la poesía oriental animó las sagradas linfas que Herakles protegía.

Esperemos que no sean las últimas, porque el hombre siempre tendrá ante sí, como el velo de Isis, una sombra que desea tocar y se distancia nuevamente atrayéndole hacia el infinito.

HE DICHO.

CONTESTACION AL DISCURSO DEL DR. PINILLA

POR EL ACADÉMICO DE NÚMERO

DR. MÁRQUEZ Y RODRÍGUEZ

Catedrático de Oftalmología de Madrid.

La honrosa misión que la Academia me ha confiado, y que en estos instantes cumplo gustosísimo, podría, en realidad, reducirse a decir al ilustre compañero cuyo notable discurso acabáis de escuchar: Querido colega: esta Corporación, que para honra suya hoy os recibe en su seno, me encarga que en su nombre os dé la más afectuosa bienvenida y os exprese cuán grande es la satisfacción de todos los miembros que la componen al poder confirmar solemnemente el alto aprecio en que todos tuvimos siempre vuestras elevadas dotes culturales, de las que en privado nos hacíamos lenguas. Esperábamos tan sólo una ocasión, como la feliz que hoy el Destino nos depara, de poder incorporar vuestra personalidad insigne a esta nuestra querida Academia, para que en ella, dichas dotes empleadas contribuyan al adelanto de la cultura médica nacional. Aceptad, pues, la bienvenida, siquiera os llegue por intermedio del más modesto de sus miembros, y tengo por seguro que os aprestáis a colaborar en las interesantes tareas que a la misma incumben, más que por mandato de Estatutos y Reglamentos, por el ardiente deseo que a todos nos anima de que la ciencia médica española sea cada vez más estimada y respetada en el mundo. Así, poco más ó menos, le hubiera dicho, y con ello hubiera quedado terminada mi misión, para bien de todos. Mas los citados Estatutos y Reglamento, la costumbre, y hasta la cortesía no me consienten «salir del paso» de manera tan expeditiva y breve, y ello me impone la obligación (que si es grata, por significar un homenaje al recipiendario, me produce el pequeño remordimiento de tener que poner a prueba vuestra paciencia) de hacer algunas consideraciones con motivo del interesantísimo discurso que acabamos de escuchar. Manos, pues, a la obra, con el mejor deseo de que de ella resulte lo menos deficiente posible, y contando de antemano, por supuesto, con vuestra inagotable benevolencia, a la vez que con vuestra infinita cortesía.

•••

¡Un discurso de Rodríguez Pinilla! Ya es tanto como decir un trabajo en el que lo científico y lo literario, el fondo y la forma logran el milagro de que el auditor ó lector se deleite en él desde el comienzo hasta el fin. Mas, ¿qué Meditarráneo descubrió yo ahora, al decir esto a continuación de la lectura del que todos acabamos de saborear y aplaudir? Valga, pues, esta afirmación mía más bien como refrendo, que me permito hacer en nombre de mis oyentes, siendo de ellos intérprete, y como manera de subrayar los aplausos con que momentos antes hemos acogido dicho notable discurso, que se destaca bellamente en esta *serata d'onore* que en loor del recipiendario celebramos.

¿Quién es Rodríguez Pinilla? Otra pregunta impertinente.

te, me diréis con razón. En verdad lo es y en exceso imper-
tinente. Mas aquí diremos, con Voltaire, aunque sin la me-
nor traza de ironía en este caso: *Le superflu, chose trèsnece-
ssaire*. En efecto; lo superfluo es en esta ocasión muy neces-
rio por lo siguiente: si estos discursos se escribieran exclusi-
vamente para quienes nos honran escuchándonos, serían total-
mente innecesarios, pues, en general, las personas aquí lla-
madas son [de] sobra, conocidas en el mundo culto por una
larga y brillante labor profesional y científica; mas se escriben
también para los que, en localidades y aun en países distintos
de los que en estas solemnidades tienen lugar, y hasta en
épocas venideras, puedan interesarse por conocer datos de
los que en cada país han ido influyendo en la evolución
histórica de la especialidad á que se refieren los trabajos á
que se contesta. En este caso, además, lo exige la importan-
cia del biografiado, pues aparte de su significación personal
en el terreno de la Hidrología médica, es el primer profesor
oficial de la primera Cátedra de dicha materia instituida en
nuestra Patria.

He de hablar, pues, y os anticipo que lo haré brevemen-
te, para que no os alarméis demasiado, del discurso y del
autor mismo.

Empezaré por hacerlo de este último, tarea relativamen-
te más fácil.

A la vista tenéis su figura física. Ahí está, presente de
cuerpo y de espíritu, y aun diríamos más de espíritu que de
cuerpo, ya que éste, con ser el de un hombre «de cuerpo en-
tero», es tan sólo, en su persona, lo suficiente para albergar
la potente espiritualidad que por él se exterioriza.

Vedle en estos momentos en que viste el «severo» frac,
especie de uniforme civil, y cuando no cubre su pecho otra
insignia (hasta el presente) que la preciosa de catedrático.
Figuráosle igualmente los que no hayáis tenido ocasión de
verle en alguna solemnidad universitaria, ó recordadle, los
que, como yo, le hayáis visto, con la toga, la muceta y el bi-
rrrete, y decidme sinceramente: ¿no es verdad, sin querer
hacer odiosas comparaciones, que mientras otros tienen que
«vestirse» (y algunos hasta disfrazarse) de catedráticos ó de
académicos, la figura de D. Hipólito Rodríguez Pinilla, con su
noble prestancia, es, por derecho propio, la del catedrático
ó la del académico natos? Alguna vez he pensado al verle,
sin decirselo, que jamás los que se suelen considerar como
atributos externos de la persona docente estuvieron más en
su sitio que en la cabeza y sobre los hombros de nuestro
ilustre compañero, acaso, y por una de esas paradojas de la
vida, por ser él precisamente de los que conceden escasa ó
nula importancia á los que alguien, refiriéndose á otros más
altos, llamó irrespetuosamente «chirimbolos», y toda la con-
ceden á la función, que es la que «hace el órgano». Mas ya
se sabe que, contra lo que pudiera pensarse á un juicio su-
perficial, lo blando modela á lo duro, las fuerzas internas, á
la forma exterior, y el espíritu, á la materia. Y si la cara es
«el espejo del alma», lo es precisamente porque á lo largo de
las luchas de la vida, las pasiones imprimen en ella sus hue-
llas, siendo de ellas los gestos su expresión, ofreciendo con-
traste los rostros de las personas que gozaron ó sufrieron (ó
de los de las que con suprema habilidad de artistas, supieron
simular los correspondientes estados de ánimo) con las ca-
ras inexpresivas de aquellos otros en los que ni las inhibi-
ciones nutritivas de la envidia, ni las congestiones de la ira,
ni los espasmos de la lujuria, ni tampoco las nobles luchas
por altos ideales lograron turbar jamás la placidez de la vida
casi exclusivamente vegetativa de que «disfrutaban».

(Se continuará.)

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 9 DE FEBRERO DE 1924

Transfusión de la sangre y sus aplicaciones á la Cirugía urinaria.

El Dr. PULIDO MARTÍN lee una interesante comunica-
ción sobre la transfusión de la sangre, la cual ya se publica-
rá en nuestro periódico. Relata lo que en las clínicas extrán-
jeras ha visto referente á dicho medio terapéutico, y hace
historia de un caso de litiasis renal que operó previa trans-
fusión de la sangre, obteniendo un éxito completo. Termina
abogando por la difusión de ella, con lo cual cree se obten-
drán magníficos resultados.

El Dr. HUERTAS dice que dicho caso lo vió él antes, y
recomendó al enfermo que le viera un especialista, siendo
operado por el Dr. Pulido Martín.

El estado del enfermo era muy precario; presentaba fe-
nómenos de uremia crónica, además de acentuada anemia
por frecuentes hemorragias y repetidos cólicos nefríticos.

El Dr. Huertas, con motivo de la transfusión de la san-
gre, cita un caso que tuvo estando de guardia en el Hospital
general, como profesor, y con el doctor de turno Hernández
Briz: ingresó un enfermo que venía en camilla, y al levantar
las cubiertas de ésta la hallaron inundada de sangre, col-
choneta y todo. El herido, de unos veinticuatro años de
edad, había perdido el conocimiento; estaba pálido, inmóvil,
y apenas si funcionaban los aparatos respiratorio y circula-
torio, hasta el punto de creerlo cadáver. Hacía muy poco
que en ríña le habían inferido una herida. Sin gran esperan-
za se le hizo la transfusión de la sangre, sin desfibrinar, por
tratarse de un caso perentorio, prestándose á ello el orde-
nanza del cuarto de guardia, que al sangrarle sufrió un sín-
cope, y hubo de aprovecharse de un enfermero de la sala 4.^a,
que también se había prestado á ello. Por cierto que este al-
truismo lo premió la Diputación provincial entregando á
dicho enfermero una cantidad regular para que se estable-
ciera en su pueblo natal.

El acto fué presenciado por médicos, internos, hermanas
de la caridad, capellán de guardia, etc. Se le extrajo la can-
tidad necesaria, unos 300 gramos, que se inyectaron con el
aparato Collin. El momento fué emocionante, pues á los pri-
meros golpes de émbolo la sangre llegaba á despertar la
contractilidad arterial y la del miocardio.

El enfermo empezó por suspirar ligeramente, á respirar
con intervalos y con poca amplitud, abrir los ojos, y respi-
rando luego con más energía volvió á la vida. Momento fué
éste que no tan fácil se olvida por el gran relieve emotivo, y
que recordará el Dr. Hernández Briz, aquí presente.

La herida que había acarreado este trágico síndrome
había sido hecha con una navaja albaceteña, muy cortante;
hallábase aquella situada en la parte media y superior del
muslo; era transversal, medía unos ocho centímetros de ex-
tensión, interesando hasta la vena safena interna, sin tocar
la arteria ni el nervio, felizmente. El curso que siguió esta
herida fué franco, sin complicaciones, y, por tanto, recibió
el alta á los pocos días, con no poca satisfacción del agresor,
que lo fué en ríña, como queda dicho, por motivos amoro-
sos, y en quien perdura la gratitud.

En este caso, como en el historiado por el Dr. Pulido
Martín, la indicación era vital y sin contraindicaciones, y
presente está el enfermo operado por litiasis renal, con toda
la expresión de excelente salud.

Terminó el Dr. Huertas diciendo que cuando la transfu-
sión de la sangre está indicada, sobre todo por hemorragia,

no hay que dudar: la sangre humana es la única que se debe emplear, y que ésta no obra sólo mecánicamente, sino que obra también por estímulos vitales, biológicos, merced á sus componentes, y que es extraño que las Revistas y Academias no den cuenta de más casos de esta salvadora intervención, sobre todo en toxicología y cirugía general.

El Dr. CARDENAL cita otro caso que realizó en un hijo del Dr. Ulecia, y con este motivo reduce á cinco las indicaciones: 1.^a, restablecer el volumen de la masa total de la sangre después de una hemorragia; 2.^a, restablecer la morfología de la sangre; 3.^a, aumentar la coagulabilidad; 4.^a, transportar á la sangre aglutinada, ó mejor anticuerpos, que es una cosa más ó menos dudosa que está todavía en estudio y que no se ha podido demostrar, y, 5.^a, estimular la hematopoyesis.

Expone consideraciones clínicas sobre dichos puntos.

El Dr. SIMONENA interviene en la discusión y cita un caso de un enfermo con un sarcoma de miembro inferior en estado caquético, con profundas alteraciones de la sangre, operado por el Dr. Morales Pérez, de Barcelona, y quien por el estado anterior á la intervención y el posterior, creyó necesaria la transfusión de la sangre. Pero dió la coincidencia de que aquella noche, estando el Dr. Simonena de guardia de vigilancia, como alumno, tuvo el enfermo un escape bastante violento, una elevación térmica considerable, apareciendo una viruela hemorrágica de las más peligrosas, de modo, que el efecto restaurador de la sangre no se pudo apreciar sino las horas que mediaron desde el momento en que se hizo la transfusión hasta que vino la intercurencia de aquella afección, que le llevó al sepulcro. De todos modos, la mejoría fué manifiesta durante esas horas.

El Dr. PULIDO MARTÍN rectifica brevemente contestando á todas las observaciones que le han dirigido los anteriores académicos, y añade que lo que sabe es, que si á un enfermo que está muy mal, que se va á morir, como el caso del Dr. Huertas, con la transfusión le ponemos bien, es algo muy grande que no se obtiene con las inyecciones de suero, que indudablemente restablecen la capacidad, el volumen de sangre, pero como al mismo tiempo que el agua no se aportan glóbulos rojos, elementos vectores de oxígeno, etc., que intervienen en la sangre, el enfermo queda con el aparato circulatorio repleto, pero de agua, y no es lo mismo tenerlo repleto de agua que de sangre.

Insiste en que en las clínicas del extranjero están sus profesores satisfechos con la aplicación de la transfusión de la sangre.

El Dr. CODINA, antes de empezar su anunciada comunicación sobre neumotórax artificial, interviene en el debate provocado con motivo de la transfusión de la sangre. Recuerda que el caso á que ha aludido el Dr. Cardenal respecto al hijo del malogrado compañero Ulecia, lo vió en consulta. Se trataba de una anemia perniciosa y en la cual se obtuvo muy poco beneficio de dicha transfusión, y de escasa duración é intensidad. Pero es que, indudablemente, en estos trastornos íntimos de la hematopoyesis general, es donde menos se puede esperar de dicho remedio, por una razón, que es la misma por la que se obtienen excelentes resultados en los casos de grandes hemorragias ó de desnutrición general ó de procesos infecciosos ó neoplásicos, y es que así como en éstos el elemento morfológico y funcional de todo el sistema hematopoyético no está alterado, por lo menos profundamente, bastando el excitante de la sangre que se inyecta para restaurar la normalidad de la hematopoyesis, por el contrario, en los casos como la anemia perniciosa, en que están alterados médula ósea, bazo y órganos que contribuyen á la formación del líquido hemático, y sobre todo de

su parte morfológica, se comprende que la inyección de sangre no rendirá el resultado beneficioso que se obtiene en los demás casos.

Enferma neumotorizada por tuberculosis pulmonar.

El Dr. CODINA continúa en el uso de la palabra, y expone el caso clínico de una señorita de su clínica particular, que ha tenido la desgracia de la muerte de un hermano suyo, en estos días, por perforación de úlcera del estómago, y esto ha motivado el no poderla presentar á la Academia, como era su deseo: no hacer una comunicación, sino la presentación de la enferma.

Se trata de un caso de tuberculosis pulmonar neumotorizada, en el que, por fortuna, no ha habido incidente de ningún género, habiéndose conseguido un éxito brillante, por lo que tenía vivo interés en que los académicos apreciaran en la enferma las condiciones en que ésta se encuentra, tanto locales como de aspecto general. Esto le daba motivo, además, para afirmar el que en una tuberculosis pulmonar grave, cuando está perfectamente indicado un recurso terapéutico y se emplea oportunamente, se obtienen éxitos extraordinarios, y ese éxito no se puede afirmar sino viendo la misma enferma. La vió por primera vez en Junio de 1922; joven de veintidós años, que dos antes había tenido una hemoptisis abundante, que había quedado bien, sin toser y sin que le ocurriese nada después de aquel accidente.

Es cosa frecuente el oír contar á los enfermos hemoptoicos que el primer fenómeno de su proceso fué una hemoptisis, después de la cual quedaron bien, al parecer, desde el punto de vista somático, y efectivamente, ni á la percusión ni á la auscultación, ni aun á la exploración radiográfica, apenas si se notan más que esas sombras correspondientes en los hilios ó depresiones pulmonares á ganglios más ó menos aumentados de volumen, pero sin nada que pueda significar una lesión en el parénquima de víscera tan importante.

Dicha señorita quedó sin ningún síntoma que le llamara la atención, hasta que en Agosto de 1921 quedó inapetente; empezó á tener algo de tos, se puso atónica, y acusó algunas décimas de temperatura. En Diciembre de ese mismo año tuvo un proceso febril, un acceso hasta de 40°, que le duró unos siete días; continuó la misma inapetencia, tos y algo de fiebre por las tardes. Se la llevaron al campo, en el que continuó sin grandes molestias. A primeros de Junio de 1922 tuvo una hemoptisis en la misma casa de campo, donde la vió. Estaba muy decaída, pálida; pesaba 49 kilos y tenía 1,525 de talla; poca tos, escasa expectoración purulenta, desnutrida, con poco apetito, y así llevaba varios días con cinco ó seis deposiciones diarias. La fiebre era de 37°,5, solamente por la tarde; pulsaciones, 130 por minuto; pero sin observar nada de particular á la percusión ni á la auscultación cardíaca.

La exploración del aparato respiratorio daba la submucosidad del hemitórax derecho, con soplo cavitario en la región infraclavicular y estertores subcrepitantes. En el lado izquierdo, respiración normal, más bien algo exagerada.

En esta situación se planteaba el problema terapéutico, de qué había de hacerse con aquella enferma, y para decidirse el Dr. Codina tuvo en cuenta en primer lugar que la enferma llevaba dos años sufriendo, que había tenido dos hemoptisis, que estaba muy desnutrida, inapetente y anémica, fenómeno de profunda intoxicación y con todos los caracteres de un proceso tuberculoso de forma caseosa, con reblandecimiento cavitario en el lóbulo superior, localizado en un solo pulmón. Eran precisamente las circunstancias óptimas, las mejores condiciones para proceder al empleo

del neumotórax artificial, y así lo aconsejó a la familia. Aceptada por ésta la intervención, previa consulta con el Dr. Rozabal, quien confirmó el diagnóstico y el modo de proceder, se llevó a la práctica y fué este compañero quien insufló todas las veces a la enferma.

(El Dr. Codina presenta varias radiografías y lee una lista de las sesiones y cantidades de gas inyectado hasta llegar al estado satisfactorio en que hoy se halla dicha señorita.)

De tal manera fué mejorando la enferma, que en su expectoración al principio era imposible hacer el recuento de los bacilos de Koch, porque se presentaban en masas compactas.

(El Dr. Codina proyecta en la pantalla el cuadro de las insuflaciones realizadas en la enferma con la presión inicial y la final, explicando la manera cómo ha ido aumentando las presiones hasta conseguir la positiva.)

Luego enseña otra radiografía y en ella se comprueba que el pulmón izquierdo ha continuado normal, mientras que el del lado derecho está totalmente comprimido con profundas adherencias que parten del segmento inferior del lóbulo superior, apreciándose la obscuridad demostrativa de la condensación.

La claridad que se observa en la radiografía responde al aire interpuesto, y lo que existe más arriba es una adherencia que no se ha conseguido desprender a pesar de las grandes presiones a que ha estado sometido el pulmón, de $+24 + 30$. Hay una particularidad muy curiosa en esta enferma: la gran tendencia del pulmón a volverse a dilatar, como si no se hubiera conseguido la pérdida de uno de los caracteres del tejido pulmonar, la elasticidad. Por esto se continúa insuflando para no perder las positivas y conseguir las modificaciones histológicas que se requieren para convertir el pulmón en una neoformación de tejido conjuntivo.

El Dr. Codina termina manifestando que la enferma después de la cuarta o quinta insuflación dejó de toser, y, en su consecuencia, de expectorar, por lo que ya no se encontraron bacilos de Koch. Ya no se fatiga, digiere bien, ha aumentado de peso (56 kilos) y la talla se sostiene en 1,52 m., estando perfectamente desarrollada, siendo una joven que a primera vista nadie podrá sospechar por su aspecto y salud que haya podido estar gravemente enferma.

(Queda el Dr. Codina en presentar a la enferma en el momento en que dicha señorita esté más tranquila de su reciente luto.)

DR. CESALDO

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 18 DE ENERO DE 1924

Un caso de síndrome o fenómeno de Marcus Gunn.

Dr. Marín Amat.—Observación: Juana del C., de cuarenta y nueve años, casada y vecina de Madrid, de buena salud y constitución fuerte fué observada por nosotros el día 20 de Octubre de 1923.

Los antecedentes familiares son negativos y en cuanto a los personales nos refiere que su afección es congénita.

Exploratoria.—Ojo derecho perfectamente normal en su motilidad, agudeza visual y refracción. Ojo izquierdo: El párpado superior de éste está completamente caído y cubriendo totalmente el globo ocular; pero si se le ordena que abra el ojo izquierdo y a condición de que sean los dos a la vez, eleva el párpado superior como a la mitad del derecho, lo realiza aunque se inmovilice la ceja del lado correspon-

diente, es decir, que no existe una parálisis del elevador del párpado superior izquierdo, sino una verdadera paresia. En cambio, si se le manda que abra solamente el ojo izquierdo, entonces la inmovilidad del párpado superior de este ojo es absoluta.

Ahora bien, contrastando con la caída total del párpado superior izquierdo de un modo permanente, se observa que al abrir la enferma la boca, dicho párpado se eleva considerablemente dejando al descubierto el globo ocular hasta una faja extensa de la esclerótica, fenómeno que es más aparente por estar desviado este ojo hacia abajo, debido a la parálisis del músculo recto superior del mismo ojo. Levantado el párpado superior izquierdo aparece un estrabismo paralítico desconvergente y explorando con el cristal rojo se comprueba una *diplopia vertical y cruzada*.

Como se ve por la descripción que antecede, se trata de un caso de síndrome de Marcus Gunn, que no es otra cosa que una asociación o sinergia funcional entre el músculo elevador del párpado superior de un solo lado y los músculos depresores de la mandíbula.

Es verdaderamente sorprendente encontrar estas anormales asociaciones o sustituciones funcionales entre órganos de inervación tan distinta como el párpado superior y la mandíbula, el primero animado por el tercer par, y la segunda por el quinto par; pero no debe de extrañarnos porque fisiológicamente existen en el organismo y sin salir de los mismos músculos craneales otras asociaciones funcionales.

Es, pues, evidente, que en el síndrome de Marcus Gunn hay una verdadera asociación o sustitución de función entre el ramo nervioso que procede del tercer par va al músculo elevador del párpado superior, y la porción motora (nervio masticador) del quinto par. Pero, y esto es lo interesante, ¿de qué sitio arrancan y qué trayecto siguen las fibras de este último nervio (masticador), para llegar al músculo elevador del párpado? Varias hipótesis han sido emitidas para explicarlo.

Es verdad, y esta es la hipótesis que cuenta más partidarios, que en el mesocéfalo existen numerosas relaciones entre los núcleos allí escalonados, no solamente en el mismo lado, sino también en el contrario; pero resulta muy violento de admitir, que en esta pequeña y delicadísima región anatómica puedan existir conexiones nerviosas, en cierto modo inútiles; hay el hecho demostrativo de que cuando la parálisis del tercer par no está solamente limitada al ramo del elevador, sino además a otros músculos, la sustitución de función únicamente tiene lugar en el músculo elevador y no en los restantes.

Demaria (de Buenos Aires) ha pensado en la corteza cerebral como el lugar en donde estas conexiones tuviesen lugar. El admitir esta hipótesis resulta de más violencia aún que la de la localización mesocéfala, porque aparte de que *a priori* no debe admitirse en dicho sitio una conexión de tan poca utilidad fisiológica, parece ser hoy un hecho comprobado, que el masticador, el facial inferior, el hipogloso y la raíz interna del espinal tengan sus centros corticales en sitios distintos de los tres moto oculares.

Anton Lutz (de la Habana) admite la existencia de conexiones en los centros supranucleares, pero en el hombre no podría aceptarse esta teoría por no reportarle ninguna utilidad práctica tales conexiones.

De otra parte, la riqueza de las anastomosis nerviosas periféricas es extraordinaria. Y por lo que se refiere a los nervios craneales, existen entre el III y IV, entre el III y VI, etc., etc., y algunos como el facial que se anastomosan con el auditivo glosa-faríngeo, trigémino, por intermedio del nervio aurículo-temporal, neumogástrico y plexo cervical

superficial, lo que debe de abrir una amplia y nueva vía a la admisión de estas anastomosis, como las responsables de la conducción nerviosa para la realización de estas asociaciones ó sustituciones tan disparatadas de función.

En un trabajo anterior y de acuerdo con esta idea directriz buscábamos las anastomosis periféricas que pudieran existir entre el motor ocular común y el trigémino, por ellas nos dieran la clave de este enmarañado problema de fisiopatología nerviosa, y sólo encontramos en las descripciones un pequeño ramo nervioso que el oftálmico envía al III par; pero como el oftálmico es nervio sensitivo, era violentar mucho los hechos el admitir, que accidentalmente pudiera conducir algún filete motor, y... quedaría sin apoyo nuestra conjetura.

Pero ahora, y con motivo de esta nueva observación se nos ha ocurrido pensar si los filetes nerviosos anómalos que del nervio masticador van al elevador del párpado superior, no seguirían el mismo camino que, en casos análogos, siguen para llegar al facial, es decir, el del nervio aurículo-temporal.

Rectificación.—Dr. Márquez.—La teoría de las anastomosis periféricas es ingeniosa, pero me parece artificiosa y difícil de demostrar; pues si bien desde Ch. Bernard se admite lo de la sensibilidad recurrente, esto no se ha admitido para la motilidad ni en las anastomosis periféricas entre nervios motores y mixtos. Cuesta trabajo admitirlo á no ser que hubiera demostración directa, hecho ante el cual habría que rendirse á la evidencia.

En cambio, es naturalísimo admitir que en los centros nerviosos mesocefálicos haya asociaciones anómalas entre un núcleo por intermedio de las fibras, por ejemplo, del haz longitudinal posterior, que corre á lo largo de todos ellos dejando colaterales y que pudiera á veces dejarlas en donde no lo hace de ordinario y dejar de hacerlo, en cambio, en donde suele. De ahí estas asociaciones anómalas, de las cuales el fenómeno de Marcus Gunn es una de ellas y que ya tiene un precedente fisiológico en el hecho de que muchos enfermos abren la boca en vez del ojo cuando se les manda abrir ése y no pueden hacerlo por existir blefarospasmo.

E*, pues, mucho más probable la teoría central que la periférica que propone el Dr. Marín para la explicación del fenómeno.

Discusión.—Al Dr. Márquez he de contestarle que no me parece el lugar más á propósito para estas asociaciones nerviosas, los centros nucleares de los nervios en cuestión III y V pares craneales, porque aparte de que en esta delicadísima región de los centros nerviosos la naturaleza ha debido evitar toda conexión nerviosa inútil para el individuo ó para la especie, existe el hecho muy expresivo de que cuando al mismo tiempo que está paralizado el elevador del párpado lo está también el recto superior como en este caso, la asociación de función sólo tiene lugar para el primero de dichos músculos y no para el segundo, y como la anatomía que conocemos dice que los ramos nerviosos que van al elevador del párpado y al recto superior arrancan de un núcleo común en los pedúnculos cerebrales, sería demasiada coincidencia el que la sustitución de función fuese solamente para uno de ellos y no para el otro.

Tampoco nos parecen lugar de estas conexiones los centros corticales, ni los supranucleares, y como por otra parte las anastomosis nerviosas periféricas son abundantísimas (al igual que en los vasos sanguíneos), y además, como hemos demostrado con anterioridad en otro trabajo idéntico, la sustitución de función del facial por trigémino gracias á estas anastomosis periféricas no creemos exagerado el emitir la hipótesis de que entre el III y V pares pudieran existir parecidas anastomosis.

Bibliografía.

LES PHÉNOMÈNES DE DESTRUCTION CELLULAIRE, por Louis Bory.—Un volumen en 4.º de 211 páginas (Masson et Cie. Ed.), 1922. Precio, 12 francos.

El estudio de las destrucciones globulares ha dado lugar á la publicación de trabajos innumerables distribuidos en las Revistas, cada vez más abundantes en todos los países. Se comprende con facilidad el interés de los investigadores acerca de una cuestión semejante; sobre todo si se piensa que el estudio de los fenómenos de destrucción del ser vivo pueden dilucidar la causa y la razón de los fenómenos inmunarios.

Los actos físico-químicos de gran complicación, que constituyen la *autolisis* y la *citolisis* en general con los efectos que producen, permiten vislumbrar nuevos horizontes sobre los problemas más importantes de la fisiología y de la patología general.

El Dr. Bory ha llevado á cabo, con éxito, la empresa, nada fácil, de recopilar con la extensión necesaria, para que no queden dudas en ninguna de las cuestiones tratadas, las adquisiciones logradas hasta la fecha en el problema de la destrucción celular.

La monografía está dividida en dos partes; una primera, de orden general, se ocupa exclusivamente del fenómeno de la autolisis, último acto de la vida; en ella considera el autor no solamente el fenómeno *in vivo* de autolisis fisiológica y de autolisis patológica, sino también la autolisis experimental, con sus condiciones y las alteraciones histológicas y químicas del proceso. La segunda parte, de extensión muy superior á la primera, trata de las acciones citolíticas, la *bacteriolisis*, la *hemolisis* y la *organolisis*. Todos estos fenómenos son objeto de un detenido estudio.

Dignos de relieve son á nuestro juicio los capítulos que se refieren á las bacteriolisinas y á las hemolisinas. Cuestiones tan interesantes como las acciones antihemolíticas y las condiciones del equilibrio normal globular están expuestas por Bory con particular acierto.

De aplicación especial para el médico general es la parte referente á las hemolisinas en patología; gran número de estados morbosos no reconocen otro origen que la intervención de estas sustancias (ictéricas hemolíticas, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, algunas intoxicaciones y determinadas afecciones de la sangre). Discute el autor la patogenia de la hemoglobituria paroxística esencial, analizando la intervención de dos factores: un factor humoral, representado por un poder hemolítico anormal del suero, y un factor celular, la fragilidad de los glóbulos rojos. Para Bory esta fragilidad es el verdadero origen del proceso. La sífilis parece ser la causa más importante de esta *distrofia* globular.

La última parte de la monografía se ocupa de las organolisinas. Los distintos sueros citotóxicos han sido bien estudiados en los últimos años, y el conocimiento del estado de este estudio interesa igualmente al médico práctico que al investigador.

E. LUENGO

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las infecciones urinarias de origen gastrointestinal, por el Dr. Granjeau.—Aparte de la tuberculosis, el 75 por 100 de infecciones renovesicales reconocen un ori-

gen intestinal. En la infección de origen sanguíneo con localización primitiva sobre el riñón, el comienzo es aparatoso: escalofrío, hipertermia, dolor lumbar, piemia. Esta colibacilemia es subsiguiente á la gripe, á una enteritis, á una enfermedad febril ó á un enfriamiento. La infección de origen ureteral se presenta, por el contrario, insidiosamente: no hay fiebre, ni dolor; la irritación del cuello de la vejiga se traduce por una ligera frecuencia de las micciones; después aparece el dolor. Entre estas dos formas se observa toda una serie de gamas en la intensidad de los síntomas. El pronóstico es, en general, benigno y la curación es la regla.

He aquí los consejos prácticos que da el autor para su tratamiento. La pielonefritis de origen sanguíneo se tratará por el reposo en cama, la aplicación de ventosas escarificadas sobre los riñones y después compresas húmedas calientas. Las inyecciones de aceite alcanforado al 1/10 son antisépticas y no ejercen ninguna acción perjudicial sobre el riñón (5 c. c. por día).

Al interior, infusiones calientes y agua de Evian. Se permitirá la leche y los caldos de legumbres, cuando se empiece á marcar la mejoría. La cantidad de bebidas será aproximadamente de un litro á litro y medio por día, no más, pudiéndose añadir 30 gramos de lactosa por litro. Si el enfermo no pudiese beber esta cantidad, se le harán inyecciones hipodérmicas de suero glucosado al 30/1.000 (125 c. c.), que podrán ser reemplazadas por el gota á gota rectal. Como medicamentos internos, uroformina ó helmitol (1,50 como máximo, por día). Los balsámicos (trementina y sándalo) tienen el peligro de aumentar la congestión renal. La antisepsia intestinal será asegurada por el uso de los laxantes ligeros; una cucharada de las de café, de sulfato de sosa en ayunas. La indicación del cateterismo ureteral con lavados de la pelvis renal, sólo tendrá lugar en las formas graves ó anúricas de la infección aguda. La bacterioterapia es útil en la fase aguda: vacuna colibacilar (500 millones de gérmenes por centímetro cúbico), medio, uno, ó uno y medio centímetros cúbicos cada tres días. Las autovacunas son siempre preferibles.

La cistitis de origen intestinal es bastante rara y se establece insidiosamente aumentando de intensidad cada día: diuréticos, compresas calientes sobre el epigastrio, supositorios calmantes, pequeñas lavativas calientes; en la mujer, inyecciones vaginales calientes, pequeñas lavativas laudanizadas. Si el alivio no sobreviene, instilaciones de aceite gomenolado al 10 ó 20 por 100 y aun de nitrato de plata al 1/300 (3 á 4 c. c.), teniendo cuidado de vaciar la vejiga previamente.

Estos tratamientos locales seguirán siendo aplicables en las formas crónicas. A veces habrá necesidad de recurrir á los lavados de la pelvis renal y, excepcionalmente, á la nefrectomía. Se añadirán las curas hidrominerales. (*Travaux annuels de l'Hôpital d'Urologie*, 5.^a serie 1923.)—T. R. Y.

2. **Las azotemias por retención, por Cararen.**—Ante un enfermo con una elevada proporción de urea en la sangre, la mayor parte de los médicos se inclinan á pensar en la insuficiencia bríghtica, formulando, en consecuencia, un pronóstico fatal. Sin embargo, existen azotemias que, al igual de ciertas ictericias, basta separar algún obstáculo que se oponga al curso de la orina para obtener su curación completa. A éstas es á las que el autor ha bautizado con el calificativo de *azotemias por retención*, quizá discutible, pero que expresa una verdad clínica, señalando el papel preponderante y aun exclusivo de la retención. Pueden acompañarse de azotemia, las distintas estrecheces de la uretra, las retenciones de origen paralítico, las diversas

obstrucciones de un solo uréter, los prolapsos genitales, los fibromiomas, el cáncer uterino y algunos embarazos.

Las azotemias del prostatismo resultan en la práctica las que con más frecuencia son objeto de confusión diagnóstica con el brightismo, por lo que conviene saber distinguir en todo caso ambos estados patológicos, cosa que, por otra parte, no es difícil.

En primer lugar, el bríghtico no tiene por qué emitir las orinas turbias: el brightismo verdadero, aquél cuyo diagnóstico cierto envuelve un pronóstico mortal, suele ir acompañado de orinas límpidas. Por lo tanto, siempre que un poliúrico de edad, á poco avanzada que ésta sea, orine turbio, se impone, como exploración capital, el tacto rectal que pondrá de manifiesto una próstata hipertrofiada.

En lo que concierne á la polaquiuria, la que existe en el brightismo es siempre, para un volumen determinado, menor que la del prostatismo, pudiéndose, en general, sentar el principio de que todo «poliúrico mediano» que tenga necesidad de ponerse á orinar antes de cada dos horas, debe ser considerado más bien prostático que bríghtico. Por otra parte, las grandes poliurias bríghticas se acompañan de hipertensión, también grande, mientras que en los prostáticos no suele haber otra hipertensión que la propia de su edad.

Además, las grandes cifras de azotemia sólo suelen observarse, en el brightismo, en el momento de los brotes evolutivos ó en el período subterminal, es decir, cuando el diagnóstico no ofrece la menor duda; mientras que en la sangre de algunos prostáticos pueden encontrarse 2, 3 y hasta 4 gramos de urea «en frío», ó sea fuera de toda crisis de insuficiencia renal, y por espacio de mucho tiempo sin que ello implique un pronóstico mortal á breve plazo.

Por otra parte, el cateterismo repetido ó la sonda permanente servirán para precisar la parte que corresponde en la producción de estas azotemias, á la simple retención, y la parte que corresponde asimismo á la insuficiencia renal. Sólo con el cateterismo repetido ó la sonda permanente, podrán verse algunos azotémicos que, sin necesidad de régimen, pasan en algunos días desde la cifra de 3,80 á la de 0,70 gramos.

En suma, las azotemias por retención son, según el autor, extremadamente frecuentes en los hombres de edad, dando origen á un gran número de errores de diagnóstico y de pronóstico. Todas las retenciones, cualquiera que sea su asiento (desde el meato á los cálices) y cualquiera que sea su naturaleza, pueden provocar azotemias que pueden ser muy elevadas, que no guardan la menor proporción con el estado real de los riñones y que no se hallan sujetas á las leyes de las azotemias bríghticas. Cuando existe retención y, por medio de la exploración clínica, la citoscopia, el cateterismo ureteral y la radiografía, se ha llegado á determinar su causa y su asiento, basta en general remover el obstáculo para que la azotemia desaparezca definitivamente: el acto quirúrgico substituye al régimen y transforma radicalmente el pronóstico. (*Journal des Praticiens*, núm. 1, 5 de Enero de 1924.)—T. R. Y.

3. **Localización de las úlceras del estómago, por Enriquez y Gastón Durand.**—Las úlceras gástricas de la región esfinteriana y las úlceras duodenales se manifiestan de ordinario por crisis periódicas cuya repetición se prolonga á veces durante largos años y cuyos períodos interparoxísticos suelen ser casi completamente silenciosos; no obstante lo cual, el examen físico y la radioscopia muestran también, durante ellos, lentitud en la evacuación, hipersecreción continua y un cierto grado de éxtasis. A medida que la estrechez pilórica va quedando establecida, van perdiendo también estas fases interparoxísticas, su carácter silencioso.

La úlcera de la pequeña curvadura es á veces indolora en su origen, pero muy pronto aparecen los dolores que se hacen agudos y sin remisiones. La subintración de los paroxismos clínicos tiene lugar, en general, rápidamente, al contrario de lo que ocurre en las úlceras duodenales cuyos paroxismos dolorosos se hallan separados por largas intermitencias. En lo que respecta al momento de la aparición de los dolores, no puede fundarse sobre él ninguna ley que indique el asiento de la lesión. En general, el dolor es tanto más tardío cuanto más copiosa haya sido la comida precedente. Los dolores tardíos de la dispepsia hiperclorhídrica no ulcerosa se calman de ordinario por la ingestión de una bebida ó de un polvo inerte (bismuto, caolín), y el mismo fenómeno es también la regla para los dolores tardíos de la úlcera; en las úlceras medio gástricas de la pequeña curvadura y en las úlceras situadas más arriba hacia el cardias, los dolores, semitardíos ó tardíos, suelen calmarse menos y con menor rapidez con los diversos agentes de sedación; cuando la acción calmante no se manifiesta ni poco ni mucho es de temer que la lesión haya contraído adherencias con los órganos vecinos.

El sitio del dolor tampoco guarda una relación constante con la localización de la úlcera, debiendo solo atribuirse algún valor á las irradiaciones dolorosas: el dolor en cinturón y el dolor que se irradia hacia el tórax y hacia el brazo izquierdo son frecuentes en la úlcera de la pequeña curvadura, medio gástrica, adherente. En cambio, el dolor epigástrico transparente, en asador, no revela en modo alguno la existencia de una úlcera. La intensidad de los fenómenos dolorosos es variable de unos enfermos á otros según su distinta sensibilidad.

Los paroxismos dolorosos muy violentos que recuerdan las crisis de la tabes, corresponden más bien á las úlceras de la pequeña curvadura.

Los vómitos proporcionan escasas enseñanzas; sin embargo, cuando aparecen en horas tardías, hablan en favor de un trastorno de la evacuación del estómago y corresponden á las úlceras de la pequeña curvadura. Los grandes vómitos de agua ácida son casi patognomónicos de las úlceras de la región esfinteriana. Los vómitos tardíos que contienen alimentos pertenecen en general á los periodos de estenosis pilórica ó de estrecheces medio gástricas orgánicas.

Algunas veces (3 de cada 21) se observa *sialorrea*, otras *aerofagia* y por último *disfagia*, sumamente rara, en los sujetos atacados de úlcera yuxtacardiaca.

En cuanto á la *hematemesis*, suele ser más frecuente en las localizaciones de la pequeña curvadura, pero se la puede observar igualmente en las úlceras del duodeno, resultando muy difícil su distinción desde el punto de vista clínico. (*Journal des Praticiens*, núm. 2, 12 de Enero de 1924).—T. R. Y.

4. **Gangrena pulmonar de origen ótico, por M. Devé.**—Aun cuando todos los especialistas insistan con razón sobre la necesidad de no abandonar, de vigilar, de tratar y aun de la necesidad de operar preventivamente las antiguas otitis más ó menos fétidas, origen frecuente de complicaciones temibles, lo cierto es que la mayoría de los enfermos y aun muchos médicos no prestan á estos consejos la menor atención.

La siguiente observación pone de manifiesto su importancia y plantea un doble problema clínico y terapéutico. Una muchacha de quince años tenía desde la infancia un derrame purulento del oído izquierdo, no doloroso é intermitente. Después de una corta fase febril con cefalea y empacho gástrico se presentó un estado grave con hiperter-

mia (40,8), diarrea, esplenomegalia, grandes escalofríos, y, sobre todo, derrame ótico de olor pútrido. El vaciamiento petromastoideo no reveló nada por parte de la mastoide é ínfimas lesiones del lado del antro. Un cultivo aerobio y otro anaerobio dieron resultados negativos. Durante quince días el estado general se mantuvo sin cambios: no se encontró ninguna nueva localización infecciosa aparente, pero persistía una fiebre elevada de grandes oscilaciones, acompañada de escalofríos y sudores. La antevíspera de la muerte apareció disnea, sibilancias y algunas subcrepitaciones diseminadas por ambos pulmones, sin punta de costado ni signo de derrame: el aliento no era fétido.

En la autopsia se encontró: tromboflebitis del seno lateral derecho; caja del tímpano transformada en un magma pútrido; gangrena metastásica de los dos pulmones con focos pútridos múltiples, en su mayoría corticales; trombosis de la vena yugular interna cuya pared engrosada aparecía tapizada de un magma fibrinoso verdoso.

El autor llama sobre todo la atención sobre tres puntos particulares de esta septicemia anaerobia de punto de partida ético.

1.º Latencia notable de los signos propiamente óticos.

2.º Ausencia de tromboflebitis del seno lateral en la primera fase de los accidentes (en la operación se pudo comprobar que el seno estaba libre y que la sangre circulaba).

3.º Sintomatología extremadamente silenciosa de la flebitis yugular: quince días antes de la muerte se había comprobado un ligero dolor al hacer una presión muy prudente de la región carotidiana.

El autor se pregunta si la ligadura de la yugular en su extremidad inferior, ligadura seguida ó no de abertura, de drenaje ó de extirpación del vaso trombosado, habría podido cortar el paso á las embolias sépticas, originarias de la complicación irremediable que constituyó la gangrena pulmonar metastásica. Desgraciadamente, la desaparición rápida del dolor yugular observado más la ausencia de todo otro signo de trombosis había hecho abandonar el diagnóstico de flebitis yugular. (*De la Normandie Médical, Paris Médical*, núm. 45, 10 de Noviembre de 1923).—T. R. Y.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Fractura conminuta del cráneo.—Hernia cerebral.**—**Curación.**—El Dr. Jesús Aguilar publica el siguiente curioso caso clínico:

Dionisio Oliva, natural de Ifondea (Arona-Tenerife), de siete años de edad, es presentado en mi consultorio diciéndome los acompañantes que había sufrido una caída desde un balcón y que se hubo precipitado desde unos 5 metros de altura sobre roca volcánica; viene su cabeza totalmente envuelta de pañuelos y éstos se encuentran manchados de papilla cerebral: separadas que fueron estas *asépticas* piezas de cura, observo una herida contusa á unos 3 centímetros de la eminencia frontal derecha, enorme edema de ambos párpados, más en el derecho y comoción cerebral. Toda la región se encuentra manchada de masa cerebral que fluye por la herida antes descrita; reconocido, aprecio fractura conminuta del hueso frontal y observo que á la más ligera presión sale masa cerebral por la herida. Como era de noche y ante la magnitud de las lesiones observadas y atendiendo al estado de shock del herido hago una minuciosa desinfección y aplico una cura fuertemente antiséptica, difiriendo para el otro día intervenir, caso improbable de que el niño estuviera en condiciones. Al siguiente día, en contra de mis apreciaciones, encuentro al niño apirético, había

desaparecido toda manifestación cerebral; con este motivo intervengo tratando de poner ampliamente al descubierto la región traumatizada para lo que trazo una incisión curvilínea, que disecados que fueron los colgajos, ponían claramente á la vista las lesiones. Aprecie fractura completa del hueso frontal en una extensión de 4 centímetros con pérdida de substancia y una esquirla en forma de lanza humoide en la cavidad y ligeramente sostenida á su borde anterior en forma de visagra; aprecio también una fisura que se dirige hasta la sutura bifrontal y otra que partiendo de un ángulo de la herida se prolonga en forma de arco hasta el cielo de la órbita. Separé la esquirla, elevé la parte inferior que estaba ligeramente hundida, suturé los ángulos de la herida quirúrgica y puse el vendaje correspondiente. Durante las maniobras de la intervención salió masa cerebral por la herida en forma de papilla y en cantidad abundante.

Hasta el quinto día todo fué bien, ni una décima de fiebre, y el estado local completamente aséptico. Por la noche del quinto tiene una ascensión térmica de 40°, el sensorio continúa bien, nada de manifestación meníngea, ni cerebral; así continúa con ligeras remisiones tres días, al cabo de los que observo manifestaciones claras de infección en el párpado derecho; me apresuro á diatar, pues aprecio pus profundo; y, en efecto, sale una regular cantidad de pus que se evacuó, se puso drenaje, descendió la fiebre y siguió el proceso de curación. Viendo la tenacidad de la supuración vuelvo á intervenir, sospechando la existencia de alguna nueva esquirla y, en efecto, extraigo un pedazo de hueso frontal de unos 5 centímetros cuadrados, de forma ligeramente triangular que conserva en su centro señales inequívocas del trauma sufrido. Todo entra en orden y el lesionado se encuentra totalmente curado á los setenta y cuatro días de haber sufrido el accidente.

Exceptuando los pequeños episodios acaecidos en su curación, el niño no ha presentado el menor trastorno motor, ni sensitivo; el sensorio está completamente normal; es un niño inteligente, con la inteligencia correspondiente á su edad y cultura. Tengo que hacer presente, que este niño desconocido para mí antes del accidente, tenía la visión muy defectuosa, por la noche no veía casi nada y de día muy poco, y después del trauma sufrido ha aumentado su agudeza visual, tanto, que se puede igualar á una vista normal. He aquí un hecho no fácil de explicar en su patogenia: ¿qué relación existe entre el trauma sufrido y la mejoría notable de su visión?

Este notable caso se presta á consideraciones que desde luego confirman los estudios inaugurados seriamente por Hitsig y seguidos con éxito por multitud de observadores como Sastrowitz, V. Monakow, Welt, etc.; este caso demuestra que el cerebro frontal, ó sea que las circunvoluciones frontales que abarcan toda la enorme región que se extiende desde la cisura paracentral hasta el polo frontal, incluso la corteza de la base hasta la cisura de Silvio, es una región completamente silenciosa, claro está, exceptuando partes de la primera y segunda circunvoluciones frontales y la mitad posterior de la tercera frontal una de las mejor y más antiguamente conocidas y donde asienta, sin duda alguna, el centro del lenguaje. La autorizada opinión de Mokurow atribuyendo á esta parte del cerebro las altas vías de la inteligencia es digna de consideración, así como no creo que esta parte del cerebro no tiene *ninguna importancia esencial* según el mismo. El que lesiones extensas del glóbulo frontal pueden no dar síntomas alguno como el que hasta en las lesiones bilaterales no se altere la motilidad en lo más mínimo, como demuestra este caso, no autoriza la afirmación expuesta.

Recorriendo la literatura quirúrgica de lesiones encefálicas por traumas similares á las sufridas por este niño, no he podido hallar, dada su escasez, más que la del alemán Binz, referido por Welt, y el caso último publicado por un periódico de ésta, de uno de Güimar, tratado por el notable cirujano tinerfeño Dr. Rodríguez López.

Respecto á la cantidad de substancia cerebral eliminada en el trauma de este niño, yo calculo que por la cantidad que dejó en la piedra donde cayó, la que perdió en el camino (dos horas de distancia), la que vi empapando los trapos y pañuelos y la que salió á mi presencia en el acto de la intervención, debió rebasar la cantidad de 60 gramos.

Este caso demuestra la tolerancia del cerebro á sufrir enormes pérdidas de substancia.

Que lesiones enormes de esta región cerebral no dan lugar a ningún síntoma.

Que herida y hernia cerebral no son sinónimos de muerte.

Que los procedimientos modernos de curación de heridas y la asepsia, son conquistas de las que la ciencia puede enorgullecerse, llegando á atrevimientos inconcebibles.

Que en modo alguno debe el cirujano ante lesiones enormes del cráneo y cerebro, cruzarse de brazos, sino intervenir cuanto antes de un modo radical y valiente, pues procediendo así, tendrá sorpresas inesperadas. ¿Qué resultado hubiera tenido este niño de no haber intervenido, quitando esquirlas, pelos, etc., que seguramente hubieran contaminado el cerebro y meninges? (*La Medicina Canaria*, 15 de Diciembre de 1923.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. No puncionéis la vejiga, por Berne-Lagarde.—Esta pequeña operación presenta muchos inconvenientes y peligros. La punción puede ser blanca y hallarse clavada la aguja en un voluminoso adenoma prostático. Se puede también excepcionalmente atravesar el fondo de saco peritoneal, fijado en posición baja por adherencias de pericistitis en antiguos retenciónistas.

El trocar puede herir un vaso sanguíneo: vena ó arteria de la pared vesical. La hemorragia venosa se detendrá ella misma al vaciarse la vejiga, pero la arteria continuará sangrando y podrá dar lugar á un hematoma de la cavidad de Retzius, que puede infectarse (flemón perivesical). Por último, existe el peligro de la infiltración de orina en la cavidad de Retzius á través del orificio de punción ó las punciones previamente practicadas.

Puesto que no se debe puncionar la vejiga, según el autor, para evacuar ésta, será preciso recurrir á la sonda de muleta núm. 18 ó á la maniobra del mandril, ó se ensayará también, frecuentemente con éxito, pasar una bujía filiforme.

De todas suertes, podemos vernos precisados á practicar la cistotomía, á mayor abundamiento, cuando la uretra está rota y toda tentativa de sondaje resulta inútil y peligrosa. Sourdille, de Nantes, se expresa en una forma sensiblemente análoga. Ahora bien, ante una vejiga sobredistendida, en pleno campo, y sin tener á mano, como en la ciudad, los medios necesarios para hacer una cistotomía, puede y debe renunciar el médico á llevar á cabo con la debida prudencia una punción?

He aquí la pregunta que hace un comentarista en *Le Concours Medical*, núm 48 del 2 de Diciembre de 1923.—T. R. Y.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Un índice fisiológico para el pronóstico clínico, por el Dr. Declairfayt.—Con mucha frecuencia suele encon-

trase el médico perplejo al querer precisar el límite de las posibilidades terapéuticas, viéndose asaltado por la duda de si el shock traumático permitirá una intervención, ó si la caquexia del enfermo autorizará una narcosis, una operación cualquiera ó aun una irradiación; á veces se tratará sencillamente de saber si se hallará contraindicada una cura arsenical activa ó mercurial ó de cualquier otra naturaleza, incluso hidromineral, en un sujeto de aspecto precario.

Con el objeto de resolver en lo posible este difícil problema pronóstico, el autor ha llevado á cabo multitud de observaciones y confrontaciones de cifras, llegando á la conclusión de que «existe en el estado normal, con un sistema circulatorio indemne y un buen estado de equilibrio humoral, una relación constante entre la presión sanguínea máxima y la riqueza sanguínea en hematíes y en hemoglobina: esta relación se halla representada por una cifra próxima á 3 y ha sido bautizada con el nombre de índice hemotónico».

Según esto, el autor ha ideado combinar en una ecuación sencilla los tres datos expresados:

a) Medida de la tensión sanguínea con el oscilómetro (T).

b) Numeración de los glóbulos rojos con el hemátimetro (G).

c) Medida de la coloración sanguínea con el hemoglobímetro (H).

Una vez recogidos estos datos, he aquí la fórmula:

$$\frac{T}{G \times H} = 3.$$

Para su aplicación á la práctica, la tensión sanguínea será expresada por la cifra total de milímetros que marque el oscilómetro, mientras que el número de glóbulos rojos y la proporción de hemoglobina serán expresados solamente por su primera cifra. Ejemplo:

Supongamos que el enfermo tiene una tensión sanguínea máxima de 130, un número de glóbulos rojos igual a 5 millones y una cantidad de hemoglobina equivalente al 80 por 100. En este caso la ecuación correspondiente deberá formularse en la siguiente forma:

$$\frac{(T) 130}{(G) 5 \times (H) 8} = 3.$$

Una tensión relativamente buena puede proporcionar un índice francamente malo, y una cifra de hematíes muy baja puede corresponder á un índice pronóstico menos malo, de donde se deduce que el pronóstico sacado de cada una de dichas cifras aisladas puede conducir á indicaciones erróneas. Combinando, con Lenaz, la cifra de la tensión con la de hematíes para sacar el cociente, ya se llega á obtener un coeficiente algo más próximo á la verdad, pero en modo alguno todavía al abrigo de inexactitudes, las cuales sólo podrán corregirse por la combinación T. G. H.

La experiencia ha demostrado que un índice hemotónico de 3 y de 4 permite una intervención terapéutica activa en excelentes condiciones de seguridad: un índice de 5 es todavía satisfactorio; un índice de 6 es ya una cifra límite, y, por último, un índice de 9 ó más contraindica toda intervención de alguna importancia bajo peligro de muerte. En resumen, termina el autor, por medio de tres signos pronósticos corrientes, que no permiten por sí solos ninguna conclusión sólida, creemos nosotros haber edificado un verdadero «síndrome pronóstico» que sirve para toda terapéutica activa, ya sea ella médica, quirúrgica ó física. (*Le Scalpel, de Bruxelles*, núm. 52, 23 de Diciembre, de 1923).—T. R. Y.

2. Empleo del suero antineumocócico en instilaciones nasales, por Blechmann.—El neumococo II, con más frecuencia, y á veces el neumococo I, son responsables de un gran número de rinofaringitis, de anginas, de otitis, de bronquitis, de bronconeumonías y de pleuresias, etc., tanto en los niños de pecho como en los adultos. Dada la importancia del papel del neumococo en diversas afecciones del niño de pecho, que se traducen por trastornos generales, hipertermia acentuada y catarro simple del cavum, sin otros signos clínicos, el autor administra sistemáticamente en estos casos el suero antineumocócico por vía endonasal (y accesoriamente por vía intrarrectal), mezclado á las sales de plata. En el niño joven, el autor preconiza instilar mañana y tarde, por vía nasal, XX á XL gotas de suero del Instituto Pasteur, haciendo á veces poner, igualmente dos veces por día, 10 c. c. del mismo suero en lavativas.

La absorción del suero por estas vías es también susceptible de producir accidentes séricos, habiendo demostrado la observación que el suero así administrado (solo ó mezclado al suero antistreptocócico), parece dar resultados tan favorables como las inyecciones subcutáneas, con menos inconvenientes. El método ha sido también empleado con éxito en las bronconeumonías de los viejos. (*Société de Pédiatrie*, sesión del 5 de Febrero de 1924).—T. R. Y.

PARASITOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El fósforo en el tratamiento de las leishmaniasis cutáneas, por Aldo Castellani.—El autor ha empleado las inyecciones de aceite fosforado en cuatro casos de Botón de Oriente, diagnosticados por el hallazgo de leishmanias en la lesión. Se inyecta aproximadamente $\frac{1}{3}$ de c. c. del aceite en la lesión misma y en sus alrededores, colocando la aguja en dos ó tres lugares del nódulo y luego bajo la piel en su periferia. Si la lesión está ulcerada se colocan además II ó III gotas del aceite en el fondo de la úlcera después de quitar la costra. Se hacen las inyecciones una ó dos veces por semana. El método ha ido seguido por la curación en los cuatro casos del autor. Es esencial que el aceite fosforado sea de preparación reciente; el aceite viejo es inerte. Las inyecciones son prácticamente indoloras, aunque á veces exista una reacción local. Siendo el fósforo un cuerpo químicamente muy próximo del antimonio es probable que resulte útil en otras enfermedades en las cuales se ha empleado el antimonio. (*The Journ. of Trop. Med. and Hygiene*, número 11, 1.º de Junio de 1923).—E. LUENGO.

2. Un caso de distomatosis hepática, por el doctor Louvot.—Joven de diez y seis años que se queja de embarazo gástrico, cefalea, náuseas frecuentes, sobre todo por la mañana. Además acusa un dolor sordo en el lado izquierdo; nada de apetito; á veces elevaciones térmicas. En este estado desde hace un mes, con intermitencias. Se repiten los síntomas en forma de crisis, á veces ictericia, fiebre é hígado un poco aumentado, doloroso á la percusión. Eosinofilia, 9 por 100. Heces macroscópicamente normales. Al examen microscópico, huevos de distomas. *Tratamiento*: timol, 0,25 gramos por sello. Los dos primeros días dos sellos; tercero y cuarto días, cuatro sellos; quinto día, purga por la mañana y dos sellos durante el día. Durante este tiempo no se observa nada en las heces; al día siguiente tampoco; al otro día, dos deposiciones bastante líquidas en las que se descubren dos distomas enteras y restos de una tercera, identificadas con la *Fasciola hepática*. (*Journal des Fraticiens*, número 11, 17 de Marzo 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, prevalencia y socorro.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Urgencia de una nueva ley de Sanidad, por el Dr. Martín Salazar.—Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisa.—Protección Médica.—Sección oficial: Presidencia del Directorio Militar.—Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Anuncios.

Boletín de la semana.

En el Real Consejo de Sanidad.—Pleitos y diferencias de familia.

El asunto que se venía discutiendo en el Real Consejo de Sanidad, á propuesta de los señores farmacéuticos que visitaron al general Martínez Anido, subsecretario de Gobernación, para que lo sometiera á examen y aprobación de dicho alto Instituto, ha tenido ya su natural y lógica terminación. Deseaban los señores farmacéuticos que la preparación de los productos opoterápicos, vacunas y cuanto se refiere á substancias de uso medicinal terapéutico y profiláctico, fuese de la exclusiva jurisdicción de ellos, y que los profesionales médicos y veterinarios no tuvieran derecho á su elaboración y menos á su venta.

Hace ya tiempo que este asunto viene siendo motivo de divergencias y desagrado, porque los farmacéuticos no se dan reposo en sostener, con energía y perseverancia,—aprovechando cuantas ocasiones se presentan, y si no existen las crean, como ahora han hecho, dirigiéndose al Poder ejecutivo,—que en dichas intervenciones médicas ordinarias, de carácter higiénico y sanitario, ellos pueden y deben figurar en el mismo plano y con iguales facultades que lo hacen los médicos y los veterinarios; y en lo que se refiere á la preparación de sueros, vacunas, etc., ellos, solamente, son los actuantes por su mayor capacidad y su mejor derecho. De este vicio sobre categorías y capacidades, andan algo tocados también los señores veterinarios, quienes, habiendo constituido su carácter independiente en Fomento, donde en nadie reconocen beligerancia, ni derecho é intervención, reclaman también un puesto de honor en las intervenciones de la medicina humana.

Después de varias sesiones en que este asunto fué examinado con detenimiento, habiendo dado ocasión á que pronunciaran notables discursos los Sres. Murillo, Manzanque, Caro, Bayod, Zúñiga, García Izcara, Díaz Villar, Madrid Moreno y otros señores, se llegó por fin á una votación; y por catorce votos contra tres, se terminó la controversia,

poniendo las cosas en sus justos medios, reconociendo los méritos, servicios y derechos de cada una de las partes. La tesis en su esencia quedó terminada, acordándose que las tres profesiones son necesarias en la sanidad; que en sus actuaciones cada una tiene su lugar razonable, justo y conveniente; y que donde los médicos son los creadores de la investigación, el progreso y la doctrina, ellos poseen un derecho esencial y preferente que no admite réplica y con ellos han de actuar los farmacéuticos y los veterinarios. El voto particular del Dr. Bayod y los dos consejeros que con él votaron, acompaña al dictamen que fué aprobado.

En el anterior asunto, de cuyos detalles y solución nos dan cumplida cuenta personas bien informadas, se revela una vez más, la falsedad del planteamiento de la cuestión del oficio profesional de cada clase en el problema sanitario.

Si tuviéramos gana de broma y el asunto mereciera tomarlo en tal aspecto, diríamos que en él se ve una comprobación del adagio de *en la casa en que no hay harina, todo se vuelve mohina*; pues, con efecto, la crisis, no solamente económica, sino también de decoro é interior satisfacción porque pasan las profesiones sanitarias, entendiendo siempre por ellas la médica, la farmacéutica y la veterinaria, en vez de buscar su resolución y remedio, mediante una unión concienzuda y convencida que tuviese por base el reconocimiento de la natural esfera de acción de cada una de ellas, se lee en un disentiimiento hosco hijo de celos y fuente de hostilidades, que no conducen sino al común desprestigio y al perjuicio de los intereses de cada clase con confusión y alejamiento de aquel otro interés que á todos nos debiera esclavizar y servir de único guía: *el de la salud pública*.

¿De quién es la culpa de estas pequeñeces atizadas por la Prensa semi-médica que encuentra más fácil empleo á sus talentos en el cultivo de la cizaña que el que pudieron encontrar en el de las cosechas de frutos ópimos y beneficiosos? ¿Quién comenzó primero á invadir los legítimos terrenos secularmente amojonados de cada profesión: los ho-



meópatas y los charlatanes médicos que servían á domicilio los fármacos, ó aquéllos autores de específicos que en las etiquetas de éstos y en las cuartas planas de los periódicos anunciaban los remedios con las enfermedades en que habían de usarse y los menores detalles de su empleo? Confesemos que es muy difícil arrojar la primera piedra y que lo que importa es que, en penitencia, acudamos todos á colocar la *primera piedra* de un edificio de sólida escultura y duración garantizada y sea éste en el que se señalen á cada cual su lugar, ya que él, al elegir profesión, se le señaló voluntariamente, sin que venga á hacerse caso de querella (como nos aseguran que lo ha sido en la discusión aludida), el que alguien haya llamado *boticarios*, á los farmacéuticos; como no podría serlo para los médicos el que les llamaran *físicos*, *facultativos* ó *algebristas*, ni para los veterinarios, el que les llamaran *albéitarres*. Son tales términos anticuados y arcaicos que á nadie deben ofender, y las inteligencias que pueden y deben pensar alto no han de buscar en éstas minucias pretextos de enojo, sino dedicarse á investigar el fondo de las cuestiones y señalar *quién y cómo*, según los conocimientos oficiales de que es garantía su título, puede desempeñar una función social, sin meterse en el cercado ajeno, llámese el que lo haga médico, farmacéutico ó veterinario. Todos son necesarios, y el grado de su utilidad respectiva responde más á lo circunstancial, que á lo sintético. Pensemos en esto y, si hace falta, dispuestos estamos á insistir con la imparcialidad, la buena fe y el desinterés de que podemos jactarnos.

DECIO CARLAN

Urgencia de una nueva ley de Sanidad

POR EL

DR. MARTÍN SALAZAR

Decía Benjamín Disraeli, que la reforma sanitaria de un país ejerce una profunda influencia sobre su civilización; y Ruskin dice que la sola positiva riqueza de los pueblos, es la vida. Si es esto cierto, una nación como la nuestra, de cerca de 20 millones de habitantes, que pierde cada año 500.000 vidas, sin que nadie intente poner remedio á ello, es una nación incapaz de enriquecerse, ni de llegar á un alto grado de civilización. Sólo de niños, hasta la edad de cinco años, perdemos 200.000; malogrando, de esa suerte, las nuevas generaciones é imposibilitando el perfeccionamiento de la raza tan necesitada de fortaleza y vigorización. Una sola enfermedad, la tuberculosis, representa la décima parte de nuestra mortalidad total, sin que se ponga mano en la evitación de los contagios, ni en la remoción de las causas que determinan tamaño mal.

Siendo todo esto así, parecía natural que en un pe-

riodo de remoción social como este que atravesamos, y en una situación política tan expedita para legislar como la presente, se abordara ante todas las cosas la solución del problema sanitario, como se ha resuelto ya el de la Administración local, y se intentan resolver los de la primera y segunda enseñanza, y otros muchos más de menor cuantía. *Primum vivere; deinde philosophare.*

Tres proyectos de ley, durante el tiempo que estuve yo en la Dirección general de Sanidad, fueron presentados á las Cortes, sin tener la suerte de conseguir su aprobación; y ahora que, libre de las trabas del Parlamento, pudo llevarse á la *Gaceta* un proyecto de bases generales de Sanidad, confeccionado por una Comisión magna nombrada al efecto é integrada por personas muy doctas en materias sanitarias, el actual subsecretario de Gobernación declaró, en una nota oficiosa que apareció en la Prensa, que aunque reconocía la bondad del proyecto, no creía llegada la hora de pensar en organizaciones sanitarias complicadas.

Con estas declaraciones ha quedado malograda la esperanza de una próxima redención sanitaria de nuestro país, á no ser que un momento de profunda reflexión del Directorio, haga cambiar de rumbo sobre este punto la política actual. No puede esperarse, como decía la nota oficiosa antes referida, á que se satisfagan otras más apremiantes necesidades nacionales, y á que se ordene y vigorice la Hacienda pública; porque eso equivale á desconocer que la mayor causa de nuestra decadencia económica, es la sangría suelta que representa nuestra gran mortalidad anual, y los enormes gastos que llevan consigo las enfermedades evitables. No hay que olvidar, que la fuente de toda producción es la salud y la vida del hombre; y que, por tanto, los dispendios que pudiera ocasionar la reforma sanitaria, serían espléndidamente compensados con la riqueza á que diera lugar el trabajo de todos los que enferman sin deber enfermar y mueren sin deber morir. De suerte que, dejando á un lado el aspecto sentimental del dolor físico y moral, tan digno de respeto y conmiseración, que lleva consigo la enfermedad y la muerte, y mirando sólo el lado económico de la vida y la salud, la implantación de la reforma sanitaria sería, á la postre, más bien una ganancia que una pérdida para la economía nacional.

Este es el criterio que en materias de sanidad impera hoy en los países más civilizados de Europa y América, y el que debiera predominar en el pensamiento de nuestros hombres públicos, si hemos de acometer la reforma sanitaria con la urgencia que merece. A ese pensamiento, además, responde actualmente un movimiento de opinión pública, jamás conocido en España, en favor de los asuntos sanitarios, como lo revelan los infinitos mítines populares que se celebran en Madrid y en otros puntos; y sería lástima no aprovechar esta ocasión para implantar una reforma radical de la Sanidad nacional que en estos momentos sería recibida con aplauso por el país. A las razones antes dichas se une otra relacionada con la reciente publicación de la ley de Administración local. No puede

legislarse sobre la Sanidad de los Municipios aisladamente, sin encajar sus preceptos dentro de una ley sistemática general de defensa de la salud nacional y hasta internacional.

Todo lo demás es desconocer el carácter social y político que tiene la Sanidad moderna, y romper la unidad que debe existir entre los medios de defender la salud pública en los Municipios y en la Nación en general. «*Consensus unus, conspiratio una.*»

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

ATENEÓ MÉDICO MUNICIPAL, presidido por el Dr. Martínez Menéndez.

Los Sres. Blanco Soler y Martín Calderín presentan y hacen la historia de un curioso caso de «Bocio quístico y estrumitis de repetición», [en cuya discusión intervienen, aportando el concurso de su experiencia, los Sres. Carmona, Valcorba y Esteban Muñoz.

Da cuenta el Sr. Blanco Soler de otro caso de «Pseudo-reumatismo con alteraciones morfológicas de tiroides», que tuvo el privilegio de suscitar animada y entretenida controversia entre el autor y el Sr. Sánchez Herrero, acerca de la patogenia del dolor y la psicopatología del mismo.

Lunes 24. ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, presidida por el Dr. Cifuentes.

Historia el Sr. Serrada el caso de una señora de treinta y siete años, hacía tres afecta de vómitos y gran dolor de píloro, en quien, después de exploraciones minuciosas y practicada la radiografía, pudo apreciarse un estómago caído y úlcera de píloro, que después de operado reveló una tumoración fibrinosa de que daba cuenta por su rareza en esta edad y porque la hiperclorhidria que le acompañaba, parecía encajar mejor en el grupo ulceroso que en el tumoral. Habla el Sr. Catalina de otro caso de píloro gordo reseado, en que también encontró un fibroma. Hace observar el Sr. Arresi que no puede creerse en la franca y completa curación de estos enfermos antes de los cuatro años, porque es muy frecuente verlos concluir por caquexia. Añade el Sr. Oliver uno más con hematemesis é hiperclorhidria, que data de seis años, durante los que ha experimentado alternativas favorables ó adversas en la nutrición y llegado á tener hipoclorhidria. Al rectificar el Sr. Serrada presenta para su comprobación y examen un trozo de mucosa indurada en 2 $\frac{1}{2}$ centímetros de espesor.

El Sr. Rodríguez Ugua hace comparecer á dos individuos, sin otra finalidad que la de poner de relieve los efectos producidos por la intradermoreacción.

Exhuma el Sr. Catalina la siempre interesante, manoseada y aun no resuelta cuestión de las ventajas é inconvenientes del tratamiento quirúrgico á seguir en la úlcera gastroduodenal, citando, al efecto, los variados procesos en que á su juicio es precisa, y aduciendo las razones en que se funda para justificar su predilección por la gastrectomía. Opina el Sr. Mogena que el tratamiento de las úlceras del estómago debe ser exclusivamente mélico, circunscribiendo las indicaciones de operación á los casos de hemorragias [profusas y abundantes, vómitos repetidos é incoercibles y estrecheces del píloro; no explicándose, por otra parte, el por qué han de ser desde luego los pobres operados con el especioso pretexto de no poder afrontar las dificultades de un régimen que de todos modos se han de ver obligados á estatuir á posteriori. Cita el Sr. Larrú el caso de una

criada diagnosticada de úlcera, que fué irradiada, desapareciendo el dolor y obteniendo la curación, y el de otro individuo aquejado de grandes dolores durante el tratamiento médico, que al someterse al tratamiento radioterápico obtuvo idéntico resultado que el anterior. Dice el Sr. Arresi que siendo el metabolismo basal tan diferente en los distintos casos, diferente tiene que ser el trato que se los dé, y que al observarse con frecuencia el empeoramiento de los operados, cree ser el mejor el tratamiento médico mixto. Manifiesta el Sr. Jiménez Martín que si bien es verdad que se operan muchos enfermos ligeramente explorados, y á lo mejor afectos de vesícula ó apéndice, también lo es que el tratamiento quirúrgico se impone para evitar molestias por otros medios no corregidas, y evitar complicaciones no imposibles; mostrándose con preferencia inclinado á la pilorogastrotomía á que dice estar muy reconocido. El Sr. Carro, ecuaníme y sincero como siempre, reconoció noblemente que la inmensa mayoría de ulcerosos no se curan ni con tratamiento médico ni quirúrgico, ni era cosa fácil diagnosticarles de una manera precisa por análisis de jugos, heces y radiografías, porque únicamente las úlceras callosas revelan de una manera evidente sombra, que en otras modalidades no resultan perceptibles; estimando lo mismo el que sean como antes gastroenterostomizados, que gastrectomizados como hoy se preconiza, pues de todos modos resulta evidente que el fracaso no es de médicos ni de cirujanos, sino de no haber llegado más allá, y que á nadie puede extrañar, suprimido en todo ó en parte el estómago, que la falta de jugos y ácidos acarree trastornos digestivos. El Sr. González Campo aportó también á este asunto breves y pertinentes objeciones, fruto de la personal experiencia. Se lamentó el Sr. Serrada de lo apurados que los especialistas envían á manos del cirujano los afectos de úlceras gastropilóricas y quistes hidáticos, que operados por enterostomía vuelven la mayor parte de las veces á enfermar por desobedecer y no dar importancia al consejo médico. Aboga el Sr. Madinaveitia porque se establezca la costumbre de que el cirujano provea al cliente de un certificado en que especifique el motivo de la operación y clase de ésta, y de la radiografía correspondiente, pues además de ser para el paciente gufa seguro en el porvenir, consentiría á todos saber á qué atenerse. Habla el Sr. Yagüe de un disgusto recientemente tenido con un cirujano por empeñarse en operar á todo trance á un hematemésico, afortunadamente curado sin ella, gracias á una medicación específica. Recomienda el Sr. Piga la conveniencia de que con perfecto acuerdo, buena fe y voluntad decidida de esclarecer el asunto, hagan de él un estudio de conjunto, cotejen y aqilaten las estadísticas, y de una vez precisen las indicaciones que de todo ello se desprendan. El Sr. Sánchez Covisa (don José) llama la atención hacia el caso de una señora que amenazada de una operación, pudo evitar ésta y hallar la curación en un tratamiento específico, que es menester no olviden los especialistas, porque son legión los enfermos de vías digestivas que á él deben su salvación.

Martes, 25. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE, presidida por el Dr. Mariscal.

El señor secretario da lectura á una razonada instancia suscrita por varios vecinos de las casas inmediatas á los cementerios de la Patriarcal y San Martín, en que interesan intervenga la Sociedad sus buenos oficios para conseguir su pronta y radical desaparición. Dice el Sr. Soriano, que por tener en el recinto de uno de esos cementerios personas allegadas, conoce á la perfección el estado de abandono y

lo lastimosamente deteriorados que se encuentran; pero que es conveniente no alucinarse ni obrar de ligero, porque posible es que al amparo de los fueros de la higiene sólo se persiga el medio de dar un mayor valor á las casas y solares situados en aquéllas inmediaciones. El señor presidente, á pesar de no admitir la posibilidad de que cementerios clausurados hace tanto tiempo sean causa de insalubridad, el efecto moral que su aspecto macabro produce, y la necesidad de satisfacer los requerimientos que á la Sociedad se hacen, exige, á su juicio, la designación de una comisión que bien pudiera quedar integrada por los Sres. Cort, Soriano, Fernández Cuesta y Olea para que en su día dictaminen. Conforme la Sociedad con el criterio por el Sr. Mariscal expuesto, así se acuerda.

Reanuda el Sr. Cort el discurso que en la sesión anterior interrumpiera, reseñando las múltiples y complejas disposiciones de algún tiempo á esta parte dictadas sobre este particular, que ahora pretende achicarse y condensarse en dos columnas de la *Gaceta*. Establece entre lo ahora legislado y lo antes estatuido, unas cuantas oportunas comparaciones. Cita como modelo de imitación el minimum de 65 pies cuadrados por cama recomendado en Inglaterra. Dice que en los retretes hay que atender más á la facilidad de la evacuación de las aguas y materias residuales, que á su extensión, y que las ventanas deben ser proporcionadas á ésta. Estima como problemas fundamentales á las vías principales para el tráfico y á la distribución de estaciones, plazas de abastos, mercados, etc. Hace observar el sistema á su fundación seguido en las pequeñas aldeas en que, por regla general, de primera intención se centralizan é instalan en la plaza iglesia, Ayuntamiento, escuelas, comercios, etc., alrededor de los cuales se agrupa é irradia la población; ocurriendo lo mismo en las grandes urbes como Madrid en todas direcciones ensanchado; y termina calificando á la muralla rural que á toda urbe, sin excepción, debe circundar como la mejor y más depuradora defensa del aire. Felicita la señorita Soriano al Sr. Cort por haber traído á la discusión asunto de tan palpitante interés, pero permitiéndola le diga que se revela en él más el arquitecto que el higienista. Para demostrarlo así, rebate razonadamente las aseveraciones por el Sr. Cort formuladas, tanto á la capacidad cúbica que de ningún modo puede ni debe ser igual para una familia de cuatro, que de catorce individuos, como á la posibilidad de que el aire se renueve completamente en habitación hermética, de lo cual son buenos testigos, en contrario, los médicos que en su cotidiana visita perciben y aprecian el repugnante hedor que de muchas alcobas emana. Hace resaltar la conveniencia de suprimir los ángulos, rinconadas, cornisas, frisos y adornos para evitar la aglomeración del polvo. Condena la instalación de los retretes en los huecos de las escaleras, por ser la luz y el aire los mejores vermicidas, y la comunicación de aquéllos con las cocinas como nocivos á la alimentación que en ellas se elabora. No se explica las ventajas que pueden reportar los patios cubiertos, porque el impedir la lluvia y el polvo atmosférico no compensa la falta del aire incompleta é irregularmente renovada por ventilación lateral. Considera á los grandes y descubiertos patios centrales que en el barrio de Salamanca se iniciaron para cada manzana, como el más aproximado al ideal de los de su clase. Reprueba la perniciosa costumbre de las entradas en común para personas y animales de toda especie; y concluye manifestando no ser aceptable en España el patrón higiénico de Inglaterra, porque no son idénticas las condiciones climatológicas de ambos países, como no lo son dentro de la Península, las de San Sebastián y Sevilla. La doctora Soriano, con delectación escuchada durante su afor-

tunada intervención, recibió al finalizar ésta las unánimes y efusivas felicitaciones de la concurrencia.

El miércoles 27 celebró su reglamentaria sesión la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA, bajo la presidencia del Dr. Peña, á cuyo cargo corrió el explicar la más apropiada técnica en las pielografías, para las que utiliza una disolución concentrada de bromuro sódico con oxicianuro de mercurio, á través de una sonda opaca de pequeño calibre, inyectada con cautela para no producir tensión en la pelvis renal, evitando el dolor, que es su consecuencia, y haciendo posible el reflujo de líquidos. Con tal motivo da cuenta á la ligera de algunos entre los muchos casos en que la ha practicado; y para que los oyentes se formen de sus efectos precisa idea, hace circular entre ellos unas cuantas radiografías, modelos de claridad y perfección, por los hermanos Ratera confeccionadas. El Sr. Sánchez Covisa (D. Isidro), tras unas cuantas consideraciones de orden general atinentes al caso, hace notar que no son sólo éstas las soluciones que á tal fin pueden emplearse. El Sr. Cifuentes, conforme con que el collargol quede relegado á segundo término y en términos generales con el procedimiento por el Sr. Peña preconizado, es, además, partidario de la radiografía previa por la posibilidad de que pasen desapercibidos pequeños cálculos útricos ureterales. El Sr. Peña rectifica.

El Sr. Sánchez Covisa habla del tema «Comentarios sobre dos casos de hipospadias», uno de los cuales presenta para su examen, haciendo una sucinta y detallada descripción de las modalidades que adoptan, sitio de implantación, casos en que la abstención debe ser la norma, procedimientos operatorios á seguir en cada caso que los requiera, etc., no pudiendo escuchar la conclusión por requerir con insistencia nuestro concurso fuera del local.

En el mismo día tuvo lugar la conferencia que el doctor D. Guillermo Bosch Arana, de la Facultad de Buenos Aires, dió en la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, acerca de «Las amputaciones cineplásticas».

El Sr. Goyanes, á cuyo cargo corre la presentación del conferenciante, lee unas cuartillas en que hábil y justamente pone de relieve la apolítica relación de méritos en la enseñanza y en la práctica particular contraídos por el doctor Bosch, á quien considera como una de las más legítimas glorias de la América española, y á quien se complace y honra en saludar y dar la bienvenida en nombre de la Academia.

El Dr. Bosch Arana comienza su discurso patentizando la profunda gratitud de que se encuentra poseído hacia la honorable Corporación por cuya tribuna tantas eminencias han desfilado; y hacia el Dr. Goyanes por los elogios, á su juicio inmerecidos, de que le ha colmado.

Con minuciosa y transparente claridad describe y analiza en qué consiste y se diferencian «las amputaciones cineplásticas» y las corrientemente hasta aquí practicadas; y hace la historia retrospectiva de este nuevo procedimiento desde que en el año 1898 empezó á utilizarse hasta el actual momento.

Detalla la forma en que se llevan á cabo y el cuidadoso esmero con que hay que procurar la conservación de la vitalidad y reactivación del músculo seccionado; y termina su instructiva conferencia enumerando los elementos de que con el carácter de indispensables hay que disponer para que el éxito de las trascendentes operaciones no resulten ineficaces y deslucidas.

Con unánimes aplausos subrayó la concurrencia el agrado con que se deleitó escuchando al conferenciante.

* *

Jueves 27. Conferencia del Dr. Decref en la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

«Reeducación de inválidos» fué el enunciado en que el Sr. Decref basó la interesante disertación leída con gran acopio de razonamientos y datos recogidos en esta materia, como miembro, á requerimientos del Ministerio del Trabajo, por la Academia designado, á la fundación del Instituto que lleva aquel nombre.

Por sus aficiones de siempre, y por el encargo recibido, considera como á primordial deber, el de llevar á cabo una intensiva labor de propaganda y divulgación de la misión del Instituto y los beneficios que á la Sociedad reporta, con el fin de que éstos sean por todos estimados y reconocidos; pues si en sus comienzos la reeducación de inválidos fué simplemente apreciado como mera obra de caridad, después de la gran guerra supone un problema económico de gran alcance y una reintegración y aprovechamiento de energías de un valor y transcendencia incalculables.

Da á conocer las enseñanzas recogidas en sus frecuentes viajes al extranjero, y la perseverante divulgación á que desde 1908 viene dedicando sus entusiasmos y actividades; y asegura que en estos Centros no sólo se capacita infinitas veces para el trabajo á los inutilizados por accidentes temporales ó definitivos, sino que se corrigen muchos defectos congénitos, poniendo á los que de ellos son víctimas en aptitud de llenar los fines de la vida.

Calcula en un 40 por 100 los accidentes ocasionados por la ineptitud, y hace resaltar la importancia que la conjunta labor del médico y el maestro pueden aportar á la acertada elección de orientaciones profesionales por la directa observación física é intelectual que sobre la juventud ejercen.

Habla del Instituto recientemente establecido en Carabanchel, como iniciación de una obra que perfeccionada gradualmente tanto ópimo fruto puede rendir; y de los procedimientos operatorios y medios protéticos más acreditados y actualmente en uso.

Estimula al Estado para que obligue á las Diputaciones á instalar la Fisioterapia y el laboratorio profesional, que en unión de los Museos tantos servicios y enseñanzas pueden reportar á los obreros.

Expone unas cuantas vistas de los talleres y compartimientos en que el Instituto se halla subdividido; y termina mostrándose esperanzado en el triunfo de la idea que en toda su integridad quisiera ver implantada.

El Sr. Decref fué aplaudido por la concurrencia á la terminación de su discurso.

* *

El sábado 29 celebró su reglamentaria sesión la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, presidida por el doctor Fernández Caro.

Interviene el Sr. Hernando en la discusión del caso de «Quiste hidatídico», que bastantes días atrás trajo á la Academia el Sr. Codina; y á propósito de él y de las sombras por esta clase de tumoraciones presentadas, hace consideraciones, cuya precisión y exactitud pretende demostrar exhibiendo variadas radiografías y valiéndose de una naranja. Contesta minuciosamente el señor Codina á los que en días anteriores emitieron sus opiniones, y fijándose más particularmente en las sustentadas por los Sres. Goyanes y Hernando, más distanciados entre sí en criterio. De nuevo arguyen éstos pretendiendo puntualizar y esclarecer el asunto; pero

á pesar de todo y de la teoría en que el señor Pittaluga funda el por qué de la predilección que los quistes tienen por determinados órganos, la pelota queda en el tejado, la debatida cuestión sin desenredar y el público intrigado y sin saber al final á qué atenerse.

SEDISAL

PROTECCIÓN MÉDICA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA POR LA JUNTA DE DAMAS
EL DÍA 24 DE ENERO DE 1924.

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre se abre la sesión, leyéndose el acta del mes anterior, que queda aprobada.

Por ser esta Junta extraordinaria como de primero de año, se procede á dar cuenta de las investigaciones hechas el mes anterior y tomar acuerdos, para entrar en el orden del día: «Balance anual de Tesorería. Lectura de la Memoria de Secretaría y elección de Junta directiva.»

Se leen los estados de cuentas correspondientes á los meses de Noviembre y Diciembre, habiéndose satisfecho las cantidades de 1.047,25 y 1.118,50 pesetas, respectivamente.

Se toman los siguientes acuerdos: Conceder una pensión mensual de 50 pesetas al médico inutilizado D. Alejo Martín. Continuar otro trimestre la pensión de la viuda de García Arias y conceder un donativo de 25 pesetas á la viuda de López Ramos.

Se da cuenta de que por conducto de la señora de García Luquero, un matrimonio que no ha querido dar su nombre ha hecho entrega de tres donativos de 25 pesetas cada uno á favor de otras tantas familias de médicos de las que sufre esta Institución. La Junta envía las más expresivas gracias á tan bondadosos donantes deseando cunda este hermoso ejemplo.

Una vez tratado de lo correspondiente á la sesión mensual, se procede á celebrar la sesión extraordinaria.

Primeramente se da lectura al balance de Tesorería, cuyo resumen es el siguiente:

Existencia en 1.º de Enero de 1923, 1.154,83 pesetas. Ingresos durante el mismo año, 15.491,70; Gastos, 13.117,43. Saldo en Caja el 31 de Diciembre de 1923, 3.529,10.

A continuación se da cuenta de que por haber estado enferma la secretaria general de la Junta, doctora Lacy de Eloorieta, no le ha sido posible hacer la Memoria de fin de año, leyéndose en su lugar unas cuartillas de la vicesecretaria, señorita de Pando, en las que brevemente se hace el resumen de la labor realizada por la Junta durante el año 1923, que como en años anteriores ha procurado poner toda su buena voluntad y las mayores atenciones para ir llevando á cabo la delicada labor de humanidad que le está encomendada.

Se da lectura á una relación de los generosos donantes que, como en todos los años por Pascua, cooperan con sus donativos á la labor realizada por nuestra Institución, y son los siguientes:

Dr. Sáiz de Carlos, 50 pesetas; Dr. Van-Bambhergen, 10; Dr. Codina, 50; Dres. Ratera, 50; conde de Cerragería, 100; Sr. Luca de Tena, 100; Dr. Gayoso, 250; duque de Alba, 25; Círculo de Bellas Artes, 50; Dr. Cisneros, 50; Banco de España, 125; Dr. Tapia, 100; D. Tomas Allende, 25; condes de la Mortera, 50; Dr. Gayarre, 5; D. Teófilo Hernando, 300; don Julián Madariaga, 100; Dr. Sloker, 100; D. Leonardo de la Peña, 25; D. Florestán Aguilar, 50; Dr. Recasens, 50; duque de Medinaceli, 25; Dr. Sánchez Covisa, 100; marqués de Comillas, 25; Dr. Hergueta, 50; Casino de Madrid, 50; Dr. García Andrade, 200; Dr. Marañón, 150; Dr. Márquez, 100; Dr. Sousa, 12,50, y Colegio de Médicos, 750.

Estos donativos hacen un total de 3.127,50 pesetas y la Junta una vez más desea conste en acta el más expresivo voto de gracias á tan distinguidos y bondadosos señores.

Por último, por corresponder este año elección de Junta directiva se hace la votación, quedando por unanimidad reelegida la misma Junta anterior. —La secretaria de actas, D. Díaz Sama.

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

A propuesta del jefe de Mi Gobierno, presidente del Directorio militar, y de conformidad con Mis decretos de 30 de Septiembre y 21 de Diciembre últimos,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. Se conceden al vigente presupuesto de gastos de los Departamentos ministeriales las transferencias de créditos siguientes:

Sección 7.^a—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes: 136.162,51 pesetas, en esta forma: 70.068,19 pesetas dentro del capítulo 24, art. 2.^o, «Obras.—Otros edificios de Instrucción pública», del concepto 2.^o, «Sección Universitaria», apartado a), «De nueva planta», al concepto 6.^o, «Para obras de conservación y reparación urgente, etc., etc», con destino: 22.919,93 pesetas, para las obras de instalación de la Clínica de Maternidad, en la Facultad de Medicina de esta Corte; 22.164,16 para las de reparación de cubiertas en el edificio del Instituto de Ciudad Real, y 24.984,10 para obras en el departamento de Electrológica de la Facultad de Medicina de esta Corte; y 66.094,32 pesetas en el propio capítulo 24, del art. 2.^o, concepto 2.^o, apartado a), al art. 3.^o, «Monumentos y excavaciones», concepto 5.^o, «Conservación de la riqueza artística monumental de España, etc.», con la distribución que sigue: 24.732 pesetas para las obras de terminación del cuerpo de edificio adosado á la fachada Sur de la Catedral de Sevilla; 20.516,69 para continuar las de restauración de la fachada de la Universidad de Alcalá de Henares; 5.845,63 para las de reparación de la iglesia de Santa Catalina de Sevilla, y 15.000 para las de restauración de la Catedral de Cuenca.

Sección 8.^a—Ministerio de Fomento: 25.000 pesetas del capítulo 21, artículo único, «Ferrocarriles.—Construcciones y subvenciones», concepto 3.^o, al capítulo 7.^o, «Agricultura y ganadería», art. 3.^o, «Servicios varios y Secciones», nuevo concepto de «Para los gastos de toda clase que se originen con motivo de la concurrencia de España á la primera Feria Internacional de la Industria y del Comercio queseros, que se celebrará en Milán en el mes de Abril de 1924.»

Dado en Palacio á 24 de Marzo de 1924.—ALFONSO.—El presidente del Directorio militar, Miguel Primo de Rivera y Orbaneja. (*Gaceta* del 26 de Marzo de 1924.)

GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Resultando del acta del concurso celebrado el día 15 del corriente, en cumplimiento de la orden de convocatoria de 9 de Febrero último, para proveer las Direcciones médicas de los Establecimientos balnearios vacantes en la forma que determina el art. 29 del Reglamento de baños, que, previa lectura de la expresada convocatoria y del escalafón del Cuerpo, se procedió á la elección de las Direcciones vacantes y que vacasen por las circunstancias del concurso, solicitan-

do: D. Enrique Doz, la dirección del balneario de Alhama (Zaragoza); D. Anselmo Bonilla, la de Montemayor (Cáceres); D. Ramón Llord, la de Marmolejo (Jaén); D. Manuel Martí, la de Caldas de Besaya (Santander); D. Francisco Ledo, la de Alzola (Guipúzcoa); D. Hipólito Rodríguez Pinilla, la de Alceda-Ontaneda (Santander); D. Celestino Compaired, la de Ubeuaga de Ubilla (Vizcaya); D. Domingo Fernández Campa, la de Liérganes (Santander); D. Felipe Isla, la de Puente-Viesgo (Santander); D. Miguel Gómez Calameño, la de La Toja (Pontevedra); D. Joaquín Aleixandre, la de Caldas de Cuntis (Pontevedra); D. Benito Minagorre, la de Tiermas (Zaragoza); D. Manuel Martínez Ealo, la de Sobrón y Soportilla (Alava); D. Wenceslao Fernández de la Vega, la de Retortillo (Salamanca); D. Francisco de B. Aguilar, la de Paracuellos de Gioca (Zaragoza); D. Rosendo Castells, la de Panticosa (Huesca); D. Aurelio García Gavilán solicitó la excedencia, y D. Arturo Daza de Campos, la de Alhama Viejo de Granada.

Considerando que el concurso se ha ajustado á las prescripciones reglamentarias y á las de la convocatoria,

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

1.^o Que se apruebe el expresado concurso, expiliéndose los respectivos nombramientos á los médicos directores interesados en él para todos los efectos reglamentarios.

2.^o Que se declare excedente al médico director D. Aurelio García Gavilán, con arreglo á lo dispuesto en la Real orden de 24 de Enero de 1916.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, el de los interesados y efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 17 de Marzo de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, Martínez Anido. (*Gaceta* del 22 de Marzo de 1924.)

Ilmo. Sr.: Vista la instancia elevada á este Ministerio por D. Arturo Daza de Campos, médico director propietario del Cuerpo de Baños, exponiendo que por concurso especial fué nombrado inspector de Aguas minerales de la segunda zona de España, y que entrañando al parecer el art. 8.^o del Real decreto de 25 de Febrero último la negación de los derechos que le reconoce la Instrucción de Sanidad, suplica se dicte una disposición determinando concretamente su situación:

Visto, asimismo, el citado Real decreto, en cuyo artículo 8.^o se establecen nuevas normas para el nombramiento de los médicos directores ó habilitados que han de efectuar las visitas de inspección:

Considerando que en virtud de lo preceptuado en el artículo 10 del citado Real decreto, han quedado derogadas cuantas disposiciones se opongan á él, estando en este caso los artículos 169, 170 y 172 de la Instrucción general de Sanidad en cuanto se refieren á la forma de nombramiento de inspectores y su retribución.

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido por conveniente disponer:

1.^o Que como resolución á la instancia de D. Arturo Daza de Campos se le haga saber que en cumplimiento del repetido Real decreto, ha quedado suprimido el cargo de inspector de Aguas minerales de la segunda zona, para el que fué nombrado por Real orden de 19 de Marzo de 1923, debiendo considerársele cesante del mismo y hacerlo así constar en su título.

2.^o Que se declare al Sr. Daza con aptitud legal para poder elegir plaza en el concurso convocado por orden de esa Dirección general fecha de 9 de Febrero último.

3.^o Que esta disposición se publique en la *Gaceta de Madrid* y *Boletines Oficiales* de las provincias de La Coruña,

Lugo, Orense, Pontevedra, León, Oviedo, Zamora y Salamanca para conocimiento de los propietarios de los establecimientos en ellas enclavados y médicos de balnearios.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid 10 de Marzo de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 12 de Marzo de 1924).

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 700,6; ídem mínima, 691,5 temperatura máxima, 12°,1; ídem mínima, 1°,8; vientos dominantes, NNE.

Las variaciones meteorológicas se han significado en el estado de la salud pública con modificaciones en el carácter de los afectos dominantes, empeorando los de índole catarral aguda é inflamatoria de los órganos respiratorios y los congestivos y de hiperemia en los crónicos, principalmente del sistema circulatorio.

En los niños continúan siendo frecuentes aunque no graves las anginas faríngeas, las bronquitis y el sarampión.

Crónicas.

Homenaje al profesor Piñerúa.—Próxima la fecha en que el ilustre catedrático de Química, educador de tantas generaciones escolares, Dr. D. Eugenio Piñerúa, ha de cumplir la edad señalada para la jubilación de los maestros por la ley dura, pero vigente, contra la cual tantas veces hemos protestado, muchos de los discípulos, compañeros y admiradores del sabio maestro se proponen hacer una publicación de su obra científica y ofrecerla como homenaje de su estima, en la fecha aludida.

Desde luego, nos asociamos á tan merecida y justa muestra de adhesión.

Personal sanitario.—Por Real decreto de 25 de Marzo se confirma en el cargo de vocal de la Comisión Sanitaria Central á D. Eduardo Gallego Ramos, ingeniero, y á don Amós Salvador, arquitecto, ambos consejeros de Sanidad.

—Por Real decreto de 29 de Marzo se nombra jefe del Centro de Estadística Sanitaria de la Armada á D. Ildefonso Sanz Domenech, inspector del Cuerpo de Sanidad de la Armada.

—Por Real orden de 25 de Marzo se nombra médico de los Cuerpos de Vigilancia y Seguridad de Madrid á D. Manuel Martínez Saller.

Junta provincial de Sanidad. Bajo la presidencia del gobernador civil, este organismo en su última reunión tomó los siguientes acuerdos:

Proceder á la jubilación de todos los subdelegados de Sanidad que hayan cumplido la edad reglamentaria; nombrar subdelegado de Farmacia de San Martín de Valdeiglesias á D. Salustiano García Trabado, y de Veterinaria en Madrid, á D. Emilio Griffith; aprobar los expedientes de los cementerios de Carabanchel Alto y El Escorial de Abajo, desestimando un recurso interpuesto por la Sacramental de San Miguel; ídem el reglamento municipal de Higiene de Los Molinos, Cercedilla, Guadarrama, Navalcarnero, Galapagar y El Escorial; anular la votación del Ayuntamiento de El Alamo para la provisión de la plaza de médico titular; confirmar en propiedad á los subdelegados de Medicina que figuraban como interinos en dichos cargos, y girar una visita sanitaria á varios establecimientos sanitarios y estaciones de ferrocarriles.

Y, por último, se acordó la clausura de todas las hospederías y pensiones con asistencia para embarazadas que no se encuentren dirigidas por un médico, previas las formalidades reglamentarias, dictando las disposiciones convenientes en defensa de la salud del vecindario.

Ampliación.—Con gran satisfacción consignamos, ampliando la referencia publicada en nuestro número del 22 de Marzo acerca de la ponencia del Dr. Cifuentes á la Asoc-

ciación Internacional de Cirugía, que ya en el año 1903 fueron honrados con la designación de ponentes los Sres. Ortiz de la Torre é Isla; el primero trató acerca de *El examen de la sangre desde el punto de vista quirúrgico*, presentando su trabajo escrito en francés, y el segundo sobre *Tratado quirúrgico de la peritonitis*, y lo hizo en alemán.

Curso de Ampliación de Dermatología y Sifilografía.

—Organizado por los Dres. J. S. Covisa, J. Bajarano, G. de la Rosa y A. Navarro Martín, dará comienzo el 21 de Abril, en el Hospital de San Juan de Dios (pabellón Azúa), un curso de Ampliación de Dermatología y Sifilografía.

El número máximo de alumnos es el de 15, y el mínimo, 10.

Matrícula, 150 pesetas.

Inscripciones hasta el 15 de Abril en el Colegio de Médicos y en la Secretaría de la Facultad.

El programa es el siguiente:

DERMATOLOGÍA

Psoriasis y afecciones psoriasiformes.—Epitelioma cutáneo: Formas clínicas y anatómicas; cáncer profesional y cáncer experimental.—Sarcomatosis cutánea.—Pénfigo y afecciones penfigoideas.—Herpes cutáneo: Estudio clínico y experimental del grupo.—Trofonenrosis cutáneas.—Atrofias de la piel.—Dermatomiosis: Exposición clínica y medios de diagnóstico de las más frecuentemente observadas.—Tuberculosis cutánea y tubercúlides.—Lepia: Exposición clínica; tratamientos modernos.—Terapéutica cutánea: Generalidades y exposición del estado actual de la terapéutica general de las enfermedades de la piel.—Fundamentos de la terapéutica local de las dermatosis: Cirugía dermatológica: escarificación, cauterización, electrocoagulación, diatermia, nieve carbónica, fototerapia.—Biopsia: Reglas para practicarla; técnica general de la histopatología cutánea.

SIFILIOGRAFÍA

Sífilis experimental y fundamentos experimentales de la terapéutica preventiva de la sífilis.—Evolución y diagnóstico general de la sífilis en los períodos precoces.—Diagnóstico bacteriológico de las lesiones precoces de la sífilis y preferentemente del chancro.—Diagnóstico clínico y biológico de las lesiones tardías de la sífilis.—Anatomía patológica de las lesiones «sífilíticas».—Diagnóstico biológico de la sífilis (reacción de Wassermann; métodos de fijulación). Reactivación biológica de la reacción de Wassermann.—Diagnóstico clínico de la neurosífilis.—Punción lumbar: Examen del líquido cefalorraquídeo en los procesos sífilíticos del neuroeje (dato diagnóstico; investigación de la albúmina y de las globulinas; reacción de Wassermann; reacciones celoidales).—Terapéutica general de la sífilis: Estado actual del tratamiento mercurial.—Tratamiento de la sífilis por los arsenicales.—Tratamiento por los compuestos de bismuto.—Tratamiento de la neurosífilis.

Se completará la enseñanza con proyecciones y examen de enfermos.

Clausura de la Exposición de Higiene.—El día 25 y después de una detenida visita de los Monarcas á las diversas instalaciones, se celebró con gran solemnidad en uno de los salones del Palacio de Hielo el acto de clausurar la Exposición de Higiene.

El secretario del Comité, D. Alberto Rodríguez, pronunció un discurso, en el que puso de relieve los trabajos que se han realizado en la Exposición, las conferencias pronunciadas y la labor que ha realizado el Congreso de Hidrología.

El Monarca pronunció algunas palabras para dar la enhorabuena al Comité organizador por el éxito de la Exposición. Señaló la importancia suma de las cuestiones que se refieren á higiene, y expresó el vivo deseo de que al celebrarse la próxima Exposición, todos, ó una gran parte de los productos de elaboración extranjera, hayan sido sustituidos por otros de producción nacional.

Curso de enfermedades de la sangre.—El profesor G. Pataluga, con la colaboración de los Dres. S. de Bien y L. Luengo, ha organizado un curso práctico de enfermedades de la sangre y hematología clínica, que comenzará el 1 de Abril y terminará el 12 del mismo mes. El curso se compondrá de diez lecciones clínicas y ocho prácticas de hematología, que se desarrollarán todos los días laborables, á las diez y media de la mañana, en el Laboratorio de Parasitología y en las Clínicas de Patología general (Dr. García del

Real) y de Patología médica (Dr. Loza), en la Facultad de Medicina. La cuota de inscripción es de 50 pesetas.

Noticias.—A propuesta de la Junta de Ampliación de Estudios y de Acuerdo con el Directorio militar, se concede al Dr. D. Rafael Lorente de No, ayudante del Instituto Cajal, una comisión al extranjero para realizar durante un año trabajos de Neurología en Holanda, Alemania y Suecia.

—Por Real decreto de 12 de Marzo se promueve al empleo de inspector del Cuerpo de Sanidad de la Armada, al coronel médico de la misma D. Idefonso Sanz Domenech, en la vacante producida por pase a la reserva de D. Tomas Quirarte y Rugama.

Asamblea Nacional de ciegos españoles.—La Comisión ejecutiva de la Asamblea nos ha remitido el Reglamento por el que ha de regirse.

En él se consignan los temas que han de ser objeto de su estudio y que se refieren a la constitución de una Federación de los ciegos españoles para conocer al detalle sus necesidades; medios de protección que debe dárseles por el Estado, Provincia y Municipio, a fin de acabar con la mendicidad de los ciegos, prohibiendo, desde luego, la de los niños; en los temas docentes, estudiar la unificación de un sistema de escritura, formación de una estenografía española y especialización de la enseñanza de los ciegos, para el mejor aprovechamiento de sus aptitudes; además, temas de información para conocer el estado de la clase y los medios económicos de que se dispone para su mejoramiento y temas de profilaxis de la ceguera.

Señalada la celebración de la Asamblea para el presente mes de Abril, la Comisión organizadora que preside el doctor Cortezo ha acordado en su última sesión aplazarla hasta fines del mes de Mayo, para mejor estudio de las ponencias.

Los asambleístas deben dirigir sus trabajos a la Secretaría instalada en el Centro Instructivo y Protector de Ciegos calle de San Bernardo, núm. 68, principal.

Las subdelegaciones de Sanidad.—La nueva distribución de subdelegados de Medicina en Madrid y que rige desde el día 15 de los corrientes y por distritos es como sigue:

Buenavista, D. Nicasio Mariscal García, San Roque, 4, segundo; Centro, D. Florencio Porpeta, Flor Alta, 2 y 4, segundo; Congreso, D. Emilio Lacasa Díaz, Los Madrazo, 7, segundo izquierdo; Chamberí, D. Julio Ortega Pérez, Caracas, 9; Hospicio, D. Antonio Martín Menéndez, plaza de las Salesas, 8; Hospital, D. Adolfo Orjudo, Amiraute, 14; Inclusa, D. Carlos Blanco Soler, paseo de la Castellana, 6 duplicado; Latina, D. Santiago Carro, Atocha, 32; Palacio, don Antonio Martín Calderín, San Agustín, 9, y Universidad, D. Mario S. Taboada, Hortaleza, 67.

Alumnos del grado de doctor en Medicina.—Para textos, apuntes, programas, repases de esto y demás ampliaciones de estudios, matrículas, etc., os dará razón el doctor J. Esteban Cepero, antiguo y conocidísimo *Garçon* de las asignaturas de este grado de enseñanza y actual ayudante de esta Facultad, dirigiéndolos a ésta o a su domicilio (Santa María de la Cabeza, 27); si es por carta, con sello para la contestación.

¡Ojo, no fiarse de desaprensivos!

Curso de dermatología.—El Dr. D. Antonio Navarro Fernández dará un curso de enfermedades de la piel y sifilografía cutánea y visceral, los martes, jueves y sábados, de cuatro a seis de la tarde, en su consulta del Real Hospital del Buen Suceso.

La matrícula es gratuita para los médicos e internos.

Un certificado será concedido a los asistentes al final del curso.

Las inscripciones en el decanato de la Facultad, Colegio de Médicos, y en el Hospital.

Clausura del Segundo Congreso de Hidrología médica.—En nuestra sección de Academias, Sociedades y Conferencias de nuestro último número dábamos cuenta del solemne acto inaugural del Segundo Congreso de Hidrología médica cuya sesión de clausura tuvo lugar el día 20 bajo la presidencia del inspector de Sanidad, Dr. Durán de Cottes.

La asamblea aprobó unas conclusiones proponiendo que se favorezcan las comunicaciones a los balnearios, con tarifas especiales durante la temporada; que se establezca la tasa de estancia; que se determine que los respectivos Ayuntamientos sufragan los gastos de los pobres de solemnidad

que acudan en debida forma a los balnearios para la cura de aguas, y que se persigan los balnearios clandestinos, haciendo efectivo su cierre.

Se nombró una Comisión, compuesta por los doctores conde de Gimeno, Botella y Palancar, para que constituyan otra Comisión que se ocupe de organizar un nuevo Congreso o Asamblea de médicos hidrólogos, que debe celebrarse en Madrid el próximo año.

El Dr. Durán, que ostentaba la representación del director general de Sanidad, pronunció un discurso en el que ensalzó la labor realizada y declaró clausurada la Asamblea.

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. Carracito, 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.

Exc piente inerte.—Extremada elección la de la abeja y qué mal gusto el de la mosca, pues en un mismo jardín solicita aquella la fragancia y ésta la hediondez.

(Baltasar Gracián.)

Si indicatio obscura et dubia fuerit e ratione morborum similium eruatur; indicata, autem et electa hac ratione remedia caute tentanda sunt.—Si la indicación fuera oscura y dudosa, debe sacarse de la semejanza con otros enfermedades: los indicados, empero, los que elijamos por este motivo deben emplearse con cautela.

(Stoll.)

La Proveinase Midy.—Al presente número acompañamos un prospecto de la casa Midy sobre *La Proveinase*, recomendando su lectura.

Homenaje al Dr. Piñerúa.—Al presente número acompañamos una carta circular de la Comisión de homenaje al Dr. Piñerúa, recomendando el envío de las adhesiones al Dr. Mouriz, Carretas, 12.

PAPELES YHOMAR

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

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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