

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

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

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO BIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO 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 CASTELLY 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. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	S. PASCUAL Y RIOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la Real 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 Hospitales.	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 CIENTIFICO:

Olvidos españoles.—Arquivo é Inventario del Tesoro Olvidado, de los trabajos de Investigación y de los Laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Olvidos de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento premios y auxilios a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Sobre la tabes, por el Dr. Gonzalo R. Lafora.—Introducción a la psicoanálisis médica, por el doctor L. Binswanger.—Ideas clínicas: La hipertensión arterial en los sífilíticos, por el Dr. G. R. Gonzalo.—Frecuente distocia uterina, por el Doctor don Arcadio Sánchez López.—Analogías y diferencias entre la Hidroterapia simple y la termomineral, contestación al discurso del Dr. Piaila, por el Dr. Márquez y Rodríguez.—Bibliografía, por H. Sampelayo.—Periódicos médicos.

SOBRE LA TABES

Aplicaciones de los conocimientos recientes al problema terapéutico.

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

Del Instituto Cajal.

III

Analicemos en este último artículo las aplicaciones de estos conocimientos anatomopatológicos modernos sobre la tabes para el problema terapéutico de la misma, aún hoy tan discutido. Sólo lo haremos someramente y atendiendo únicamente a las líneas fundamentales del problema.

Es evidente, que desde un punto de vista apriorístico, parece bien justificada la afirmación de que, dado el género de lesiones radicales limitadas de la tabes en el período inicial y su extensión escalonada, el establecimiento de un diagnóstico prematuro y de un tratamiento adecuado pueden prevenir la difusión del proceso patológico, es decir, las nuevas implantaciones del espiroquete en otras raíces espirales posteriores aún sanas, y, por tanto, detener el avance de la enfermedad y aun mejorar los efectos causados por las lesiones iniciales. Por esta razón, parece sorprendente la posición de Nonne en el Congreso de Königsberg de 1921,

afirmando que la tabes experimenta un avance en su curso habitual por los tratamientos intempestivos é intensos que empleamos en la actualidad y defendiendo la vuelta a las curas moderadas con fricciones mercuriales. Hoy día sabemos, por los estudios quimioterápicos, la deficiente acción treponemocida de las fricciones mercuriales sobre la sífilis primaria, y es natural que mantengamos un escepticismo semejante, respecto a las últimas afirmaciones de un clínico de la autoridad de Nonne, con respecto a la sífilis cuaternaria. Es posible que un tratamiento intenso, pero breve, sea más perjudicial que beneficioso en la tabes incipiente, pero el tratamiento continuado durante mucho tiempo es seguramente de una acción sumamente beneficiosa, según nuestra experiencia personal.

Es preciso no achacar siempre a la acción del tratamiento los avances clínicos de la enfermedad que, en ocasiones, son meras coincidencias. Hace dos años vimos un enfermo con sífilis ignorada y con escasos síntomas de tabes, a quien propusimos empezar el tratamiento específico combinado; pero que no lo aceptó por dudar de nuestro diagnóstico, pues ignoraba su sífilis. Un mes después volvía a consultarnos con incontinencia de orina y una ataxia intensa que avanzaba rápidamente. Pocos días más tarde estaba totalmente inutilizado para andar y pidió que se iniciase el tratamiento, el cual ha producido después una gran mejoría en este caso de curso fulminante, el cual, de haber

sido tratado antes, hubiese atribuido su brusco empeoramiento a la acción terapéutica.

Nosotros queremos resumir nuestra experiencia terapéutica sobre la tabes diciendo: 1.º, que en la mayoría de los enfermos se ha notado una mejoría considerable con un tratamiento prolongado y de dosis nunca muy elevadas; 2.º, que hemos comprobado mejores efectos con los preparados bismúticos y mercuriales; 3.º, que los preparados salvarsánicos y silbersalvarsánicos, empleados al principio del tratamiento, han determinado, casi siempre, marcada exacerbación de los síntomas dolorosos, por lo que los empleamos únicamente como variantes después de tratamientos prolongados con aquéllos otros productos, y 4.º, que la terapéutica intrarraquídea mercurial asociada a la general en la tabes nos ha dado resultados excelentes y rápidos, nunca comparables a los de la terapéutica intramuscular ó intravenosa exclusiva.

Los tratamientos salvarsánicos a suturación, como los preconiza Leredde, en la tabes nos han producido grandes decepciones por la intensa agudización inicial del cuadro clínico subjetivo que con frecuencia se produce. Por el contrario, la moderna terapéutica con preparados de bismuto, especialmente el neotrepol, suele ser de una eficacia bien manifiesta desde el principio, singularmente en lo que se refiere a los síntomas subjetivos dolorosos; de ahí que actualmente iniciemos todo tratamiento de la tabes por una cura bismútica a fondo. Se supone que la acción beneficiosa del bismuto en la tabes estriba en la filtrabilidad de este producto por los plexos coroideos, sobre la cual se insiste tanto por los autores franceses; pero no hemos comprobado esta constante filtrabilidad. Sobre este punto interesante es preciso hacer numerosas investigaciones serias, pues encierra una importancia capital.

Nosotros atribuimos la superioridad del tratamiento intrarraquídeo en la tabes a esta circunstancia especial. Ninguno como él lleva los productos treponémicos al sitio de la lesión. Las raíces espinales afectadas por la invasión espiroquética quedan bañadas en un líquido que contiene sustancias tóxicas para el treponema.

Tenemos recogidos casos de resultados rápidos de la terapéutica intrarraquídea y nos sorprende ver la actitud atropellada con que han rechazado este procedimiento, tan eficaz en muchos casos, algunas autoridades alemanas y francesas en Congresos recientes. Confiamos nosotros, sin embargo, en que al final se impondrá un criterio más moderado, de igual manera como sucedió con la anestesia intrarraquídea, que después de haber sido tan vituperada en su principio, por los accidentes que provocó, hoy ha sido elevada a un rango superior a consecuencia de las modificaciones y mejoras que un estudio cuidadoso en manos de Tuffier en Francia y de Braun en Alemania han aportado.

El empleo de dosis moderadas, la preparación previa del enfermo con una terapéutica específica general (intramuscular ó intravenosa) y la separación de las inyecciones han eliminado hoy ya los accidentes peligrosos consecutivos a las inyecciones intrarraquídeas que

se observaron hace algunos años cuando nuestra experiencia era muy limitada sobre la cuestión.

En un trabajo especial sobre esta cuestión (1) hemos puntualizado todas las causas frecuentes de los fracasos y accidentes de la terapéutica intrarraquídea y la manera de evitarlos. Expusimos allí también por qué nos hemos reducido actualmente a emplear solo el suero autógeno mercurializado con dosis que no pasan de dos miligramos de sublimado, que es de una acción constante en sus efectos y hemos renunciado al empleo de los sueros neosalvarsanizados que producen efectos más variables y exponen al enfermo a cualquier accidente por los defectos involuntarios de la técnica al prepararlos antes de la inyección.

Hay un argumento demostrativo de la mayor eficacia de este método terapéutico en la tabes sobre los demás métodos empleados aisladamente, y es el hecho de que en muchos casos poco beneficiados con una terapéutica intensiva general, se comprueba a raíz de iniciar el tratamiento intrarraquídeo una mejoría clínica considerable. Vamos a citar brevemente algunos casos demostrativos de este aserto.

Un enfermo con paraparesia espástica y radiculitis dolorosa de varias raíces dorsales de origen sífilítico que no habían conseguido mejorar un tratamiento intravenoso intenso seguido durante un año, se vé libre de los dolores desde la cuarta inyección intrarraquídea de suero mercurializado. Otro enfermo tabético con ataxia incipiente no mejorada por la terapéutica mercurial y salvarsánica por vías generales, experimenta una rápida mejoría por la intrarraquídea que le hace recuperar su agilidad y le libra de los dolores, estado que se mantiene ya cinco años con tratamientos intravenosos é intramusculares espaciados. En otro enfermo con neuritis óptica tabética, muy avanzada, la terapéutica intramuscular é intravenosa permiten que se presenten en pleno tratamiento otros síntomas tabéticos, tales como los dolores fulgurantes y la ataxia, los cuales desaparecen rápidamente cuando se asocia a aquellos tratamientos una terapéutica intrarraquídea mercurial. Ultimamente hemos observado un caso que es sumamente demostrativo. Se trata de un tabético en período atáxico inicial, el cual mejora rápidamente de sus síntomas objetivos y subjetivos, al poco tiempo de iniciarse la terapéutica intrarraquídea asociada a la general. Al llegar el verano se le suspende aquella y sigue sólo un tratamiento de neosalvarsán intravenoso y neotrepol intramuscular de una manera constante, y sin embargo, se produce un marcado retroceso en los síntomas atáxicos y dolorosos que vuelve de nuevo a mejorar aunque no tan marcadamente cuando se instituye de nuevo la terapia intrarraquídea al volver el invierno.

Estos hechos pueden comprobarse frecuentemente, y singularmente hay síntomas, como las crisis gástricas, que ceden rápidamente a la terapia intrarraquídea, en tanto que no se modifican casi, ó a veces se

LAFBRA: «Progresos recientes en el tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis.» (*Archivos de Neurobiología*, 1921, núm. 1.)

empeoran con la intravenosa. Por el contrario, hemos observado casos con crisis intestinales (cólicos) en los que no se ha observado mejoría en este síntoma, mientras que desaparecían los dolores fulgurantes y los fenómenos atáxicos.

Lo que la clínica nos enseña, analizada cuidadosamente, lo comprueban los estudios biológicos y anatómopatológicos.

Sabemos por éstos la resistencia del espiroquete una vez que ha asentado en tejido nervioso, en el cual, al parecer, experimenta una variación biológica que le hace más resistente á la acción de nuestros medicamentos treponemicidas. De aquí que sólo mejore el proceso tabético de localización treponémica en las raíces posteriores cuando éstas son envueltas por los medicamentos antisifilíticos. La terapéutica intravenosa é intramuscular no acarrea á estos órganos las sustancias que se inyectan, pues sabemos, desde los estudios de Martens y Mac Arthur, que sólo en el 43 por 100 de los casos se encuentran trazas de arsénico en el líquido cefalorraquídeo media ó una hora después de inyectar 60 centigramos de arsafenamina, proporción de casos que aumenta á un 92 por 100 cuando se aumenta la permeabilidad de los plexos coroideos, inyectando seis horas antes por vía intrarraquídea suero sanguíneo del enfermo ó una solución salina fisiológica.

Por otra parte, los estudios de Rieger y Solomon han demostrado que los casos de neurosífilis que mejoraban más rápidamente con una terapia intravenosa eran aquellos que presentaban más cantidad de arsénico en el líquido después de las inyecciones intravenosas de productos salvarsánicos.

Son éstos dos hechos que marcan claramente la razón de los resultados obtenidos en la tabes con la terapia intrarraquídea. De aquí el interés que despierta la nueva terapéutica con los preparados de bismuto y la importancia que tiene un estudio en gran número de casos de diversas formas de neurosífilis y tabes de la filtrabilidad meníngea y de la eficacia treponemicida de estos productos.

Queda aún por tratar en último lugar, la cuestión de la *duración del tratamiento en la tabes*. Dado que hay muchos casos con reacciones negativas y que en otros éstas se hacen pronto negativas y mejoran los síntomas clínicos al cabo de un año de tratamiento combinado, intrarraquídeo y general, no tiene el clínico ningún dato que le guíe en el curso del tratamiento cuando han desaparecido los síntomas iniciales (en los casos avanzados, los resultados son mucho menos brillantes), y por ello el enfermo se considera curado.

La experiencia de estos últimos años nos ha enseñado que la curación definitiva de la tabes está aún sin resolver con unos ó con otros métodos, pues abandonados sin tratamiento, después de algunos años de terapéutica intensiva combinada, y de resultados de remisión sintomática, comprobamos que vuelven á aparecer lentamente los síntomas clínicos y los signos de laboratorio, emprendiendo de nuevo su curso progresivo la enfermedad.

De aquí que todos los que se ocupen del tratamien-

to de enfermos tabéticos hayan coincidido en la necesidad de no considerar nunca como curados á estos enfermos y aconsejarles un tratamiento más ó menos intenso á perpetuidad, es decir, la repetición de dos ó tres curas anuales, práctica con la que hemos observado una detención definitiva y constante del curso de la enfermedad en muchos enfermos que han seguido estos consejos. Por esto nosotros decíamos en nuestra monografía sobre neurosífilis (1) de 1920 que «no debemos hablar nunca de curaciones definitivas, sino considerar á los pacientes como crónicamente enfermos y sometidos, por tanto, á una persistente tutela terapéutica con pausas más ó menos prolongadas». En Francia, Tinel (2), también se expresó poco después de un modo semejante, cuando dice: «Los resultados obtenidos sólo se mantienen, en general, por la persistencia casi indefinida del tratamiento», y «La interrupción prolongada del tratamiento provoca casi siempre una recidiva. Las mejorías, es preciso saberlo, no son curaciones. Las recaídas, después del tratamiento, parecen más graves de lo que sería la enfermedad abandonada á sí misma antes de tratarla. Estos enfermos de tabes y parálisis general están, pues, *condenados á tratamiento á perpetuidad*». También en Inglaterra, Buzzard (3) se ha expresado semejantemente al escribir: «Se nos pregunta con frecuencia, ¿cuánto tiempo debe seguir el tratamiento para curarme? Durante muchos años he respondido invariablemente: durante toda vuestra vida. Lo mismo aconsejaría si se me consultase sobre un chancre primario. No puede negarse que nunca podemos decir con seguridad á un enfermo de sífilis que está ya curado, y como neurólogos, estamos viendo constantemente casos de tabes que habían sido curados con los preparados arsenicales, exactamente igual que hace quince años los veíamos en los enfermos tratados con el mercurio».

Aunque estas palabras sean un poco exageradas, contienen mucha parte de verdad.

NOTA ADICIONAL

Después de escrito este trabajo ha aparecido un interesante artículo de Cestan, Riser y Laborde sobre «Las Bases experimentales del tratamiento intraventricular é intrameníngeo» (*Revue Neurologique*, Enero 1924), en el que resumen sus experiencias sobre la distribución en el tejido nervioso de los gránulos de una sal de hierro (solución de ferrocianuro potásico y citrato amoniacal de hierro que es precipitable en los tejidos por el ácido clorhídrico bajo la forma de gránulos de azul de Prusia), inyectada en solución ya en los ventrículos ó ya en el espacio subaracnoideo.

El resultado de sus experiencias en el espacio subaracnoideo espinal, es que «el reactivo introducido en la cavidad raquidiana en cantidad mínima (no pasando de 10 c. c. en el hombre), no creando hipertensión,

(1) LAFORA: «Diagnóstico y tratamientos modernos de la neurosífilis». Madrid, 1920. Calpe, p. 115.

(2) TINEL: (*Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 10 Diciembre, 1920).

(3) BUZZARD: Tabes, its early recognition and treatment. (*Royal Soc. of Medicine*, 1920. *Brain*, 1921, p. 1).

es absorbido localmente en esta cavidad, sobre todo, si el enfermo conserva la posición vertical».

La velocidad de la absorción es proporcional a la tensión del líquido. La impregnación es más marcada en la parte inferior de la medula y en su cara posterior. Los gránulos precipitados se encuentran en las mallas de la aracnoides, alrededor de los vasos (sobre todo de las venas), y en sus tunicas, que á veces atraviesan hasta la luz del vaso, en los tabiques conjuntivos de la sustancia blanca y vainas aracnoideas de los vasos. *Las raíces posteriores están impregnadas, sobre todo al nivel de la zona de penetración en la medula.* Aquí la impregnación es más intensa que en ningún sitio, lo mismo que en la zona de Lissauer y *bandelettes de Pierret*. La parte distal del asta posterior está ligeramente impregnada. Fuera de la medula están menos impregnadas las raíces posteriores y anteriores, pero se ve una impregnación clara en los fondos de saco meníngeos del nervio radicular, y penetra algo en el ganglio raquídeo; pero nunca llega á la porción funicular del nervio. Nunca han encontrado los gránulos en el canal endimeario. Tampoco penetran en las astas anteriores, en la base de las posteriores y en la columna de Clarke.

Los autores terminan diciendo: «En definitiva, la absorción por los espacios subaracnoideos espinales en el hombre nos parece indiscutible»; más tarde añaden: «Así está completamente justificada de ahora en adelante la terapéutica raquídea de la tabes incipiente y de todas las radiculitis. Este será, indudablemente, el método de elección cuando sea posible utilizar medicamentos á la vez activos y poco tóxicos.»

Como verá el lector, este trabajo experimental viene en apoyo de lo que tantas veces hemos dicho en otros trabajos nuestros sobre la justificación científica de la terapéutica raquídea de la tabes, en los que nos fundábamos en nuestras experiencias (en colaboración con el Dr. Prados) sobre la impregnación de la medula y cerebro por las sustancias colorantes inyectadas por vías intrarraquídea é intracerebral.

Bibliografía.

BUZZARD: *Tabes: its early recognition and treatment.* (Brain, 1921).

LAFORE: Sobre la patogenia de la ataxia tabética. (*Archivos de Neurobiología*, 1920).

LEREDDE: *Traitement du tabes*, París, 1920.

NAGEOTTE: *Pathogenie du tabes dorsale*, París, 1903, Naud.

OLSENSTENIER: *Die Pathogenese der Tabes.* (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1897).

RICHTER: *Zur Histogenese der Tabes* (*Hirnpathol. Beiträge de Schaffer*, Berlín, 1921).

SCHAEFFER: *Tabes dorsalis.* *Handbuch der Neurologie de Lewandowsky.*

SCHAEFFER: *Beiträge zur Histopathogenese der tabischen Hinterstrangdegeneration* (*Deutsch. Zeitschr. f. Nervenk. u. Psych.*, t. 13).

SCHAEFFER: *Bemerkungen zur Histopathologie der Tabes* (*Hirnpathol. Beiträge*, 1921, y *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1921).

Introducción á la psicoanálisis médica ⁽¹⁾

El señor presidente:

Señoras, señores: Realmente resulta inútil en absoluto el que yo haga la presentación del profesor Binswanger, que indiscutiblemente es uno de los hombres con un más brillante porvenir en la Suiza y la Alemania médicas.

Reúne todas las condiciones excelentes y raras, que pocas veces se encuentran en conjunto en los especialistas de Psiquiatría, que se han dedicado á la más difícil de las especialidades de la Medicina.

La familiaridad de su trato, la cultura general y especializada que le hacen ser conocido por todo el mundo científico, sus publicaciones numerosas, las conferencias dadas en diversos centros científicos, y su famoso libro la «Psicología general», le han hecho ya adquirir un renombre que no suele ser concedido fácilmente en Alemania y en Suiza á las personas de la edad que tiene el profesor Binswanger.

Es hereditaria y tradicional, por decirlo así, la fama que tiene como psiquiatra, pues que en su familia se encuentran otros dos profesores, que al frente de Sanatorios perfectamente organizados, han adquirido una fama y representación de que son buena muestra la escogida clientela que les favorece.

El Dr. Binswanger que realizaba cerca de nosotros una visita, y que ha sido encargado por numerosas y distinguidas familias del cuidado de sus enfermos, ha tenido la bondad de aceptar la invitación que me he permitido hacerle para que diese una conferencia ante la Real Academia Nacional de Medicina, y así va á hacerlo, habiendo propuesto como título el de «Histerismo infantil en un caso especial».

Aun cuando él habla el castellano con la suficiente perfección para hacerse entender muy bien, ha traído, sin embargo, su conferencia escrita en alemán y ha encargado de la traducción al Sr. López-Ballesteros y de Torres, que ha hecho un trabajo bastante estudiado y muy á gusto del conferenciante. Va, por lo tanto, el profesor Binswanger á hacer la lectura de su conferencia en castellano, y tengo la seguridad, la certeza, de que por lo atractivo del tema y por la cantidad de materia científica que en él existe, por la cultura vasta del conferenciante, por la práctica que le ha dado su constante experiencia en Sanatorios, Hospitales y en la clientela general, podrá atraer perfectamente la atención de las personas que nos escuchan y será esta inauguración de las conferencias de esta Real Academia en este curso, digna de la Academia y de los cursos que han precedido.

Tiene la palabra el Sr. Binswanger.

I

Señoras y señores:

En 1893 publicó la revista *Neurologische Zentralblatt* un breve trabajo—sólo catorce páginas—titulado: «Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos». El contenido ideológico de este trabajo correspondía aún, por completo, á la Psicología médica de la época, revelando la influencia de las teorías de Struempell, Moebius y Benedikt, pero ante todo la de las edificadas por los investigadores franceses—Binet, los dos Janet, y muy especialmente, Charcot.—Los autores de dicho ensayo—dos médicos vieneses: José Breuer y Sigmund Freud—consideraban como mérito fundamental

(1) Conferencia pronunciada el día 18 de Octubre de 1923 en la Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. L. Binswanger (Kreuzlingen-Bellevue). Versión castellana de Luis López-Ballesteros y de Torres.

del mismo, el representar «un paso más hacia el descubrimiento del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, por el camino tan felizmente iniciado por Charcot, con el esclarecimiento y la imitación experimental de las parálisis histero-traumáticas». Sabido es que Charcot había logrado sugerir á pacientes histéricos, sumidos en estado de hipnosis, parálisis coincidentes en todos sus detalles, con las que había observado en ellos después de traumas somáticos y diferenciado, con gran precisión, de las orgánicas. La producción experimental de este género de parálisis, hallándose el sujeto en estado hipnótico, le condujo á la concepción de que también las parálisis histéricas surgidas en estado de vigilia habían aparecido después de traumas y basadas en representaciones que habían dominado el cerebro del enfermo en momentos de una especial disposición. Sitúanse, pues, aquí, en primer término, las relaciones directas entre el motivo traumático accidental externo y el síndrome patológico, y, además, el encubrimiento de estas relaciones en la conciencia del enfermo, la causa del mismo y su esclarecimiento. Los conceptos científicos fundamentales que aquí entran en juego, pertenecen todavía á una mecánica algo primitiva de las representaciones y los afectos. Bastará, en efecto, recordar el concepto del «afecto estrangulado», al que «se halla negada la usura normal, por reacción derivatoria, que tiene efecto en estados de asociación no coartada», y los términos: desdoblamiento de la conciencia, disociación, hipnoideo, amnesia, conversión, etc. De todos modos, el trabajo de Breuer y Freud va mucho más allá de las opiniones de su época, pues á pesar de la influencia de las corrientes científicas por entonces dominantes, y, á través de ella, vemos el cambio de frente realizado por el interés del investigador, interés que recae ahora sobre el *experimentar total* del enfermo, esto es, sobre su entera persona. En la fórmula expresiva del nuevo conocimiento en que culmina dicho trabajo, ó sea el de que «*el histérico padece, sobre todo, de reminiscencias*», se da ya á tal «padecer» el doble sentido en el que desde entonces es empleado este concepto en la psicoanálisis. No significa tan sólo un padecer objetivo, padecer de algo en el sentido médico (como decimos padecer de diabetes, de tuberculosis, etc.), sino también un padecer subjetivo *bajo* algo: un recuerdo, un sobresalto, una preocupación ó cualquier otro tormento psíquico. Con esto quedó dado el primer paso hacia una psicología y una psicopatología del hombre, de la persona humana en su totalidad.

No fué, ciertamente, este paso, consecuencia de una predilección personal. Por lo contrario, rechaza Freud expresamente toda responsabilidad con respecto al aspecto novelesco de los historiales clínicos por él comunicados y lo atribuye, con plena justicia, á la «naturaleza del objeto». Como siempre que en las ciencias experimentales se trata de un progreso decisivo, constituye aquí la «naturaleza del objeto», la norma por la que el nuevo método se rige, y es de una profundización original y no prevista, en el objeto, de lo que dicho progreso nace. «La diagnosis local y las reacciones eléctricas—decía Freud—no nos son de utilidad ninguna en el estudio de la histeria; en cambio, una minuciosa exposición de los procesos psíquicos, tal y como suelen ofrecérsenos en sus obras los poetas, me permite adquirir, mediante la aplicación de unas cuantas fórmulas psicológicas, una cierta visión del origen y desarrollo de una histeria. Tales historiales clínicos han de ser juzgados como los psiquiátricos, pero presentan, sobre éstos, una ventaja: la de la íntima relación entre la historia de la enfermedad y los síntomas patológicos, relación que tan en vano buscamos en las biografías de las demás psicosis.» («Estudios sobre la histeria», pág. 140.)

En el ensayo sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, al que nos venimos refiriendo, hemos de ver el punto de origen de la psicoanálisis. La cita antes consignada no pertenece á él, sino á los «Estudios sobre la histeria», publicados dos años después, pero ambos trabajos se fundan en un mismo material, reunido y preparado, ya casi en su totalidad, á la publicación del primero. Los «Estudios», que comienzan con una reproducción de aquella «comunicación preliminar», constituyen tan solo, al principio, una exposición del material probatorio casuístico de la nueva teoría, pero la sobrepasan después, en gran manera, con el clásico ensayo teórico de Breuer, en el que desarrollando una brillante dialéctica, se armonizan las nuevas experiencias con las teorías de Binet y Janet, Fechner y Exner, y luego con el estudio de Freud «sobre la psicología de la histeria». Todavía hoy pueden recomendarse los «Estudios sobre la histeria» como la mejor introducción á la psicoanálisis. Constituyendo el puente que va desde la época preanalítica de la psiquiatría á la psicoanálisis propiamente dicha, no son, sin embargo, en modo alguno, de un mero interés histórico y didáctico, sino que encierran ya el planteamiento de cuestiones estrictamente psicoanalíticas. La terapia en ellos expuesta es todavía la puramente catártica de Breuer, consistente en el descubrimiento del material psíquico disociado de la conciencia, amnésico y no derivado por reacción, y de sus relaciones directas con los síntomas histéricos. El agente terapéutico es aún el procedimiento de presión hallándose el sujeto en estado hipnótico ó de conciencia restringida. De todos modos, el ensayo psicoterápico de Freud, tan extraordinariamente valioso y que aun hoy en día consideramos como la mejor guía para los principiantes en la terapia psicoanalítica, nos proporciona ya importantísimos datos sobre la estructuración ó organización del material patógeno, datos que dejan ya transparentarse las cardinales directivas que desde entonces ha seguido el desarrollo de la investigación freudiana. Para la mejor inteligencia del ejemplo que más adelante me propongo exponer, quiero entrar detalladamente en el examen de este punto concreto. El material psíquico de una histeria se nos presenta como una formación de varias dimensiones, constituida, cuando menos, por tres órdenes de estratos. El nódulo patógeno, esto es, el trauma patógeno ó la idea patógena, se halla rodeado de una cantidad, á veces increíblemente considerable, de material mnémico, que en el análisis habremos de investigar conforme á una triple ordenación. En primer término, se verifica una ordenación «lineal», cronológica, dentro de cada uno de los temas que tienen en el síntoma su punto de partida. Estos temas se hallan, en segundo lugar, concéntricamente estratificados en derredor del nódulo, tratándose, además, de capas de la *resistencia*, que va creciendo de fuera adentro, en dirección al nódulo. «Las capas más periféricas contienen, con relación á diversos temas, aquellos recuerdos que son fácilmente recordados y fueron siempre claramente conscientes. Cuanto más se profundiza, más difícilmente son reconocidos los recuerdos emergentes, hasta que ya cerca del nódulo tropezamos con recuerdos que el paciente niega, incluso en el momento de reproducirlos.» («Estudios», pág. 254.) Aunque la actual concepción psicoanalítica de la resistencia es muy otra, el descubrimiento de una tal estratificación *dinámica* revelada por una resistencia mnémica cada vez mayor, ha conservado un carácter fundamental y habrá de disuadir al principiante de querer penetrar hasta el nódulo del material patógeno por medio de un interrogatorio directo. El desconocimiento de este factor dinámico ha impedido á muchos comprobar la teoría psicoanalítica y llegar á formarse un

juicio exacto sobre ella. Por último, la tercera ordenación es «la ordenación conforme al contenido ideológico, el enlace por medio de los hilos lógicos que llegan hasta el nódulo». Esta cohesión lógica «corresponde, no sólo á una línea en zig-zag, sino á todo un sistema de líneas, ampliamente ramificado, y, sobre todo, convergente. En él, advertimos focos de convergencia á los que van á reunirse dos ó más hilos que continúan luego, unidos, su trayectoria, y en el nódulo desembocan, por lo general, varios hilos, de curso independiente, ó unido, en algunos puntos, por caminos laterales. Expresando este mismo hecho en palabras distintas, diremos que es sobremanera singular la frecuencia con que un síntoma se nos muestra *múltiplemente determinado ó superdeterminado*» (l. c., pág. 254). Esta ordenación del material patógeno se nos revelará claramente en el ejemplo que más adelante exponremos. Naturalmente, puede tratarse asimismo de varios de estos nódulos patógenos, los cuales se hallarán, entonces, enlazados á su vez entre sí. Pero también con el Yo normal y sano existen múltiples relaciones. El grupo psíquico patógeno no se conduce con respecto al Yo total, como un cuerpo extraño circunscrito, sino más bien como un infiltrado. Continuando esta comparación, añadiríamos que lo infiltrante es precisamente la resistencia, el creciente alejamiento del material patógeno de su percatación por el Yo consciente normal.

A partir de la publicación de los «Estudios sobre la histeria» continuó Freud, independientemente, su labor investigadora, y en diez años del más abrumador aislamiento científico, durante los cuales luchó contra la burla y el desprecio con aquella energía intelectual y sobre todo moral que es patrimonio de los grandes en el reino del espíritu, creó la magna obra que bajo el nombre de psicoanálisis es hoy discutida, aplicada y desarrollada en todo el mundo civilizado. Permitidme que en esta introducción señale algunas de las grandes cardinales directivas á lo largo de las cuales se ha desarrollado la investigación freudiana.

El problema principal que á continuación de los «Estudios sobre la histeria» había de surgir y cuyo planteamiento comenzaba ya á iniciarse en ellos, era el de la correlación del material psíquico patógeno con el Yo normal, ó como nos parece preferible decir, el Yo total, la persona conjunta. Dicha correlación es regida, hasta ahora, por el concepto de la resistencia mnémica que el Yo normal experimenta ante el grupo nodular patógeno. Esta resistencia mnémica es concebida, á pesar de su marcado carácter dinámico, de un modo puramente morfológico ó tópico, lo cual equivale á decir que la conciencia se presenta aún, para Breuer y Freud, como un mapa geográfico en el que junto á zonas de conciencia clara y luminosa, aparecen otras de conciencia semiclaras (hipnoideas) y otras de conciencia nula. El Yo normal ha ocupado todo el dominio de la conciencia clara y luminosa, y la causa del extrañamiento ó de la resistencia entre ambos Yos, reside precisamente en la diferencia de las zonas de conciencia por ellos dominadas. Pero esta diferencia no queda aún explicada psicológicamente (en el sentido de una psicología de la persona) en los «Estudios». Ciertamente es que se rechaza ya, en ellos, la teoría puramente fisiopatológica de Janet de la debilidad anímica original, de la «insuficiencia psicológica» y de la disminución del campo de conciencia, pero de todos modos continuamos moviéndonos dentro de un puro dinamismo de los afectos y las representaciones. Lo que dispone á la «disociación de la psiquis»—como dice Breuer—es la *coexistencia habitual de dos series de representaciones*, el desdoblamiento habitual ó condicionado por situaciones elevadamente afectivas de la vida del sujeto, de la capacidad psíquica.

Un tal desdoblamiento se verifica, por ejemplo, cuando una hija cariñosa que está prestando asistencia á su padre, enfermo de muerte, tiene que concentrar toda su atención en su labor de enfermera y se ve forzada, sin embargo, á pensar en el hombre á quien ama, en una especie de sueños diurnos. Freud da aquí el paso decisivo: Cuando, en tales casos, acaba la conciencia por quedar *totalmente* desdoblada, faltando ya, entre ambas series de representaciones, incompatibles, todo enlace consciente, no basta, á su juicio, para explicar tal resultado, la hipótesis á que Janet hubo de acogerse de una insuficiencia innata de la síntesis psíquica, ni tampoco la hipótesis de Breuer de que la existencia conjunta de dos series de representaciones incompatibles entre sí conduce, como pasivamente y mediante una mecánica de la actividad de la representación y de los afectos, á dicho desdoblamiento. El minucioso análisis del proceso anímico nos muestra más bien, que es siempre el Yo normal ó el Yo total, la persona conjunta, el que rechaza moralmente, *defendiéndose* contra ella, la emergencia de una determinada serie de representaciones, ó como más tarde se ha convenido en decir, la *reprime*. De esta cuestión tratan ya ampliamente los trabajos sobre las neuropsicosis de defensa publicados por Freud en los años de 1894 y 1896. No podemos, pues, representarnos ya estos procesos suponiendo que el Yo se limita á aprovechar un desdoblamiento dado por *otro* motivo cualquiera ó fácilmente producible, para desterrar de su campo de visión representaciones repelentes, pues en realidad es el mismo Yo, la persona misma, el que *sustrahe activamente* á la conciencia, esto es, á la facultad de recordar, el contenido de representaciones de carácter penoso. En la historia de la psicología de la persona, inicia este cambio una nueva época. En nosotros mismos, es decir, en nuestro Yo responsable, ó sea en nuestra persona, reside (hasta cierto punto) el poder de determinar si una serie de representaciones ha de transcurrir con ó sin conciencia. Dicho de otro modo: de nosotros depende el tolerarla en la conciencia ó encarcelarla en lo inconsciente. Esta circunstancia constituye el punto de partida de la teoría de la represión. No sólo en su concepción de las neurosis, sino también en su psicología de los sueños, los actos fallidos, el chiste y muchas formaciones anímicas de la vida de los pueblos, ha utilizado Freud, con gran éxito, esta teoría. El padecer moral *bajo* algo, mencionado ya en la «Comunicación preliminar» y que continúa luego desempeñando un papel en la concepción de las «series de representaciones heterogéneas», se convierte ahora en concepto central, base de un sistema, en el concepto del *conflicto psíquico*. Tenemos aquí, ante nosotros, un conjunto de hechos que puede ser llevado, fenomenológicamente, á un mayor esclarecimiento.

Partiendo de este concepto del conflicto psíquico, puede seguirse fácilmente la estructura de la teoría psicoanalítica. Lo que de esta teoría no ha sufrido hasta el momento modificación alguna, es la posición central que en ella ocupa el conflicto psíquico, la discordia moral del hombre. Para la psicoanálisis—y desde sus comienzos hasta el momento actual—no es el hombre únicamente un organismo biológico, un autómata anímico ó un conjunto de funciones compuesto de tales y tantas funciones anímicas, sino el ser, que tenso entre la felicidad de los sentidos y la paz del alma, entre imperiosas energías biológicas y progresivas aspiraciones morales, lucha por conciliar las unas con las otras y busca trabajosamente su camino. De este modo, penetra la psicoanálisis hasta lo más íntimo del hombre y consigue realmente apoderarse de su esencia. De la división primitiva de esta esencia en «Yo normal» y un «material psíquico patógeno» ha quedado, sin embargo, muy poco; tanto menos

cuanto que la teoría se ha demostrado ya hace mucho, perfectamente aplicable al hombre sano.

(Se continuará.)

IDEAS CLÍNICAS

La hipertensión arterial en los sífilíticos

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Paris Medicale de 25 de Agosto último publica un trabajo de los Dres. Brouardel, Giroux y Bonnet, titulado «Hipertensión sífilítica secundaria», en el que, con motivo de un curioso caso clínico, hacen atinadas observaciones sobre la frecuencia, aún poco advertida, con que la hipertensión arterial suele presentarse en los primeros periodos de la sífilis, antes, pues, que esta infección haya podido originar lesiones renales ó vasculares, que con ulterioridad por sí mismas puedan explicar aquel exceso de tensión arterial, sin intervención directa de la causa específica infecciosa que las determinó.

A este fin, é inspirado en dicho trabajo, deseo hacer algunas reflexiones clínicas que su lectura me sugiere.

Conocida la evolución clínica ordinaria de la infección sífilítica, pudiera admitirse, con relación al aparato vascular, dos periodos de influenciación sobre el mismo, á saber: uno, primitivo, en el que se encontrasen comprendidos el inicial y el secundario de la infección, y otro, ulterior, final y último, propio del periodo terciario de la sífilis, y que, dada su muy probable manera ó mecanismo de actuar sobre el aparato vascular, hasta me atrevería á denominar *sanguíneo* al primero y propiamente *vascular* al segundo.

Poco estudiadas y escasamente conocidas están hoy día las influencias que sobre la tensión arterial ejerce la infección sífilítica durante sus dos primeros periodos; mejor dicho, durante su periodo secundario ó de generalización, que es el que podemos considerar verdaderamente activo en este sentido, prescindiendo del primitivo ó inicial, en el que por la localización lesional podríamos considerar como nulo á nuestros efectos.

Por eso es que el caso clínico de los Dres. Brouardel, Giroux y Bonnet se hace doblemente interesante, sirviendo de estímulo para la observación de casos sucesivos.

Todas las infecciones, indudablemente (¿y por qué exceptuar la sífilítica?) en cuanto sus gérmenes ó productos tóxicos dejan de estar localizados y retenidos en los cantones epiteliales, endoteliales, ganglionares, etc... y demás órganos mecánico-defensivos naturales y vertiéndose en el torrente circulatorio, se generalizan y estimulan la movilización de esos maravillosos mecanismos defensivos químico-biológicos, todas, digo, necesariamente tienen que influenciar también el misterioso mecanismo automático ó reflejo que regula la tensión sanguínea, mediante la cual se aumenta, se disminuye, acelera, retrasa, altera ó modifica el riego sanguíneo y

por ende la función de todos y cada uno de los órganos que con sus secreciones y excreciones han de intervenir en aquellas defensas vitales, endógenas y misteriosas, contra la infección en sus comienzos.

El escalofrío, la taquicardia, la respiración frecuente, la poliuria, la hiperemia cutánea, los ligeros sudores y los mil síntomas generales, comunes y difusos que ordinariamente suelen ser premonitores de toda infección, acaso no tengan más explicación, ni sean otra cosa que la consecuencia lógica de un trastorno primitivo de hiper ó hipotensión sanguínea, provocado por la entrada de tóxicos ó gérmenes en el torrente circulatorio.

Si, por otra parte, tenemos en cuenta la consabida predilección que el germen sífilítico manifiesta desde su entrada en el organismo á localizarse, lesionar y alterar las paredes de los vasos, dando con ello lugar á las características de lesiones vasculares (macro ó microscópicas), en sus tres periodos ó etapas lesionales y evolutivas, tendremos suficientes motivos clínicos para fundamentar nuestras creencias acerca de la acción específica que aquel agente infectivo ha de ejercer en dicho aparato orgánico.

Pero si los trastornos de tensión arterial que el germen por sí mismo produce en sus comienzos (análogamente á como pueden producirlas otros agentes infectivos) son atribuibles á él mismo ó á sus productos tóxicos de secreción, por acción directa sobre el aparato nervioso vasomotor regulador de aquélla, los originados ulteriormente, en sus periodos terciarios y finales, cuando ya las lesiones vasculares específicas, hondas y difusas, endurecen y hacen rígidos los vasos arteriales, suelen ser más bien originados por estas mismas lesiones vasculares, sin que en ello intervenga la especificidad de la causa que los lesionó.

El carácter mismo de la hiper ó hipotensión arterial en uno ú otro caso ó periodo, nos lo suele demostrar con elocuencia; y así vemos la fugacidad é inestabilidad de aquel aumento ó disminución de la tensión arterial en el primer periodo, por ser relativamente pasajera la causa que la engendró y la constancia, persistencia y casi permanencia irremediable de la hipertensión vascular, cuando los vasos ya endurecidos, esclerosados y rígidos, por el agente específico, análogamente á como los endurecen y esclerosan causas distintas (alcohol, tabaco, edad, excesos, etc.) son por sí mismos los causantes de aquel fenómeno tensional.

Por eso es que con exquisito cuidado debemos siempre diferenciar en clínica la hipertensión arterial, pasajera, fugaz, poco estable, propia y característica de causas, por decirlo así, extravasculares (entendiéndose en este caso por vaso únicamente las paredes del mismo) aunque quizá llevadas por el propio torrente sanguíneo, de aquellas otras hipertensiones permanentes, constantes, producidas casi siempre por lesiones irremediables y definitivas, circunscritas ó difusas de las propias paredes vasculares (esclerosis, ateroma, aneurismas sacciformes, etc.).

A la primera categoría pertenecería la referida en el artículo mencionado producida en pleno periodo se-

cundario de la sífilis, así como aquellas propias del comienzo de toda infección, intoxicación, uremia, etc., y a la segunda, las propias de los procesos esclerosos vasculares, sean éstos de origen toxicoinfeccioso, específico, de edad ó demás agentes causales engendradores de los referidos procesos.

Y dicho se está, que así concebidas las causas de la referida hipertensión arterial, nuestra conducta terapéutica ha de ajustarse en cada caso al mecanismo que la produce procediendo en armonía con aquellas y obrando, como es natural, con mayor ó menor eficacia dentro de los limitados medios que poseemos, para contrarrestar sus efectos, detener su marcha ó amenazar, al menos, los trastornos de un riego sanguíneo defectuoso en el parénquima de los diferentes órganos.

Septiembre, 1923.

FRECUENTE DISTOCIA UTERINA ⁽¹⁾

POR EL

DR. D. ARCADIO SANCHEZ LÓPEZ

Tocólogo numerario de la Beneficencia Municipal. Premios extraordinarios en la Licenciatura y Doctorado.

En la fisiología de la dinámica del parto han de estimarse tres valores que, siendo substancialmente idénticos y ligados entre sí, pueden desdoblarse en su modo de acción, dando lugar á alteraciones patológicas que, comprendidas hasta hace poco bajo un mismo síndrome, en el que se impuso un tratamiento uniforme, originan estados distócicos individuales, en los que se hace necesario oponer un tratamiento específico para cada caso.

Las distocias dinámicas se han de clasificar bajo tres puntos de vista: 1.º, distocias del tono (hipo ó hipertónicas); 2.º, distocias de contracción (hipercontractilidad ó inercia uterina), y 3.º, distocias de retracción (hiper ó hipo).

Las alteraciones del tono uterino son frecuentes en los úteros jóvenes con fibra lisa de tipo embrionario, rica en sarcoplasma y con escasa diferenciación protoplasmática, hechos fisiológicos que nos explican la frecuencia de las hipertónicas en las primíparas y de las atónicas en las múltiparas, así como la falta de fenómenos hemorrágicos *postpartum* en las primeras, y su constancia en los úteros cansados de las múltiparas.

Las alteraciones de la contracción dependen de la diferenciación protoplasmática de la fibra uterina, que se hace más perfectamente estriada á medida que las gestaciones se suceden, perdiendo sarcoplasma y sobrecargándose de mitocondrias. La rapidez en la contracción de un músculo está en razón directa del grado de estriación que posea. Por este hecho nos explicamos la frecuencia de los partos rápidos en las múltiparas y de las inercias uterinas en las primíparas.

Las alteraciones de la retracción muy ligadas á las del tono nos explican las hemorragias *postpartum* y las del alumbramiento en los úteros cansados, así como los fenómenos de retención de anejos fetales y la ausencia de manifestaciones hemorrágicas en los úteros jóvenes en cuanto á gestaciones se refiere.

Sin que pretendamos trazar una norma de conducta general, nos interesa muy bien deslindar aquellas distocias

(1) Comunicación presentada á la Sociedad Ginecológica Española en la sesión del 12 de Marzo de 1924.

que caracterizándose por una exageración del tono uterino, hecho propiciatorio á la detención de la marcha del parto, prestan una fácil confusión con las inercias uterinas (falta de contracción pura), cuya sintomatología es idéntica en cuanto al efecto útil se refiere, siendo diametralmente opuestos los tratamientos que hemos de imponer: en las hipertónicas, medicación sedante; en las inercias, medicación estimulante, que empleada en un caso equivocado de hipertónica, conducirá fatalmente á la exageración de ésta, determinando un estado contractural que no permitirá la terminación del parto y acabará fatalmente con la vida del feto.

Los estados de hipertónica son muy frecuentes en la práctica, siendo á menudo confundidos con inercias ó con distocias mecánicas. Aunque hemos hecho otra publicación concerniente á este punto (Tratamiento paradójico del parto lento), el hallazgo de un nuevo caso y la importancia que á nuestro juicio tiene la definición de tales estados nos determina á insistir sobre el mismo tema. A este propósito sometemos la consideración de los siguientes casos:

CASO 1.—*Hipertónica generalizada por presentación pelviana.*

Primípara, de veintisiete años. Historia, conformación genital normal. Embarazo de término bien tolerado. Presentación S. I. D. A. Comienza el parto á las diez del día 27 de Noviembre, contracciones irregulares que no llevan á cabo la dilatación; á las seis horas cuello permeable á dos dedos. A las veinticuatro horas sensación de tensión constante, dilatación de 4 á 5 centímetros de diámetro, pulso materno 110, agitación, ausencia de pausas en la contracción. A las veintiséis horas sin progresar la dilatación aparecen signos de sufrimiento fetal (pulso fetal 80, ausencia de movimientos activos y provocados). Inyectamos 2 c. c. de spasmalgina por vía endovenosa, cesando las molestias locales y relajándose útero, pulso fetal 110. A las veintiocho horas se inician contracciones con dolores intermitentes y pausas regulares. A las treinta horas con dilatación de 6 á 7 centímetros vuelve á aparecer la sensación de tensión y los signos de sufrimiento fetal, por lo que decidimos terminar el parto bajo raquí anestesia, perforando la bolsa y haciendo un Bossi, seguido de extracción manual por las nalgas, obteniendo un feto vivo que se hallaba situado en presentación pelviana completa S. I. D. A. Alumbramiento artificial, buena retracción uterina y puerperio normal.

CASO 2.—*Hipertónica y contractura por situación fetal viciosa y maniobras sobre el cuello.*

Primípara, treinta y cinco años. Un parto gemelar. Buena conformación pelviana. Embarazo fisiológico, última regla 20 de Febrero de 1922.

Rotura de bolsa á las cinco del día 1 de Diciembre. Escasas contracciones, cuello permeable á dos dedos. Buen estado general. Feto vivo en situación transversal dorso anterior, hombro á la izquierda. Realizamos una versión mixta muy premiosa por falta de líquido amniótico. Conseguimos dejar presentada una nalga (S. I. I. A.). A las diez de la mañana—cinco horas de comenzado el parto—se inician contracciones muy irregulares (escasas pausas, poca contracción, ausencia de dolor). A las siete horas fuerte contractura generalizada que determina rápidamente la muerte del feto. A las doce horas (cinco de la tarde) la dilatación no progresa, el estado contractural continúa y aparecen alteraciones generales (calofrío y pulso alto) que nos aconsejen terminar el parto, mediante gran extracción podálica, previa dilatación digital. Alumbramiento artificial, puerperio ligeramente febril.

CASO 3.—*Hipertónica generalizada por excitaciones sobre cuello y cuerpo uterino.*

Primípara, veinte años. Sin antecedentes genitales patológicos. Embarazo con intolerancia gástrica en primeras épocas, dos últimos trimestres normales. Empieza el parto el 22 de Febrero actual, á las diez, es tactada repetidas veces y sometida á insistentes masajes uterinos por una comadrona. A las doce horas de comenzado el parto no ha prosperado gran cosa la dilatación. Los dolores, en principio regulares, se hacen menos intensos, sobreviniendo un estado de «quietud molesta» según la paciente, que dura hasta las veintiséis horas de comenzado el parto en que somos requeridos. Hallamos por tacto rectal cabeza alta en izquierda anterior, dilatación de 3 á 4 centímetros. Sensación de tensión uterina, ausencia de dolores y de pausas, agitación materna, pulso, 115. No existe fiebre. Pulso fetal, 90.

A las diez de la mañana del día 23 de Febrero—veintiocho horas de parto—inyectamos 3 c. c. de spasalgina (hipodérmica); á las tres horas se han normalizado las contracciones que operan una dilatación de 6 á 7 centímetros de diámetro. Descenso del pulso materno y aumento del fetal (90 y 120). Rotura espontánea de bolsa á las dos de la tarde (treinta y dos horas), aumentan las contracciones con caracteres de normalidad sucediéndose el parto á las cuatro horas—36—en que realizamos una episiotomía bajo anestesia local baja (niketol) por resistencia perineal. Alumbramiento normal que es seguido de un puerperio algo accidentado, pero al cabo benigno.

Los anteriores casos ponen en evidencia que las alteraciones del tono en exceso, hipertonías, pueden conducir á una apreciación errónea de distocia por falta de contracción, inercia, cuyo tratamiento por los occitócicos nos llevará á desastrosos resultados, ya que son éstos en muchos casos los que determinan la hipertonia á cuya presencia se debe el descrédito y las acaloradas discusiones que la pituitrina y sus similares han provocado.

La hipertonia es distocia muy frecuente que recae en aquellos úteros de fibra muscular embrionaria muy aptos para la contractura. Aparte de esta causa de origen puede ser determinada por *excitaciones cervicales*; tactos repetidos, maniobras de rotura de bolsa, tentativas de dilatación en sus variados aspectos. Las *excitaciones sobre cara interna de útero*, aplicación de sondas y balones, malas presentaciones, situaciones y, sobre todo, actitudes fetales, oligoamnios, oblicuidades uterinas, vientre péndulo, puede determinarla igualmente. Las *excitaciones sobre cara externa del útero*: masaje uterino, maniobras de expresión placentaria, diástasis de rectos, peristaltismo intestinal, así como determinados *agentes generales*: simpaticotomía, producción de aminas (análogas en su composición á la adrenalina) en los casos de muerte fetal, y sobre todo el empleo intempestivo de los occitócicos, son causas que condicionan los estados de hipertonia, frecuentemente distocia que pasa desapercibida casi siempre por defecto de exploración y que da lugar en todos ellos á profundas alteraciones en la fisiología del parto.

La exageración del tono puede abarcar á todo el músculo uterino ó á determinados segmentos del mismo ocasionando las hipertonías generalizadas y las segmentarias, cuya parecida fisonomía comprende tres signos capitales: detención del parto, sufrimiento y muerte fetal y tensión permanente del útero, á los que suelen añadirse la infección ovular precoz y el edema de cuello.

Los síntomas precedentes obedecen á una misma causa: la fusión de pequeñas contracciones subintrantes por excitaciones repetidas que determinando un estado de retracción permanente no es útil para el trabajo del parto que se detiene, no formándose el segmento inferior ni efectuándose

la dilatación del cuello. Por la misma causa se dificulta la comunicación maternofetal sobreviniendo al poco tiempo los signos que acusan la molestia que el feto experimenta, que pronto se traducirá por la muerte del mismo.

La tensión permanente del útero en su totalidad ó en determinados segmentos se evidencia sobre todo por la ausencia de verdadera contracción; no existen dolores inteneos ni pausas indoloras, el útero no se endereza siguiendo la dirección de la línea umbilicopubiana, ni tiene la dureza que acompaña al momento de la contracción. La histerografía acusa una línea por encima de la de reposo y muy por debajo de los altos vértices que traducen el momento culminante de la contracción. La histeromanometría acusa una presión de 30/40 milímetros de mercurio, cifra superior á la del tono normal—12/16—y muy inferior á la de la contracción—80/100—. A la vez se añaden signos generales: agitación, angustia, elevación del pulso, que pronto se complican con aquellos otros que traducen la infección ovular y los trastornos circulatorios de cuello.

La palpación denota un útero tenso cuya uniformidad puede ser alterada por la presencia de anillos de contracción, stricturas, clones, calambres que como manifestaciones de hipertonías segmentarias pueden ser confundidas en muchos casos con malformaciones uterinas.

El tratamiento de las hipertonías muy frecuentes en la práctica, sobre todo las formas larvadas (retracción y ligera tensión permanente) debe ser profiláctico. Proscribir todas las maniobras de excitantes en aquellos úteros jóvenes que son los más aptos para la contractura, y si ésta se presentase aun á pesar de ello, imponer valientemente una medicación sedante á base de analgésicos ó anestésicos, sin que temamos la paralización del parto que espontáneamente ha de venir si la hipertonia persiste. Puntualizar muy bien las indicaciones de los occitócicos y no olvidar que la mayor parte de las veces que nos vemos requeridos para actuar en un parto que se ha detenido, nos solemos hallar frente á un caso de hipertonia que es quizás la más frecuente de las distocias dinámicas.

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

CONTESTACIÓN AL DISCURSO DEL DR. PINILLA
POR EL ACADÉMICO DE NÚMERO

DR. MÁRQUEZ Y RODRÍGUEZ

Catedrático de Oftalmología de Madrid.

Aún le ha quedado tiempo para ser ateneísta y conferenciante distinguido, siendo la última conferencia con que deleitó á sus oyentes la ya varias veces citada sobre Hybern, en la que no sólo traza de mano maestra la personalidad del biografiado, sino también las costumbres, el modo de ser y el ambiente médico de la época (1804-1883).

Es, por tanto, una personalidad compleja, de múltiples facetas, la de D. Hipólito Rodríguez Pinilla. No se crea, sin embargo, que, como ocurre muchas veces, se trate de uno de tantos eruditos á la violeta que se extienden en superficie sin profundizar en ningún orden de conocimientos. Nuestro amigo ha penetrado hondo en varios aspectos del saber médico, aunque, naturalmente, lo haya hecho con más intensidad en aquel que más le ha seducido y en el que es una personalidad de gran relieve: en el campo de la

(1) Véase el número anterior.

Hidrología médica. Además de ser, como ya se dijo, el catedrático de esta disciplina médica del grupo del Doctorado, era ya mucho antes uno de los más destacados individuos del notable Cuerpo de Médicos de Baños y Aguas minero-medicinales de España, y el discurso que nos ha leído es la última brillante prueba de sus conocimientos en esta especialidad hidrológica, que á España tanto debe interesar, dada la gran abundancia de manantiales que en ella existen, y que constituyen una gran riqueza nacional.

..

Pasemos, pues, ya á hacer breves, muy breves, reflexiones sobre este discurso, pues otra vez me viene á la memoria Voltaire con aquella sentencia, de que «el secreto de aburrir es el de decirlo todo» (*Le secret d'ennuyer est celui de tout dire*). Lejos de decirlo todo, diré muy poco, ya que mi opinión es aquí lo de menos.

Después de unas delicadas frases de elogio para su antecesor en el sillón académico, el que fué nuestro distinguido compañero Dr. D. José Grinda y Forner, poniendo de relieve las excelentes cualidades, sobre todo mundanas, á las cuales debió el disfrute de una numerosa y selecta clientela, pasa á desarrollar, de la manera magistral que todos hemos tenido la fortuna de oír, el tema «Analogías y diferencias entre la hidroterapia simple y la termomineral».

Lejos de mi ánimo el intentar ni siquiera el análisis superficial de este trabajo, escrito por quien posee la máxima competencia, oficial y efectiva, en el asunto, ni mucho menos la crítica, que había de tener muy poca autoridad hecha por quien, como yo, tiene ya algo «oxidados» los nunca muy profundos conocimientos que en alguna época de mi vida oficial docente hube por obligación de poseer respecto á Hidrología médica. Por cierto que de entonces data mi conocimiento con el Dr. Rodríguez Pinilla, cuando éste, ávido de saber, acudía al Laboratorio de Terapéutica de nuestra Facultad de Medicina á examinar la colección de rocas que la Comisión del Mapa geológico de España hizo por encargo expreso del ilustre profesor D. Benito Hernando, de quien yo era entonces ayudante oficial. ¡Quién le había de decir á Pinilla que aquella colección, que para muchos era de vulgares pedruscos, pero que en las manos inteligentes de don Benito adquiría un enorme valor científico, para explicar la relación entre la composición química de las aguas minerales y la de los diversos estratos de la corteza terrestre en que aquéllas tienen su origen, sobre lo cual mantenían ambos animados diálogos, de los que yo aprendía, por cierto, mucho... quién le había de decir á nuestro compañero de hoy, repito, que aquella valiosa colección, así como las curvas de temperatura, alturas sobre el nivel del mar, etc., de los establecimientos balnearios, habrían de estar después de correr los años bajo su custodia como catedrático de Hidrología!

Así conocí yo á Rodríguez Pinilla cuando éste aún no era profesor, y durante muchos años hube de perderlo luego de vista, aunque siempre seguí de lejos su brillante actuación científica, admirándole y leyéndole, hasta que regresó á la corte en 1913 para regentar la cátedra de Hidrología médica del Doctorado en nuestra Facultad; y ha sido seguramente el recuerdo de aquellos tiempos lo que ha movido á nuestro amigo, honrándome y abrumándome á la par, á dejar traslucir su deseo, que la Academia se apresuró á satisfacer, de que fuese yo el que contestase su discurso; mejor dicho, de que fuese yo el que con motivo de su bello discurso tuviera que hacer este deslabazado trabajo que estáis heroicamente soportando.

..

Llegamos ya, por fin, al tema citado «Analogías y diferencias entre la hidroterapia simple y la termomineral». En casos análogos, el que contesta puede seguir una de estas dos conductas: si es también un técnico de la especialidad, hará un detenido y minucioso comentario sobre todos ó sobre los detalles más interesantes tratados; si no lo es, se limitará á un examen de conjunto ó á tomar pretexto en algunas de las ideas fundamentales ó á discurrir, en fin, sobre algo relacionado con el tema desarrollado. En mi caso, aunque yo fuera competente, adoptaría esta segunda manera, por muchas discretas razones que no son del caso. Así procedió aquel ilustre y malogrado amigo, al que siempre recordaremos con emoción, D. José Gómez Ocaña, cuando se dignó contestar á mi discurso de ingreso en esta Real Academia, aunque traté de materias de mi especialidad, haciendo él uno tan bellísimo como breve, que tuvo como asunto el estudio «de los semejantes y los contrarios», para lo cual tomé como pretexto el antagonismo entre los midriásicos y los miósicos que yo había tratado.

Así haré yo también, con la diferencia, huelga decirlo, de que las brevísimas consideraciones con que aún he de entreteneros carecerán de la belleza de forma expositiva que aquel maestro ilustre dió á las suyas en aquella memorable contestación. Voy á discurrir sobre «El agua como vehículo de medicaciones», porque me parece que es una idea que flota, por decirlo así, en el discurso de nuestro compañero, y de la cual ha expuesto admirablemente varios ejemplos, con las sustancias mineralizantes, las corrientes eléctricas, la materia orgánica y la radiactividad.

Inútil es decir que de lo que menos se trata aquí es del agua como excipiente vulgar de soluciones y de pocimas en la Farmacia preparadas, sino, de un modo general, como portadora de fuerzas ó de materiales que puedan ejercer acción terapéutica, independientemente de la del agua.

El agua es, en efecto, una cosa cuya acción casi siempre es debida á todo... menos al agua. Esta es el vehículo, el portador, y hasta, si se quiere, á veces, el pretexto para que obren otras fuerzas ó agentes físico-mecánicos, químicos, biológicos y hasta psíquicos. Me explicaré.

En el Universo en general, ó sea en el llamado «macrocosmos», el papel del agua es importantísimo, en todos sus tres estados físicos, pero más comúnmente como líquido; aunque también como sólido, ó como vapor, produce intensas acciones mecánicas y físico-químicas que originan profundas alteraciones geodinámicas. Como disolvente general de muchos cuerpos, el agua se mineraliza y resultan los venenos mineromedicinales que emergen de la superficie terrestre y que tan útiles son en Medicina. Inútil es insistir sobre estas cosas tan sabidas.

Mas no menos importante es el papel que el agua representa en la vida y en los cambios nutritivos, fisiológicos, patológicos, y en las modificaciones que los agentes terapéuticos ejercen sobre el organismo vivo, al que los filósofos han llamado «microcosmos», por antítesis con el antes citado «macrocosmos». Y, en efecto, un mundo pequeño es cada organismo, dentro del cual, á su vez, viven un sin fin de otros diminutos organismos celulares, bañados en el agua de constitución y de interposición. «Sumergido en la sangre ó en los humores del individuo colectivo á que pertenece —ha dicho Debierre (1)— cada elemento anatómico se nutre, respira y funciona, vive, en una palabra, «como el pez en el agua», ó la bacteria en su caldo de cultivo». «El agua —hace observar Giacossa (2)— es el principal componente

(1) *Anatomie et Embriologie*, Paris, 1890, tomo 2, pág. 831.

(2) *Trattato di Materia medica*, Torino, 1901, pág. 119.

de nuestros tejidos, en los cuales (excepción hecha del óseo) se encuentra predominando sobre todas las otras sustancias; circula en gran cantidad con la sangre y con la linfa; constituye por sí sola la masa de algunas secreciones (orina, saliva, lágrimas); ocupa todos los intersticios de los tejidos; nuestro organismo se puede considerar como una masa de células inmersas en un líquido acuoso. El origen marino de los organismos ha podido ser defendido por algunos humoristas fundándose, entre otras razones, en lo antedicho, añadimos nosotros.

En realidad, el agua pura, ó sea el agua destilada, es un agente nocivo para los elementos anatómicos, que en ella no pueden vivir, pues, en virtud de su hipotonía, produce por osmoticidad las mayores perturbaciones en los mismos. De modo que el agua no se podrá usar como agente indiferente, ni siquiera en los lavados de las mucosas, como no sea que se quiera precisamente utilizar sus propiedades irritantes, y así referí yo en mi discurso de ingreso en esta Academia el caso, citado á su vez por Rognetta, del famoso anatómico Morgagni, que hubo de acudir, para curarse una pertinaz oftalmía crónica, al empleo del agua fría, y aunque es de suponer que ésta no era destilada, sería al menos la potable, que es hipotónica, por ser la hipotonía, ó sea la pequeña cantidad de sales, una condición de dicha potabilidad. El agua, en cuanto que contiene sales disueltas en soluciones aproximadamente isotónicas, es perfectamente tolerada tópicamente. La que contiene mayor cantidad aún de sales, constituyendo soluciones hipertónicas, produce acciones irritantes por mecanismo inverso.

Y aquí precisamente viene otra vez el ejemplo de la homeopatía que cita Pinilla en la ya varias veces mencionada conferencia sobre Hysern, cuando dice: «Si los homeópatas de 1830 ó 1840 hubiesen conocido la teoría de los iones, y que en una solución de electrolitos aumenta la conductividad eléctrica cuando mayor disociación, ó hubiesen tenido conocimiento de que la energía de un elemento químico es mayor, no por la cantidad, sino por la superficie que contacta, habrían visto su afirmación defendible hasta cierto punto (1) en el terreno de la experimentación.»

Si en el empleo del agua *intus* no hay dificultad ninguna en comprender cómo los elementos disueltos en las soluciones llamadas iónicas ó ionizadas ó en las moleculares pueden obrar sobre el organismo, no siendo el agua más que el intermedio para que dichos iones ó las moléculas actúen, no sucede ya lo mismo en el empleo *extra*, ó sea en la superficie cutánea, caso en el que es más difícil imaginarse cómo la acción de sustancias, de las cuales la mayor parte no se absorben, pueden actuar, modificando la acción del agua que las lleva. Y, sin embargo, los ejemplos que cita el recipiendario no dejan lugar á duda, y son muy interesantes al demostrar cómo sustancias contenidas en el agua, y que no se absorben, pueden, aun desde la superficie de la piel, modificar bastante la acción del agua citada, ya que el agua simple y la termomineral que lleva sales disueltas ó materias orgánicas en disolución u otras en pseudosolución coloidal, como la sílice, aunque puedan obrar fundamentalmente [de análoga manera, lo hacen con muy diferente intensidad, gracias á la materia ó á las fuerzas vinculadas, sobre las funciones de órganos más ó menos profundos.

Si, según antes se dijo, la conductividad, ó sea la facilitad

de transporte de la corriente, varía con los diversos electrolitos y con la concentración de las soluciones, hay que pensar que algo análogo ocurre también con la vulgar conductibilidad al calor, á la electricidad y aun á la luz misma, y, por tanto, se comprende la existencia de estas influencias que hacen variar la acción de las aguas.

Existe actualmente en la ciencia cristalográfica una teoría que goza de cierto predicamento, y es la *reticular* de Bravais, según la cual, un cristal es un conjunto de moléculas agrupadas regularmente alrededor de los nudos de una red en forma de paralelepípedo. Según Copeaux, dicha teoría explica «cómo la superficie de un cristal produce sobre los rayos X (de longitudes de onda extremadamente cortas: una diezmilésima de la longitud de onda media de las radiaciones visibles) efectos de difracción comparables á los que una red de líneas finas produce sobre los rayos luminosos» (1).

Y—añade dicho autor—«no es dudoso, además, que existen cristales blandos ó líquidos dotados de propiedades ópticas regulares, aunque desprovistas de formas geométricas rígidas, y, por tanto, de red». De este modo, los cristales seguirían existiendo en el seno de las soluciones, aunque sus moléculas estén más separadas, y seguramente subsistirán los diversos cristales simultáneamente en un mismo líquido cuando sean varios los cuerpos disueltos. Si añadimos aún las antes citadas sustancias en pseudosolución ó en suspensión, y los gases en análogas condiciones, constituyendo, entre todo, conjuntos complejos cuyos componentes obedecen á la vez á leyes físicas (2) y químicas muy diversas, se podrá entrever también cómo, en presencia, estas llamadas «linfas minerales» con el organismo mucho más complejo aún: con la Biomería letamendiana, han de variar considerablemente las acciones de las aguas en proporciones apenas concebibles, no ya sólo en sus infinitos detalles, pero ni aun siquiera en sus grandes líneas de conjunto.

Por si lo apuntado fuera poco, el agua en general, y las mineromedicinales en particular, pueden ser portadoras de agentes vivos, los cuales, inútil es decirlo, son capaces de originar acciones muy distintas de las del agua simple: patógenas unas veces, y es posible que terapéuticas otras, y otras también indiferentes; asunto que basta con indicarle, pues para su desarrollo *in extenso* sería preciso un libro, escrito además por quien dominase la materia.

Las medicaciones psíquicas pueden tener gran parte en muchos casos en la acción curativa de un agua determinada. En este caso, el *aqua fontis* (como la *mica panis*), como cualquier agua mineromedicinal, puede obrar por la sugestión de un nombre acreditado, por la ilusión ligada á un lugar más ó menos famoso, y en donde se realizaron tales ó cuales maravillosas curas, recordadas por inscripciones, como la de «aquí curó Federico el Grande de su gota», por la despreocupación de los negocios habituales, por el reposo cerebral, por el cambio de impresiones, por la contemplación de las grandes bellezas naturales, y si añadimos aún á estos factores psíquicos la complejidad representada por el clima, los terrenos, el género de alimentación..., etcétera, se comprenderá cómo todos ellos curan ó alivian á

(1) H. Copeaux: *Introduction à la Chimie générale*, Paris, 1919, página 25, nota al pie.

(2) Merecen ser recordadas aquí las interesantes investigaciones que, con el título de *Leyes mecánicas de los líquidos turbios y de los gases nebulosos*, publicó D. Victoriano García de la Cruz, catedrático que fué de la Facultad de Ciencias (Madrid, 1895), en la revista *La Naturaleza*.

(1) Soy yo el que subrayo, para que se vea que el autor, simpatizando con los homeópatas, en principio, no quiere, sin embargo, adherirse incondicionalmente al sistema.

los enfermos, tomando como pretexto las aguas minerales, aparte de la acción efectiva que éstas puedan por sí solas desarrollar.

De este modo resulta que, en realidad, la llamada «cura de aguas» es la más compleja de las existentes, puesto que en ella se ponen á contribución todos los grandes elementos de la Naturaleza «gracias á los cuales vivimos, por cuya acción enfermamos y morimos» (1), y gracias á los cuales también, podemos añadir, curamos muchas de nuestras dolencias: los «aires, aguas y lugares» de la colección hipocrática. Y si á ello añadimos que en los establecimientos balnearios modernos son utilizados también todos los otros recursos del arte médico, incluso los farmacológicos y hasta los quirúrgicos, no resulta una paradoja afirmar que «el agua es un portador de muchas medicaciones, á la vez que un pretexto para el empleo de otras; y que casi siempre obra por todo... menos por el agua», como al principio dije.

Se me dirá que éstas son cosas demasiado sabidas, y que no valía la pena de insistir sobre ellas. Ciertamente; pero me ha parecido que ya que nuestro ilustre compañero ha fijado su atención en varios interesantes aspectos parciales referentes á circunstancias modificadoras *en detalle* de la acción de las aguas, no era tal vez inoportuno esbozar (ya que no desarrollar), para poner de relieve toda su magna complejidad, el problema *en conjunto* de la cura hidromineral. ¡Qué de extrañamiento siendo el agua vehículo de tantas y tan diversas medicaciones, puedan varias de éstas ser sinérgicas unas veces, y contrarias otras en su acción á la de las aguas mismas, modificándola, ya en el sentido de reforzarla, ya en el de atenuarla!

Y después de agradecerlos infinitamente la benévola atención que me habéis dispensado, ceso ya en este momento de abusar de ella, no sin felicitar de nuevo al que ahora mismo, al recibir de la presidencia la honrosa medalla, va quedar incorporado (y ojalá por muchos años), como ilustre miembro numerario, á esta Real Academia Nacional de Medicina.

He dicho.

Publicaciones del Dr. Rodríguez Pinilla.

Diccionario general Hidrológico. V 400 páginas. Madrid, 1916. (Premio Salgado en la Real Academia.)

Manual de Hidrología Médica. Barcelona, 1900.

Mentiras Convencionales de la Medicina. Prólogo de don Juan Azúa. Madrid, 1898.

Costumbres Balnearias. Madrid, 1895.

Organoterapia. (Primer volumen de la Biblioteca monográfica de Medicina.) Salamanca, 1900.

Medicina de hechos y Medicina de ideas. (Dos lecciones inaugurales del Curso de Patología Médica.) Salamanca, 1901.

Clínica Hidrológica Española. Madrid, 1921. (En colaboración.)

Folleto y ensayos.

Terapéutica de las disneas. Salamanca, 1910.

La diarrea verde en los niños. Idem *id.*

La Catalyse des Eaux minérales. (Extrait des *Tablettes Médicales Mobiles*.) Clermont, 1913.

La Psicología de la Muerte. Ensayo publicado en la Revista *Estudio*. Barcelona, 1915.

Los juegos de muñecas como medio de educar. (Conferencia.) 1917.

(1) *Per ea quibus vivimus et avari sumus per ea aegrotamus et morimur* (Boerhaave).

Estudios de Hidrología. Madrid, 1915.

Las enfermedades crónicas de la infancia y su tratamiento hidromineral. Madrid, 1890.

El fonógrafo, el micrófono y el teléfono aplicados á la Medicina. (Comunicación al Congreso de Otorrinolaringología.)

Dispepsias y aguas minerales. Madrid, 1892.

La edad somática y la edad cronológica en Pediatría. (Comunicación al Congreso de la Asociación para el Progreso de las Ciencias, en Valladolid.) 1915.

Las aguas alcalinas en España. (Idem *id.*)

Las afinidades eléctricas en Medicina. (Idem al Congreso de Sevilla.) 1917.

Valor práctico de las Gotas de Leche. (Idem al Congreso de Valencia.) 1910.

El *Sweating system* y la tuberculosis. (Idem al Congreso de Zaragoza.) 1908.

La riqueza hidrológica de la provincia de Salamanca. (Idem al Congreso de Salamanca.) 1923.

La tuberculosis en Castilla. (Idem al Congreso de la Tuberculosis de Zaragoza.) 1908.

Homeopatía y Hahnemanismo. (Extraído de *El Criterio Médico*.) 1890.

Medicamentos para niños. (Discurso inaugural de la Sociedad de Pediatría de Madrid, 1916.)

La transformación de las Inclusas. (Idem en 1919.)

Influencia del estado psicológico en el niño enfermo. (Idem en 1920.)

Los Baños de Ledesma en las cardiopatías. Salamanca, 1906.

La presión arterial en Balneología. (Extraído de *Los Progressos de la Clínica*.) 1923.

Tratamiento hidromineral de las gastropatías. (Extraído de *Archivos de enfermedades del aparato digestivo*.) Madrid, 1921.

La Fuente del Estómago en Calzadilla. Salamanca, 1888.

El contagio moral. (Conferencia.)

Los humos de Huelva ante la Higiene pública. (Conferencia.)

La Hidrología médica en el siglo xx. (Discurso inaugural en la Sociedad Española de Hidrología.) Madrid, 1916.

Los factores de la cura hidromineral. (Idem, *id.*)

El Dr. Joaquín de Hybern. (Conferencia en el Ateneo de Madrid. Del ciclo de «Médicos ilustres del siglo xix», 1923.)

Memoria histórico-científica sobre el manantial de Valdelazura (Cáceres). 1913.

Estudio monográfico sobre la fuente de Morataliz. (Madrid.) 1918.

Estudio monográfico de los Baños de El Molar. (Premiada por el Real Cuerpo de Sanidad.) 1899.

Estudio sobre los Baños de Molinar de Carranza. Madrid, 1914.

Y numerosos artículos en las Revistas profesionales.

Diversas traducciones de libros ingleses y franceses de Medicina.

Bibliografía.

ENTRETIENS DERMATOLOGIQUES, por R. Sabouraud. Serie nouvelle, deuxième volume. Maladie du cuir chevelu. Masson et Cie., Editeurs. Paris, 1924.

Desde hace más de veinticinco años el profesor Sabouraud, el más alto prestigio de la Dermatología francesa actual, viene trabajando, especializado en las enfermedades del cuero cabelludo, en la Escuela Lailler del Ayuntamiento

de París, como seguramente saben todos los cultos lectores de EL SIGLO MEDICO.

Sin conferencias aparatosas ni anunciadas, dos veces por semana reúne en su laboratorio más de una docena de médicos y alumnos que, rodeando al maestro y teniendo siempre el caso clínico delante, escuchan estas amenas charlas, hechas con deliciosa naturalidad y con singular claridad, discutiendo sobre los problemas que se derivan de cada enfermo. A estas deleitantes lecciones es á las que el profesor Sabouraud llama «Entretiens dermatologiques», y con ellas y otros tantos artículos y conferencias está constituido este interesante volumen.

Se lee este libro con interés creciente, y nos sorprende el autor en cada una de sus páginas con su buen sentido clínico, su sencillez y claridad hermanadas.

Su primer capítulo está dedicado al «Diagnóstico diferencial de las alopecias difusas», aclarando la gran cantidad de prejuicios que hay en este asunto, y demostrando que los principios más claros y elementales de los que se puede deducir el diagnóstico son desconocidos de gran número de médicos, fijando su atención breves momentos para establecer las relaciones de la sífilis con las alopecias.

Los capítulos II y III tratan de la calvicie precoz y los eczemas del cuero cabelludo, haciendo brevemente el estudio de la pitiriasis seca ó simple y la pitiriasis esteatoide y los distintos tipos de eczemas, señalando sus posibles errores diagnósticos.

La mayor parte de este libro está consagrada al estudio de la pelada, en la que el maestro tiene su máxima reputación; Diagnóstico diferencial de la misma; Estudio del cabello pelado; Diagnóstico diferencial con las tífias y el favus; Etiología de la pelada; La pelada es una enfermedad general, sus relaciones con el psoriasis y tuberculosis con la menopausia, bocio exoftálmico, la sífilis, heredo-sífilis, la pelada y la teratología dentaria y el tratamiento de la misma.

Con una singular sencillez analiza las distintas etiologías de la pelada sin mostrar apasionamiento por ninguna y establece hechos sin deducir conclusión alguna, llegando á decir que no existe ninguna teoría patogénica única de la pelada, y que no es de presumir pueda conocerse por faltarnos muchos elementos para poderla concebir. Para Sabouraud la pelada es una enfermedad familiar recidivante y que puede ser hereditaria.

Se refiere repetidas veces á las teorías de Jacquet y con todo cariño y respeto rebate los errores cometidos, en juicio suyo, por este insigne dermatólogo de Hospital Saint Antoine, creador de la teoría dentaria, y el primero que aseguró la no contagiosidad de la misma.

El libro del profesor Sabouraud es un libro amargo, pero es un libro sincero y honrado; el maestro llega á decir al estudiar las teorías patogénicas de la pelada: «Hons savons que nous ne savons rien», y añade: «Hons ne voulons rien prouver nous voulons seulement étudier».

Sin darnos cuenta de ello al hacer la breve nota bibliográfica que se nos ha solicitado, nos vamos extendiendo más de la cuenta, de tal modo son atrayentes los asuntos tratados por el autor.

Hay un espacio dedicado á las enfermedades de evolución cicatricial, á las alopecias profundas en la terapéutica y las dermatosis banales.

Es un libro esencialmente práctico en el que el lector encontrará todo cuanto pueda interesarle en el difícil y oscuro estudio de la pelada.

El profesor Sabouraud es un espíritu cultísimo y sereno; estudia con el entusiasmo de sus años juveniles, analiza cui-

dadosamente á sus enfermos y dicta lo que ve en ellos, abandonando las intrincadas elucubraciones teóricas.

Está el libro avalorado por fotograbados y dibujos excelentes.

Aconsejamos á todo médico la lectura de este libro, pues seguramente lo ha de recorrer con agrado, encontrando en él valiosas enseñanzas.

H. SAMPELAYO.

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Sobre un caso de ectasia de la papila por lues cerebrospinal.—Los Dres. Manuel Balado y Estéban Adrogué comunican el siguiente interesante caso clínico:

A consecuencia de la explosión de un motor, el enfermo recibe un fragmento de hierro sobre la región frontal izquierda, que le produce una pérdida de substancia ósea al nivel de dicha región. Al cabo de un mes de supuración y eliminación de secuestros del frontal, la herida cicatriza. Posteriormente el enfermo nota que disminuye su agudeza visual, con amaurosis transitorias y neblina delante de su ojo izquierdo. Desde hace tres meses comienza á tener dolores de cabeza localizados en la región occipital y frontal. Los dolores casi siempre nocturnos se han hecho últimamente permanentes. Después del traumatismo el enfermo declara tener zumbidos de oídos y ruidos como de campana. Hace un mes tuvo vómitos precedidos por náuseas durante unos diez días, que luego desaparecieron.

Estado actual.—Sujeto de regular estatura, escaso panículo adiposo, músculos bien desarrollados. Cabeza, cráneo. A 5 centímetros por encima del tercio interno del reborde orbitario izquierdo se encuentra una cicatriz radiada, en cuyo centro se reconoce una pérdida de substancia ósea que está animada de latidos y que es depresible. La piel en la vecindad del orificio óseo es ligeramente movilizable sobre los planos profundos.

Examen ocular.—Edema de la papila en ambos ojos siendo éste más pronunciado en el izquierdo. El umbral de la excitación luminosa ligeramente disminuido en relación con los ojos del observador. (Con el aparato de Birch-Hirschfeld.)

Campo visual periférico normal. Aumento de la mancha ciega. Agudeza visual ojo derecho con esf. + 2 era igual 1. Ojo izquierdo con + 2 era igual á 9/10. En el resto del examen clínico nada digno de mención. Tensión vascular al Pachon Mx. 15, Mn. 8. La punción lumbar efectuada en decúbito lateral izquierdo, permitió sacar un líquido claro con presión inicial de 75 al Claude. Extraídos 20 c. c. la tensión baja á 40. La reacción de Wassermann, negativa. Después de realizado el examen clínico anterior, basado en los antecedentes dados por el enfermo, en los síntomas subjetivos actuales, en la ectasia bilateral de la papila, y sobre todo por la hipertensión lumbar al Claude y en la reacción de Wassermann negativa, se hace el diagnóstico de hipertensión craneana postraumática. De acuerdo con este diagnóstico el 17 de Septiembre del año próximo pasado el profesor Arce realiza la siguiente operación: incisión longitudinal, paralela á la línea media y á la izquierda del seno venoso de 3 centímetros de largo. Trepanación. La hemorragia de una vena meníngea impide seguir la operación típicamente. Se ensayan punciones ventriculares á través de un pequeño orificio de la dura, la punción del cuerpo calloso. La sonda tropieza con la hoz del cerebro y desciende, pero no

sale líquido a pesar de llegar muy profundamente. Se ensaya más hacia atrás sin resultado. Se agranda entonces la brecha ósea con algunos golpes de gubia. Se abre en cruz la dura madre y se suspende la operación. La hemorragia venosa se ha detenido después del ensanchamiento de la brecha ósea. Sutura en un plano con seda. Postoperatorio. Al día siguiente tiene paroxia del brazo derecho con contractura del mismo. Estos fenómenos desaparecen paulatinamente en cinco ó seis días, recuperando el enfermo su fuerza y actividad primitivas. El día siguiente a la intervención desaparece la cefalea, encontrándose el enfermo mucho mejor. A los ocho días se sacan los puntos, cerrando la herida «per prima», sin que se produzca hernia del cerebro, constatando al mismo tiempo los latidos cerebrales.

El día 2 de Octubre se realiza una segunda punción lumbar. Tensión 35 al Claude, el líquido cefalorraquídeo extraído dió las reacciones de Wassermann, Nonne-Apelt, Pandy y Boveri, positivas. Examen citológico, 9,90 por centímetro cúbico.

De acuerdo con el examen del líquido cefalorraquídeo se le inicia al enfermo un tratamiento mercurial, el que hay que llevarlo con mucha cautela, por la intolerancia del enfermo hacia dicho medicamento. Después de seis inyecciones de bicianuro de Hg., se intenta punzar el ventrículo cerebral, aprovechando para ello la brecha ósea de la craneotomía descrita. Las punciones fueron negativas, a pesar de ser realizadas en distintas direcciones. La técnica seguida fué la de Kocher. Inmediatamente se hace una punción lumbar que dió salida a un líquido con tensión de 20 c. c. al Claude.

El 23 de Octubre se vuelve a examinar el aparato visual del enfermo, agregando el método preconizado por Von Hippel.

Este método consiste en observar el fondo ocular con visión estereoscópica mediante el gran oftalmoscopio Cullstrand. Con este procedimiento se puede diferenciar la ectasia simple de la papila, de la pseudoneuritis, porque la elevación de la papila sobre el fondo ocular en la primera se hace a pico en el mismo borde de ella, mientras que en la segunda se hace mediante una elevación progresiva de la periferia al centro. Además, este procedimiento permite reconocer una ectasia de una neuritis, puesto que los vasos en su trayecto al centro de la papila forman un embudo ó canal central que, en la primera, se puede seguir en toda su longitud, mientras que en la neuritis ó papilitis, este trayecto infundibuliforme está ocupado por exudados, y no es posible reconocerlo con nitidez. Este procedimiento ha confirmado el diagnóstico de los demás métodos de investigación, habiendo con él constatado en nuestro enfermo que tenía un edema simple de la papila, puesto que los bordes del disco se elevaban a pico sobre el nivel del fondo y porque el canal central se distinguía con nitidez en toda su longitud. El resto del examen ocular no revelaba ningún cambio en relación con el efectuado antes de la intervención.

Según Von Hippel, es necesario distinguir en caso de sífilis del sistema nervioso central con edema simple de la papila, si las funciones visuales están tomadas ó no. Nosotros consideramos solamente el segundo caso, o sea en el cual existe la integridad casi completa de las funciones visuales.

A su vez, en estos casos, el edema de la papila puede depender de una verdadera elevación de la presión intracraneana consecutiva a gomas, meningitis intraventriculares, meningitis de la base ó aun de la bóveda, etc.; ó sin que exista una elevación de la presión intracraneana, por lesiones inflamatorias de las vainas del nervio óptico, con escasa ó

nula participación del mismo nervio, por lesiones compresivas sobre las vainas que puedan originar dificultades a la circulación linfática de retorno, tales como gomas, meningitis localizadas en la base, etc., explicación esta última que se adaptaría bien a nuestro caso. (*La Prensa Médica Argentina*, 10 de Febrero de 1924.)

2. **Papilomas múltiples de la vejiga, por el Dr. Angel Gutiérrez.**—Enferma de veintinueve años, se quejaba de tenesmo y ardores al orinar; pero como se le encontró un fibroma pediculado, se supuso que la presión de éste pudiera dar lugar a aquellas molestias. Extraído el fibroma, a los dos años reaparecen los trastornos complicados últimamente con fuertes hematurias que se presentaban a intervalos. Ni la palpación combinada, ni el tacto vaginal hacían notar nada; a la exploración con sonda daba sangre y se percibían algunas irregularidades.

Al cistoscopio se aprecian varias tumoraciones, una de ellas muy voluminosa, arborescente, implantada cerca de la desembocadura del uréter derecho. Otras pequeñas alrededor del cuello. Por talla hipogástrica se extirpa el papiloma voluminoso que asentaba en la desembocadura del uréter, tres pequeños alrededor del cuello y otro algo mayor en la pared superior no lejos de los anteriores.

La extracción fué radical, pues se pudo incidir fuera de los pedículos, haciendo tracción con una pinza curva y luego canterizando a termo el punto de implantación; cierre de la vejiga a dos planos, un tubo en el espacio de Retzius y sonda de Pétzer. Antes de darle de alta, a los veinticinco días, se revisa de nuevo al cistoscopio, encontrándola perfectamente bien, sin poder reconocer ni el sitio de la talla. El examen histológico demuestra que la neoplasia es un papiloma típico benigno. Como ya lo muestra el aspecto macroscópico, ella es formada por numerosos pliegues ramificados de la mucosa; todas esas ramificaciones están cubiertas de un epitelio estratificado a células poliédricas, y en las capas superficiales aplastadas y cornificadas. Ninguno de los brotes se continúa con las capas profundas de la pared vesical. El centro de las vellosidades es formado por un escaso estroma fibrilar con escasos vasos sanguíneos, todos ellos de paredes muy delgadas; no hay infiltración celular. Proliferación epitelial atípica no existe. A los ocho años de operada, la vejiga está perfectamente normal al cistoscopio y sin ninguna molestia subjetiva. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 7 de Febrero de 1924.)

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El diagnóstico de las enfermedades por el estado de los ojos, por el Dr. Vannier.**—¿Excentricidad? ¿Chifladura? ¿Buen humor? ¿Atisbo genial? Eso, tú lo juzgarás, lector, pues mi misión se limita a trasladarte lo que leo en las revistas médicas de lengua francesa.

El caso es que, por lo visto, la casa A. Maloine et fils (París, 1923), ha publicado un trabajo del autor en el que éste asegura que toda la ciencia del diagnóstico se condensa en el examen del ojo, en el que hay que considerar especialmente dos puntos importantes:

La topografía del iris.

Los signos iridianos.

El iris derecho es el espejo de la mitad derecha del cuerpo, y el iris izquierdo, de la mitad izquierda. Cada iris está dividido en seis segmentos: tres externos, temporales, y tres internos, nasales. Distintas líneas radiales limitan varios sectores que son la imagen de diferentes partes del cuerpo; las afecciones del cerebro son visibles hacia arriba

las de las piernas, hacia abajo; las de los miembros superiores, en la unión del sector medio-externo y el infero-externo; las de la jaula torácica (esternón, costillas, pechos), en la mitad inferior del sector medio-externo; las de la pleura, á nivel de la línea de separación de los sectores medio-externo é infero-externo, etc., etc.

Ahora bien; como ocurre en la ciencia médica ordinaria, existen también aquí algunas incertidumbres y dificultades, no hallándose todavía bien determinado el asiento de la imagen del útero, pues mientras unos la colocan en el ojo derecho, otros lo hacen en el izquierdo.

El iris es, asimismo, dividido en círculos. La zona periférica corresponde á la piel y al sistema circulatorio; la zona central, á los órganos digestivos, estómago é intestino; la zona intermediaria, á otros diferentes órganos del cuerpo.

Las enfermedades se caracterizan por los signos siguientes: líneas blancas, nubes blancas, sombras y manchas negras.

Las líneas blancas, cuando no están cerradas, son signos de inflamación; cerradas, significan que el órgano está curado, pero continúa débil. Las nubes blancas indican una inflamación aguda bastante intensa del órgano correspondiente. Las sombras negras son el índice de derrames ó de catarro. Las manchas son la prueba de la destrucción total ó parcial del órgano: esta destrucción es definitiva, cuando las manchas negras están limitadas por líneas blancas compactas.

La coloración del iris tiene igualmente su valor; los ojos azules, los ojos negros, los ojos castaños, reflejan diferentes estados de salud de los órganos.

A los compañeros serios y formales, yo no me cansaré de repetirlos, dice el autor, que pierdan el hábito de considerar como falso aquello que ellos ignoran y que no se obstinen en limitar sus conocimientos.

Diremos, para terminar, que León Vannier, á más de irocopista é irografista, es homeópata. (Extracto de una nota bibliográfica firmada por Van Lint, en *Bruxelles Medical*, número 19, 7 de Febrero de 1924.)—T. R. Y.

2. Consideraciones sobre la ascariidosis de las vías biliares, por N. Hortomei.—El autor publica la historia de un muchacho de ocho años, que venía padeciendo crisis dolorosas localizadas en el hipocondrio derecho y fiebre de tipo supurativo. La operación puso de manifiesto junto al íleo del hígado un tumor del tamaño de una naranja, dotado de movimientos vermiculares y que no era otra cosa que el colédoco distendido por un pelotón de ascárides vivos en número, de 17. El drenaje mantenido durante cuarenta y ocho días dió también salida á otras seis lombrices en diferentes veces. El enfermito salió de la clínica completamente curado.

La literatura médica consultada por el autor registra solamente 61 observaciones de esta naturaleza, más de la mitad de las cuales coexistían con la litiasis biliar. Por otra parte, Kehr, en 2.000 intervenciones sobre las vías biliares, jamás ha encontrado en ellas ascárides. Se trata, pues, de una afección que no tiene nada de frecuente. De 25 casos, en los cuales eran los ascárides los únicos causantes de los trastornos de las vías biliares y del hígado, 23 veces se los ha encontrado alojados en el colédoco y sólo dos en la vesícula biliar. Las lesiones observadas han sido: dilatación de los conductos biliares y de la ampolla de Vater; infiltración de los espacios portas con tendencia á la cirrosis; colangitis, colecistitis; angiocolitis con múltiples abscesos del hígado y pyleflebitis. Los ascárides, en totalidad ó en fragmento, pueden formar el núcleo de un cálculo biliar, según han observado Mojake y otros autores.

La sintomatología, variable, según el grado de alteraciones producidas, no tiene nada de característica. La ictericia, ó es ligera, ó no existe como en el caso del autor, y en la mayoría de los casos.

Se explica su ausencia, aun en el caso de gran número de ascárides en el colédoco, porque la obstrucción no llega nunca á ser completa y la bilis se escapa por entre el pelotón de lombrices, que con sus movimientos dilatan los conductos y dejan espacios libres. En general, en las formas graves, los síntomas revisten la forma de crisis dolorosas, localizadas al epigastrio y al hipocondrio derecho, con hígado aumentado de volumen y fiebre de carácter hepático. La presencia de ascárides en las vías biliares provoca en la mayoría de los casos síntomas que simulan diversas afecciones hepáticas y biliares, simulando también, en algunos casos más raros, una oclusión intestinal ó una peritonitis por perforación.

El diagnóstico es difícil de establecer, confundiéndose en la mayor parte de los casos con el de la litiasis biliar, el absceso del hígado, la colecistitis ó la colangitis. La eliminación de ascárides con las cámaras y la coincidencia de ictericia completando los otros síntomas, han permitido á ciertos autores fijar un diagnóstico de probabilidad.

El tratamiento no puede ser más que de orden quirúrgico y debe ser instituido en cuanto haya sospechas, no conviniendo esperar mucho tiempo, porque las lesiones se producen con rapidez. La aparición de la fiebre indica la presencia de la angiocolitis é impone la urgencia. La intervención tiene por objeto la extracción de los vermes y el drenaje del colédoco, con ó sin colecistotomía, según el estado de la vesícula biliar. La exploración de las vías biliares debe ser atenta y completa, pues con frecuencia existen bolsas colaterales, que es por lo que se recomienda un drenaje prolongado, que algunos hacen llegar hasta dos meses, y que no debe ser suprimido hasta que el operado lleve ya unos días apirético. Durante este tiempo se someterá á los enfermos á un tratamiento antihelmíntico intestinal, puesto que los vermes pueden penetrar de nuevo en el colédoco. (*Lyon Chirurgical*, tomo XX, núm. 6, Noviembre-Diciembre de 1913.)—T. R. Y.

3. Un caso típico de asma, de origen apendicular, por el profesor Blagdon.—Entre las numerosas causas á que pueden ser atribuidas las crisis de asma, quizá sea la apendicitis aquella en que menos se piensa de ordinario, por ser raras las observaciones de esta naturaleza y además poco demostrativas por lo incompletas y mal seguidas.

En cambio, el caso que nos ocupa es, á la vez, instructivo é interesante.

Una mujer de veintinueve años venía presentando trastornos digestivos desde hacía cuatro años y especialmente vómitos sin esfuerzo que llegaron á hacerse diarios. Poco tiempo después del comienzo, hicieron su aparición crisis de asma absolutamente típicas. Los regímenes más escrupulosamente seguidos y las medicaciones más variadas no trajeron el menor alivio al estado de la enferma, ni aun siquiera la eratmina, que al principio parece que la calmaba algo. Algunos días llegó á inyectarse la enferma, hasta 12 ampollas de eratmina, sin el menor resultado. Aquí, como en las observaciones anteriores, solían tener lugar las crisis de asma desde las tres de la tarde hasta las tres de la mañana, pero nunca en las horas restantes.

Practicada la apendicectomía, se vió que el apéndice era largo, adherente y contenía tres cálculos. Las crisis de asma cesaron en el día mismo de la operación y no se han vuelto á reproducir.

Este resultado terapéutico pone de manifiesto que exis-



tía un foco de irritación apendicular, una causa de excitación simpática que, siguiendo la vía centrípeto, era transmitida al vago por el asa de Wrisberg. (De *Union Medicale du Canada. Paris Medical*, núm. 47, 24 de Noviembre de 1923.)—T. R. Y.

HIGIENE

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Leprosaría de Culion, en las Islas Filipinas, por A. Catanjal.**—El aislamiento de leproso por el Gobierno de las Islas Filipinas en la isla de Culion comenzó durante la segunda mitad del año 1906, con el propósito de hacer desaparecer los focos de contagio y obtener la disminución gradual y eventualmente la supresión completa de la lepra en dichas islas. En este trabajo de estadística se pone de manifiesto que el aislamiento redujo en 1918 (á los doce años de establecido) la proporción de las defunciones producidas por la lepra en las Filipinas al 65,32 de las que se contaban en 1903 por la misma enfermedad (tres años antes de comenzar el aislamiento). El número total de casos encontrados en la totalidad de las islas fué reducido en 1918 al 66,91 por 100 de los leproso encontrados y recogidos al comienzo del aislamiento. (*The Journ. of the Philippine Island Medical Association*, vol. I, Septiembre-Octubre, número 6, 1921.)—E. LUENGO.

2. **Tetinas y chupetas, por los Dres. Balthazar y Duvin.**—Estos aparatos han sido ya condenados por todos los higienistas que los consideran como uno de los mejores medios de propagación de las enfermedades infecciosas, pero tienen además otros peligros, no menos graves, pudiendo dar lugar á accidentes irreparables.

A este respecto, relatan los autores una observación en extremo típica referente á un niño de cuatro meses, que tomando su biberón se tragó la tetina, produciéndole un acceso de sofocación angustioso. Los padres alarmados trataron de extraer el cuerpo extraño, sin conseguir otra cosa que hundirle aún más, sobreviniendo la muerte ante su vista en algunos minutos. El médico que fué avisado en el momento del desgraciado accidente atribuyó éste á una tentativa criminal, hipótesis que hubo de ser rectificada por la autopsia llevada á cabo en el Instituto de Medicina Legal.

Según los autores, este accidente está lejos de ser excepcional, pues el profesor Balthazar conserva en el museo una tetina en cuyo interior había sido introducido un tapón y que dió lugar á la asfixia del niño de pecho.

Estos accidentes son también posibles con las chupetas, á pesar del círculo de hueso que llevan en su base, habiendo tenido conocimiento los autores de otro caso en el que, por haberse roto el círculo de hueso, un niño pudo tragarse una chupeta que le ocasionó también la muerte.

Los autores terminan pidiendo la promulgación de una ley que impida, sin contemplaciones, la venta de estos instrumentos. (*Académie de Medecine de Paris. Sesión del 8 de Enero de 1924.*)—T. R. Y.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acción favorable del hemipnal en la rigidez del cuello uterino, por el Dr. Weber.**—El autor dice haber empleado este producto en más de 500 partos, sin que jamás haya observado el menor inconveniente, ni para la madre, ni para el hijo. Bajo la acción del hemipnal, que provoca una anestesia pasajera y poco profunda, se consigue suprimir ó atenuar los dolores espasmódicos del período de dilatación. Al mismo tiempo, la rigidez del cuello cede general-

mente poco á poco, pero á veces con una rapidez sorprendente, y, cosa importante, sin influencia desfavorable sobre las contracciones de la matriz. En la mayor parte de los casos las parturientes duermen entre los dolores.

Teniendo en cuenta que los vómitos del principio del trabajo hacen á veces imposible la administración útil del medicamento por la boca, el autor prefiere aplicarle en supositorios. Cuando la dilatación alcanza el tamaño de una moneda de dos pesetas, el autor pone un supositorio de hemipnal, que repite al cabo de una á tres horas, según la energía de las contracciones. La dosis se renueva después cada tres ó cuatro horas, hasta el máximo de cinco á seis supositorios en las veinticuatro horas. (*Le Medicin d'Alsace et de Lorraine*, 16 de Octubre de 1923.)—T. R. Y.

2. **Nuevo tratamiento físico abortivo del cólico hepático, por A. Hermann.**—Según asegura el autor en *Muenchener Medizinische Wochenschrift*, la posición de Trendelenburg permite obtener en la mitad de los casos, por lo menos, una sedación marcada de los dolores del cólico hepático y aun cesación de los mismos si se instituye este tratamiento desde el principio de la crisis, la cual podrá hacerse abortar con frecuencia, poniendo en práctica este recurso al notarse los ligeros dolorcillos que la anuncian.

Para llevar á cabo esta terapéutica, el autor recomienda tender horizontalmente á los enfermos sobre una tabla provista de mullido, la cual se va elevando por la parte correspondiente á los pies, por medio de una polea, hasta un nivel de 60 á 80 centímetros superior al de la cabeza. En esta posición se deja á los enfermos por espacio de cinco á quince minutos, evitando su resbalamiento por medio de una venda axilar.

El autor atribuye los efectos observados á una modificación de la circulación abdominal y los relaciona con los que se ponen de manifiesto, gracias á esta misma posición, en las crisis gástricas de la tabes. (*La Presse Medicale*, número 100, 15 de Diciembre de 1923.)—T. R. Y.

3. **La vacunoterapia en las infecciones mamarias durante la lactancia.**—En un trabajo acerca de este asunto estudia Balard los principios de los métodos de técnica, sus indicaciones y sus resultados. De este estudio pueden deducirse las conclusiones siguientes:

En las afecciones mamarias que sobrevienen durante el curso de la lactancia parece prudente restringir el campo de acción de la vacunoterapia al tratamiento de las mastitis puerperales y no emplear con fines curativos otra vacuna que la antiestafilocócica, que habitualmente no provoca reacción general violenta; sólo excepcionalmente se empleará la vacuna de Delbet en los casos graves ó en los de origen polimicrobiano.

No se aplicará esta medicación sino tras un examen minucioso de la enferma y, en particular, tras la exploración oscilométrica de sus reacciones cardiovasculares. Deberá ser utilizada de manera prudente, á dosis mínimas al principio para tarar las susceptibilidades individuales, aumentando progresivamente las dosis hasta lograr el efecto.

Con tales limitaciones, este tratamiento mejora considerablemente el pronóstico de las infecciones mamarias, disminuye los dolores, hace abortar gran número de abscesos, especialmente si están limitados, y abrevia notablemente su evolución, permitiendo evacuarlos por medio de una incisión mínima y estética. Así, para el presente como para el porvenir, aumentan las probabilidades de que siga siendo apto el pecho para la lactancia. (*Paris Medical*, 29 de Diciembre de 1923.)—PELÁEZ.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisat.—Protección Médica.—Sección oficial: Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Academias.—Homenaje á Carracido.—Por los viejos y para los viejos que merecen ser honrados.

Las sagradas festividades de estos días han puesto un breve período de reposo en la activa labor de las Academias. En la de Medicina el sábado último, víspera de las vacaciones, dió una interesantísima conferencia el profesor de la Universidad de Buenos Aires, Sr. Escudero, desarrollando con excelente método, grande erudición y envidiables condiciones oratorias el tema del *Tratamiento actual de la diabetes*, asunto sobre el que expuso originales ideas, que serán oportunamente conocidas por nuestros lectores.

Para el martes próximo, día 22, á las siete de la tarde, está anunciada en la misma Real Academia una verdadera solemnidad científica, como esperamos lo sea la conferencia con proyecciones cinematográficas que ha de dar acerca de *El tratamiento quirúrgico del éxtasis intestinal ó estreñimiento del lado derecho*, el profesor de la Universidad de París Dr. Pauchet, que es sin duda en el día uno de los más renombrados cirujanos parisinos particularmente especializado en la operatoria abdominal. Para esta conferencia está preparada la exhibición cinematográfica de sus demostraciones, que constituirán casi exclusivamente la lección del afamado profesor.

Con gran complacencia nuestra y con disposición del ánimo para la colaboración más sincera y regocijada, llega á nuestra noticia la de que varias representaciones de la clase farmacéutica proyectan celebrar el miércoles 24 una sesión de homenaje dedicada al preclaro químico, y hoy eminente rector de la Universidad de Madrid, don José Rodríguez Carracido, no ha mucho nombrado general honorario de Sanidad Militar en su escalafón de farmacéutico.

Al tener noticia de tan justificada muestra de adhesión y homenaje, pensamos, más temerosos que acertados, si la tal sesión significaría lo que ha dado en llamarse jubileo y es en realidad *decapita-*

ción de los catedráticos al cumplir la prescrita y no eludible edad de los setenta años. No es por fortuna así; el Sr. Carracido, aunque no muy alejado de ellos, no los ha cumplido ni los cumple tan pronto como nosotros temíamos; pero nuestra duda anterior, uniéndose á lo que repetidamente venimos expresando con ocasión de las jubilaciones de otros maestros insignes, nos sugiere un pensamiento, que podría dar, además de su significación de afecto y de justa alabanza, un carácter práctico y provechoso al homenaje del día 24.

¿Por qué no se pide á los Poderes públicos la modificación de la severa, y muchas veces injusta ley de la jubilación de los catedráticos al cumplir una edad determinada?

Al aplicarse los preceptos de la fría y automática disposición de un ministro de Instrucción Pública, que queriendo evitar reconocidos abusos, determinó probadas injusticias, siempre hemos protestado aprovechando cada ocasión, bien se determinara el caso en el nombre de Amalio Gimeno, de Rodríguez Méndez, de Antonio Morales y de otros, por no mencionar más que los que figuraban en el Escalafón del profesorado médico. Con motivo de la jubilación de Cajal hicimos lo propio y en ninguna ocasión esperamos á que las consecuencias naturales de la injusticia nos demostraran las necesarias hijuelas del desacierto.

Ahora, tomando por motivo ó pretexto el homenaje de Carracido, podrían anticiparse sus amigos (que es tanto como decir los amigos de la nacional cultura) á pedir que la *decapitación* á los setenta años se sometiese á previos procedimientos inquisitivos que no la expusieran á ser una violencia tan injustificada como nociva á la pública enseñanza.

No para Carracido solamente, sino para todos los maestros que lleguen á los setenta años, debe discurrirse un procedimiento que ponga á salvo á los verdaderamente aptos de ser despedidos por inútiles cuando se encuentran en la cúspide brillante de su carrera pedagógica, y si es posible que el procedimiento tenga efecto retroactivo, désele.

Pero ¿quién tiene la culpa, ó cuando menos parte de la culpa, de que á tal extremo hayan llegado los hechos?

Recordemos lo ocurrido, pues para algo nos ha dado Dios la memoria.

Antes de que el Sr. Alba dictara la escueta disposición contra la cual siempre hemos protestado, estaba mandado que al llegar los catedráticos á los setenta años, el Claustro de la Facultad á que el interesado perteneciera dictaminase acerca de sus aptitudes para continuar en la enseñanza. Transcurrieron los años; alumnos, padres é interesados hacían saber que algunos señores que á tal edad llegaban carecían de un modo más ó menos absoluto de condiciones físicas ó de perfección intelectual para continuar siendo maestros, y sin embargo, los Claustros (anticipando una muestra de las ventajas de las funciones autonómicas) siempre daban por capaces á los que á su dictamen se sometían. Continuaban las protestas, y el ministro, mejor intencionado que reflexivo, á que hemos hecho alusión, dictó el draconiano decreto que aplicado á derechas ó á tuertas viene hoy produciendo los efectos y consecuencias nocivos, que también á derechas ó á tuertas atribuyen los poco enterados á otras causas.

¿Por qué no poner coto á la *sin razón*? Nunca le faltan á ella *razones*, y si las verdaderas se callan ó extravían, ella continuará triunfante, con regocijo y aplauso de aquellos á quienes puedan aprovechar.

Por cierto tenemos que no podría rendirse homenaje más grato al Sr. Carracido en su simpático festival, como el de servir éste de punto de partida para una moción, mesurada, razonable y autorizada por firmas numerosas que se elevara á los Poderes públicos impidiendo que se repitiesen actos tan dañinos á la perfección de la enseñanza, como los de las automáticas jubilaciones de Cajal, Gimeno, Rodríguez Méndez, Morales Arjona, Barraquer, Piñerúa, Bolívar (D. Ignacio), López García, Mascareñas, Álvarez Buyla, Criado, Ureña, Fernández Osuna, Muñoz del Castillo, Redondo y otros que escapan á nuestra memoria y quizás á la justicia de nuestro recuerdo.

Adviértase, que la reparación pudiera tener dos tendencias: la primera, evitar la continuación del atropello, y la segunda, reparar con efecto retroactivo el antes cometido, para lo cual hay dos razones: en primer lugar, el que la jubilación automática é incondicionada sin otro motivo que la edad, no fué disposición legal, y la segunda, el que existe el *precedente* de que catedráticos que fueron jubilados en época anterior y en número bastante considerable, pues se acercaba al de cincuenta, fueron repuestos con número doble en el escalafón hasta que la disposición que venimos censurando creó este nuevo estado de cosas.

Es necesario que alguna vez se atienda más á la función que al funcionario, que se hagan callar las ambiciosas impacencias, consecuencia natural de los escalafones autonómicos, cuyos individuos no siempre recuerdan que lo que procuran hoy hacer contra los viejos, lo harán en su día contra ellos los jóvenes que les sigan, si como tememos no obedecen á más rectas impulsiones éticas que la de ganar puestos. Que no se atienda á la función, se puede ver en los hechos particulares; por ejemplo, en Madrid, donde existiendo vacante desde hace años una cátedra de Medicina (la que desempeñó el Sr. Alonso Sañudo), se jubila á otro catedrático de Medicina (el Sr. Redondo) llevando á cabo el conocido cuento del tuerto que se quedó ciego por hacer daño á otro.

Reflexiónese sobre estos puntos, elévese en espíritu y procúrese una rectificación á lo que es fácilmente rectificable sin daño ni perjuicio de nadie y con ventaja del servicio docente y de la más estricta justicia.

DECIO CARLAN

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Lunes 7. ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, presidida por el Dr. Cifuentes.

El Dr. Alvarez Salazar disertó acerca de «El poder motor de la percepción como signo diagnóstico de evaluación mental». Estudió la asociación de sensaciones y la relación de éstas con el tiempo y el espacio, dividiéndolas en grupos que pueden actuar aisladamente bajo el influjo de la atención. Explica la identificación de percepciones de diferentes sensaciones compuestas, rechazando las imaginarias concepciones que acerca de la demencia precoz han expuesto Maeder, Jung y Bleuler. Analizó con todo detalle el aspecto perceptivo, considerando á esta función del ser humano como el medio más seguro de asentar sobre cimiento incommovible el estudio analítico de las operaciones mentales en su relación con la clase, cantidad y calidad que en cada caso corresponde á un sujeto determinado.

Felicita el Sr. Sánchez Herrero al autor por la brillante comunicación que acaba de leer; y de tal importancia la considera, que aun estando conforme con lo más substancial de ella, se cree obligado á contribuir á su divulgación poniendo al alcance de todos, estos conocimientos. El acto de pensar, dice el Sr. Herrero, consta de dos tiempos: atención y percepción que se relaciona más con la inteligencia que con el movimiento. Marca las diferencias que existen entre la percepción y la apercepción á que el gran filósofo Balmes consideraba como acto muy superior; y define, por último, á la conciencia como un acto combinado entre la apercepción y la memoria en posesión de tres funciones: en relación al tiempo, al lugar y al movimiento. El Sr. Alvarez Salazar rectifica y añade á lo expuesto que la sensación es puramente física.

El Sr. Larrú, á pesar de creerse el menos autorizado de los radiólogos, hace algunas consideraciones sobre el poder difusivo y los medios de obtenerle, las ventajas que de su empleo se derivan, y lo conveniente que sería el que los

médicos en general fiscalizaran y exigieran á los radiólogos: labor intensa, técnicas especiales y radiografías verdad, de las que como muestra exhibe fractura de fémur, de vértebras dorsales, cálculo en un muchacho, feto de cinco meses; embarazos en distintos períodos, fractura de cráneo, úlcera duodenal, aparato digestivo, etc. Dice el Sr. Basterra que, en efecto, él se ha quedado en algunas ocasiones en ayunas, y sin poderse explicar satisfactoriamente radiografías de atrofas papilares; y que para remediar esto era conveniente emitieran los radiólogos informe detallado de sus intervenciones.

Manifiesta el Sr. Roda que desde el 1920 vienen haciéndose estereografías que revisten gran importancia; y está conforme con que los radiólogos utilicen el antidifusor en las exploraciones de embarazo, riñón, etc. El Sr. Larrú rectifica dando las gracias á los que han intervenido en la discusión de este asunto, y una vez más censura el alejamiento de los especialistas que no vienen á prestar á estas cosas el concurso de su experiencia.

El Sr. Sánchez Covisa (D. Isidro) exhibe un cálculo alrededor de un hilo de sutura de seda fraguado en la vejiga de un muchacho que al poco tiempo de ser operado empezó á sentir molestias, dificultada y más tarde obstruida la emisión de orina por la introducción del cálculo, alargado en forma cónica en la porción prostática de la uretra, caso del que da cuenta, para que en evitación de nuevos riesgos no se empleen substancias no absorbibles en las suturas.

Martes 8. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE, por el doctor Mariscal presidida.

El Sr. Franco Martínez, á nombre de la Comisión por la Sociedad designada para dictaminar en la instancia que algunos vecinos al Cementerio de la Sacramental de San Martín presentaron, y de que en sesión anterior se dió cuenta, procede á la lectura de un tan documentado y luminoso informe en que no se sabe qué admirar más, si la macabra y magistral descripción de motivos, las razones de peso en que éstos se fundan, la diáfana claridad de conceptos, ó las lógicas consecuencias que de todo ello se deducen, y sintetizado aparece en las conclusiones, que, á medida que vayan discutiéndose, detalladamente daremos á conocer. El Sr. Soriano estima de primordial interés el parecer técnico de los ingenieros ó arquitectos llamados á justipreciar si los materiales de construcción y cimentación de los depósitos hacen ó no posibles las filtraciones y contaminaciones de las aguas de que se habla. Recuerda el Sr. Olea la autorizada opinión del director del Canal, Sr. Nicolau, á propósito de las filtraciones que sobrepasan á la cantidad preñada como mínima para resultar indiferentes; reconoce que en la Sacramental de San Martín se guarda cierto celo que en absoluto se echa de menos en la Patriarcal; considera difícil el evitar el lavado de cadáveres y arrastre de los líquidos siruposos que los embadurnan por las aguas que se filtran; habla de las oxidaciones y deterioros que los féretros metálicos experimentan por la acción de la humedad y el tiempo, y de los peligros que de éstos y de las emanaciones que se desprenden pueden originarse; y después de otras más secundarias manifestaciones, concluye indicando la conveniencia de que el Gobierno ordene la construcción de un Columbario con tantos departamentos aislados como sean necesarios. Hace el letrado Sr. Gil Delgado la historia de las vicisitudes y legislación de excepción á cuyo amparo se desenvolvió y persiste la Sacramental de San Martín, aun después de decretada por el Sr. Romero Robledo en el año 1884 la clausura de los Cementerios del Norte; y no cree

tengan explicación satisfactoria los imaginarios peligros que para la urbe suponen la existencia de un Cementerio hace cuarenta años clausurado. Arguye el Sr. Jalvo que no hay razón que abone en 1924 la subsistencia de un Cementerio que está siendo un estorbo, y ninguna consideración estética ni artística justifica su conservación. El Sr. Cort abunda en el mismo criterio, haciendo además resaltar la crisis por que la vivienda en Madrid atraviesa, y la absoluta necesidad de que en esos terrenos se intensifique la edificación. El Sr. Mariscal, respetuoso con toda clase de opiniones, es de parecer se escuchen y aquilaten bien éstas, ya que ninguna razón de urgencia inaplazable aconseja su atropellada resolución.

Y así queda esto al levantarse la sesión, que gran número de significadas personalidades de distintas profesiones presencia con, de día en día, creciente interés.

Nos lamentábamos en el número anterior de la falta de puntualidad con que los señores ginecólogos acostumbran á exhibirse, y en la creencia de que esta sería al fin corregida, por así parecer desprenderse del anuncio inserto en un periódico político, que para las seis y media en punto de la tarde del miércoles 9 á sesión citaba, al Colegio dirigimos nuestros pasos, realmente alborozados por tan grata perspectiva, y bien ajenos, por cierto, de que agotada la paciencia de las señoras comadronas y público médico que asiduo asiste, llegarían las ocho, y una vez más decepcionados, tendríamos que retirarnos sin tener la satisfacción de oírlos.

De continuar así auguramos la pérdida de la clientela.

Jueves 10. SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID. A cargo del Dr. Brabo y Frías corrió la lección «Etiología, anatomía patológica y tratamiento seroterápico de las neumonías y pleuroneumonías infantiles», que empezó definiendo y clasificando en tres clases: neumonías congénitas coincidentes en madre é hijos, muy rara; neumonías precoces, cuyo origen y naturaleza no pueden *á priori* determinarse, y en algunos casos puede producirse por vía areófaga y dar lugar á focos atelectásicos sépticos favorecidos por la posición y las regurgitaciones, y neumonías focales, cuya causa más frecuente son el sarampión, escarlatina, tos ferina, difteria, etcétera, en las cuales predomina el neumococo, estreptococo ó bacilo diftérico, según sean unas ú otras las causas de aquéllas, á que tampoco es ajeno el raquitismo. Proyecta unas cuantas radiografías, y con ellas á la vista detalla la modalidad, período y alcance que cada una de por sí representa, y concluye manifestando que si bien del suero de convalecientes aseguran respetables autores haber tenido éxito, tiene el inconveniente de no conservarse arriba de dos semanas y no poder emplearse más que en epidemias hospitalarias, utilizándose también asociado al neumocócico y estreptocócico, así como á las vacunas, cuyos resultados hasta la fecha son poco satisfactorias.

Viernes 11. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA, presidida por el Dr. Sánchez Covisa (don José).

El Sr. Barrio Medina da lectura á la comunicación «Pelada y lámpara de cuarzo», que le da motivo para hacer un detenido estudio comparativo y crítico entre los distintos tratamientos hasta aquí empleados y el de la lámpara de que se ocupa. Relata unos cuantos casos y las técnicas á cada uno apropiadas; exhibe las correspondientes fotografías; pone de resalto los rápidos y beneficiosos resultados

obtenidos, y saca la consecuencia de que la lámpara de cuarzo es el mejor y más rápido tratamiento capaz de triunfar de la rebelde afección. Dice el Sr. Sáinz de Aja que ha tratado con la lámpara 82 casos, y si bien ha conseguido con ella un buen contingente de curaciones, también lo es que se curan espontáneamente, y con cualquier otro tratamiento; siendo tan solo un medio recomendable siempre que no se llegue á la reacción flictenular y sea ayudado por un tratamiento causal. Manifiesta el Sr. Sicilia que no es conveniente entusiasmarse, porque sabido es que la pelada es en infinitos casos curable con variadas sustancias medicamentosas y con medios físicos, galvanización, ionización, fulguración, etc. Recuerda el Sr. Covisa que el tratamiento por la lámpara de cuarzo no supone una novedad, de que ya con gran anterioridad se ocuparon Sáinz de Aja y él; que no conviene llegar con ella á la reacción flictenular y que igual resultado puede obtenerse con cualquier agente ó sustancia capaz de producir y sostener en justos límites la irritación de la piel. El Sr. Barrio Medina rectifica, haciendo notar la diversidad de técnicas por sus antagonistas y por él empleadas.

Da cuenta el Sr. García Casal de la «Reacción postneosalvarsánica» en un caso de chanero al neosalvarsán sometido, en que á las cuarenta y ocho horas de una inyección de 60 centigramos se presentó un violento dolor en un hombro, volviéndose de nuevo á repetir la inyección y el dolor, pero extendiéndose á los dos. Califica el Sr. Sáinz de Aja de insólito el caso, y se inclina á creer que obedezca esto á reacciones meníngeas en que quizá estuviera indicada la punción lumbar. Cree más bien el Sr. Bejarano tratarse de una radiculitis latente. Muéstrase partidario de la congestión provocada, el Sr. Sicilia. Atribuye el Sr. Portilla á la saturación salvarsánica el caso. En términos parecidos emite su opinión el Sr. Llorente, y el Sr. García Casal rectifica.

Se ocupa el Sr. Sicilia de las «Terapéuticas activas contrastadas en clínica de las alopecias petaloideas y dehiscencias de estos anexos», empezando por señalar las causas: traumatismos, compresiones, etc., á que generalmente son debidas; indicando la conveniencia de acondicionar la región en que toman asiento, favoreciendo la circulación é inervación; evitar infecciones y estímulos; restablecer el tono; delimitar la relación que con la gripe, tuberculosis, etcétera, pudiera tener, y pasando revista á los muchos medicamentos en esta modalidad patológica empleados.

Sábado 12. REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, presidida por el Dr. Cortezo.

El Dr. Hernando, á nombre de la Academia encargado de la presentación del conferenciante, profesor de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Dr. D. Pedro Escudero, en abreviada síntesis enumera las publicaciones y trabajos por éste aportados á la ciencia, tanto desde el punto de vista docente como en el de la práctica de la profesión y literatura médica, entre los cuales, entre otros muchos, resaltan los referentes á «Quistes hidatídicos», «Endocrinología», «Vagotomía y simpaticotomía» y el de «Diabetes», á estas horas publicándose. Hace de su elocuencia, vasta erudición y cultura, exquisita urbanidad y relevantes cualidades personales, que tanto le recomiendan á la consideración de propios y extraños, los encomios merecidos. Le dirige, á nombre de la Academia, sentido y afectuoso saludo, á todos los profesionales de habla española, y principalmente á los de la Argentina extensivo, y da fin á su discurso acuciado por el interés é impaciente curiosidad con que el público espera oír su autorizada palabra.

El Dr. D. Pedro Escudero, hondamente emocionado y reconocido á la presidencia, rector y demás académicos por la afectuosa acogida que le dispensan, y al Dr. Hernando por las, en su concepto, inmerecidas frases que en su obsequio profiriera, en exordio de irreprochable oratoria exteriorizó la gratitud satisfactoria de que se hallaba poseído, y la íntima y espiritual compenetración de aspiraciones, afectos é ideas, que en Madrid le hacían recordar era argentino, y en la Argentina le impulsaban con fuerza irresistible á considerarse netamente español. (Expresivos murmullos de aprobación, por el creciente interés con que se le escucha en respetuosos límites contenidos, claramente subrayan la íntima complacencia que en el ánimo de todos producen tan gratas manifestaciones.)

«Tratamiento de la diabetes» fué el tema, que en lección didáctica insuperable, con sugestión irresistible, el Dr. Escudero logró infiltrar en los oyentes maravillados por la fácil manera con que demostraba restablecer y conservar en equilibrio estable el hidrato de carbono, proteicos y grasas, cuya proporcionalidad reprime y contiene como al conjuro de varita mágica, en los justos límites con el régimen alimenticio previsorio ó definitivo, á cuyas solas expensas, acertada dirección, y manteniendo en el fiel de la balanza el peso teórico normal, obtiene el 80 por 100 de curaciones, reservando para el 20 por 100 restantes de acidóticos é insuficientes, de que en su país se dice: «no morirás, pero te irás consumiendo», la inyección de insulina, cuyo papel es despertar la anormal y adormecida función pancreática. Hace mención de la avidez con que en apretada avalancha el público acudía en busca de la insulina al consultorio que el Gobierno de su país le confiara, y en que muchos obtuvieron la curación sin recurrir á ella sólo con un régimen severo; y cita tres casos de gravedad extremada, salvados con aquella con rapidez inusitada. El Dr. Escudero, penetrado de haber llegado en este terreno á la perfección accesible á lo puramente humano, termina su instructiva y luminosa actuación con la frase siguiente: *Más, sólo Dios.*

Estruendosa ovación, largo tiempo sostenida, coronó dignamente la meritoria y trascendente labor realizada por el insigne doctor argentino, á quien renovamos nuestra felicitación más afectuosa.

SEDISAL.

PROTECCIÓN MÉDICA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA POR LA JUNTA DE DAMAS EN EL MES DE FEBRERO DE 1924

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre y con asistencia de las señoras de Verdes Montenegro, Terceño, Calvache, Lacy de Elorrieta, Sánchez Covisa, Palancar, señora y señoritas de Díaz Sama y Pando se lee el acta del mes anterior que queda aprobada y las cuentas del mismo mes en el que ha satisfecho esta entidad la cantidad de 1.536 pesetas.

La señora presidenta menciona con gran sentimiento la pena que affige á nuestra querida consocia señora de Villanueva, por la inmensa desgracia que ha sufrido con la muerte de su esposo, que por su caballerosidad é inteligencia era querido de cuantos le trataban.

Se dió lectura á un oficio del presidente del Colegio de Médicos en que comunica á la Junta ha sido concedida á esta Institución en sesión celebrada por dicha Corporación, una subvención anual de 2.000 pesetas, pagadas en tres plazos: el primero en Enero, de 750 pesetas; el segundo en

Junio, de la misma cantidad, y las 500 restantes en Diciembre.

La señora de Terceño da cuenta de la investigación hecha con motivo de la solicitud presentada por la viuda de Solsona y la Junta acuerda concederle una pensión mensual de 30 pesetas.

La señora presidenta da cuenta de una solicitud de la señora viuda de D. Antonio Sánchez Grande que ejerció en la provincia de Madrid. Dicha señora, con sus hijos, vive en Valencia, y se acuerda adquirir informes sobre su situación para tomar acuerdos en próxima Junta.

La señora viuda de Farinos solicita de la Junta que continúe, dada su triste situación económica, concediéndole una pensión mensual, y en vista de esto se acuerda continuar abonándosele.

No habiendo más asuntos de que tratar, se levanta la sesión.—La secretaria de actas, D. DÍAZ SAMA.

Sección oficial.

GOBERNACIÓN

Con fecha 25 de Febrero último, la Presidencia del Directorio militar ha concedido autorización para que se celebren las oposiciones á médicos y practicantes de la Beneficencia provincial y municipal que las Diputaciones y Ayuntamientos tengan pendientes, por encontrarse en suspenso en virtud de las Reales órdenes de 17 de Septiembre y 1.º de Octubre de 1923.

Lo que se hace público para conocimiento de las Corporaciones á quienes pueda interesar.

Madrid, 11 de Marzo de 1924.—El subsecretario, *Martínez Anido*. (*Gaceta* del 13 de Marzo de 1924.)

Dirección General de Sanidad.

CIRCULAR

El Excmo. Sr. Subsecretario de este Departamento, en Real orden comunicada de fecha 28 de Febrero último, dice al señor subsecretario de Hacienda lo que sigue:

«Excmo. Sr.: En contestación á la Real orden comunicada de ese Ministerio, fechada en 10 de Noviembre último y entrada en el Registro de este Departamento el 14 del corriente mes, cúmplame manifestarle que el envío por las estaciones sanitarias de puertos á las Administraciones de Aduanas del parte diario de entrada y salida de barcos, como dispone el art. 73 de las Ordenanzas de Aduanas, supone para dichos organismos una pérdida de tiempo que pudiera perjudicar la buena marcha de los servicios sanitarios, ya que por haberse suprimido en la mayor parte de las estaciones el personal burocrático para dichos menesteres, habría de dedicarse á ellos el personal técnico, que desatendería en este caso su misión.

Como por otra parte las Administraciones de Aduanas disponen por entero, al igual que Sanidad, de todos los datos referentes al movimiento de buques, pasajeros y mercancías, dicho parte diario sólo tiene el relativo valor de una comprobación que, por lo demás, siempre podría efectuarse facilitando los directores de Sanidad de los puertos sus libros de entrada y salida de barcos á los funcionarios que las Administraciones de Aduanas designen, para lo cual se circulan por esta Subsecretaría las órdenes necesarias á las estaciones sanitarias de puertos, con objeto de que pueda darse cumplimiento á la citada disposición de las Ordenan-

zas de Aduanas, sin perjuicio del servicio que á los funcionarios sanitarios está encomendado.»

Lo que comunico á V. S. para su conocimiento y á fin de que por esa estación sanitaria sean dadas toda clase de facilidades para que por los funcionarios que las Administraciones de Aduanas designen, puedan ser examinados los libros de entrada y salida de barcos de esa dependencia cuantas veces lo estimen preciso, dejando de ocuparse de tal servicio el personal técnico sanitario.

Madrid, 1.º de Marzo de 1924.—El director general, *Francisco Murillo*.—Señores directores de las estaciones sanitarias de puertos. (*Gaceta* del 2 de Marzo de 1924.)

Considerando necesario desvanecer algunas dudas surgidas acerca de la eficacia de las desratizaciones y desinsectaciones en buques con carga,

Esta Dirección general ha tenido á bien disponer lo siguiente:

1.º Las desratizaciones por el anhídrido sulfuroso, cualquiera que sea el aparato que se emplee, no serán consideradas como eficaces más que cuando se realicen en barcos que se encuentren á plan barrido.

2.º Las cianhidricaciones se considerarán eficaces en barcos con carga siempre que la cantidad de la misma y la forma en que se encuentre estibada permitan el acceso de las mangueras al fondo de las bodegas.

3.º Se tendrá en cuenta por los directores de Estaciones sanitarias de puertos lo que antecede para disponer las citadas operaciones de saneamiento en los buques, y por lo que se refiere á las cianhidricaciones, no se sobrepasarán las dosis de 2,75 gramos por metro cúbico en las desratizaciones, y la de 3,50 gramos por metro cúbico en las desinsectaciones.

Madrid, 8 de Abril de 1924.—El director general, *Francisco Murillo*. (*Gaceta* del 10 de Abril de 1924.)

Vacante el cargo de director médico de la Estación sanitaria del puerto de Tarragona, se convoca concurso entre médicos activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior para la provisión de dicho cargo, sus resultas y todas las plazas vacantes actualmente, con arreglo á lo preceptuado por el art. 14 del vigente Reglamento de Sanidad exterior de 30 de Marzo de 1917, modificado por Real decreto de Marzo de 1920; debiendo los aspirantes presentar sus solicitudes en este Ministerio dentro del plazo de diez días, á partir de la publicación de la presente convocatoria en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 8 de Abril de 1924.—El director general, *Francisco Murillo*. (*Gaceta* del 10 de Abril de 1924.)

La necesidad de resolver algunas consultas hechas por diversas Juntas administrativas de Brigadas provinciales de Sanidad sobre condiciones exigibles para las oposiciones al personal facultativo de las mismas; el deseo, ya significado por otras, de que se agreguen á las anunciadas en la convocatoria de 14 de Febrero último las vacantes existentes en las suyas, y, por último, la propuesta hecha á esta Dirección por el Tribunal designado para juzgarlas de que, por especiales circunstancias de su constitución, sería conveniente aplazarlas para el próximo mes de Junio, son sobrados motivos para que se prorrogue el plazo de admisión de solicitudes hasta el 30 de Mayo venidero y resolver que dichas oposiciones den comienzo el día 16 de Junio siguiente, quedando, por las indicadas razones, debidamente rectificada la convocatoria de referencia en la siguiente forma:

En virtud de lo solicitado de esta Dirección general por los gobernadores presidentes de las Comisiones administrativas de las Brigadas sanitarias de Huelva, Castellón, Madrid, Cuenca, Guadalajara y Soria, se anuncia en concurso-oposición las siguientes plazas de personal técnico de las mismas, cuyos emolumentos se abonarán de los fondos de dichos organismos:

Una plaza de médico director del Instituto provincial de Higiene de Castellón, dotada con 6.000 pesetas anuales, pagadas por mensualidades, más los honorarios que le correspondan por los servicios sanitarios con arreglo a la tarifa oficial de derechos.

La plaza se considerará en propiedad é inamovible mientras subsista la mancomunidad sanitaria de la provincia de Castellón.

Una plaza de médico bacteriólogo de la Brigada sanitaria de Huelva, dotada con 6.000 pesetas de sueldo, encargado de todo cuanto afecte a la Sección de Bacteriología del Instituto profiláctico, análisis bacteriológicos y biológicos, histológicos y anatomopatológicos, obtención de sueros y vacunas de aplicación humana. Serán también deberes anexos a este cargo acudir a los pueblos de la provincia siempre que las necesidades lo exijan, para colaborar a los trabajos y servicios de la Brigada, que se especificará en el Reglamento de la misma, y el día que funcione el Hospital de Infecciosos tendrá a su cargo la enfermería general del mismo; organizará cursos prácticos de la Sección que se le encomiende; llevará la estadística y parte burocrática de la Sección. Por la organización y trabajos del curso percibirá una gratificación de 4.000 pesetas, y además el 75 por 100 de los ingresos que se obtengan por servicios remunerados correspondientes a su ramo y las dietas que se acuerden en caso de salida. Este cargo será incompatible con cualquier otro del Estado, provincia y municipio, y con el ejercicio libre de la profesión.

Una plaza de químico del Laboratorio de la Brigada sanitaria provincial de Cuenca, dotada con la gratificación de 3.000 pesetas anuales, y otra de médico bacteriólogo de dicha Brigada sanitaria, dotada con igual gratificación. Tanto el químico como el bacteriólogo tendrán derecho al percibo del 25 por 100 de los emolumentos que satisfagan los particulares por servicios retribuidos, conforme el Reglamento de la Brigada establece.

Estos cargos serán incompatibles con todo cargo ó subvención de laboratorios particulares establecidos ó que se establezcan con fines análogos a los de la Brigada sanitaria provincial de la indicada provincia.

Una plaza de médico bacteriólogo de la Brigada sanitaria provincial de Madrid, dotada con la gratificación de 3.500 pesetas anuales.

Una plaza de médico bacteriólogo de la Brigada sanitaria provincial de Guadalajara, dotada con 5.000 pesetas anuales, y otra de químico de la Brigada sanitaria de la misma provincia, dotada con 3.000 pesetas anuales.

Una plaza de médico bacteriólogo de la Brigada sanitaria provincial de Soria, dotada con 5.000 pesetas de sueldo anual, el 25 por 100 de los ingresos que se obtengan por servicios remunerados correspondientes y dietas de 15 pesetas cuando no tenga que pernoctar fuera de la capital, y 25 pesetas en caso contrario; debiendo estar encargado de todo cuanto afecte al Laboratorio bacteriológico y químico de esta Brigada; siendo deberes anexos a su cargo acudir a los pueblos de la provincia siempre que las necesidades lo exijan, llevar la estadística y parte burocrática del laboratorio, y organizar los cursos prácticos de laboratorio que se le encomienden, advirtiéndole que este cargo será incompatible con cualquier

otro del Estado, provincia ó municipio, y con el ejercicio libre de la profesión.

Los ejercicios de oposición a todas estas plazas darán comienzo el día 16 de Junio del presente año; serán de carácter práctico, y constarán de los problemas que el Tribunal acuerde con relación a la plaza ó plazas solicitadas por el concursante, y versarán sobre bacteriología, serología, desinfección y química aplicada a la Higiene, ejercicios que se llevarán a cabo en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, previo anuncio con ocho días de anticipación en dicho establecimiento y en la Dirección general de Sanidad. Todo opositor que no estuviese presente al dar comienzo los ejercicios, se considerará que renuncia a tomar parte en la oposición. El Tribunal que ha de juzgarlos estará constituido por el inspector general de Sanidad interior, presidente, y como vocales el jefe de la Sección de Epidemiología del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, el jefe de la Sección de Química del mismo Instituto, el jefe del Parque Central de Sanidad, el inspector provincial de Sanidad de Madrid, y como suplentes, el subjefe de la Brigada sanitaria central, el ingeniero ayudante del Parque sanitario central y el inspector provincial de Sanidad de Huelva, actuando como secretario el vocal que el mismo Tribunal designe.

Para tomar parte en el concurso-oposición se requiere:

1.º Ser español y no estar incapacitado para ejercer cargos públicos.

2.º Ser licenciado en Medicina para las plazas de médicos bacteriólogos de las Brigadas sanitarias provinciales de Huelva, Cuenca, Madrid y Guadalajara.

3.º Ser licenciado en Medicina y tener aprobada la asignatura de Análisis químico para las plazas de la Brigada sanitaria provincial de Soria y de médico director del Instituto provincial de Higiene de Castellón.

4.º Ser licenciado en Farmacia ó en Ciencias químicas para las plazas de químico de las Brigadas sanitarias provinciales de Cuenca y Guadalajara.

Los concursantes podrán presentar, además de los documentos que acrediten estas condiciones, todos los que crean convenientes para justificar sus méritos y servicios.

Las instancias se presentarán en la Dirección general de Sanidad (Ministerio de la Gobernación) hasta el día 30 de Mayo próximo, dirigidas al ilustrísimo señor director general de Sanidad, acompañadas de la documentación que justifique las condiciones que se exigen para tomar parte en el concurso, especificando en la instancia, en orden de preferencia, la plaza ó plazas a que aspiren y abonando en el acto de la entrega 50 pesetas en concepto de derechos de inscripción.

Si durante el plazo de admisión de instancias se solicitare de esta Dirección por otras mancomunidades sanitarias provinciales la verificación en esta Corte de las oposiciones a otros cargos técnicos, quedarán afectos a esta convocatoria, publicándose oportunamente las plazas agregadas y las condiciones inherentes a las mismas.

Madrid, 15 de Marzo de 1924.—El director general, F. Murillo. (*Gaceta* del 16 de Marzo de 1924.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,3; ídem mínima, 700,6; temperatura máxima, 19°,1; ídem mínima, 0°,3; vientos dominantes, OSO.

Se han acentuado mucho los catarros bronquiales que ve-

nían observándose y han aumentado en número las congestiones activas pulmonares en los enfermos crónicos de estos órganos, y las pasivas en los afectados de lesiones cardíacas.

En los niños siguen observándose casos de sarampión benigno, y anginas tonsilares.

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

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Marzo de 1924.
Menores de 1 año.....	256	217
De 1 á 4 años.....	236	186
De 5 á 19.....	125	92
De 20 á 39.....	255	190
De 40 á 59.....	298	293
De 60 en adelante.....	421	443
Sin clasificación.....	3	2
TOTAL.....	1.594	1.423

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Marzo de 1924.
Fiebre tifoidea.....	16	3
Tifus exantemático.....	2	»
Viruela.....	1	»
Sarampión.....	35	46
Escarlatina.....	3	1
Coqueluche.....	12	2
Difteria.....	7	6
Gripe.....	70	10
Otras epidémicas.....	2	3
Tuberculosis pulmonar.....	159	141
Idem meníngeas.....	23	30
Otras tuberculosis.....	29	16
Cancerosas.....	61	75
Meningitis.....	83	66
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	68	74
Orgánicas del corazón.....	122	132
Bronquitis aguda.....	131	88
Idem crónica.....	47	50
Pulmonía.....	31	38
Broncopneumonía y otras.....	203	166
Enteritis (menores de dos años).....	46	22
Apendicitis y tiflitis.....	3	5
Hernias y obstrucciones.....	14	19
Cirrosis hepática.....	13	15
Nefritis.....	41	43
Septicemia puerperal.....	5	5
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	47	43
Senectud.....	44	43
Otras enfermedades.....	276	281
TOTAL.....	1.594	1.423

Varones.....	729
Hembras.....	694
Promedio de mortalidad diaria en el quinquenio anterior.....	51,41
Idem íd. en Marzo de 1924.....	45,90
Idem íd. en Febrero de 1924.....	54,10

Observaciones.

Siguen registrándose cifras favorables en relación con las habituales en este período del año. Treinta y siete unidades menos que en Marzo de 1923 y un promedio diario inferior en 8,20 á la mortalidad de Febrero pasado.

La mejoría iniciada el mes anterior en los menores de un año, ha continuado en este, falleciendo cuarenta y tres niños menos. Cifra considerable si se tiene en cuenta que, entre ambos meses, hay dos días de diferencia.

Las afecciones infectocontagiosas acusan cifras muy bajas, excepto en el sarampión, que se sostiene en un estado epidémico de intensidad media.

En Enero de 1923 se registró la última defunción por viruela. Llevamos, por consiguiente, más de un año seguido sin defunciones por esta causa.

El cáncer en sus oscilaciones ascendentes alcanza, desgraciadamente, un número mensual elevado. Setenta y cinco han muerto por tumores malignos.

Diagnosticados de sífilis hereditaria, congénita ó adquirida han fallecido: cuatro niños en la sucursal de la Inclusa y dos en sus domicilios; un adulto en San Juan de Dios y tres en sus viviendas. Total, diez.

Nacieron vivos, 1.769.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Asamblea del personal de los Laboratorios municipales.—Para los días del 5 al 9 de Mayo próximo se está organizando una Asamblea de personal técnico de los Laboratorios municipales de España.

A juzgar por el número de adhesiones recibidas y dado el entusiasmo que han despertado en la clase los asuntos que se han de tratar, promete ser dicha Asamblea de verdadero interés y de grandes beneficios para la sanidad municipal.

El nuevo Estatuto de los Municipios plantea problemas sanitarios relacionados con los Laboratorios que obligan á los profesores consagrados á estos trabajos á adoptar acuerdos y fijar orientaciones técnicas para elevarlas á los Poderes públicos.

Iniciados ya los trabajos, éstos se hallan muy adelantados. A este objeto se ha visitado al subsecretario de Gobernación, Sr. Martínez Anido, el que aplaudió la idea y ofreció todo el apoyo oficial de su Departamento para su celebración. Este ofrecimiento no se ha hecho esperar, y prueba de la buena acogida que ha dispensado al proyecto es la Real orden publicada en la *Gaceta* del 5 de este mes, declarando oficial la Asamblea y autorizando al personal de los Laboratorios municipales para que pueda asistir.

Las sesiones se celebrarán en la Real Academia Nacional de Medicina, galantemente cedida por su Junta de Gobierno.

Las Compañías de ferrocarriles han concedido importantes rebajas en el precio de los billetes para los asambleístas.

Para más informes y detalles, los compañeros de provincias podrán dirigirse al secretario de la Comisión organizadora, calle de Bailén, 43.

De Sanidad Militar.—Por Real decreto de 31 de Marzo último ha sido nombrado inspector-médico de primera clase D. José Lorente Gallego, que pasa al frente de la Inspección médica de la quinta Región.

—Por Real decreto de 4 de Abril ha sido designado inspector de Sanidad Militar de la tercera Región, D. José Fernández Salvador, que desempeñaba igual cargo en la segunda.

Facultad de Medicina de Madrid.—Curso práctico de enfermedades de la sangre y hematología clínica, por el profesor G. Pittaluga, con la colaboración de los Dres. S. de Buen, E. Luengo y H. Pacheco. Máximo de inscripciones, 10 alumnos; cuota de inscripción, 50 pesetas; número de lecciones clínicas, 10 íd.; prácticas de Hematología, 8 íd.

Fechas: Desde el miércoles 23 de Abril hasta el sábado 3 de Mayo de 1924.

Días y horas: 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 de Madrid.

Clínica Médica de Pediatría.—Hospital «Enfants Malades», 149, rue de Sevres. Curso de vacaciones, Pascua de 1924 (14-25 Abril).

El día 14 del actual ha comenzado este curso con la apertura por el profesor Nobecourt.—Dieron lecciones sobre Nociones actuales sobre la difteria, M. Lereboullet.—Hereditarios en la segunda infancia (1.ª lección), M. Tixier.—La encefalitis aguda epidémica, M. Mathieu.

El día 15 continuó su lección M. Tixier sobre Hereditarios y Anemia en la infancia, y luego sobre Encefalitis infantil y mongolismo, M. Babonneix.

El 16: Los síndromes endocrinos (1.ª lección), M. Lereboullet.—La nefritis de los niños, M. Janet.—Las coreas, M. Babonneix.

El 17: Radiología del corazón en el niño, M. Duhem.—Los síndromes endocrinos (2.ª lección), M. Lereboullet.—La poliomielitis aguda, M. Babonneix.

El 18: La tuberculosis del mediastino, su diagnóstico clínico, M. Lereboullet.—Las tuberculosis agudas en los niños, M. Mathieu.—Radiografía del hilio y mediastino, M. Duhem.

Hoy 19 hablará M. Bidot sobre Coprología.

El martes 22 de Abril.—A las diez y media: Los síndromes del artrismo en el niño, profesor Martínez Vargas, rector de la Universidad de Barcelona.—A las diez y seis: Nuevas nociones sobre el sarampión, M. Paraf.—A las diez y siete: La diabetes en los niños, M. Janet.

Miércoles 23 de Abril.—A las diez y media: Observaciones clínicas sobre la estenosis pilórica de los niños de pecho, profesor Enrique Sódier (de Madrid).—A las diez y seis: Nuevas nociones sobre la escarlatina, M. Paraf.—A las diez y siete: Asma infantil, M. Nadal.

Jueves 24 de Abril.—A las diez y media: Crisis clínicas acetónicas en los niños, profesor Casasayas (de Barcelona).—A las diez y seis: Nuevas nociones sobre la meningitis cerebroespinal, M. Paraf.—A las diez y siete: La epilepsia y sus nuevas medicaciones, M. Janet.

Viernes 25 de Abril.—A las diez y media: Las infecciones pneumocócicas en los niños y su tratamiento, M. Lereboullet.—A las diez y seis: Reumatismo articular agudo y sus complicaciones cardíacas, M. Mathieu.—A las diez y siete: Dilatación de los bronquios en los niños, M. Nadal.

A las nueve: Conferencia clínica en las salas de la Clínica, profesor Nobecourt.

Las inscripciones se hacen en la Secretaría de la Facultad, los lunes, miércoles y viernes, de las quince a las diez y siete.

Obras recibidas.—*Fatogénesis de los trastornos mentales llamados de Guerra*, por S. Rubiano, folleto.

Se podrá en lo sucesivo radiografiar los movimientos del corazón.—M. J. L. Breton ha anunciado a la Academia de Ciencias que dos sabios franceses, MM. Somon y Commandon, esperan poner en su punto la solución de un problema cuyo estudio persiguen hace mucho tiempo, no habiendo dado hasta aquí más que resultados insuficientes.

Han llegado a obtener radiografías tan rápidas y aproximadas para alcanzar la periodicidad de 17 imágenes por segundo, condición indispensable para realizar una reproducción en el aparato cinematográfico.

Igualmente se han podido obtener películas de una longitud suficiente para que su estudio pueda servir al médico en su interpretación de un desorden cardíaco.

El precio de una nariz femenina.—Se reclaman 100.000 dólares al cirujano que la desfiguró. Mme. Cid Chaplin, cuñada del actor cinematográfico, intenta la demanda del doctor Robert Griffith, de Los Angeles, que había prometido, sin llegar a cumplirlo, el embellecimiento de la nariz de su cliente.

Mme. Cid Chaplin reclama de este médico jefe 100.000 dólares de indemnización. El hecho es que la operación que ella ha sufrido la ha desfigurado completamente.

Un poquito cara nos parece la tal nariz. ¡Ni que fuera la de Cleopatra!

Nuevo Sanatorio.—Con asistencia de los Dres. Goyanes, Marañón, Hernando, Madinaveitia, Fraile, Banús y otros se ha celebrado recientemente la inauguración del Sanatorio que en la calle de Doña María de Molina ha establecido el Dr. Carrasco Cadenas.

La instalación mereció el elogio de todos los asistentes.

Viajes.—Bajo la dirección del profesor Dr. Pittaluga y de otras conocidas personalidades, parece que se está orga-

nizando un viaje de intercambio científico de médicos y alumnos para visitar las más interesantes escuelas y establecimientos docentes de Italia. Para este mismo país ha salido en estos últimos días el ilustre cirujano D. Enrique Slocker, del Hospital de la Princesa.

—Han regresado de sus breves expediciones a Huelva y Medina del Campo, respectivamente, los Dres. Marañón y Pulido que dieron conferencias en aquellas poblaciones.

Excedencia.—A petición suya ha obtenido la excedencia del cargo que venía desempeñando en el Ministerio de Gracia y Justicia nuestro redactor forense D. Alfonso Cortezo y Collantes, con objeto de poder atender a sus particulares ocupaciones profesionales.

Nombramiento.—Ha sido nombrado vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la Diputación provincial de esta corte el prestigioso comandante médico del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel D. Joaquín González Alberdi.

Dadas las dotes intelectuales y espíritu de justicia que adornan al Dr. Alberdi, la elección por parte de la Jefatura de Sanidad Militar ha sido acertadísima, motivo por el que merece ésta toda clase de felicitaciones.

Exciplente inerte.—La medicina es de desear; pero, el médico de temer.

(Joaquín Setanti.)

De todos los remedios que he usado en mi práctica, no he encontrado ninguno de indicación más difícil y de efectos más inseguros que los llamados tónicos cardíacos; y sin embargo, todo el mundo afirma que conoce y domina los efectos de la digital, de la uabaina, del strophanto, etcétera, etc. La fe terapéutica es la más envidiable de todas, con ser todas dignas de ser envidiadas.

(Ich.)

Antitiroidina.—Al presente número acompañamos un prospecto y tarjeta sobre los preparados Antitiroidina y Yodipina, de la Casa Merck, recomendando la lectura y pedido de muestras.

Quinarfer.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid (Carrera de San Jerónimo, núm. 1), cuya lectura recomendamos.

SIL-AL

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



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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