

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.

L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid.
Cirujano del Hospital de la Princesa.

J. CODINA CASTELLVÍ
Académico. Médico de los Hospitales.
Director de los Sanatorios Antituberculosos.

V. CORTEZO
Jefe del Parque Sanitario de Madrid.
Del Instituto de Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Del Hospital General de Madrid.

A. ESPINA Y CAPO
Académico de la Real de Medicina.

A. FERNÁNDEZ
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.

F. LÓPEZ PRIETO
Ex-Médico Titular.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. HUERTAS
Del Hospital General.
Académico de la de Medicina.

C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.

G. MARAÑÓN
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

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

M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.

L. MARCO CORERA
Prof. honoris causa del Inst. Rubio.

J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General.

B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.

S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina.
Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

J. y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Jesús.
Académico de la Real de Medicina.

F. TELLO
Director del Instituto Alfonso XIII.

L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

J. M. DE VILLAVEDE
Del Real Hospital del Buen Suceso.
Del Instituto Cajal.

R. DEL VALLE y ALDABALDE
Del Hospital General.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española. — Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de Investigación y de los Laboratorios nacionales. — Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros. — Fomento de la enseñanza. — Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza. — Edificios decorosos y suficientes. — Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso. — Fomento premios y auxilios a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Colelitiasis y colecistitis. Investigaciones hematológicas, por F. Mas y Magro. — Aplicaciones del cistoscopia al diagnóstico de los procesos quirúrgicos del riñón y del uréter, por el Dr. Angel Pulido Martín. — Los problemas biológicos de la reproducción en los seres organizados, por J. Madrid Moreno. — Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo. — Bibliografía, por R. Comenge. — Periódicos médicos.

COLELITIASIS Y COLECISTITIS

INVESTIGACIONES HEMATOLÓGICAS

POR

F. MAS Y MAGRO

El estudio de las reacciones sanguíneas en las afecciones calculosas é inflamatorias de la vesícula biliar ofrece especial interés, no tanto por el conocimiento del genuino síndrome hemático, como por la influencia recíproca entre el bazo y el hígado sobre el mismo. Son harto incompletas las referencias bibliográficas que poseemos acerca de tan interesante tema, cuya importancia para la clínica no necesitamos encomiar; hemos logrado, no obstante, obtener algunas publicaciones completas, en unos casos, y notas ó referates, en otros, de los trabajos de Parmantier, Lutier, Strauss, Salignaut, Georges, Bezançon y Labbé, Grawitz, Cabot, Ewing, Ricca-Barberis, Gilbert, Horscher, Achard y Loeper, Perrin, Monsseaux y otros.

Material.—El presente estudio se basa en la observación hematológica en 41 enfermos de colecistitis y colelitiasis, en los que el diagnóstico se ha realizado por la investigación de sus respectivos síntomas cardinales, como el dolor cólico, la palpación de la vesícula biliar, la ictericia, la fiebre y la presencia de bilis ó

urobilina en la orina; en algún caso las crisis gástricas (hiperemesis) é intestinales (diarrea), acompañadas de fiebre, ictericia y vesícula palpable, han podido satisfacer las exigencias diagnósticas. En esta serie de enfermos solamente se ha practicado la investigación hematológica una vez (cuadro I). En una enferma hemos podido obtener los suficientes datos hematológicos para poder trazar las respectivas curvas de las variaciones de los diversos elementos de la sangre (cuadro II) con motivo de una agudización de su colecistitis crónica.

Métodos.—Los recuentos globulares los hemos hecho con las pipetas y la cámara del aparato de Thomas-Leitz. La fórmula leucocitaria se ha obtenido en preparados tratados por el método de Giemsa. El tiempo de coagulación (T. C.) ha sido medido por un procedimiento personal, modificación del de Achard.

I. MODIFICACIONES NUMÉRICAS DE LOS ERITROCITOS Y DE LA HB.

El número de eritrocitos es generalmente elevado; esta policitemia se encuentra en el 58,7 por 100 de los casos. En determinado grupo de enfermos, el 34,1 por 100 es ligeramente subnormal, de tal modo que una oligocitemia verdadera y acusada sólo se halla en un 7,2 por 100 de los casos. He aquí un estado demostrativo de las variaciones numéricas de los eritrocitos:

Con policitemia.....	58,7 por 100.
Con subnormocitemia > 4 millones.....	34,1 —
Con oligocitemia.....	4,8 —
	2,4 —

Resulta evidente que la policitemia se encuentra con inusitada frecuencia en el período de remisión de las inflamaciones calculosas de la vejiga. Hace ya cerca de cuatro años el profesor Hernando nos señaló la frecuencia de este síntoma en las hepatopatías. Podría pensarse que los enfermos ofrecen aspecto de plétora; antes al contrario, lo frecuente es el *hábitus* anémico hipotiroideo y de hiponutrición. En un caso con 7 millones de eritrocitos y 102 de hemoglobina, el paciente presentaba ostensibles manifestaciones de anemia, por haber estado sometido más de un mes a un régimen alimenticio insuficiente. Las cifras habituales de la poliglobulia son, por término medio, 4,9 y 5,2 millones respectivamente para la mujer y el hombre; estas cifras corresponden a valores un poco superiores al normal en la mujer (4,5) y en el hombre (5,0); existen casos en los que el número de los eritrocitos supera

á 5,5 millones y llega hasta 7 millones. La fiebre hace descender la cifra de los eritrocitos.

La policitemia ó poliglobulia ha sido señalada frecuentemente en las enfermedades del hígado. En la cirrosis hepática Perrin ha observado oligocitemia en la fase de insuficiencia del hígado y policitemia en la fase de hiperpatía; de consiguiente, el número de eritrocitos dependería del grado de insuficiencia ó de hiperactividad de la glándula hepática.

De un tiempo á esta parte se han estudiado las relaciones entre la colelitiasis y la colesterinemia y entre ésta y la resistencia eritrocítica. Laporte y Rouzaud han establecido dos grupos de colecistitis; en el primero comprenden los enfermos con hipocolesterinemia y fragilidad eritrocítica, y en el segundo, al cual pertenecerían las colecistitis calculosas, reúnen los que presentan hipercolesterinemia con resistencia eritrocítica normal. Más directamente Sotti, Torri y otros admiten, apoyados en interesantes estudios experimentales, que la colesterinemia es el factor bioquímico de la colelitiasis; pero la colesterinemia ha sido relacionada con

CUADRO I

Observaciones.....	Sexo.....	Edad.....	Ictericia.....	Coliicos.....	Dolor local.....	Fiebre.....	Eritrocitos.	Leucocitos.	Hb.	Índice cro.	T. C.	Neutrófilos.	Eosinófilos.	Linfocitos.	Monocitos.
							Millones. Abs.	Mil. Abs.							
1	H	20	P	O	P	P	4,36	6,6	86	0,9		45	1	42	12
2	H	50	P	O	O	P	4,12	7,6	83	1		43	3	34	9
3	H	32	P	P		O	5,12	7,4	96	0,9		48	0	39	13
4	H	22	P	P		P	4,16	10,2	83	0,9		78	2	12	9
5	V	51	P	P		P	5,6	6,2	104	0,9		61	1	34	4
6	H	20		P		O	4,36	8,4	92	0,9		60	1	31	8
7	H	22		O		P	4,96	5,0	92	0,9		51	1	45	2
8	V	41	P	O	P	P	5,42	8,6	100	0,9		75	1	19	4
9	H	40		P		O	4,36	4,4	85	0,9		48	2	41	9
10	H	25		P		O	4,12	11,2	84	1		57	2	36	3
11	H	37	P	P		P	4,38	6,0	87	0,9		60	1	36	3
12	H	48		P		P	4,12	10,2	86	1					
13	V	36	P	P		P	7,00	7,0	107	0,9		88	2	9	1
14	H	49		P	P	O	4,00	7,2	87	1		51	2	38	9
15	H	46		O		P	5,22	8,0	100	0,9		55	3	30	3
16	H	19		O		O	5,28	9,0	100	0,9					
17	V	57	P	P		P	5,08	6,6	97	0,9					
18	H	38	P	P		P	5,24	6,4	98	0,9		40	2	53	5
19	V	48	P	P		P	5,56	9,4	102	0,9		49	8	40	3
20	H	58	P	P		P	4,60	4,6	82	0,8		39	8	48	4
21	H	58	P	P		P	4,40	7,6	82	0,9		80	0	17	3
22	H	35		P		O	4,56	6,6	92	1	9	70	2	24	2
23	V	45		O	P	P	5,60	8,0	100	0,8	9	72	0	24	4
24	H	39	P	O		O	5,56	6,2	101	0,9	9	62	3	32	2
25	H	50	P	P		P	4,40	13,0	91	1		36	4	58	8
26	H	26		P		O	5,04	16,2	94	0,9	15	56	2	37	5
27	H	39	P	P		P	4,88	8,4	87	0,9	9	77	1	21	1
28	H	28	P	P		P	5,60	8,0	98	0,8	7	49	2	46	3
29	V	44	P	O		P	4,20	7,0	73	0,8		60	5	19	16
30	V	24		P	P	P	4,66	6,6	100	1		56	4	19	21
31	H	61		P	P	P	4,84	6,6	96	0,9		63	1	31	5
32	H	26		P	P		4,26	9,4	72	0,8		49	2	44	5
33	H	26		P	P	P	4,54	6,0	92	1		45	0	49	5
34	H	58	P	P	P	P	4,12	12,0	78	0,9		77	2	16	5
35	H	60	P	P	P	P	4,80	5,4	100	1		48	0	45	7
36	V	14		P			3,52	4,4	67	0,9		59	0	34	7
37	H	32	P	P		P	4,20	11,2	88	1		57	10	30	3
38	V	41	P	P	P	P	5,00	7,0	103	1		70	1	19	10
39	H	33		P			2,44	5,4	75	1					
40	H	24	P	P		P	3,32	8,8	63	0,9					
41	V	24	P	P		P	6,20	3,2	102	0,8	8	53	0	43	2
42	H	58	P	P		P	5,20	6,8	92	0,8		53	3	41	2

una hipofunción especial del bazo y, por tanto, formulan que la colelitiasis es un efecto de la insuficiencia esplénica.

Las relaciones de la colesterinemia con la insuficiencia esplénica han sido establecidas por Eppinger y Soper. Estos sabios han logrado la destrucción del aparato retículo-endotelial en el bazo de conejo, sometiendo a las radiaciones de mesotorio; en estas condiciones han causado un aumento del contenido de colesterolina en la sangre y una disminución de la misma en el bazo. Con la esplenectomía aumenta la colesterolina sanguínea (Sotti y Torri) y surte el mismo efecto que la administración parenteral de colesterolina y una dieta con alimentos ricos en este cuerpo (Sotti). Ahora bien; si se extirpa el bazo y al mismo tiempo se liga el colédoco, se obtiene en los animales de laboratorio la formación de cálculos de colesterolina (Sotti y Torri). En los esplenectomizados y en los individuos afectados de graves lesiones del bazo, Fedeli ha observado la aparición de la colelitiasis.

Aceptando los hechos experimentales de Eppinger y Soper, parece evidente que en los colelitíasicos existe una lesión destructiva del aparato retículo-endotelial, causa de la colesterinemia que se observa en este género de enfermos. De otra parte, dicho aparato interviene de un modo directo en la hemólisis esplénica de los eritrocitos, tanto por determinadas secreciones específicas del mismo, como por la acción destructora de los macrófagos. Si la función de la formación retículo-endotelial sufre menoscabo ó se debilita, la hemocataresis esplénica se amortiguará y en la sangre periférica se determinará hiperglobulia. De consiguiente, la poliglobulia que se observa en la colelitiasis puede adscribirse a una lesión del aparato retículo-endotelial, lo mismo que la colesterinemia; y, en último término, es un síntoma parcial de una insuficiencia esplénica relativa.

Hemos encontrado un grupo de policitemias (observaciones 5.^a, 13, 19, 24, 37 y 40), cuya patogenia puede explicarse cumplidamente por la intervención de la reacción anafiláctica. Se observa en las pruebas positivas de hemoclasia digestiva, aun en ausencia de toda lesión espleno-hepática, y en los experimentos de anafilaxia. Han sido estudiadas por nosotros en algunas publicaciones y siempre las hemos podido referir al shock anafiláctico, singularmente cuando su intensidad ha sido mediana ó pequeña. Dichas policitemias hallanse siempre asociadas a un aumento de los valores de la Hb. y a la leucopenia, constituyendo de este modo el llamado por nosotros *síndrome de disociación globular*. Las policitemias del mencionado grupo se presentan como síndromes típicos de *disociación globular* y su presencia en el cuadro sanguíneo de algunos colelitíasicos nos ha hecho pensar en la posibilidad de que al lado de la poliglobulia por asplenia parcial (displenia) hay otro grupo que es preciso relacionar con la alergia proteínica.

En los enfermos con colelitiasis y colecistitis existe con relativa frecuencia una insuficiencia hepática de mayor ó menor grado, pero nunca muy intensa. Se ha

observado también que las pruebas positivas de hemoclasia digestiva se ofrecen con gran frecuencia en la insuficiencia funcional del hígado. De consiguiente, es lógico considerar a aquellos enfermos como sensibilizados por proteínas heterólogas. El mismo cólico hepático, que es clásico derivar de efectos mecánicos de la litiasis, podría ser producido en muchos casos—así lo creemos nosotros—por contracciones del aparato fibromuscular liso de las vías biliares determinadas por el shock anafiláctico. En efecto, Manwaring, Hosepian, Enrigh y P. Dorothy, han observado contracciones agudas en la vejiga de la orina a los dos minutos de la explosión de la crisis anafiláctica, obteniéndose el mismo resultado por inyecciones intravenosas de histamina; pero estos efectos dejan de presentarse en los perros privados del hígado y eviscerados (Manwaring, Chilcote y Hosepian). De estos hechos se infiere que, si en los colecistíticos y colelitíasicos existe realmente un estado de alergia proteínica, no hay inconveniente en aceptar que la hiperglobulia que las acompaña depende de la anafilaxia.

Son poco frecuentes las hipoglobulias en los procesos inflamatorios y calculosos de la vejiga biliar. En 41 casos sólo la hemos encontrado tres veces (observaciones 35, 38 y 39): en la observación 38 existía nefritis de tipo glomérulo-epitelial y en la 39 había obstrucción completa del colédoco. La hipoglobulia, de consiguiente, no corresponde al período de remisión de las afecciones vesiculares de este género.

2. MODIFICACIONES NUMÉRICAS DE LOS LEUCOCITOS.

La cifra de los leucocitos en la fase de remisión de la colecistitis calculosa, es normal ó subnormal en la mayoría de los enfermos, como lo atestiguan los adjuntos datos numéricos:

Con leucocitos...	14,6 por 100	
Sin leucocitos...	85,4	{ Número normal 41,5 por 100. Leucopenia 43,9

La leucocitosis fué observada por Lutier y Salignat, Parmantier, Monceaux, Achard y Loeper, Claude, Strauss y otros. Durante el cólico hepático disminuye el número de leucocitos (Achard y Loeper, Bezançon y Labbé); ó aumenta, si coincide con un ataque de colecistitis (Monceaux); al terminar el cólico hepático se produce una leucocitosis eventual (Achard y Loeper), á veces al iniciarse (Bezançon y Labbé).

En la fase de remisión, cuando existe leucocitosis, siempre es poco acusada; solamente en un caso (observación 26) ha llegado á 16.200 leucocitos, sin causa que lo explique. Lo frecuente es que la cifra de los glóbulos blancos no pase de 12.000.

La leucopenia y la leucocitosis (número normal de leucocitos) son los síntomas más frecuentes en la hematología de la litiasis y la inflamación crónica de la vesícula biliar; suelen ir asociados a la policitemia. Su patogenia puede explicarse por la hiperactividad del sistema linfóide. Nosotros hemos demostrado que la linfina (1),

(1) Análoga a la linfonganglina de Marfori.

nombre con que hemos designado el principio activo de los tejidos linfoides, singularmente de sus formaciones foliculares, ejerce una acción frenadora sobre la mielopoyesis. En inyección intraperitoneal produce leucopenia y linfocitosis en la sangre circulante. También hemos obtenido con la pilocarpina en el cavia una hipergénesis de los folículos linfoides del bazo y al mismo tiempo una disminución notable de la actividad del aparato retículo-endotelial del mismo, es decir, una insuficiencia funcional esplénica, parcial en cuanto afecta á este organito, y una hiperfunción del sistema folicular del bazo, que son las condiciones apropiadas para producir hipercolesterinemia y leucopenia. Además, no es improbable que en estas condiciones se manifieste una hiperactivación de todo el sistema linfoide.

Pero la leucopenia y la ortoleucocitosis no corresponden de un modo específico al cuadro hemático de las inflamaciones crónicas calculosas de la vesícula biliar, dado que se encuentra en todos los procesos inflamatorios crónicos, por ejemplo, en el período de remisión o de tolerancia de la tuberculosis pulmonar crónica. Por lo tanto, aquéllas, sobre todo la leucopenia (con linfocitosis) son un síntoma sanguíneo de la colecistitis, no de la colelitiasis, é indican la existencia de una inflamación crónica, bien tolerada por el organismo. Por lo demás, tanto la leucopenia como la ortoleucocitosis, se encuentran con la misma frecuencia en la apendicitis crónica y en otros procesos crónicos y apiréticos de los órganos intraabdominales.

Granulocitos neutrófilos.—En la fase de remisión es relativamente rara la neutrofilia, puesto que en nuestras observaciones sólo aparece en un 17 por 100 de los casos y aun esto por haber hecho la investigación hemológica en los mismos ó durante la crisis inflamatoria aguda ó en la iniciación de la defervescencia. La neutrofilia no suele aparecer junto á la leucopenia; algunas veces se manifiesta con la ortoleucocitosis (12 por 100 de los casos) ó con la leucocitosis (4 por 100). En general, la neutrofilia tiene la misma significación en la colecistitis que en las infecciones piógenas. La neutrofilia persistente se observaría en el empiema de la vesícula, y en estas condiciones casi siempre se asocia á la hiperleucocitosis.

Según Bezançon y Labbé los granulocitos neutrófilos presentarían cifras subnormales en el cólico hepático simple, no acompañado de leucocitosis. Ahora bien; si en esta crisis la reacción leucocitaria consiste en leucopenia (Achard y Loeper) y neutropenia (Bezançon y Loeper), es preciso asimilarla á la típica reacción hemática del shock anafilático. Ya hemos manifestado anteriormente que el cólico hepático en muchas ocasiones hállase provocado por crisis anafiláticas ó hemoclásicas. El síndrome leucopenia-neutropenia podría caracterizar el cólico hepático sencillo. Nosotros no hemos tenido ocasión de estudiar este tan importante asunto.

Granulocitos eosinófilos.—En 41 casos hemos observado:

Eosinofilia normal é hipereosinofilia	63,5 por 100
Hipoeosinofilia	19,5 —
Ane eosinofilia	17,0 —

En la mitad de los casos con eosinofilia el número de los eosinófilos es normal, y en la otra mitad es superior á la normal. La eosinofilia es siempre moderada y solamente una vez ha llegado á 10 por 100. La frecuencia de este síntoma no es mayor que en otros procesos flegmáticos de evolución lenta y debe de relacionarse con la hipersensibilización proteínica (toxinas bacterianas y heteroproteínas). Acaso intervenga en la eosinofilia de la colecistitis el factor hepático, como lo patentiza su frecuencia en la prueba positiva de la hemoclasia digestiva, que muchos investigadores la relacionan con la insuficiencia hepática. También han observado hipoeosinofilia ó ligera eosinofilia en la colecistitis Ricca-Barberis y Achard y Loeper.

La aneosinofilia, poco frecuente, casi siempre es accidental; en un mismo enfermo puede observarse tanto la eosinofilia como la aneosinofilia, ahora que los períodos de eosinofilia son los más largos. Ricca-Barberis ha observado que en la angiocolitis existe por lo común hipoeosinofilia ó aneosinofilia.

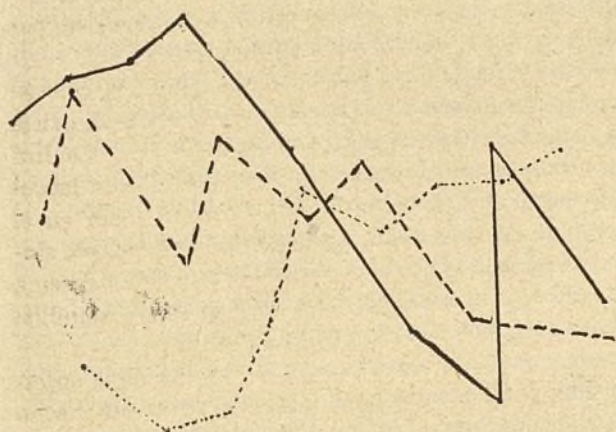
Linfocitos.—En la fase de remisión de la colecistitis, como en una inflamación crónica banal, existe linfocitosis relativa y no raras veces absoluta. La linfocitosis con la policitemia, la poliglobulia y la leucopenia, constituye un síntoma de relativo valor en el diagnóstico de la colecistitis. La patogenia de este síntoma puede explicarse por la hiperfunción del sistema linfoide. La linfocitosis aún mejor que la eosinofilia, revela resistencia en el organismo afecto.

Monocitos.—También en las remisiones de la enfermedad es frecuente la monocitopenia. Por este hecho puede distinguirse la fórmula leucocitaria de la tuberculosis, en sus remisiones, de la colecistitis crónica; en la primera se observa monocitosis y en la segunda monocitopenia, cuya frecuencia podemos estimarla en un 69 por 100. Desgraciadamente existen varios casos (31 por 100) con número normal de monocitos y hasta de monocitosis (21 por 100 en la observación 29), que anulan el valor de la monocitopenia.

Tiempo de coagulación (T. C.).—Hemos determinado el T. C. en la sangre de un reducido número de enfermos, siete, hallándolo disminuido en seis y aumentado en uno. Si bien estos datos no autorizan para sentar una afirmación decisiva, parecen indicar que en la colecistitis calculosa existe un aumento de la coagulación de la sangre. Hemos manifestado antes que en la citada enfermedad existe una insuficiencia esplénica, más exactamente, una lesión destructiva en cierto grado del sistema retículo endotelial. De otra parte, Stephan explica que el aumento de la coagulación sanguínea depende de la excitación del mencionado sistema por las dosis excitantes de rayos. De esto resulta una contradicción, dado que, si existe realmente una hipofunción retículo endotelial, no se comprende que pueda haber hipercoagulación en los enfermos de la vesícula biliar; ó la hipótesis de Stephan no se ajusta á la realidad. No decimos lo mismo de los hechos patentizados por Eppinger y Soper, porque reúnen, al parecer, más garantías experimentales de exactitud. Por lo demás, la hipótesis de Stephan ha sido fuertemente impugnada por Wöhlisch y Neuffer. En el ca-

via hemos observado que entre el calcio, que aumenta la actividad del aparato retículo-endotelial y disminuye la coagulabilidad de la sangre, y la pilocarpina, que disminuye aquélla y aumenta ésta, la semejanza con la realidad clínica está a favor de la última; pero esto no quiere significar que la coagulación dependa de una actividad especial del folículo linfoide. Hemos de citar el hecho clínico de las hemorragias, observadas con motivo de la coledocitis (Hernando), no obstante la hipercoagulabilidad de la sangre. No queremos insistir más en este tema, puesto que la casuística es tan pequeña.

Hemos logrado trazar la correspondiente gráfica de las variaciones hemoleucocitarias de la coledocitis calcúlosa. Se trata de una enferma, cincuenta y ocho



años de edad; padece coledocitis y coledocitis crónica. Se la practicaron diferentes análisis hematológicos (cuadro II) durante el curso de una agudización de su coledocitis: fiebre remitente (37°, 38°, 8), ligera ictericia, hidropesía de la vesícula biliar, pigmentos biliares en orina, sin obstrucción del colédoco y pruritos. Curso lento; remisión de los síntomas, no curación.

En la reacción hemoleucocitaria se pueden individualizar tres períodos en relación con la evolución clínica.

En el período de ascenso se presenta un aumento casi paralelo de la leucocitosis y de la neutrofilia y un descenso divergente de los eritrocitos. Este período se halla limitado por la policitemia hipercloroma. El período de estado se halla comprendido por las dos oligocitemias hipercloromas; aquí la anemia adquiere su valor

máximo, lo mismo que la neutrofilia, mientras que la leucocitosis permanece invariable. La lisis se efectúa a partir de la máxima reacción de hipercloroma (1,24); durante esta última fase los eritrocitos aumentan numéricamente con bastante rapidez y los leucocitos y los neutrófilos descienden de un modo lento. Queremos señalar que una oligocitemia hipercloroma de refuerzo (día 10) indica una terminación favorable ó una remisión en lisis. Esto lo hemos observado en las anemias experimentales; en efecto, los hemotóxicos producen, primero oligocitemia hipocloroma, luego hipercloroma, y, finalmente, hipocloroma, en relación con otras fases análogas de la resistencia orgánica. La eosinofilia tiende a desaparecer, aunque pronto recupera sus valores. La cifra de los neutrófilos desciende de un modo escalonado. Las respectivas curvas de los leucocitos y eritrocitos adoptan, casi siempre, posiciones divergentes.

Resumen.—En la coledocitis pueden individualizarse dos síndromes sanguíneos, en relación con los respectivos períodos de agudización y de remisión.

En el período de agudización se observa oligocitemia, leucocitosis, neutrofilia y monocitopenia. En el de remisión, se presenta policitemia, ortoleucocitosis ó leucopenia, eosinofilia, linfocitosis y frecuentemente monocitopenia.

Ambos síndromes no son específicos de la coledocitis y se presentan en los procesos sépticos respectivamente, también en el estado agudo y en las remisiones de los crónicos. Adquieren un valor importante al lado de la sintomatología clínica de la coledocitis.

La neutrofilia persistente, acompañada de leucocitosis ó de leucopenia (casos muy graves de sepsis), habla en favor de la presencia de pus en la vesícula biliar (empiema).

La oligocitemia hipercloroma, cuando se acentúa, es de buen pronóstico y anuncia el principio de la remisión. El mismo significado tiene el aumento progresivo de los eritrocitos.

La linfocitosis del período de remisión mide el grado de resistencia del organismo é indica, de persistir largo tiempo, la posibilidad de la curación clínica.

Bibliografía.

1. Ch. Achard et Loeper; Les globules blancs: 1) dans quelques intoxications; 2) dans l'ictère. C. r. Société de Biologie, Paris, 1901.
2. F. Bezançon et M. Labbé; Traité d'hématologie, Paris, 1904.

CUADRO II

Día.	Eritrocitos. — Abs.	Leucocitos. — Abs.	Hb. — %	Índ. crom.	Neutrófilos. — %	Eosinófilos. — %	Linfocitos. — %	Monocitos. — %
1	4.120.000	12.000	78	0,94	77	2	16	4,5
8	2.840.000	12.400	61	1,07	86,5	1,5	7	3,6
10	2.800.000	12.400	70	1,24	72	4,3	18,5	3,1
14	4.040.000	12.800	80	0,90	79	4,5	14	2
17	5.080.000	10.400	74	0,73	72	2,3	12	7,5
20	4.800.000	7.200	66	0,68	75	1,5	19	4,5
39	5.200.000	5.800	89	0,85	60,5	4,5	25	2,5
54	5.060.000	9.600	89	0,87	58,5	3	35	3,5
171	5.200.000	6.800	92	0,88	53	3	41	2

3. H. Claude: Cholecystite calculeuse et angiocholite suppurées; valeur diagnostic de l'examen du sang. *Bull. et Mem. de la Société des Hôpitaux*, 1903.
4. Eppinger: *Berliner Klinische Wochenschrift*, número 33, 1913.
5. C. Fedeli: VIII Congr. della Società italiana di Pathologia, Pisa, 1913.
6. T. H. Georges: Précis d'hématologie et de Cytologie, París, 1903.
7. T. Hernando: Gastropatías de origen extragástrico, Madrid, 1921.
8. Laporte et Rouzard: La resistance globulaire et la cholestérinémie ou cours des cholecystites chroniques. *C. r. Société de Biologie*, 1920.
9. W. H. Manwaring, R. C. Chilcote and V. Hoesepian: Anaphylactic reactions in isolated Canine Organs. *The Journal of Immunology*, 1923.
10. W. H. Manwaring, V. M. Hoesepian, J. R. Enright and F. Porter Dorothy: Reactions of the Urinary Bladder in Canine Anapylaxis. *Proc. soc. Experimental Biology and Medicine*, 1924.
11. F. Mas y Magro: La fórmula leucocitaria, Madrid, 1921.
12. El mismo: Estudios experimentales sobre coagulación de la sangre. I. Determinación del tiempo de coagulación (T. C.), *Archivos de Cardiología y Hematología*, V, número 8, 1924.
13. Monasseaux: Cholique hépatique et hyperleucocytose. *Société de Médecine de París*. Ref. *Presse Médicale*, núm. 38, 1913.
14. M. Perrin: Étude critique des modifications du sang au cours du cirrhose du foie. *Archives générales de Médecine*, núm. 3, 1908.
15. E. Ricca-Barberis: Studi ematologici, Torino, 1912.
16. G. Sotti e O. Torri: Ipercolesterinemia e coleditiase. *Pathologica*, XII, núm. 289, 1920.
17. Soper: *Ziegler's Beitrag*. Bd. 60, 1915.
18. R. Stephan: Ueber die Pathologie der Blutgerinnung, *Deutsche med. Wochenschrift*, XLVI, 1920.
19. Strauss: Zur Frage der diagnostischen Bedeutung einer Leukocytenvermehrung für in Diagnose eitriger Lebererkrankungen. *Charité Annalen*, Bd. 28, 1904.
20. O. Torri: Ipercolesterinemia e coleditiase. Osservazione critiche e risultati sperimentali sulla patogenesi della coleditiase. *Pathologica*, XII, núm. 287, 288 y 289, 1920.

Aplicaciones del cistocromo al diagnóstico de los procesos quirúrgicos del riñón y del uréter

POR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

Comunicación hecha ante la Real Academia Nacional de Medicina.

Sabido es la utilidad de las materias colorantes para el diagnóstico de los procesos quirúrgicos reno-uréticos. No he de pasar revista a la literatura dedicada a la eliminación de las materias colorantes como elemento importantísimo para el conocimiento de la fisiología y la patología de las vías excretoras de la orina; me bastará recordar sólo que, en castellano, mi discípulo Dr. González Germade presentó, hace ya más de diez años, su tesis de doctorado, dedicándola al estudio del indigo-carmin considerado desde el punto de

vista que aquí nos ocupa en este momento, el diagnóstico de los procesos que se desarrollan en el riñón y en el uréter, hasta su desembocadura en la vejiga. El doctor González Germade empleó, como material de observación, los enfermos de mi clínica, y utilizó el indigo carmin, según el método introducido en la Ciencia por el profesor Voelcker, de Halle, método que significaba un progreso con respecto al usado por los franceses, desde Achard, de la administración del azul de metileno. En esta prueba del azul de metileno, el colorante empieza a eliminarse, como es sabido, a la media hora de hecha la inyección y se prolonga su salida en ocasiones hasta cerca de tres días. Los alemanes adoptaron inmediatamente el método de Voelcker, dejando a los franceses que por lamentable espíritu de nacionalismo continuaran dando el azul de metileno. El método de Voelcker del indigo-carmin ofrece sobre el del azul varias ventajas que lo hacen precioso para la clínica. No tiene leucoderivados, de modo que para su determinación no es preciso añadir otras sustancias, lo que complica el examen: se elimina con mucha mayor celeridad, pues empieza a aparecer en la orina a los seis u ocho minutos y termina de salir a las ocho o diez horas. Confesamos que, desde que conocimos este método, lo hemos empleado en muchos casos, que suman algunos cientos, y en general hemos quedado satisfechos de los resultados obtenidos, a los cuales tantas alusiones hemos hecho en numerosas publicaciones, pero, como todo en la vida tiene un pero... la materia colorante se inyecta en suspensión en 20 c. c. de agua, ó mejor de una disolución isotónica de cloruro sódico y precisamente en una masa muscular, para que la absorción sea más rápida, y por lo tanto, también la eliminación. Aunque la cantidad de la inyección no es grande, no se puede negar que representa una molestia para los enfermos, quienes reciben primero un pinchazo y luego 20 c. c. de un líquido, en una masa muscular, que suele ser el cuádriceps femoral por la postura del paciente durante la cistoscopia; esta inyección causa algunos dolores al enfermo cuando quiere mover la pierna inyectada, y aunque por la sencillez del líquido y su fácil esterilización, ya que se hierve durante varios minutos antes de inyectarse, los flemones son excepcionales, el microbismo interno de algún paciente puede originar en el lugar donde la inyección se ha hecho, la fijación de gérmenes que causen allí mismo la formación de un absceso. Así he visto un flemon en la masa del cuádriceps de un enfermo a quien algunos días antes practiqué la inyección del indigo-carmin según Voelcker para estudiar su función renal. Este contratiempo se me quedó tan grabado, que, a partir de entonces, y temiendo se repitiera el absceso, limité las inyecciones intramusculares de la suspensión de indigo-carmin y dejé de usarlas en aquellos casos muy infectados, en los cuales se podía suponer, como en el aludido, la existencia en el medio interno, de gérmenes patógenos. Pues no he de decir, porque eso por sabido se debe callar, que en este caso se tomaron todas las precauciones asépticas posibles, se hirvió el líquido inmediatamente antes de usarse, se hirvió la jeringuilla y se desinfectó la piel del enfermo...

Por esta época de mi contratiempo con el indigocarmín, se empezó á generalizar la fenolsulfoneptaleína, procedimiento norteamericano que va, poco á poco, ganando adeptos y yo también la usé y de ella quedé satisfecho como todos quedan, pero la encuentro tres inconvenientes: uno, que tiene también leucoderivados como el azul de metileno, lo que obliga á añadir substancias extrañas y complica la observación; otro, que la substancia colorante se presta á dificultades de interpretación en algunos casos de hematurias, y tercero, que su precio es algo caro para un uso corriente en una clínica pública. Por eso cuando este año vi emplear en la clínica del profesor Blumm, de Viena, por primera vez el cistocromo, pude apreciar inmediatamente todas sus ventajas y me prometí utilizarlo en mi servicio, y si el resultado era el que esperaba, convertirme en su propagador.

El cistocromo es, sencillamente, una disolución de indigocarmín en agua que lleva también disuelta urotropina. El líquido, en cantidad de 3 c. c., viene preparado en ampollas y perfectamente esterilizado para administrarlo en inyección intravenosa. Este modo de administración tiene la inmensa ventaja de no ser nada doloroso, y como la llegada al torrente circulatorio es inmediata, la excreción por el riñón tiene lugar con muchísima mayor rapidez que al inyectar el indigocarmín en la masa de un músculo; en efecto, en los casos normales á los dos minutos y medio aparece, de ordinario, por la desembocadura de los uréteres, el chorro azul indicador de su eliminación; el retraso se considera proporcionado á la alteración de la función renal y cuando pasa este retardo de los cinco minutos, se entiende que el riñón es de valor funcional poco á propósito para las necesidades de la depuración orgánica, tal riñón es insuficiente. La esterilización absoluta de que es susceptible este preparado, perfectamente hecho por la casa Chemosan, de Viena, con arreglo á las instrucciones del Dr. Necker, de Viena, la poca cantidad de líquido que debe ser introducida, la diferencia entre el color del indigo y los de los colorantes normales ó patológicos de la orina, la pronta eliminación del producto, que aparece y desaparece en un tiempo tan breve que puede ser observada su aparición en la cistoscopia más rápida, todos estos datos característicos del cistocromo lo hacen precioso para el urólogo y espero que mis compañeros quedarán tan satisfechos de su uso como lo estoy yo después de haber utilizado algunas de las ampollas de las que me ha enviado la casa Chemosan.

Enumeraré los seis casos en los que he empleado el cistocromo por orden cronológico.

Caso primero.—El de una enferma, M. J., de cuarenta y cinco años, que tiene una cistitis de origen vaginal. En esta enferma, la eliminación se hizo á los tres minutos y se intensificó tan pronto, que á los cuatro minutos el chorro que salía en cada eyaculación uretérica era de un azul oscuro intensísimo. La eliminación duró unas cinco horas. Esta enferma no tiene nada anormal en su aparato urinario por encima de la vejiga de la orina.

Caso segundo.—Es un enfermo, cuya historia clínica

será publicada en otra ocasión porque de ella se deducen algunas consideraciones clínicas curiosas. Es un paciente á quien hice, á fines del último verano, una ureterotomía para extraerle un cálculo que tenía en la parte alta del uréter derecho y tenía todavía, cuando le inyecté el cistocromo, varios cálculos grandes y numerosos calculitos pequeños, todos úricos y asépticos, en el riñón izquierdo. Como yo sabía que el riñón izquierdo estaba abarrotado de cálculos, esperaba una eliminación defectuosa del colorante en dicho lado izquierdo; he aquí como se realizó esta eliminación. Inyecté el cistocromo en una vena del antebrazo derecho á las cinco y treinta y cuatro de la tarde, y apareció el azul en la eyaculación urinaria del uréter derecho, á las cinco y treinta y siete y medio, ó sea á los tres minutos y medio, y medio minuto después en la orina procedente del riñón izquierdo, donde, sin embargo, se hizo rápidamente más intenso el color y siguió saliendo con mayor regularidad que en el lado derecho, en aquél donde fué operado. A las ocho de la noche expulsó el enfermo, espontáneamente, una orina muy teñida de azul. Volvió á orinar á las once y media y el color es entonces ambarino más claro que de ordinario. La otra micción es á las nueve y media de la mañana y no ofrece ninguna anormalidad en el color.

En este enfermo vemos que la presencia en los cálices renales de una gran cantidad de piedras y arenillas, le ha interferido muy poco la función renal.

Caso tercero.—Una enferma que llega á mi clínica diagnosticada por un eminente compañero, de cáncer del riñón derecho. La función excretora de los riñones de esta enferma parece perfecta, la orina sólo acusa gran cantidad de pigmentos biliares, pero no hay pus ni otra anormalidad de origen urinario. Hecha la inyección del cistocromo, aparece por los dos lados en ondas regulares, iguales, que en los dos lados se van tiñendo con la misma intensidad, y esto á partir de los tres minutos en que se manifiesta la onda azul en ambas eyaculaciones uretéricas.

Como la palpación abdominal de esta enferma ofrecía, en las condiciones normales de la exploración, algunas dificultades, porque el dolor la obligaba á contraer las paredes musculares, hice la palpación poniendo á la enferma previamente en un baño, lo que facilitó de modo maravilloso este examen y me permitió descubrir, en toda la parte anterior é interna del tumor, que llega hasta la fosa ilíaca del lado derecho, un borde cortante que marcaba el límite de una superficie lisa é igual que se prolongaba por arriba hacia la derecha y era la continuación de la cara superior del hígado, mientras que en la parte colocada por dentro de ese borde cortante, la tumoración irregular, lobulada, dura, parecía un enorme neoplasma del hígado. Es evidente que la cistocromía nos hizo dudosa la naturaleza renal del tumor, cuya exclusión corrió á cargo de la palpación hecha en el baño.

El cuarto caso es el de una enferma con unas úlceras vesicales planas, de bordes irregulares, geográficos y contrastando, por su enrojecimiento, con el aspecto anemado del resto de la mucosa endovesical. Aparece el

azul á los tres minutos en el lado derecho y sólo á los cuatro en el lado izquierdo, por donde el colorante no adquiere, en los ocho minutos que dura la observación, la intensidad que logra en el lado derecho. Esta enferma que se encuentra en tratamiento en la consulta del Hospital, es un caso renal y será tratado como requiere la naturaleza fímica de su proceso urinario, todavía hoy unilateral.

El caso quinto es interesante y demostrativo en grado sumo. Es un enfermo de mi clínica, el que ocupa la cama núm. 66 del pabellón 7.º. En plena salud, y sin ningún antecedente urinario, á los sesenta y cinco años de edad se ve obligado á hospitalizarse por un violentísimo dolor en el riñón izquierdo; en un cólico nefrítico pasa cerca de un mes, los calmantes le alivian, pero reaparecen las molestias que van corriendo á lo largo del uréter y se fijan en su porción inferior. Le hago la cistocromía y mientras examino la vejiga esperando la aparición del azul, veo la desembocadura del uréter derecho absolutamente normal, y la del izquierdo puntiforme y con la porción intramural del uréter haciendo prominencia en la vejiga. A todo esto, empieza á aparecer el colorante en el meato uréterico derecho y nada en el izquierdo, pasan los minutos, y la onda azul se hace intensísima en el lado derecho y sigue sin aparecer en el lado izquierdo. Cuando doy por terminada la observación, no ha salido nada de azul por el lado izquierdo. Dispongo que se haga una radiografía de la porción inferior del uréter izquierdo, suponiendo que pueda haber allí un cálculo, y, en efecto, en la radiografía, el cálculo aparece del tamaño de un guisante pequeño, en la misma porción inferior del uréter, en la zona que hace, en este caso, prominencia en la vejiga.

Caso sexto.—P. C. L., de cuarenta y cuatro años de edad, casada, natural de Alpera, provincia de Albacete, donde reside. Sin antecedentes hereditarios. Ella siempre ha sido muy débil y nerviosa. Regla desde los trece años y con gran exceso siempre. Casada muy joven, ha tenido 11 partos y un aborto. Desde hace cuatro ó seis años viene teniendo molestias en el riñón izquierdo. No puede dormir sobre el riñón derecho, por lo que entonces le tira el riñón opuesto, y no puede permanecer ni en pie ni sentada mucho tiempo por los dolores que el riñón izquierdo le causa al poco tiempo de guardar la misma postura. Ha tenido cuatro cólicos nefríticos en el lado izquierdo, sin que á ellos haya seguido la expulsión de piedra alguna. Ha tenido temporadas de enorme frecuencia en las micciones, frecuencia que se calma en otras épocas. Si estando sentada en una silla se tropieza á ésta, el dolor en el riñón es intolerable. Es decir, si se mueve la enferma en ocasión en que ella no está preparada para sufrir el movimiento, la sacudida sobre el riñón parece más grande y el dolor es más intenso. El frío aumenta el dolor en el riñón. La exploración directa del abdomen permite reconocer un riñón izquierdo mucho mayor de tamaño que el corriente. Al ejercer presión sobre el riñón la enferma acusa dolor.—*Cromocistoscopia:* Se practica por medio del cistocromo. Se hace la inyección intra-

venosa de esta substancia á las doce menos veinte minutos y aparece el colorante por la desembocadura del uréter derecho á los tres minutos exactos después de inyectado. Tarda un minuto y medio más en salir el azul por la desembocadura del uréter izquierdo, y cuando lo hace se ve que la onda eyaculadora de la orina es en el lado izquierdo mucho menos frecuente y menos fuerte que en el lado derecho (hay una onda en el lado izquierdo para tres en el lado derecho). La orina es en el lado izquierdo más débil de color que en el lado derecho. Terminado el examen cistoscópico, que por lo demás no reveló ninguna otra particularidad, la primera micción que hace la enferma es dos horas después de explorada; la orina es entonces verde, pero las sucesivas micciones que hace á las ocho horas, á las doce horas y á las veinte de la cistoscopia, la orina tiene su color natural.

En esta enferma hay una lesión cavernosa del pulmón izquierdo. El examen bacteriológico de la orina de esta enferma no permite apreciar la existencia en ella de bacilo de Koch. El estado general de la paciente es tan precario, que le dispongo un régimen adecuado á su padecimiento pulmonar y aplazo toda intervención para época ulterior si se restablece. Durante la permanencia en la clínica las molestias urinarias han desaparecido y ha disminuído el dolorimiento renal... pero las lesiones pulmonares no se han modificado. La revisión en otoño de esta enferma decidirá de nuestra conducta; pero no cabe duda de que la cistocromía ha evidenciado objetivamente el diagnóstico de la localización en el riñón izquierdo de un proceso inflamatorio.

Vemos, pues, que en estos primeros casos, escogidos al azar, la cistocromía ha dado *las orientaciones diagnósticas* que da la cromocistoscopia, pero lo ha hecho con una elegancia, con una sencillez, con una precisión extraordinarias. Los enfermos no han tenido las molestias en las piernas que seguían á las inyecciones intramusculares de los 20 c. c. de la suspensión del índigo carmín, molestias que, aunque suelen pasar pronto, duran siempre algunas horas.

Nadie quiere establecer parangón entre la cromocistoscopia y el cateterismo de los uréteres, que yo empecé á emplear en Madrid hace ya ¡ay! muchos años. Las indicaciones de uno y de otro método exploratorio son distintas, pero no cabe duda que el empleo del cistocromo evitará en muchos casos la introducción, inútil ó peligrosa, de una sonda en un uréter y quedará el cateterismo de los uréteres reservado para los casos en que está indicado y es imprescindible, casos que no son todos en los que se emplea, aunque debo añadir inmediatamente que tampoco se emplea en todos los casos en que debiera emplearse. Para los casos de cateterismo del uréter, debe usarse este método exploratorio, pero para la inmensa mayoría de los otros casos de cistoscopia, el añadirle la inyección intravenosa de cistocromo no complica la exploración endovesical y permite, como ya he dicho antes, un nuevo elemento de conocimiento, una orientación diagnóstica renal de inmensa utilidad, como he podido demostrar con la

pequeña casuística que hoy publico para no retrasar esta nota.

Los problemas biológicos de la reproducción en los seres organizados⁽¹⁾

— POR

J. MADRID MORENO

Pero la partenogénesis no se presenta siempre de una manera regular, sino que hay casos en que puede ser ocasional, como en los gusanos de seda y en la estrella de mar, mientras que en otros puede ser *facultativa*, como el de la reina en las abejas, la cual puede ó no fecundar sus huevos. Las condiciones externas, como podría ser el cambio de las estaciones, ejerce también influencia y es la causa determinante en los pulgones, dafnias y rotíferos (2). En cambio, hay especies, las cuales se perpetúan indefinidamente por aquel medio, sin que para nada intervenga la fecundación, habiéndose registrado este hecho en algunos Rotíferos y Crustáceos. Al lado de estos casos se ha observado una clase de reproducción muy particular, denominada *pedogénesis*, y en donde ciertas formas animales larvadas maduran sus órganos sexuales, produciendo después embriones, como algunos Insectos (moscas y mosquitos) y parásitos del grupo de los Trematodos.

Sabemos ya que en el fenómeno de la fecundación el huevo que ha de recibir el espermatozoo experimenta una preparación para llegar á su madurez y en disposición de ser fecundado; por tanto, mientras que el partenogénético sigue una marcha que no siempre es idéntica, hay que distinguir tres tipos generales, siendo el más frecuente aquel en que el huevo no expulsa más que un solo glóbulo polar, otros en que el proceso es más complicado y mediante el cual son expulsados los dos glóbulos polares y en el que acto seguido el segundo glóbulo vuelve á fusionarse con el huevo, mientras que en el último tipo los dos glóbulos polares son expulsados, como ocurre normalmente en el caso de la fecundación. La *partenogénesis cíclica* consiste en la sucesión de un cierto número de generaciones partenogénéticas únicamente formadas por hembras, y en las que se producen después otras compuestas por machos y por hembras cuyos huevos son fecundados. Esta manera puede desaparecer, volviendo á ser normal la partenogénesis. El número de cromosomas en la partenogénesis natural es normal, mientras que en el tercer caso citado anteriormente y en la partenogénesis experimental no ocurre lo mismo.

La interpretación de los fenómenos que constantemente se observan en la naturaleza es complicada, y para que nos demos cuenta de ellos es necesario recurrir á una experimentación rigurosa. Los conocimientos adquiridos sobre los Cladoceros y Rotíferos explican el que cada especie ha debido formar poco á poco numerosas razas fisiológicas, adaptadas á las condiciones externas, durante largos años, habiéndose constituido ciclos hereditarios más ó menos estables. La partenogénesis debe considerarse como un fenómeno secundario de multiplicación, mediante el cual se asegura una proliferación rápida de la especie, mientras que la *gamogénesis* subsiste cuando son malas las condiciones del medio. Pero si aquellas condiciones no se presentan de un modo regular y no se cumplen, en ese caso la parte-

nogénesis puede prolongarse indefinidamente, formándose razas, variedades y especies, que han perdido de una manera más ó menos completa la posibilidad de producir huevos fecundos.

Los biólogos conceptuaban la *partenogénesis* como una anomalía que ciertos grupos de animales presentaban, y estaban muy lejos de pensar que dicho fenómeno pudiera llevarse nada menos que al terreno de la experimentación. Pero los estudios que Loeb dió á conocer en 1899 sobre los Equinodermos, los cuales no han presentado jamás en su estado natural la partenogénesis, provocando el desarrollo de los huevos, sin que para nada interviniera el espermatozoo, valiéndose de medios puramente físico-químicos, causaron la admiración de los hombres de ciencia, hasta el punto de que dicha cuestión viene á ocupar un puesto preeminente en el problema de la fecundación, por tratarse de reemplazar la acción del espermatozoide por un agente físico, químico ó mecánico.

Es evidente que la acción de un agente distinto del espermatozoo no puede tener más que un carácter parcial y la de éste se la debe considerar como doble, produciendo, por una parte, una *excitación*, para que el huevo pueda entrar en segmentación, y por otra, la de transmitir á sus descendientes los caracteres hereditarios de los padres, siendo lógico que esta última acción no pueda reemplazarse por ningún agente físico ó químico, quedando circunscrita á producir una excitación que venga á despertar el desarrollo del huevo. En la fecundación, el espermatozoide actúa por medio de la cromatina de su núcleo para realizar la amfimixia, provocando mecánicamente su centrosoma la división del huevo.

En la *partenogénesis artificial* el huevo evoluciona sin necesidad de esta doble acción del espermatozoide, mediante un tratamiento químico que no llega á suplir la amfimixia, pero que realiza el equivalente mecánico de la acción estimulante del centrosoma. La amfimixia ejerce en la naturaleza una misión importante desde el punto de vista fisiológico, que consiste en la conservación de las propiedades de la especie; sin embargo, todo óvulo puede formar un embrión sin que haya recibido la cromatina del espermatozoo, siendo lógico suponer que la acción mecánica del espermatozoo sea el elemento indispensable y esencial de la fecundación. Pero esto no quiere decir que haya que rebajar el valor de la amfimixia, sino que ésta domina en todo el problema de la herencia, que constituye la propiedad más esencial de los organismos. La fecundación, mediante los progresos realizados, pierde uno de sus aspectos vitalistas, y mirada desde el punto de vista dinámico, constituye un fenómeno puramente físico-químico, no siendo el espermatozoide más que el instrumento necesario para el desenvolvimiento del óvulo, hechos que, relacionados, resultan principalmente de la hibridación entre especies lejanas.

Los experimentos realizados hasta el presente acerca de la activación de los huevos por medios físico-químicos, se ha obtenido en animales extremadamente variados, equinodermos, anélidos, moluscos, nemertinos, entre los invertebrados y hasta Batracios y peces en los vertebrados. Por otra parte, Loeb ha llegado á fecundar un erizo de mar con el esperma de una estrella marina tan solo modificando el grado de alcalinidad del agua. Godlewski ha fecundado un huevo también de erizo por el espermatozoo de una *comátula* y hasta de un molusco.

La técnica para llevar á efecto estos experimentos es muy variada. Cada investigador ha empleado la que sus medios y habilidad le han sugerido; la sacudida, el rozamiento, la picadura, electricidad, acción de los iones, sustancias químicas, líquidos orgánicos como la sangre, suero, linfa,

(1) Véase el número anterior.

(2) DR. HANS WINKLER: *Verbreitung und Ursache der Parthenogenese im Pflanzen und Tierreiche*. Jena, 1920.

etcétera, han sido puestas en acción por investigadores como Loeb, Delage, Bataillon, Lillie, lo que prueba desde luego la importancia grande del problema. Han nacido de estos estudios interpretaciones diversas y teorías como las de aquellos sabios que constituyen cuestiones palpitantes de actualidad en el campo de la Biología y de un porvenir halagador, para poder descifrar enigmas que hasta ahora estaban envueltos en el misterio. Tal importancia tienen los experimentos de partenogénesis artificial, que han sido calificados por Bohn y Drzewina de «tentativa la más atrevida ó al menos la más acertada, con objeto de explicar un fenómeno de vida únicamente por las leyes de la física».

Bajo influencias muy diversas, químicas, físicas ó mecánicas, un *huevo maduro*, que sin aquéllas no podía salir de su estado de inercia, comienza á desarrollarse recorriendo de una manera regular los diversos estados de su evolución, dando nacimiento á un nuevo organismo, bajo todos sus aspectos normales. Los embriones partenogénéticos, hasta el presente, y obtenidos de aquella manera, no han llegado á alcanzar el estado adulto, sin duda por dificultades técnicas para su cría, son las causantes. Sin embargo, Delage ha obtenido larvas partenogénéticas de erizo de mar que han vivido tres años, y Bataillon y otros, *renacuajos* que llegaron hasta la metamorfosis.

La rápida exposición que hemos hecho del problema de la partenogénesis experimental hace pensar á los investigadores, después de los resultados obtenidos en numerosos animales, si aquélla podía ser aplicada á los mamíferos y al hombre. Los estudios de Loeb y Delage llevados á la prensa periódica llamaron la atención de las gentes al ver las elucubraciones de escritores que no hicieron más que exaltar el espíritu inocente de los lectores, haciéndoles creer la facilidad con que podrían criarse animales domésticos y criaturas humanas nacidas sin la intervención del macho, mediante una operación científica y hasta casi comercial, como se hace con los alevinos de trucha, además del gran recurso que esto constituiría para cualquier novelista ó autor dramático el poder mostrar las dificultades que resultarían para la especie humana con el descubrimiento de un medio práctico para obtener seres humanos por medio de la partenogénesis. (Delage y Goldsmith.) Realmente existen hasta ahora dificultades cuando se pasa de los animales ovíparos á los mamíferos, en los que habría que sacrificarlos ó extraer sus óvulos mediante una operación quirúrgica, sometiénolos á la fecundación química por medio de la estufa, para transportarlos en seguida, mediante otra nueva operación, al útero virgen. Siendo realmente la sangre la intermediaria entre el huevo y el organismo materno, toda substancia que á aquel elemento se agregue será, desde luego, incompatible con la composición especial y constante que debe existir para sostener el desenvolvimiento del nuevo ser. No constituyendo los agentes partenogénéticos hasta aquí empleados más que ácidos, álcalis, sales y soluciones hipertónicas, y no habiéndose podido sustituirlos por algún fermento que sea á la vez activo é inocente y que pueda hacer evolucionar el huevo sin perjudicar al organismo materno, sería esto un verdadero milagro en el que habría que admitir muchas reservas para poderse inclinar en determinado sentido.

No quiero fatigar más la atención de esta docta Corporación; reconozco que el tema tratado es vastísimo, que hay cuestiones que ni siquiera he llegado á esbozar, pero lo hasta aquí expuesto es lo suficiente para despertar el interés de los hombres de ciencia en problemas cuyo desarrollo hasta no hace mucho estábamos muy lejos de sospechar, y su preponderancia en el campo de la Biología obliga

á todos á dedicarse á ellos, cada uno en la rama de la especialidad que cultive, para que lleguemos á formular leyes generales.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 31 DE MAYO DE 1924 (1)

Un caso de acromegalia.

El Dr. SIMONENA, con motivo de hablar incidentalmente el Dr. Marañón de la forma unilateral en la acromegalia, le recordó un caso que demuestra que no sólo es unilateral, sino que hasta puede ser de una parte de la mano, como lo observó en un muchacho en la clínica de Valladolid. Y así como hay infantilismo de determinados órganos, el más frecuente el de los genitales, así también hay acromegalias parciales como en el caso que va á proyectar.

Se trataba de un joven que fué á consultarle una afección ligera del aparato respiratorio, y al reconocerle apreció una deformidad del dedo pulgar y el índice de la mano derecha que contrastaba con los de la izquierda.

El Dr. DECRET dice que también ha visto otro caso del dedo pulgar exclusivo, y muy desarrollado.

Indicaciones y técnica de la dacriocistorrinostomía interna.

El Dr. CASADESÚS, corresponsal, se ocupa de dicha materia basándose en seis intervenciones practicadas con éxito y cuyas primicias presenta á la Academia.

Hasta hace poco, el tratar las afecciones del saco lagrimal era asunto de los oftalmólogos, limitado á la cirugía del conducto nasal externo, que al presentarse la dacriocistitis y supurar abrían el saco, sondaban el conducto, reproduciéndose á veces la estenosis, el conducto se cerraba y la supuración seguía lo mismo. El enfermo tenía epífora con lagrimeo y salida del pus por el ángulo interno del ojo, y últimamente una fistula molesta, decidiéndose por fin el oftalmólogo por extirpar el saco lagrimal, que evitará la supuración, pero no el lagrimeo. Se ha llegado á la dacriocistorrinostomía externa que tiene algunos inconvenientes, y por ello se ha ideado la interna practicada por West, con la perforación del maxilar y del unguis, abriendo por esa vía la pared interna del saco y abocándola á la fosa nasal, lo cual tiene la ventaja de no hacer una herida extensa, cosa importante desde el punto de vista de la estética, sobre todo en mujeres.

El Dr. Casadesús ha operado seis casos por el nuevo procedimiento de West, al cual ha introducido alguna modificación que le hace más sencillo, práctico y rápido. El resultado ha sido excelente en todos ellos.

Proyecta en la pantalla los instrumentos para operar y el modo de intervenir.

Sienta como conclusiones respecto á las indicaciones del método especial lo siguiente: cree que en el estado actual de la ciencia, todas las dacriocistitis, inflamaciones del saco lagrimal sin supuración primero, con ella después, cuando se produce la fistula externa, así como cuando hay epífora rebelde, cuando lagrimea el ojo por oclusión del conducto nasal, ya sean lágrimas solo, simple epífora rebelde, ya sean con pus, dacriocistitis supurada ó con fistula externa, dacriocistitis externa, deben ser tratadas por el rinólogo siguiendo la técnica de dicho método.

(1) Ultima del presente curso académico.

La transformación de las Inclusas.

El Dr. BRAVO FRÍAS, corresponsal, manifiesta que asuntos de familia le impidieron tomar parte oportunamente en el problema planteado por el Dr. Pinilla. El problema es de dinero y de organización, no tanto de aquél como de ésta. Cree que si muy acertado es el tratar de resolver el problema del contagio sexual y se trata de luchar contra la mortalidad infantil, lo primero que se debe hacer es luchar contra la Inclusa, y hay que intervenir pronto, porque calculado por lo bajo que durante cuatro años son cerca de 1.000 las vidas de niños que han sucumbido, cuando pudo haberse evitado esto. Unicamente se ha conseguido variar el local de la Inclusa, á un sitio en mejores condiciones higiénicas, pero que es insuficiente. Las cifras de mortalidad eran en 1918 el 59 por 100 en los niños menores de dos meses y el 100 por 100 en el departamento del biberón. Con motivo de ello, al hacerlo patente á la Superioridad provincial, se reaccionó un poco y se disminuyó la mortalidad global, porque se aumentó el número de nodrizas. Los niños que ingresan en el departamento del biberón tienen menores condiciones de vitalidad que los demás, si bien estos hijos del vicio suelen ser robustísimos, puesto que la mayoría alcanzan un peso de 3.100 gramos y deben criarse con facilidad, y no morir todos.

Está conforme en que se suprima el torno, porque en su sentir es la primer hipocrresía de la Inclusa; el secreto se conserva, sí, pero es el secreto inmoral. El Estado implanta el secreto, y con él se consigue la no lactancia materna, la facilidad de no lactar sus hijos, amén del ingreso en la Inclusa de hijos legítimos que debieran ir á otros establecimientos. Para lo cual basta transformar las Inclusas en Casas de Maternidad, recogiendo los niños con sus madres, en el mayor número posible.

El Dr. Bravo Frías se ocupa luego de las causas de la mortalidad que obedecen á tres factores: la alimentación, los procesos sépticos y la sífilis. Respecto á lo primero se ha recurrido á modificaciones de la leche, maternizándola, á alimentos especiales (harinas lacteadas y malteadas); á lo segundo, hay que advertir que los niños deben cuidarse tan asépticamente como á un operado, y no que se infectan y padecen la clásica gangrena seca, como en tiempos de la famosa podredumbre de hospital. Esto debe corregirse educando al personal que ha de tratar con los niños; y por último, la tercera causa de mortalidad es la sífilis, que podría comprobarse en el laboratorio, que ya no existe en el nuevo edificio.

En él se carece de pabellones de aislamiento para los casos de enfermedades contagiosas; los locales son insuficientes, pues en un pabellón con dos piezas se alojan 40 nodrizas y cerca de 100 niños menores de dos meses. La salida del lactante resulta curiosa; se da el caso de que todos pesan menos que el día de su nacimiento, y es que cada nodriza cría dos niños y sin lactancia mixta, y al entregarlos á las mujeres de los pueblos los alimentan con sopas, papillas, etc., que es como condenarles á muerte segura. Si el niño es sífilítico, contagia á la mujer que se lo lleva y esto causa pavor.

El Dr. Bravo aboga por la ley de investigación paterna, que de aplicarse disminuiría el número de ingreso en la Inclusa y se evitaría el abandono.

Resumiendo dice, que para modificar en parte la enorme mortalidad en las Inclusas españolas hace falta: enseñanza de enfermeras, teniendo un personal competente, bien educado y enterado de la práctica higiénica de los preceptos para cuidar á un niño, cunas individuales y esta-

blecimiento de una cocina para la esterilización de la leche, y, por último, locales amplios é higiénicos, examinar la leche de las nodrizas y estar vigiladas por médicos, transformar las Inclusas en instituciones de La Gota de Leche y Hogar infantil. Además debiera decirse á las madres el sitio en donde está criándose su hijo, pues éste al ingresar en la Inclusa pierde toda relación con la que le dió vida y sólo puede saber si vive ó ha muerto, pero no dónde está, que de saberlo pondría cuidado y lo vigilaría. Con todo esto no ocurriría lo que decía el Dr. Tolosa Latour: «En los pueblos las campanas están siempre tocando á gloria por los incluseros muertos».

Contraindicaciones poco conocidas de la helioterapia.

El Dr. PERERA, corresponsal, dice que desde hace unos años se ha generalizado el tratamiento por los rayos de sol, en su sentido estricto de helioterapia natural, como cosa corriente y fácilmente accesible al vulgo y aun al ilustrado. Esto da lugar á abusos, que si bien son disculpables en gentes indoctas que no tienen obligación de saber mucho de estas cosas, lo es menos en aquéllas que por su profesión debieran estar al tanto de estas cuestiones.

En afecciones no tuberculosas es frecuente recomendar la helioterapia para las quemaduras, á los pocos días del accidente. Si el baño de sol se aplica á quemaduras de tercer grado, lo que ocurre es un aumento en las exudaciones, una exacerbación de las dermatitis, cuyos resultados no animan á seguir el método.

También se aplica, como cosa corriente, en ciertos casos de flemones más ó menos difusos, de panadizos, lo que produce un aumento de la congestión. En los casos de fistulas, espontáneas ó provocadas, la acción de los baños solares es nula; sólo es eficaz en los individuos con nutrición retardada, y acaso en un foco tuberculoso.

Un error muy frecuente es tratar por los baños solares las osteomielitis supuradas; puede admitirse después de una trepanación del hueso y limpieza del foco purulento, porque entonces se trata ya de un conducto fistuloso. Alguna ventaja se observa en las ulceraciones crónicas de las extremidades inferiores, pero cabe sospechar si esta mejora será debida á la posición en que se caldea la pierna.

Hay dos contraindicaciones manifiestas: en la sífilis y en el paludismo durante el acceso, y aun en los períodos intermedios; todo lo más que puede permitirse es el baño solar local, nunca el general.

En las neoplasias se ha ensayado la helioterapia porque excita la actividad de regeneración, pero está contraindicada en el sarcoma.

En el raquitismo y osteomalacia surte buen efecto dicho remedio como también en las fiebres de origen tuberculoso y no otra clase de fiebres; pero cuando se trata de tuberculosis viscerales, particularmente la pulmonar, por tratarse de lesiones tórpidas de base de pulmón, éstas se resisten á la helioterapia; no tanto, en los casos de forma intestinal y peritoneal.

Las lesiones cardíacas compensadas soportan bien los baños de sol, si bien sujetos á meticoloso método, generalmente en posición dorsal. En la degeneración amiloidea, la helioterapia suele operar reacción favorable; en la albuminuria se puede permitir la local; en las edades avanzadas, nunca la general.

En las lesiones articulares hay una forma exudativa con abundantes exudados sinoviales, que sin punciones frecuentes y repetidas, no debe intentarse la helioterapia, por estimular estos focos, dando fistulas espontáneas con

todos sus inconvenientes; una vez producida, su indicación queda terminante.

Cuando se trata de lesiones ganglionares, los baños de sol aplicados á los ganglios del cuello actúan como resolutivos facilitando la producción de pus que se vierte al exterior, de suerte que se producen fistulas desagradables. Por lo tanto, habrá que ir siempre por delante de la infección celular, no esperar á la infección intradérmica y desecharla la helioterapia, cuando se haya extendido el exudado.

En suma; hay afecciones descritas en las Patologías en que se recomienda la helioterapia, y, sin embargo, actualmente está contraindicada en las lesiones anteriormente apuntadas.

El DR. DECREF al intervenir, repite lo que ya sentó en 1918 á propósito de este asunto. El sol, para que actúe, debe hacerlo en un sitio abierto. El empleo de los baños locales en habitaciones también es muy corriente, aplicados sobre todo en la rodilla, cuando el sol tiene que actuar sobre la mayor parte posible del cuerpo; y si bien el vidrio quita muchas radiaciones, no todas, pueden tomarse esos baños en habitaciones debidamente acondicionadas. Así se explica los buenos efectos que dicho método surte en Suiza, donde el sol no brilla como en España, y se les une á los soles artificiales.

Recuerda el caso de una niña, de Jaén, con lesiones tuberculosas, que en el centro del día (de once á cuatro) tomaba baños de sol, y mejoró muchísimo; otro, de una joven de veinte años, de Gijón, con mal de Pott y propagación fistulosa en el sacro, que con un aparato inmovilizador mejoró; estuvo todo un invierno en Alicante tomando baños de sol y consiguió andar, pero dejó este método de curación y sufre ahora una ciática, de la que va mejorando con los baños de sol. Por todo lo cual puede decir que los baños de sol de hacerlos en una habitación, no sirven para nada; que sus aplicaciones han de ser generales, porque su acción se ejerce sobre la circulación superficial, y localmente es ésta casi nula.

El DR. MAESTRE dice que realmente del tema desarrollado por el Dr. Perera aprecia una serie de preceptos que pudieran llamarse empíricos, pues no ha visto un fundamento científico para que los baños solares en unas enfermedades sirvan y en otras no; en los medios de que el clínico dispone para saber en qué casos y cómo debe aplicar el sol.

En los distritos mineros en donde por las condiciones higiénicas de las minas pueden estar los obreros las horas reglamentarias dentro de ella, y esto se repite varios días consecutivos, se ve que en un trabajador joven, si se le ha hecho su fórmula sanguínea á su entrada en la mina, tanto en leucocitos como en glóbulos; si después está dentro de aquéllas en buenas condiciones, con sus horas de descanso, con una alimentación reconstituyente y apropiada, durmiendo y comiendo bien, á pesar de todo, si al cabo de algún tiempo se repite dicho examen, se ve que el número de glóbulos rojos ha descendido, como el de leucocitos, palideciendo ligeramente el individuo. Si á este mismo obrero se le da trabajo sólo en la superficie, al aire libre, comiendo y durmiendo como cuando trabajaba en el interior de la mina, y cada quince días se le hace un examen de la sangre, se ve que incesantemente va aumentando el número de glóbulos rojos y el de leucocitos.

La aplicación de los rayos X en el paludismo por el método italiano, en dosis exiguas produce una multiplicación de los glóbulos blancos, y á dosis intensas aparece leucopenia, por lo que á esta dosis está contraindicada en el paludismo.

Si se enlazan estos dos puntos se ve por qué razón los rayos solares pueden servir en afecciones parasitarias, y por qué pueden también servir en afecciones de carácter hematológico, infectivo, etc.

Las investigaciones de laboratorio han hecho pensar al Dr. Maestre que el glóbulo rojo, no solamente tiene su función respiratoria, llevando oxígeno del aire al través del estroma fundamental y de los tejidos, para favorecer la respiración interna, sino que además, dicho glóbulo es una célula perfecta con su núcleo, retículo, protoplasma y cubierta envolvente, constituyendo una glándula de secreción interna, encargada de la función plasmática y la dinamófora. El glóbulo rojo, por la acción del sol comprobado en el joven minero, es un captador de fuerzas, sirviendo de intermedio entre la energía solar y el soma del individuo, como la clorófila es el intermedio entre el sol y la planta para que se verifique el crecimiento de ésta.

Se observa que los leucocitos mononucleados son parasitados por excelencia; de modo que en toda enfermedad de este carácter donde la acción solar no destruya los parásitos, será dicha acción perjudicial, pues favorecerá su multiplicación y se realizará una acción favorable al desarrollo de la enfermedad. Por eso el Dr. Perera ha notado que en el sarcoma parece perjudicial la acción solar, porque estas neoplasias están circunscritas por multitud de glándulas blancas que luchan contra ellas, cargándose de gérmenes y de esporos. Por eso la Cirugía tiene tantos fracasos en el tratamiento de las neoplasias, porque el cirujano actúa sobre lo microscópico, llevando su cuchillo hasta donde cree que llega el mal, pues éste se extiende más allá por ganglios y otros tejidos.

En resumen: todo práctico que ordena la helioterapia debe reconocer antes la fórmula leucocitaria y la de hematías cada ocho días, y ella indicará el tiempo de duración de los baños (dosis y manera de emplearlos).

El DR. PERERA rectifica brevemente, dando las gracias á los Dres. Decref y Maestre.

Terminan las sesiones literarias.

DR. CESALDO

Bibliografía. (1)

EL PROBLEMA DEL CÁNCER, por William Seaman Bainbridge. Traducción anotada de la 3.^a edición inglesa, corregida y ampliada por el autor, de los doctores José Calicó y Lorenzo García Tornel. Tiene un apéndice titulado «La terapéutica de las neoplasias malignas», por el Dr. Vicente Carulla.

La autoridad mundial del autor reconocido como uno de los que más concienzudamente se han dedicado al problema del cáncer, avalora la obra; ha logrado reunir junto á grandes recursos financieros que le permitieran llevar á cabo sus costosas experiencias, el hecho de ser director del «Skin and Cancer Hospital» y profesor de Cirugía de la «Polyclinic Medical School and Hospital», atesorando de este modo un material clínico, realmente gigantesco.

Palpita en las páginas de este libro la realidad, muchas veces terrible; llevando indeleblemente impresa la huella inconfundible de la experiencia personal.

Trata de todo cuanto sobre este problema ha tenido verdadero interés científico sin haber procedimiento que el autor no haya ensayado, pudiendo con razón decirse que si el azar destruyera cuanto sobre el cáncer hay escrito, y se salvara tan sólo la obra del Dr. Bainbridge, nada se habría

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras que nos sean remitidos dos ejemplares.

perdido, porque en ella está todo lo dicho anteriormente por otros investigadores y la reconstrucción sería un hecho con esta obra única.

Bainbridge ha agotado el tema hasta lo que actualmente se sabe: la operación y la fisioterapia: «Operad como si no se hubiese de irradiar ó irradiar como si no se hubiese operado.»

No hay punto referente al cáncer que el autor no desmenuce con meticulosidad de artífice clínico. No hay experiencia que no realice ni deducción que deje por hacer.

Basta ojear el índice para convencerse del interés enorme que encierra esta obra que constituye el resumen, mejor dicho, la síntesis de cuanto se ha escrito, dicho ó experimentado sobre tan candante como cruel problema que tan ingrato es para los investigadores que en el laboratorio y la clínica le estudian.

El terrible azote de la humanidad, el asqueroso parásito de la civilización, parece como que va á quitarse la máscara ante el gran Bainbridge, pero bien pronto se esfuma de nuevo, demostrando que sabe seguir abroquelado en su tenebroso misterio por más que se le mire y se le palpe.

¡Quién sabe si la victoria de estos incansables investigadores, orgullo de la humanidad, está más cerca de lo que creemos!

Esperamos que esta edición española tendrá el mismo éxito que el obtenido por las ediciones inglesas y francesas.

R. COMENGE

Periódicos médicos.

PARASITOLOGÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Notas sobre el paludismo repetido y sobre su interés epidemiológico y social, por el Dr. Sadi de Buen.**—Insiste el autor en señalar que el paludismo es mucho más difícil de curar, en los niños especialmente, de lo que á primera vista parece, citando varios casos demostrativos, en los cuales, á pesar de un tratamiento intenso y hecho personalmente, ocurrieron numerosas recidivas, diagnosticadas como tales por la presencia de gametos en la sangre desde el primer acceso. En Talayuela, durante el año 1922, ocurrieron 98 casos de fiebre en 71 personas, es decir, que 37 de estas fiebres fueron recidivas con toda seguridad. Estos paludismos recidivantes son los que en el ciclo epidémico anual representan los reservorios de virus. Por lo tanto, es necesario tratar con gran energía á los casos de paludismo y sobre todo administrar la quinina á los niños en dosis mucho mayores que las admitidas por los clásicos (5 á 10 gramos por año) si se quieren obtener buenos resultados. El acceso tercianario cede mucho mejor, de momento, á la quinina que la fiebre debida al *Laverania malarie*, pero en cambio, la terciaria recidiva con más frecuencia, después de un tratamiento bien hecho, que la estivofofial. La cuartana es más rebelde que la terciaria si se trata insuficientemente, pero responde mucho mejor á un tratamiento bien conducido en lo que toca á las recidivas. El autor ha utilizado sin ningún inconveniente las siguientes dosis de quinina: hasta seis meses de edad, de 0,15 á 0,30 gramos, ó bien unos 0,40 gramos de equinina; de seis meses á un año, de 0,30 á 0,50 gramos de quinina ó 0,60 gramos de equinina; de uno á diez años, de 0,30 á 0,90 gramos según el desarrollo del enfermo, la especie de parásito y la gravedad del caso. De uno á dos años, la dosis media corriente suele ser de 0,30 á 0,50 gramos. A partir de los diez años se dan de 0,75 á 1 gramo de

sales corrientes. Para conseguir un tratamiento apropiado se tropieza con varios inconvenientes en la práctica, siendo necesario para vencerlos, entre otras cosas, el educar á las gentes por la acción directa de los técnicos y facultativos, propaganda de folletos, cartones, etc.; después, el proporcionar á los enfermos la quinina necesaria para su curación á un precio económico y, por último, diagnosticar precozmente el paludismo diferenciándole de otras dolencias parecidas. (*Anales de la Acad. Med. Quirúrgica Española*, año XI, entrega 1.ª, 1923-24, pág. 54.)—E. LUENGO.

2. **Notas sobre morfología de los parásitos del paludismo. I. A propósito del «Plasmodium tenue» (Stephens, 1923), por E. Luengo.**—Uno de los caracteres más típicos del parásito de la terciana benigna, *Plasmodium vivax*, es su intenso amebalismo, presentando en las preparaciones coloreadas el protoplasma parasitario, contornos irregulares por la abundante emisión de pseudopodos, que desde las seis ú ocho horas contienen granos de pigmento. Ordinariamente sólo existe un parásito en el hematíe; pero no es raro encontrar en un mismo glóbulo dos monontes jóvenes. Es casi excepcional que las formas en anillo del *Plasmodium vivax* presenten más de un gránulo cromático, lo que es común en los anillos del género *Laverania*.

En ocasiones se observan formas parasitarias que corresponden, sin duda, al tipo *vivax*, que muestran la particularidad de poseer dos ó más granos de cromatina en relación con otras tantas porciones de protoplasma, que siempre es fino, francamente ameboide y conservando la disposición en anillo alrededor del corpúsculo cromático correspondiente. Unas veces los granos cromáticos, con el protoplasma que los acompaña, aparecen claramente separados y dan la impresión de varios monontes parasitando un mismo hematíe. En otros no existe tal separación. Con frecuencia existen tres, cuatro y hasta cinco granos de substancia nuclear. También ha observado el autor que en estas formas es rarísima la existencia de granos de pigmento en la masa protoplásmica, aunque ésta sea relativamente importante. Estas formas han sido interpretadas de distinto modo por los autores. Stephens los consideró como formas propias de una especie distinta de las tres clásicamente admitidas, y propuso denominarla *Plasmodium tenue*. Balfour y Wenyon negaron tal especificidad. Chalmers y Archibald las consideran como figuras de una división del parásito por escisión simple ó múltiple. Castelli, por observación de un caso particular de paludismo en un niño, cree que estas formas serían producidas por haber adquirido el parásito la propiedad de multiplicarse muy precozmente. Catanei cree que estas formas son debidas á que el hematíe contiene una cantidad de hemoglobina disminuída, y el parásito se ve obligado á exagerar sus movimientos ameboides para buscar en una extensión mayor de glóbulo el material para su nutrición. Al estiramiento del protoplasma seguirían cambios semejantes en el núcleo. El autor opina que ni por los datos clínicos ni por los morfológicos, se está autorizado á considerar estas formas anómalas del *Plasmodium vivax* como pertenecientes á una especie distinta. Cree que son formas propias de un proceso de división por escisión simple. Coincide con Catanei en que la morfología especial del llamado *Plasmodium tenue* depende de la constitución química del hematíe; pero en la interpretación opina contrariamente; es decir, que en vez de interpretarlas como un esfuerzo del parásito por encontrarse en un medio desfavorable, piensa que estas formas se traducen en un desarrollo exuberante, si se quiere, monstruoso, por disponer de un medio nutritivo excepcionalmente apropiado. Considera argumento á favor de esta idea la falta de pigmento en estas

formas. (*Archivos de Cardiología y Hematología*, Septiembre, 1923, vol. IV, núm. 11.) - S. DE BUEN.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La acción leucopedésica é hiposecretoria de la atropina sobre el estómago, por M. Loeper y G. Marchal. — Siendo suficientemente conocidos los efectos de la atropina sobre la motilidad y la secreción del estómago, al autor le ha parecido interesante estudiar paralelamente su acción sobre la leucopedesis.

De estos estudios se deduce que, después de una disminución momentánea, la atropina provoca una leucopedesis considerable que se eleva siempre por lo menos al doble de la leucocitosis anterior, pero que en algún caso ha alcanzado la cifra jamás registrada hasta ahora por el autor de 9,160 elementos por milímetro cúbico. Esta elevación parece ser más fuerte en los hipoclorhídricos que en los hiperclorhídricos. En todos los casos, la secreción clorhídrica se atenúa, á medida que la leucopedesis aumenta. Estas variaciones aparecen también en el recogido en ayunas. Si se atribuye la disminución de la acidez que produce la atropina á su acción inhibitoria sobre el vago, lo mismo puede admitirse que el predominio del simpático así liberado es el que desempeña el papel de excitar la leucopedesis. Este hecho concuerda bastante bien con la comprobación hecha por Claude y Santenaise de acrecentamiento de la leucocitosis digestiva en los simpaticotónicos y de su reducción en los vagotónicos.

Ningún otro medicamento ha producido unos resultados tan constantes como la atropina, pues ni los excitantes del simpático, como la adrenalina, ni los del vago, como la pilocarpina, ni otros de acción menos definida, como la antipirina y la eserina, han servido para poner en evidencia una oposición tan franca entre la leucopedesis y la acidez.

El papel desempeñado por la atropina en la terapéutica gástrica depende ciertamente de su acción leucopedésica y de su acción secretoria. Su eficacia en las úlceras es debida á estas dos propiedades. La leucopedesis resulta indudablemente tan útil para la supresión del espasmo y de los dolores.

La administración de este medicamento debe ser condicionada por el hecho de que, introducido por vía bucal, su acción es más rápida que por vía subcutánea. La primera produce revoluciones más fuertes é inmediatas, pero pasajeras. La segunda da reacciones más discretas y más tardías, pero de la misma naturaleza y casi de la misma intensidad. Convendrá, pues, asociarlas. (*Le Progrès Medical*, número 20, París, 17 de Mayo de 1924).—T. R. Y.

2. Digitalina y ouabaina, por Lutembacher.—Son dos medicamentos maravillosos que, bien manejados, pueden proporcionar en la práctica éxitos notables. A pesar de tener propiedades farmacodinámicas semejantes, la digitalina y la ouabaina se manifiestan como dos remedios diferentes, debido en primer término á la mayor solubilidad y difusibilidad de la ouabaina.

Cuando la ouabaina es empleada por vía intravenosa, su acción es más intensa y más inmediata, aunque también menos duradera, que la digitalina. Aquella produce un efecto más acentuado y más rápido sobre la contractilidad cardíaca, lo que la convierte en un recurso precioso en los grandes accidentes agudos de la insuficiencia ventricular izquierda; asma cardíaco, edema pulmonar, dolor anginoso de distensión, así como en la insuficiencia aguda del ventrículo derecho, con hepatomegalia considerable,

que se opone á la absorción de la digitalina por las vías digestivas.

En los períodos avanzados de asistolia, complicada de trastornos de la excitabilidad y de la conductibilidad, la ouabaina es más manejable que la digitalina, gracias á su rápida eliminación.

La llamada *acción invertida*, así como la *acción disociada* son también más raras con la ouabaina, no observándose con ella más que en los últimos períodos de la asistolia complicada.

Por vía bucal, la ouabaina es de efectos menos seguros que la digitalina, recomendando el autor el uso de aquella en ingestión para combatir los pequeños accidentes de la insuficiencia ventricular, derecha ó izquierda, tan frecuentes en la práctica. En tales casos, se prescribirá la solubafna, ó solución al milésimo de ouabaina Arnaud, á la dosis de XXX gotas al día, todo lo más.

Para yugular los accidentes agudos graves, sólo la inyección intravenosa es eficaz, siendo entonces la dosis útil la de medio miligramo por veinticuatro horas, renovable cada tres días. Cuando no se conoce la tolerancia del sujeto se inyectará el medio miligramo en dos veces en el día, ó sea 1 c. c. mañana y tarde, de las ampollas de un cuarto de miligramo. La inyección debe ser rigurosamente intravenosa, y en el caso de el que éxtasis venoso generalizado con grandes edemas haga imposible la inyección intravenosa en los lugares de elección, podrá recurrirse á la inyección intrayugular.

Las inyecciones intravenosas de ouabaina deben ser suspendidas si sobrevienen trastornos de excitabilidad ó de conductibilidad, los cuales no suelen observarse más que, en todo caso, en los períodos avanzados de la asistolia complicada.

Aun en este caso no debe ser abandonada la partida, sino que se debe hacer una nueva tentativa prudente al cabo de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, pues este tratamiento entrecortado le ha permitido al autor, algunas veces, ir ganando terreno por pequeños saltos sucesivos y restablecer así el equilibrio circulatorio en casos desesperados.

El tratamiento no debe jamás ser abandonado antes del restablecimiento completo del equilibrio circulatorio, siendo preciso mantener á continuación este equilibrio, renovando las curas con regularidad, cada dos, tres ó cuatro semanas.

Con frecuencia, la acción de la ouabaina requiere ser prolongada por la de la digitalina, que se encuentra *reactivada* por la ouabaina, pero importa emplear siempre la ouabaina primero, y la digitalina á continuación y no inversamente, pues la lenta eliminación de la digitalina debe hacernos temer siempre la adición de los efectos tóxicos de ambos medicamentos. Por esta misma razón, no es recomendable el empleo simultáneo de la digitalina y de la ouabaina, aparte de que, en el caso de que estallasen trastornos de excitabilidad ó de conductibilidad, no se sabría á cual de los dos medicamentos debían atribuirse.

Además, las mezclas fijas de una tercera parte de digitalina y dos terceras partes de ouabaina no resultan prácticas para su manejo, por lo que, en todo caso, sería preferible que el práctico pudiese fijar, según los casos, las proporciones de la mezcla. (*Bulletin Medical*, núm. 15, París, 9 y 12 de Abril de 1924).—T. R. Y.

3. Tratamiento del alcoholismo por la autohemoterapia, por el Dr. Hospitalier.—El autor de este nuevo método contra el etilismo es un médico práctico que reside en La Membrolle (Indre-et-Loire).

Técnica: punción venosa, coagulación, sin centrifugación, repartición del suero en ampollas de 2 c. c. y, por último,

tindalización. Inyéctese cada dos días $\frac{1}{2}$, 1, 1 $\frac{1}{2}$, 2, 2, 2 y 2 centímetros cúbicos, ó sea un total de ocho inyecciones. Algunas veces el autor ha reinyectado, inmediatamente después de la punción, 5 c. c. de sangre citratada.

Resultados: desde la segunda inyección ó la tercera, el bebedor experimenta una sensación bien manifiesta de aversión hacia las bebidas alcohólicas que llega á hacerse completa é invencible.

Observaciones: parece preferible extraer de una vez todo el suero necesario para la cura, cuando la sangre se halle todavía frescamente alcoholizada. Por otra parte, hay que hacer notar que la acción es pasajera, no durando más de quince á veinte días, por lo que conviene aprovechar este período óptimo de repulsión y de desintoxicación para poner en práctica la psicoterapia y la heterosugestión, que serán facilitadas singularmente por la remisión seroterápica.

El autor dice haber obtenido por este procedimiento 16 curaciones de las que da cuenta á un compañero en carta particular sin ánimo de publicidad, sino solamente para que otros experimentadores puedan confirmar sus resultados. (*Le Carnet Médical*, Diciembre de 1923.)—T. R. Y.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. A propósito del catgut, por Chastenet de Gery.—

Parece ser que se atraviesa ahora por una época de mal catgut. Esta es una cuestión ya muy vieja que periódicamente se pone de actualidad.

Los accidentes de orden infeccioso á que puede dar lugar el catgut, de ordinario imprescindible, son más interesantes y dignos de estudio, desde este punto de vista, que los de orden mecánico, por decirlo así, pues la rotura de una ligadura vascular ó la desunión de una sutura profunda, por falta de resistencia ó por absorción demasiado rápida del hilo, son contratiempos casi siempre evitables si se guardan las debidas precauciones.

Los accidentes infecciosos pueden ser benignos y graves, contándose, entre estos últimos, varios casos de tétanos observados por diversos autores.

Los cirujanos acusan á los fabricantes y éstos, á su vez, culpan á los cirujanos, pero, aparte de que circunstancialmente puedan llevar razón unos ú otros, lo cierto es que el catgut tiene un defecto original muy grave, por proceder, como es sabido, de la túnica media del intestino delgado del carnero, que es un medio extremadamente séptico. Por otra parte, se trata de una substancia orgánica delicada y muy difícil de esterilizar bien por la acción del calor, pues si se quiere destruir con seguridad todos los microbios, y en especial los esporulados, que contiene, se expone á inutilizar el hilo, destruyendo sus cualidades físicas. Así, pues, ni el calor seco, ni el vapor de agua á presión, que convierte al catgut en una especie de fideo inútil para la sutura, ni el calor aplicado por el intermedio de ciertos cuerpos anhidros, como el alcohol absoluto, la acetona, el cloroformo el eumol, etc., ni la tindalización, ni, en una palabra, ninguno de los medios físicos actualmente empleados para esterilizar el catgut ofrecen las debidas garantías, por la casi imposibilidad de destruir las formas esporuladas, si se quiere conservar las cualidades físicas del hilo reabsorbible.

El autor, aun á trueque de aparecer como retrógrado, da preferencia á la primitiva forma de esterilizar el catgut ó sea por medios químicos, valiéndose en la actualidad, después de haber ensayado diversas soluciones antisépticas, de una compuesta de un gramo de yodo, 60 gramos de éter y 40 gramos de alcohol de 90°. A pesar de ello, dice, lo mejor

sería pasarse sin el catgut, pero como no es posible prescindir en ciertas operaciones de hilos reabsorbibles, el único recurso consiste en buscarle un sustituto que carezca de su septicidad primitiva y que por sus cualidades físicas sea capaz de soportar una esterilización más perfecta. Hasta ahora se ha recurrido, al parecer, con alguna ventaja, lo cual no quiere decir que sin inconvenientes, al hilo de tendón de kanguro, al de tendón de reno y al de piel de ciertos pescados. El descubrimiento de nuevos hilos reabsorbibles sería la manera más sencilla y elegante de resolver el problema del catgut que tanto tiempo lleva sobre el tapete. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 29, 8 y 10 de Abril de 1924.)—T. R. Y.

2. Los grandes derrames de bilis en el peritoneo, por J. Guyot.—Un labrador de veintinueve años se cae de la carreta que guiaba y le pasa una de sus ruedas por encima del vientre. Durante varias horas presenta signos de shock que ceden á las inyecciones de cafeína, de suero y de aceite alcanforado. En las horas que siguen aparecen vómitos, dolores abdominales é hinchazón del vientre, al que se le aplica una vejiga con hielo. Al quinto día, en tanto que los síntomas alarmantes del principio se han atenuado, se presentan signos manifiestos de ascitis, localizados primeramente á la fosa ilíaca derecha y generalizados después á todo el bajo vientre. En este momento se observa una ictericia muy pronunciada y orinas escasas de color caoba. Aparece fiebre, pulso pequeño y rápido y algunos vómitos seguidos de hipo, la lengua está seca. No hay equimosis superficial en el vientre y la palpación no descubre induración ninguna, siendo muy extremada la sensibilidad en el hipocóndrio derecho. Se piensa en una lesión del hígado con derrame importante de bilis en el peritoneo, y se interviene quirúrgicamente en el octavo día después del accidente. Anestesia al éter, aparato de Ombredanne; amplia incisión media supra y subumbilical, evacuación de un derrame de bilis pura no mezclada con sangre, equivalente á unos siete ú ocho litros. El intestino y los sueros tienen un color verdoso muy pronunciado sin que se observe en ellos lesión traumática. No existen falsas membranas en la cavidad peritoneal. La exploración minuciosa del hígado, después de la evacuación del líquido y secado del vientre con compresas, no pone de manifiesto la menor rasgadura ni sobre la cara inferior ni sobre la convexa. La vesícula biliar está intacta. Examinando la región del pedículo se ve salir la bilis por una herida transversal del conducto colédoco que asienta inmediatamente por encima de la pared duodenal. Dado el estado del enfermo se coloca un tubo de drenaje de calibre mediano rodeado de gasas y se cierra el vientre con algunos puntos metálicos. A pesar de haber reducido la intervención al mínimum y á pesar de todos los cuidados posteriores, el enfermo muere al cabo de unas cuantas horas con signos de shock operatorio.

Estas roturas del colédoco, sin otras lesiones concomitantes, son relativamente raras y recaen de ordinario en sujetos jóvenes del género masculino. La causa habitual de las mismas es una contusión, tal como la cox de un caballo, sucediendo la mayoría de ellas á un aplastamiento del vientre por las ruedas de un carruaje. Su diagnóstico precoz no suele ser fácil y á veces ni aun por laparotomía puede distinguirse en el momento si se trata de una rasgadura del hígado ó de una lesión de las vías biliares. El síndrome por que se manifiestan estas lesiones comprende una ascitis importante de bilis pura con tendencia á aumentar rápidamente, y una ictericia generalizada con decoloración más ó menos pronunciada de las heces, según que se trate de una rotura parcial, ó más extensa.

Desde el punto de vista de los accidentes peritoneales,

unos autores opinan que la bilis aséptica puede ser perfectamente soportada sin protesta por la serosa, concediendo la mayor importancia á la noción de infección de las vías biliares, mientras que otros opinan con Devé, que la bilis no infestada es capaz de determinar una acción agresiva sobre el peritoneo facilitando la aparición de una verdadera peritonitis biliar.

En cuanto al tratamiento, algunos cirujanos practican el taponamiento con drenaje y otros ligan los dos extremos del colédoco abocando la vesícula, ora al estómago, ora al duodeno. En muchos casos no podrá dar resultado la sutura por el estado de atrición de los tejidos. El autor hizo en el suyo lo único que se podía hacer en tan graves circunstancias.

De 17 roturas del colédoco reunidas por Cotte, siete fueron seguidas de muerte; en tanto que de 14 roturas de la vesícula biliar, solo murieron seis. De donde parece deducirse la conclusión, un tanto paradójal *a priori*, de que las roturas del colédoco son menos graves que las de la vesícula. (*Journal de Medecine de Bordeaux*, núm. 6, 25 de Marzo de 1924).—T. R. Y.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Rotura del bazo en un caso de paludismo terapéutico, por Marcel Alexander.**—La fiebre terciana es considerada generalmente como benigna y se la yugula fácilmente con la quinina. Esta circunstancia es precisamente una de las razones por las cuales se recurre de ordinario á provocar esta afección para el tratamiento de la parálisis general por la hiperpirexia.

El 8 de Febrero de 1924 ingresó en el Hospital un hombre de cincuenta años, con todos los síntomas de una parálisis general, confirmada por el examen del líquido cefalorraquídeo y por el índice de permeabilidad meníngea. El 9 de Abril le fueron inyectados bajo la piel de la espalda, con la técnica habitual, 5 c. c. de sangre extraída á un malárico. Diez días después empiezan á producirse los accesos febriles, pero no de forma terciana como en los demás enfermos inyectados de la misma sangre, sino de forma cotidiana. Las curvas febriles no difieren apenas, sin embargo, de las hipertermias características del paludismo. El enfermo había soportado ya ocho elevaciones á 39°, al parecer sin novedad, cuando bruscamente notó la enfermera que palidecía y que caía sobre la cama, muerto. La autopsia confirmó el diagnóstico de parálisis general, pero sin lesión sobreañadida del cerebro. Hay esclerosis cardioarterial, pero sin lesión de los riñones (las orinas habían sido siempre normales). El abdomen estaba inundado de sangre, y el bazo, de consistencia blanda, presentaba un verdadero estallido que le hacía aparecer ampliamente abierto como esos órganos (riñón, por ejemplo) á los que un proyectil ha hecho ciertamente estallar. (*Le Scalpel*, de Bruxelles, núm. 19, de 10 de Mayo de 1924).—T. R. Y.

2. **Los ácidos orgánicos de la fermentación en las deposiciones fecales; su medición y valor clínico, por J.-Ch. Roux y R. Goiffon.**—La principal dificultad de las dosificaciones de este género provienen de la imposibilidad de filtrar la emulsión fecal para obtener un líquido claro: ha sido aquella solventada mediante el empleo de un procedimiento de clarificación por absorción, análogo al de la coladura (collage) empleado en vinicultura.

Roux y Goiffon describen su técnica, que es sencilla, rápida y que no necesita aparatos complicados. Permite dosificar los ácidos de fermentación (láctico, siacínico, acético,

butírico, valerianico, fórmico, etc.), originados por fermentaciones de los hidratos de carbono.

Los estudios hechos, basados en el examen de más de 1.500 deposiciones fecales, confirman los resultados suministrados por la dosificación de ácidos volátiles. En cerca de 500 deposiciones han practicado los autores ambas dosificaciones: los ácidos orgánicos se han mostrado por término medio 2,8 veces más elevados que los ácidos grasos volátiles.

Las fermentaciones deben desarrollarse normalmente en el intestino tras un régimen mixto; parece que toda atenuación de su actividad es indicio de un trastorno intestinal. En las heces consecutivas á perturbaciones digestivas, las variaciones de los ácidos orgánicos de fermentación son por lo general importantes; su aumento es siempre signo de fermentación excesiva; su disminución indica, ya una traba impuesta á las fermentaciones normales por putrefacciones precoces ó por una evacuación prematura, ya una dilución de las materias por hipersecreción.

Describen los autores los principales síndromes cropológicos, en los que la dosificación de los ácidos orgánicos ocupa lugar importante ó que por sí sólo permite reconocerlos.

El aumento de los ácidos orgánicos se observa en la dispepsia intestinal fermentativa (colitis con fermentaciones gaseosas ácidas); en las heces de la colitis con fermentaciones ácidas no gaseosas; en las deposiciones de la colitis con fermentación sin acidez, en las cuales la formación de ácidos orgánicos á expensas de los hidratos de carbono puede hallarse acompañada de fenómenos de defensa, aflujo de bases alcalinas ó putrefacción alcalina que produce la neutralización.

Los autores revisan después los casos en que se comprobó en las heces una disminución de la tara de ácidos orgánicos: heces de putrefacciones precoces, deposiciones diarreicas, deposiciones de hipersecreción izquierda sin tránsito rápido.

Las cifras dadas por la dosificación de los ácidos orgánicos parecen ser la imagen exacta de la actividad de la flora intestinal fermentativa. De aquí se deduce el gran interés de su investigación. (*De Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, Rivet; *La Presse Médicale*, 29 de Marzo de 1924).—PELÁEZ.

DERMATOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La autohemoterapia en el herpes zóster, por Spillmann.**—La autohemoterapia ha dado resultados muy satisfactorios en el zona, sin provocar reacciones. Basta extraer 10 c. c. de sangre de una vena de la flexura del codo é inyectarla profundamente en la nalga, después de haber reemplazado la aguja de punción por la de inyecciones intramusculares. La inyección puede ser repetida dos veces en los días siguientes. El dolor se calma á las pocas horas. Se observa entonces una disminución de las reacciones generales y se detiene la evolución de la lesión cutánea. La curación se efectúa ordinariamente al quinto día.

Gaté y Dupasquier, en casos de dermatosis pruriginosas de origen diabético, en las que habían fracasado los demás tratamientos, habían ya obtenido resultados muy favorables con la autohemoterapia; pero las reacciones habían sido muy violentas, recordando los pequeños accidentes séricos.

Dichos autores emplearon la autohemoterapia en los eczemas, la urticaria, la enfermedad de Duhring, las neurodermitis con liquenificación y, especialmente, los prurigos. En el liquen plano no obtuvieron buenos resultados. (*Bruxelles Médical*, 10 de Abril de 1924).—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 socorros.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Actualidades, por Sedisal. — Remicido. — Sección oficial: Presidencia del Directorio militar. — Instrucción Pública y Bellas Artes. — Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

El cascabel del gato. — Reclamaciones.

El Imparcial, haciéndose cargo, con frases galantes y laudatorias, que cordialmente le agradecemos, de las observaciones que nos sugirió la lectura de su artículo acerca de «La vida médica en Madrid», nos replica que los dos remedios que como preliminares iniciábamos para mejorar en lo posible lo por él discretamente lamentado, equivalían al cascabel que en la conocida fábula propusieron los ratones que se le pusiera al gato, para avisar la proximidad del peligro.

¿Quién pone el cascabel al gato?, dice el popular diario. Pues bien, nosotros no pretendemos que se le pongan los ratones mismos, como se deduce del famoso apólogo, sino que se le ponga la mano protectora y tutiva del Estado, que es quien debe velar por la proporcionalidad en que las profesiones necesarias para el funcionamiento de la vida social se encuentren con la masa social misma, y que es también quien debe vigilar hasta qué punto traspasan los linderos del abuso los funcionarios á quienes él capacitó para el ejercicio de un cargo y que confunden el derecho á la percepción de los emolumentos, con el deber de cumplir con aquel ejercicio.

Nos explicaremos: en substancia, lo que nosotros veníamos á indicar en nuestra proposición á *El Imparcial*, era que se redujese en lo porvenir el número de los médicos para el ejercicio legal de su profesión (entiéndase bien, no para el aprendizaje de la Medicina). Lo que queríamos también es que el funcionario que mediante una oposición ó un concurso demuestra brillantemente su aptitud para el desempeño de un cargo, no interprete que por tal demostración puede durante todo el curso de su vida cobrar los sueldos, aprovechar los ascensos y gozar de las preeminencias anejas al cargo sin tomarse la molestia de ejercerle. También esto puede hacerlo la Administración pública sin excederse en el uso de sus facultades.

No cabe reglamentar, bien ello se nos alcanza, las ilusiones y proyectos con que los padres y los hijos hacen que estos últimos emprendan los estudios conducentes al ejercicio de una profesión que

pueda serles lucrativo en su vida. No cabe, por tanto, que á cada estudiante que ingresa en el estudio de la Medicina ó Derecho, se le diga: «Tú no puedes estudiar esto, porque hay demasiados médicos y demasiados abogados.» Pero lo que sí cabe y es necesario que quepa, es que el Estado, al presentarse el estudiante, con sus conocimientos efectivos ó supuestos, le diga: «Lo que has adquirido es un derecho á demostrar que puedes ejercer como médico, dentro del número de los médicos que son necesarios para el sostenimiento de la vida social.»

Más claro: El título académico podrá adquirirle quien quiera ó quien pueda con suficiencia demostrada ó supuesta; pero el título de ejercicio no podrá adquirirse sino por un examen independiente de los Centros pedagógicos oficiales y en el cual se limite entre los mejores el número de los capacitados para el ejercicio, como se limita el de los militares, el de los marinos, el de los ingenieros, el de los notarios y el de tantas otras profesiones.

Por muy individualistas nos tenemos: siempre hemos creído que la mano del Estado, como el caballo de Atila, suele esterilizar el terreno en que se posa, pero la suprema ley de la necesidad impone deberes á los que ejercen las funciones legislativas y de gobierno para que acudan al remedio de los males, cuando ellos adquieran las proporciones con que se presenta, por error de los unos y por complicidad de los otros, el problema profesional médico en España.

Nuestra tradicional cortesía, nuestra imparcialidad ingénita y la natural benevolencia que nos inspiran algunos mal aconsejados movimientos de la juventud, siquiera ellos se ven en personalidades por nosotros muy estimadas y para nosotros muy simpáticas, nos llevan á hacernos cargo de reclamaciones y escritos que se publican unos y se nos envían otros contestando á juicios nuestros acerca de procedimientos y disposiciones surgidas de Centros administrativos sanitarios. Lo natural, lo lógico y lo acostumbrado es, que cuando se moteja la actuación de un Centro gubernativo, sea él quien conteste por sí ó por la Prensa más ó menos oficiosa; pero la contestación por medio de los funcionarios encar-

gados del cumplimiento de un servicio es inusitada por dos razones: primeramente, porque ellos no son responsables de la orientación del procedimiento (que es lo por nosotros criticado), y después, porque no es natural que á ellos les parezca mal lo que á ellos se les confía.

Decimos todo esto, porque hace poco tiempo uno de los señores beneficiados por la disposición que declaraba firmes los nombramientos de los subdelegados interinos de Medicina y que resultaba nombrado tal, contestó en un periódico á nuestras justificadas censuras encaminadas á la Dirección general, dándose por aludido entre los otros ciento que igualmente pudieran haberse dado. Cosa análoga sucede con la carta que recibimos del Sr. D. Sadi de Buen y que, aunque por algunos términos (que, desde luego, perdonamos), de *exigir y tener derecho*, pudiera habernos eximido de la cortés consideración de publicarla, puede en nosotros más la tradición de la cortesía y el espíritu de indulgencia con la juventud, y la damos cabida en otro lugar, advirtiendo que respetamos absolutamente la exactitud y la sintaxis de los textos. Aparte estas quisicosas, nos conviene advertir, siquiera creamos que es innecesario, que nosotros nunca tenemos en cuenta, ni jamás lo hemos tenido, las personas que realizan los procedimientos sanitarios que surgen de los Centros directivos. Estos son, á nuestro juicio, los responsables de los aciertos ó desaciertos del sistema y á ellos, no á los de hoy solamente, sino á los de hoy y á los de ayer encaminábamos nuestras críticas, al decir, «que lo que se estaba haciendo en la campaña antipalúdica, no tenía el carácter fundamental, estable y radicalmente beneficioso, que representaban los gastos hechos». El detalle de éstos, con ser cosa baladí y circunstancial, no puede ser juzgado por los funcionarios que en el desempeño del sistema han merecido que sus condiciones personales sean aprovechadas. El juicio vendrá cuando las estadísticas serias y formales demuestren que el procedimiento empleado por las Comisiones movilizadas que combaten el paludismo agudo, representa un efecto permanente y estable, ni siquiera en las regiones mismas en que el otro ha sido desarrollado.

Y nada decimos de la presuntuosa afirmación de que no nos encontramos enterados de lo que sucede en materias de paludismo.

El mismo autor de la protesta afirma que ya se publicarán demostraciones; pues... cuando se publiquen, hablaremos.

DECIO CARLAN

ACTUALIDADES

La irrupción del Otoño con cuya aparición de abolengo coinciden el término de las imperiosas vacaciones estivales y la inauguración de cursos universitarios y académicos; la animación que los Centros culturales, recreativos y establecimientos públicos de todo género recobran con el retorno de cuantos, ya por seguir la costumbre, ya con fines puramente medicinales ó higiénicos, ó ya aguijoneados por el insaciable afán de allegar novedades más ó menos originales y admisibles en busca de ellas transpusieron las fronteras; la curiosidad de conocer el bagaje científico de que son portadores los asistidos y comisionados por Centros oficiales y docentes que de este modo procuran fomentar el perfeccionamiento de especialidades y servicios; las expansivas alegrías que los escolares transmiten por donde quiera que pasan; y por último, los obligados y efusivos cambios de impresiones y afectos por las ausencias interrumpidas... precursores son de la actividad con que se aprestan á reintegrarse al desempeño de sus obligaciones respectivas contribuyendo así al progresivo bienestar y cultural enaltecimiento de la Patria. Sean todos bien venidos.

..

Descontados están para nosotros los resultados del Congreso y Asamblea coincidente que en breve han de desenvolverse en Sevilla: por la fuerte mentalidad é indiscutibles prestigios de que legítimamente se hallan asistidas las personalidades que en primera línea habrán de destacarse; por la acertada y activa propaganda á que de lleno se entregaron sus organizadores; por el número insuperable de comunicaciones y adhesiones que de todas partes se reciben á raudales; por los altísimos y loables intereses de raza que se litigan; por la enorme transcendencia que para su porvenir éstos entrañan, y por la compenetración espiritual que de una vez para siempre deben quedar afianzados y garantizados; por el resurgir que de la medicina rural patria se espera, y por la ansiosa expectación que en todas las nacionalidades hispanoamericanas despierta.

A Sevilla, pues, á prestar el máximo de animación é interés de que seamos susceptibles, y á irradiar después á los cuatro vientos el hosanna, que no podrá menos de ser su complemento.

..

El Dr. Pittaluga, á quien en el número anterior dimos la bienvenida y la enhorabuena por la fecunda labor llevada á cabo por la Comisión de eminencias médicas que representando á la Sociedad de las Naciones recorrió gran parte de Europa estudiando y esclareciendo cuanto al problema palúdico se refiere, requerido por un redactor de *La Voz*, hubo de adelantar una especie de índice de las materias cuyas primicias, según de sus declaraciones se desprende, reserva tratar en *La Revista del Occidente*.

Persuadidos estamos de que no ha de tardar en darlas á conocer al mundo médico en su más alto Centro académico, por no ser la Revista citada la más apropiada á divulgaciones de este género; pero sea ello donde quiera, procuraremos aprovechar la primera ocasión en que hacerlas llegar á los compañeros, ya que á éstos muy en primer término les es debido cuanto con la ciencia que cultivan se relaciona.

..

Sancionada queda por la experiencia la prudente actitud expectante por nosotros adoptada desde el primer momento.

ante el Estatuto Municipal y Reglamentos complementarios hasta la fecha dados á luz, y buena prueba de ello ofrecen las intempestivas y caprichosas apreciaciones é interpretaciones á ellos formuladas, y las rectificaciones y aclaraciones que á tales extravíos se han visto en la precisión de oponer los señores directores de Sanidad y Administración local en periódicos de gran circulación.

Creemos conveniente y necesario entresacar de las exteriorizadas por este último las que á los empleados sanitarios se refieren, porque en ellas se puntualiza bien la actitud en que éste se halla con relación á los titulares, ya que con notoria injusticia vienen algunos señalándole como su más sistemático y encarnizado enemigo.

Dice así el Sr. Calvo Sotelo:

«Lo que más favorecerá á los funcionarios municipales, incluso á los sanitarios, será la supresión absoluta del recurso gubernativo y la responsabilidad exigible á los Ayuntamientos que injustamente acuerden una suspensión ó destitución. El recurso judicial es la mayor garantía que tendrán para obtener justicia, pues todos hemos visto que mientras el empleo dependía del gobernador civil ó del Ministerio de la Gobernación, el funcionario municipal vivía en la mayor incertidumbre y á merced de la política. Ahora sólo dependerá del Tribunal Contencioso provincial y del Supremo, quedando la política extramuros, y el funcionario que cumpla sus deberes podrá vivir tranquilo.

A los médicos titulares se les va á mejorar extraordinariamente en sus atribuciones respecto á Sanidad municipal.

Ya se les han otorgado muchas ventajas, tales como aumento de sueldo en todas las categorías, inamovilidad absoluta, derecho de licencias, ingreso en el Montepío, etc.

Se ha disuelto la Asociación, y se ha suprimido la Junta de Gobierno y Patronato que tenían; pero es que contra ella se pronunció la mayoría de los médicos titulares. Su marcha administrativa era tan defectuosa, que ha sido preciso nombrar una Comisión encargada de liquidarla, y con esto está dicho todo. Se les autoriza á constituir Asociaciones, y mientras tanto, estarán amparados por los respectivos Colegios oficiales de cada provincia.»

Como habréis podido apreciar, entre lo que por ahí se atribuye al Sr. Calvo Sotelo y lo por él manifestado media un abismo, y bueno sería que á las acusaciones infundadas, sucedieran los nobles reconocimientos, otorgando á cada cual aquello á que en justicia se haya hecho acreedor.

Esperamos, sin embargo, al Reglamento de Sanidad, porque únicamente con él y los demás ya conocidos á la vista, podremos acometer á conciencia el estudio crítico de conjunto que las trascendentales reformas administrativas y sanitarias requieren y que antes no hemos hecho por no estar suficientemente documentados, y venir hasta entonces rehuyéndoles.

Poco puede hacerse ya desear.

SEDISAL

REMITIDO

Sr. Director de EL SIGLO MEDICO.

Muy señor mío: Aun cuando no se me cite personalmente, á mí dañan y tengo perfecto derecho á que se publiquen en el periódico de su digna dirección las líneas que siguen, aclaración á varios sueltos de Decio Carlan.

Espero de su amabilidad que así se haga.

Muy agradecido de antemano queda de usted atento s. s.,

SADI DE BUEN

25-IX-24.

Sr. D. Decio Carlan.

Mi distinguido amigo: No durante ocho años, sino desde hace cuatro, funcionó la Comisión Antipalúdica, contra la cual arremete usted repetidamente, y á mi modo de ver con escaso conocimiento de causa y menor justicia.

Sepa usted que el «sistema de preparativos, experimentos, etc.» que cita, y que han sido repetidamente juzgados como buenos por numerosos técnicos extranjeros, «dieron por resultado el que nada permanente y fundamental se hiciera» (cito sus palabras), no por culpa de aquella Comisión, ha poco desaparecida, sino por causas y razones en las cuales yo no debo entrar porque no pertenecía á ella.

Sin embargo, como auxiliar técnico de la misma fui el encargado de organizar en el campo lo poco permanente que se hizo, y que usted debería en parte conocer, porque en su periódico se ha reseñado en varias ocasiones, y puedo hoy mostrar una pequeña organización que autónomamente, y sin necesidad de la contribución directa de un personal central, actúa con eficacia en Cáceres y Toledo. Y también puedo decirle que desde la constitución de la nueva Comisión los trabajos han aumentado en intensidad y cada día aumentarán.

Además, por primera vez en España se confecciona una legislación racional, lejos de toda teatralidad, cuidadosamente pensada y adaptada á los medios y condiciones nacionales. Crea usted que es un gran paso el que se está dando.

Dentro de poco se publicarán los datos completos de la actuación de la Comisión y podrá usted discutirlos con el conocimiento de causa de que hoy carece. Igualmente se hará público el reglamento antipalúdico.

Además obra usted injustamente al repetir y volver á repetir con malévolos intención lo del cobro de dietas, etc., etcétera.

Desde que actúa la nueva Comisión no han cobrado dietas ninguno de sus componentes, solamente yo las he cobrado, pero no como secretario de la misma y á pesar del tiempo que he de destinarle, sino cuando he salido al campo á verificar los trabajos que me han sido encomendados. Y todos los que cobran dietas (como médicos auxiliares) y yo, todos trabajamos de un modo eficaz sin regatear tiempo, ni energías, cumpliendo con creces la misión que se nos confía.

Entre los que más hemos cobrado dietas, por ser los que más salimos, estamos el Dr. Luengo y yo, y creo que á los dos nos conoce y á los dos nos debe la justicia de no suponer caprichosamente que cobramos dietas sin rendir el trabajo debido.

Una persona de su altura no puede verter, aunque sea de pasada, la acusación de que «nada sabemos que se haya hecho, aparte del natural cobro de las dietas» sin demostrar antes que verdaderamente hemos prevaricado los ejecutores de los trabajos. De otro modo esa afirmación de usted no nos toca á nosotros, modestos médicos sanitarios, y acusa al que la dijo, tanto más cuando por lo menos uno de nosotros forma parte de EL SIGLO MEDICO y es bien conocido de usted.

Por otra parte, sepa que uno de los graves problemas de la lucha antipalúdica (y de muchas cuestiones sanitarias) es el conseguir un personal estable.

Y ello es debido á que, á pesar del «empleo de cantidades considerables en la adjudicación de dietas» (son sus palabras) no se tiene un porvenir asegurado, ni siquiera un presente.

Yo de mí sé decirle que hace bien pocos meses he estado á punto de abandonar los trabajos antipalúdicos porque no tenía ingresos suficientes para poder cubrir mi modestísimo presupuesto familiar; y si continúo es gracias al acto de jus-

ticia del actual director de Sanidad, que ha equiparado los sueldos del personal del Instituto de Alfonso XIII á los del resto de los funcionarios de Sanidad.

Y á pesar de todo, á ninguno de los que vamos á las zonas palúdicas nos compensan las dietas de las pérdidas de ingresos que nos supone la imposibilidad de atender debidamente una clientela privada, único medio de llegar en nuestra carrera á conseguir ingresos que puedan sacarnos de la mediocridad de los conseguidos en cargos oficiales.

Sigue su injusticia al hacer burla de la adquisición de una motocicleta. Querría que nos hubiera visto cada vez que hemos hecho á pie largos caminos, en malos caballos ó en peores mulos, para que comprendiera que merecemos algo más que una pequeña motocicleta, medio de transporte que, por otra parte, resulta bien barato á la Comisión, más barato inclusive que el alquiler de caballerías.

Yo le agradeceré mucho, Sr. Decio Carlan, que si sus deseos le llevan á continuar arremetiendo contra la Comisión, se entere antes bien de las cosas, lea los trabajos publicados, compute los gastos verificados, etc., etc., y tengo derecho á exigirle que antes de repetir que se gastan dietas sin producir trabajo, lo demuestre.

Queda de usted afectísimo s. s.,

SADÍ DE BUEN.

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

EXPOSICIÓN

Señor: El Real decreto de 14 de Julio último, por el que fueron creadas las Comisiones central y provinciales de Sanidad local, determina en su art. 1.º las personas que, por razón de sus cargos, han de formar parte de éstas en concepto de vocales natos, é incluye entre ellas al abogado del Estado. Pero al hacer la designación de aquéllas para la Central, en el primer apartado del art. 3.º omite á dicho funcionario, siendo así que si necesario es su concurso en las Comisiones provinciales, no lo es menos en la central.

A subsanar esta omisión se encamina el adjunto proyecto de Real decreto que el presidente interino del Directorio militar, que suscribe, tiene la honra de someter á la aprobación de V. M.

Madrid, 22 de Septiembre de 1924.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Antonio Magaz y Pers.*

REAL DECRETO

A propuesta del presidente interino del Directorio militar,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. El apartado primero del art. 3.º de Mi Real decreto de 14 de Julio último, se entenderá redactado en la siguiente forma: La Comisión central de Sanidad local será presidida por el ministro de la Gobernación, formando parte de ella, como vocales natos, el subsecretario de dicho Ministerio, un representante médico de la Real Academia Nacional de Medicina y otro de la Sección de Arquitectura de la de Bellas Artes de San Fernando; los directores generales de Administración, Sanidad, Rentas públicas y Obras públicas; los de las Escuelas de Arquitectura é Ingenieros Industriales de Madrid y el de la Escuela de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos; los inspectores generales de Sanidad interior é Higiene pecuaria; el presidente de la Sociedad Española de Higiene; el abogado del Estado, jefe de la Asesoría

jurídica del Ministerio de la Gobernación; y el inspector general del Trabajo.

Dado en Palacio á 22 de Septiembre de 1924. — ALFONSO.
—El presidente interino del Directorio militar, *Antonio Magaz y Pers.* (*Gaceta* del 24 de Septiembre.)

EXPOSICIÓN

Señor: El Reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general determina que uno de los profesores de número que forman aquél desempeñe la plaza de jefe del laboratorio del Hospital de la Princesa, sin señalar otras condiciones para ejercer el mencionado cargo que las que se exigen para el ingreso en el Cuerpo general, dando ello lugar á que para un servicio que requiere en señanzas adecuadas á la materia se haya elegido siempre á persona no especializada en trabajos de laboratorio, cuyo servicio es base fundamental para el mejor acierto en los diagnósticos de la mayor parte de las enfermedades.

Este defecto pudo muy bien subsanarse con sólo exigir al titular del expresado servicio determinados conocimientos de Análisis, Anatomía patológica y Bacteriología; pero suponía, ciertamente, un régimen de desigualdad, ya que habría de someterse á nueva prueba de aptitud al designado, sin reconocerle otros derechos que los que taxativamente señala el Reglamento citado para todos los individuos que forman el escalafón del Cuerpo de la Beneficencia general.

Tal régimen produce una perturbación en el funcionamiento del laboratorio, si se tiene en cuenta la inestabilidad de los que desempeñan este cargo, debido á la frecuencia con que se suceden en él, por pasar á otros diferentes, como son los de Medicina y Cirugía.

Mayor eficacia y mayor estímulo resultaría si desde un principio el que ha de desempeñarlo conociese que habría de exigírsele condiciones adecuadas á su cometido, dado el carácter de especialización que aquellas funciones requieren, y como previene asimismo el mencionado Reglamento orgánico que las plazas que resulten vacantes de médicos de número sean provistas por oposición, que es garantía para la marcha normal del Hospital, el jefe del Gobierno, presidente del Directorio Militar, de acuerdo con éste, tiene la honra de someter á V. M. el adjunto proyecto de Decreto.

Madrid, 22 de Septiembre de 1924.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Antonio Magaz y Pers.*

REAL DECRETO

A propuesta del jefe del Gobierno, presidente del Directorio militar, de acuerdo con éste,

Vengo en disponer la siguiente:

Artículo 1.º El Reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general de 27 de Octubre de 1904 queda modificado en su art. 1.º, en la siguiente forma:

«De los 17 médicos de número que forman el escalafón de dicho Cuerpo, el último será destinado al laboratorio de Anatomía patológica y Bacteriología del Hospital de la Princesa, á cuya plaza se dará el carácter de inamovilidad en el cargo, sin perjuicio de disfrutar el designado de los ascensos en sueldo, al igual que los demás individuos del Cuerpo á que dé lugar el movimiento del escalafón.»

Art. 2.º Hallándose actualmente vacantes cuatro plazas de médico de número, de las 17 que forman el referido Cuerpo facultativo, serán provistas dichas cuatro plazas por oposición, según determina el Reglamento orgánico ya citado, si bien la última, ó sea la destinada al Laboratorio, será mediante oposición independiente de las tres restantes, con

cuestionario y Reglamento especiales, que propondrá el visitador de la Beneficencia general.

Todas las disposiciones que se opongan al cumplimiento de la presente, quedan derogadas.

Dado en Palacio á 22 de Septiembre de 1924.—ALFONSO.
—El presidente interino del Directorio militar, *Antonio Magaz y Pers.* (*Gaceta* del 24 de Septiembre.)

A propuesta del jefe del Gobierno, presidente del Directorio militar, de acuerdo con éste y de conformidad con el dictamen de la Junta de Edificios públicos,

Vengo en autorizar al subsecretario encargado del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes para que adquiera directamente una parcela de terreno de 79.000 pies cuadrados, con objeto de ampliar el edificio en construcción destinado á Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad Central en esta Corte, ofrecida por D. José Espinos, al precio de tres pesetas el pie cuadrado, debiendo abonarse su importe total de 237.000 pesetas con cargo al crédito consignado en el capítulo 24, artículo 2.º de la Sección 7.ª del vigente presupuesto de gastos del Estado.

Dado en Palacio á 20 de Septiembre de 1924.—ALFONSO.
—El presidente interino del Directorio militar, *Antonio Magaz y Pers.* (*Gaceta* del 25.)

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Teniendo en cuenta el informe emitido por la Comisión permanente del Consejo de Instrucción pública, en el expediente referente á la exacción de derechos de prácticas de cátedras que tienen este carácter y el de experimentales,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien resolver se requiera á los rectores de las Universidades, especialmente, á fin de que se lleve á cabo por los decanos de cada Facultad una detallada investigación encaminada á comprobar las deficiencias de la enseñanza de las prácticas que han señalado los alumnos, para subsanarlas, si existen, en el próximo curso, dando cuenta al efecto á este Departamento de las disposiciones que para ello sean adoptadas en cada caso.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 10 de Septiembre de 1924.—El subsecretario encargado del Ministerio, *Leaniz.*—Señores rectores de todas las Universidades del Reino. (*Gaceta* del 17 de Septiembre.)

GOBERNACIÓN

Vista la importancia de los trabajos que ha de realizar la Comisión nombrada por Real orden de 12 del actual para la rendición de cuentas y liquidación de fondos de esa Junta de gobierno y Patronato, y con el fin de ayudar en su gestión á las personas que la forman,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido ampliar la citada Comisión, nombrando vocales de la misma á los señores D. Antonio Gómez Plasent, jefe de la Sección primera de la Dirección general de Administración, y D. Vicente Santamaría Rojas, abogado del Estado de la Asesoría jurídica de este Ministerio.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 16 de Septiembre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido.*—Señor presidente de la

suprimida Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Médicos titulares. (*Gaceta* del 18 de Septiembre.)

El artículo 77 de la vigente Instrucción de Sanidad de 12 de Enero de 1904 determina que los subdelegados de las respectivas profesiones evitarán ó perseguirán las intrusiones, revisando y registrando los títulos profesionales, formando listas nominales, con altas y bajas, de que remitirán copias, dentro del mes de Octubre de cada año, á V. S., al Director general de Sanidad (antes inspector general de Sanidad), al inspector provincial y al subdelegado de Farmacia, cuidando de inutilizar los títulos de los profesores fallecidos y autorizar con su firma y el sello correspondiente los de los nuevamente inscritos, y á fin de que no deje de cumplimentarse tan importante precepto legal,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se le recuerde á V. S. para que excite el celo de todos aquellos que se encuentran en el deber de cumplimentar lo que determina el citado artículo 77, en bien de la salud pública.

De Real orden lo comunico á V. S. para su conocimiento y cumplimiento. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 19 de Septiembre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido.*—Señores gobernadores civiles de provincia. (*Gaceta* del 20 de Septiembre.)

Dirección general de Sanidad.

Dispuesto por el vigente Reglamento de Baños, en su artículo 57, regla 13, que todo médico director de Establecimiento balneario está obligado á presentar las estadísticas de concurrencia, con arreglo al modelo núm. 2, al terminar la temporada oficial, y á dar parte del sitio en que se propone residir, y habiéndose observado que algunos directores omiten el cumplimiento de la referida obligación, dando lugar con ello á que se desconozcan las estadísticas,

Esta Dirección general ha tenido por conveniente disponer:

1.º Que por los alcaldes de las localidades donde radiquen los balnearios se notifique á los expresados médicos que si dejasen de cumplir la referida obligación serán sometidos á expediente y castigados con arreglo á lo preceptuado en los artículos 43 y 44 del Reglamento de Baños, si perteneciesen á la clase de directores propietarios ó habilitados, y si fuesen interinos quedarán, desde luego, excluidos para poder ser nombrados con tal carácter en años sucesivos.

2.º Que se advierta á los alcaldes y dueños de balnearios de la obligación de autorizar la estadística en unión del médico director.

3.º Que las estadísticas (modelo núm. 2) sean remitidas, en pliegos certificados, á ese Gobierno y á esta Dirección general, el día en que termine la temporada oficial; y

4.º Que en iguales sanciones incurrirán los médicos directores de cualquiera clase que, durante el mes de Diciembre, no remitan, certificadas, la Memoria y estadística determinadas en el apartado 9 de dicho art. 57 del Reglamento de Baños.

Lo que comunico á V. S. para su conocimiento y el de los interesados, encareciéndole la urgencia para efectuar las oportunas notificaciones. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 20 de Septiembre de 1924.—El director general, *F. Murillo.*—Señor gobernador civil de la provincia de... (*Gaceta* del 21 de Septiembre.)

Dirección general de Administración.*Convocatoria de oposiciones á médicos del Cuerpo facultativo de Beneficencia general.*

Autorizado por el Directorio militar y en cumplimiento de lo que dispone el Reglamento del Cuerpo facultativo de Beneficencia general, en relación con el Real decreto de 22 de Septiembre del corriente año y la Real orden de este Ministerio, fecha 30 del actual, se sacan á oposición tres plazas de médicos del Cuerpo facultativo de Beneficencia general y una de médico encargado de laboratorio y autopsias de dicho Cuerpo, todas ellas dotadas con el sueldo anual de 4.000 pesetas, que en la actualidad se encuentran desempeñadas interinamente.

Las tres plazas de médicos corresponderán á los números 14 al 16, inclusive, del escalafón, y la de médico encargado del laboratorio y autopsias al núm. 17 del mismo, siendo esta plaza con carácter de inamovilidad en el laboratorio, sin perjuicio de los ascensos que pueda tener el que la desempeñe, como los demás individuos del Cuerpo en el escalafón general. Las oposiciones á las tres plazas de médicos del Cuerpo facultativo de Beneficencia general, se verificarán en la forma ordenada en la regla octava del artículo séptimo del Reglamento vigente de 27 de Octubre de 1904, que se inserta á continuación, y las oposiciones á la plaza de médico encargado del laboratorio y autopsias, tendrá lugar con sujeción al Reglamento especial que á propuesta del señor visitador de Beneficencia general sea aprobado por este Ministerio y con arreglo al programa que comprenda las materias de análisis, anatomía patológica y bacteriología.

Tanto el programa que ha de servir para las oposiciones ordinarias á médicos de la Beneficencia general, como para las oposiciones especiales á médico encargado del laboratorio y autopsias, serán publicados en la *Gaceta de Madrid* con veinte días de antelación, por lo menos, á la celebración de unas y otras oposiciones.

Los licenciados ó doctores en Medicina que deseen optar á las referidas plazas, presentarán sus solicitudes en la Sección de Beneficencia general de este Ministerio en el término de veinte días, á contar desde la fecha de la publicación de este anuncio de convocatoria, manifestando especialmente en su solicitud la clase de plazas á las que pretenden optar, es decir, si á las plazas de médicos del Cuerpo facultativo de Beneficencia general ó á la de médico encargado del laboratorio y autopsias de dicho Cuerpo, acompañando á las referidas instancias los títulos originales ó testimonios en forma legal, con copias de los mismos en papel sellado correspondiente, para el cotejo y devolución de los originales, y una relación de los méritos y servicios del aspirante.

Madrid, 30 de Septiembre de 1924.—El director general, José Calvo Sotelo.

Artículo del Real decreto que se cita.

Artículo 7.º Regla 8.ª.—Para la provisión de plazas de médicos los ejercicios de oposición serán cuatro y consistirá el primero en responder á seis preguntas de la Facultad, que sacará el opositor por su propia mano de una urna, donde el Tribunal que debe formularlas habrá depositado previamente las papeletas que las contengan en la proporción de ocho por cada individuo que tome parte en el acto. El tiempo máximo para contestarlas será de sesenta minutos y se considerará eliminado de las oposiciones el opositor que no conteste á todas. Terminado este ejercicio, se reunirá el Tribunal para hacer la calificación de los opositores que hayan tomado parte en él, eliminando aquéllos que considere que no deben continuar los demás ejercicios por haber obtenido

una calificación excesivamente baja. Acto seguido se procederá al sorteo de trincas entre los opositores que hubieren obtenido calificación suficiente para continuar los demás ejercicios. Este sorteo se verificará en sesión pública.

El segundo ejercicio consistirá en la exposición completa de un caso clínico de Medicina, caso que será discutido en la trinka correspondiente, y si el número de opositores no fuere divisible por tres, en la trinka correspondiente. Para este objeto pondrá el Tribunal reservadamente en una urna tres cédulas que designen otros tantos enfermos, sacará el actuante en público una de ellas y pasará en seguida á examinar, á presencia de los jueces y opositores, al enfermo, sin prolongar el reconocimiento más de media hora. Los contrincantes podrán reconocerle durante diez minutos. Después de otra media hora de incomunicación hará el actuante la historia de la enfermedad, expresando sus causas, diagnóstico, pronóstico y terapéutica, sin emplear más de una hora ni tener á la vista escrito ni apuntación alguna. Cada uno de los contrincantes hará luego las objeciones que crea oportunas durante veinte minutos, ó media hora si fuese un solo. Si no hubiese más que un opositor, hará las objeciones un vocal del Tribunal.

El tercer ejercicio consistirá en la exposición completa de un caso clínico de Cirugía en igual forma que el anterior.

El cuarto, en ejecutar sobre el cadáver la operación quirúrgica que designe la suerte, después de explicar el opositor el método operatorio que se propone seguir, por qué le da la preferencia, los demás procedimientos que se pudieran adoptar, los instrumentos que están más en uso para el caso y cuanto le ocurra acerca de la anatomía de la región en que haya de operar. Para este ejercicio pondrán los jueces en una urna doble número de papeletas que opositores haya, conteniendo cada una el nombre de una operación. (*Gaceta de 1.º de Octubre de 1924.*)

Gaceta de la salud pública.**Estado sanitario de Madrid.**

Altura barométrica máxima, 708,1, ídem mínima, 702,0. temperatura máxima, 23°,4; ídem mínima, 6°,7; vientos dominantes, SO. OSO.

Comienzan á ser frecuentes los catarros de las vías respiratorias, á consecuencia de la baja experimentada en la temperatura ambiente durante los últimos días. Las infecciones gastrointestinales son leves y poco importantes en número.

En los afectos crónicos se observan principalmente las complicaciones debidas á los estados arterioescleróticos.

En los niños aumenta algo la coqueluche.

Crónicas.

Colegio de Huérfanos.—*Donativos.*—El ilustre español y filántropo Sr. Cebrián, tan conocido en nuestros Centros docentes por los espléndidos donativos con que favorece sus Bibliotecas, al despedirse para su próximo viaje á California de su compañero de Academia Española, Sr. Cortezo, le ha enviado como recuerdo para los huérfanos del Colegio Príncipe de Asturias los siguientes libros:

«Sueños de Tribiún», 10; «La Patria ante todo y sobre todo», 6; «Viva España», 1; «España, patria de Colón», 1; «Stephenson», 1; «Livingstone», 1; «Jaime I el Conquistador», 1; «Gonzalo de Córdoba», 1; «Dante», 1; «El Cid Campeador», 1; «Cervantes», 1; «Franklin», 1.

Otro donativo.—El Sr. D. Antonio Martín Menéndez, por recaudación hecha entre varios médicos madrileños, ha adquirido, con destino al laboratorio de Química (que este año funciona por primera vez) y como complemento del gabinete de Física, varios aparatos y enseres importantes de cerca de 1.500 pesetas, que permitirán que las respectivas enseñanzas tengan cada vez carácter más práctico.

Es de esperar que los diferentes Colegios provinciales de médicos procuren enviar pequeñas muestras de minerales de las respectivas localidades, con lo cual se formará la base de un museo de mineralogía que tendrá la ventaja de ser de obtención genuinamente española.

X Congreso de la Protección a la Infancia.—La Comisión ejecutiva de los trabajos de organización del X Congreso Internacional de Protección a la Infancia y a la Maternidad ha quedado constituida en la siguiente forma:

Presidentes honorarios: Ilmo. Sr. D. Francisco Murillo, director general de Sanidad y académico de la Real de Medicina; Excmo. Sr. D. Angel Pulido, secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina y vicepresidente del Consejo Superior de Protección a la Infancia, y el Excmo. Sr. D. Baldomero González Álvarez, académico de la de Medicina y médico de la Real Casa.

Presidente efectivo, Excmo. Sr. D. Andrés Martínez Vargas, rector de la Universidad de Barcelona y catedrático de Enfermedades de niños.

Vicepresidentes: Dr. D. Patricio Borobio, catedrático de la Escuela de Medicina de Zaragoza y presidente del Tribunal para niños de la misma provincia; Dr. D. Enrique Suñer, catedrático de la asignatura de Pediatría en la Facultad de Medicina de Madrid; Excmo. Sr. D. José González y Jiménez de Meneses, catedrático de Enfermedades de la infancia en la Escuela de Medicina de Sevilla; Dr. D. Aurelio Martín Arquellada, ex presidente del Congreso de Pediatría de San Sebastián, presidente de la Sociedad de Pediatría y médico del Hospital del Niño Jesús; Dr. D. Rafael Tolosa Latour, secretario general del Consejo Superior de Protección a la Infancia; Excmo. Sr. Marqués de Restorillo, inspector y alto comisario de la Escuela Normal de Maestras; excelentísimo Sr. D. José Gascón y Marín, catedrático de Derecho de la Universidad Central, y Dr. D. Rufino Blanco, profesor de Pedagogía.

Secretario: Dr. D. José Velasco Pajares, médico del Hospital del Niño Jesús y vocal del Consejo Superior de Protección a la Infancia.

Tesorero: Dr. D. Santiago Cavenet, académico de la de Medicina, médico del Hospital del Niño Jesús.

Obras recibidas.—«Flora Ibérica.—Uredales (Royas de los vegetales)», tomo I, Género Puccinia, por R. González Frago.

—Junta para Ampliación de Estudios. Madrid. Trabajos del Museo Nacional de Ciencias Naturales. Serie Zoológica núm. 49.

—«Las Xylocopas (Hymen. Apidae) en las colecciones de Madrid», por José María Dusmet y Alonso.

Inauguración de una Brigada sanitaria.—El día 23 del pasado mes se celebró en Granada con gran solemnidad el acto de inaugurar la Brigada sanitaria de dicha capital. Asistieron al acto el gobernador, el alcalde, inspectores de Sanidad y muchos médicos.

Noticias.—A los ochenta y un años de edad ha fallecido en Lyon el Dr. Lacassagne. Era profesor honorario de Medicina legal de la Facultad de Lyon, correspondiente de la

Academia de Medicina, habiendo publicado numerosos trabajos que fueron autoridad y honor para la ciencia francesa.

—En el curso de una operación que realizaba el Dr. Maurice Jacquemont tuvo la desgracia de cortarse con un estilete en forma tal, que se cree ha de ser necesaria la amputación de una parte de la mano.

—En Medina del Campo, Plaza Mayor, 12, principal, ha instalado un gabinete de Odontología, el joven e inteligente médico D. Natalio Alonso.

—Se ha celebrado solemnemente en Salamanca la apertura de curso en el paraninfo de la Universidad. Asistió el Príncipe de Asturias.

El rector leyó un discurso acerca de la «Autonomía universitaria».

El general Navarro leyó unas cuartillas, y luego declaró abierto el curso en nombre del Rey.

—Se ha adherido Nueva Zelandia al Convenio Sanitario internacional, firmado en París el 17 de Enero de 1912.

Doble intrusismo.—Todos sabemos que el intrusismo en España es un mal de los calificados de casi irremediables; pero el último caso registrado adolece de un doble carácter. Es decir, que no se trata de un caso de intrusismo limitado al orden médico, sino también al religioso.

Para conocimiento de médicos y clérigos reproducimos el siguiente telegrama:

La Coruña, 27 (10,30 n.).—En el vecino pueblo de Barondo, cercano a Sada, la Guardia civil detuvo al curandero José Varela González, que ejercía la medicina mediante exorcismos, por lo que tenía fama de brujo.

Se le han ocupado dos estolas y otras ropas religiosas, revestido con las cuales y leyendo un libro de San Cipriano, invoca á seres imaginarios y embauca á las gentes.

Ha sido multado con 250 pesetas. (Febus).

Vacantes.—Ciría (Soria), con el sueldo de 4.500 pesetas. Solicitudes hasta el 11 del actual.

—Hospital de la Compañía Minera de Sierra Alhambilla, Lucainena de las Torres (Almería), con 3.000 pesetas.

La viruela.—En la Oficina de Información de la Presidencia han facilitado la siguiente nota:

«Hará próximamente un mes que se dieron los primeros casos en la importante barriada del Puente de Vallecas, habiendo sido el total de invadidos hasta ahora poco más de ochenta, con sólo tres defunciones hasta la fecha. En el Hospital de San Juan de Dios existen actualmente treinta y tres enfermos de viruela en condiciones debidas de aislamiento.

Desde los primeros momentos se ha hecho una activa é intensa campaña de vacunación y revacunación en toda aquella barriada, calculándose se llevarán hechas unas cuarenta mil vacunaciones. A este efecto se establecieron diez puestos permanentes de vacunación que hoy han quedado reducidos á cinco, donde continúa vacunándose gratuitamente á cuantas personas se presenten.

La benignidad de la epidemia, reflejada en sus escasas defunciones, y la intensidad de la campaña de vacunación que se está realizando, tanto en la citada barriada como en Madrid, dan motivos sobrados para pensar que dicha epidemia se logrará extinguir muy en breve, sobre todo si á ello coopera el vecindario, sometiéndose á la práctica de la vacunación y revacunación, necesaria siempre y más especialmente en época de epidemia.

No hay, pues, razón para ningún rumor alarmista: pero sí para avergonzarse que le puedan á uno dar las viruelas por no estar vacunado.»

Las sustancias tóxicas.—Es inconcebible el arraigo que tiene en nuestro país el consumo de estas sustancias. Nos consta la campaña radical que se inició hace meses y aún continúa y, sin embargo, los que trafican con ellas no pierden las esperanzas de hacer de España uno de sus mercados favoritos.

Hace unos días se ha descubierto una importantísima expedición de 224 kilos de opio en la estación de ferrocarril de Túy, que no ha llegado á su destino gracias al buen olfato de los funcionarios de aquella Aduana.

Los bultos en que venía la expedición habían sido declarados como higos de Esmirna.

Incendio en un hospital norteamericano.—Por partes de la Agencia Radio se tiene noticia de que el día 29 de Septiembre estalló un formidable incendio en el Hospital judío de Brooklyn.

Las proporciones del fuego obligaron á los cirujanos, que en aquel momento se hallaban practicando operaciones, á suspenderlas y trasladar á los enfermos á otros lugares donde continuaron sus intervenciones quirúrgicas.

Cuando se terminaba la evacuación de los últimos enfermos del hospital se produjo el derrumbamiento de las salas de operaciones, no ocurriendo ninguna desgracia personal por la serenidad de los facultativos y enfermeros.

El número de enfermos acogidos al benéfico establecimiento pasaba de 200.

En el Sanatorio de Húmera.—Con motivo de la festividad de las Mercedes, se ha celebrado la fiesta acostumbrada en el Sanatorio Antituberculoso de Húmera.

Una nota que merece hacerse notar es la de que en esta fiesta anual asisten todos los enfermos que han sido dados de alta y obtenido su curación en aquel sanatorio desde que ha sido fundado.

Los asistentes al acto fueron obsequiados con un almuerzo en el que reinó la mayor cordialidad.]

El Dr. Verdes Montenegro, el personal facultativo y enfermeros atendieron á los enfermos y á sus visitantes.

El Dr. Casares en Buenos Aires.—A su debido tiempo dimos cuenta del viaje del ilustre profesor Casares Gil á América. Hoy toda la prensa, profesional y diaria, da cuenta del triunfo obtenido por nuestro compatriota en la capital de la República Argentina con motivo de la conferencia por él pronunciada en la Facultad de Medicina de Buenos Aires sobre el tema «El Radio y su extraordinaria importancia en la Química». Las noticias que hasta nosotros han llegado no pueden ser más satisfactorias para el conferenciante, tanto en lo que se refiere á la escogida concurrencia como á los laudatorios comentarios que mereció la labor del Sr. Casares Gil.

Nuestra enhorabuena.

Fallecimiento.—Nuestro suscriptor el joven médico don Eugenio Luengo Tapia ha muerto en uno de los últimos combates librados en Marruecos.

Muy de veras sentimos la pérdida de tan valiente compañero y á su desconsolada familia enviamos nuestro pésame más sincero.

Las aguas de Barcelona.—A propuesta del teniente de alcalde encargado del servicio de higiene se ha efectuado en el Laboratorio municipal el análisis de las aguas de diferentes fuentes de dicha ciudad, resultando que la mayoría de ellas no son potables.

Solamente están en condiciones de beberse las de Moncada y Dos Ríos.

Por el Ayuntamiento se han adoptado las oportunas medidas, á fin de que dichas fuentes sean selladas para evitar contaminaciones por medio de sus aguas.

Excipiente inerte.—El que va en pos de lo absoluto, aquí abajo, está tan cerca de encontrarlo como el que busca la piedra filosofal ó la cuadratura del círculo.

(Ed. Crouzet.)

Medicus naturae minister, et interpres, quidquid meditetur et faciat, sit naturae non obtemperat, naturae non imperat: saepe natura novum opus exorditur ubi conatus nostri desiere.

—El médico es el ministro ó ayudante y el intérprete de la Naturaleza; en todo lo que medite y ejecute, si no sigue sus indicaciones, no debe por lo menos imponer las leyes; pues ella proporciona muchas veces un nuevo socorro, cuando nuestros esfuerzos son ya impotentes.

(Baglivio.)

Gránulos Boldina y Esparteína Houdé.—Al presente número acompañamos una tarjeta sobre los citados productos, recomendando el pedido de muestras, cuyo envío se hace franco, á los Sres. Giménez y Salinas, Claris, 111, Barcelona.

Lactofitina.—Al presente número acompañamos un prospecto sobre la Lactofitina del Laboratorio Ibero, de Toluca (Guipúzcoa), recomendando su lectura.

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, tífus gástricas. A. J. S. y ESCOFFÉ. 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, caquexia, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

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

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