

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.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.	M. MARÍN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	J. y S. RATERA De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	L. MARCO CORERA Prof. honoris causa del Inst. Rubio.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los Hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto de Alfonso XIII.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la Real de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	J. M. DE VILLAVARDE Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Ins. tuto Cajal.
A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
F. LÓPEZ PRIETO Ex-Médico Titular.			

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES
Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española. — Archivo ó 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 á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: La enseñanza de la Medicina en España, por Howard R. Marraro, A. B. — Dos casos de úlcera yeyunal secundaria, por el Dr. Donato González Márquez. — El misterio en lo humano, por el Dr. Stephen Chauvet. — La hematología de la gripe en un país tropical, por el Profesor W. H. Hoffmann. — Estudio sobre la acción hemostática de los lípidos, por el Dr. E. M. — El alcoholismo, por Carlos María Cortezo. — Periódicos médicos.

La enseñanza de la Medicina en España

POR

HOWARD R. MARRARO, A. B.

(Escrito para un curso sobre la Civilización española, dado por el distinguido profesor Lawrence A. Wilkins, en la Universidad Colombia, Nueva York. Enero de 1924.)

Población.—La Península española, no obstante su gran extensión (586.000 kilómetros cuadrados en números redondos), ha estado siempre poco poblada. Según el censo de 31 de Diciembre de 1910 que es el vigente, las poblaciones de las 49 provincias de la Península é islas adyacentes, suman 19.995.686 habitantes. Aunque los resultados definitivos no se han publicado oficialmente, la población de España alcanza actualmente 21.500.000 habitantes (en 1921), lo que supone un aumento, con respecto al censo de 1910, de cerca de millón y medio de habitantes. Por eso hay en España 35 habitantes por kilómetro cuadrado.

Gobierno.—La monarquía constitucional fué establecida por la Constitución de 1812 que forma la primera base de las libertades políticas en España. Esa Constitución ulteriormente sufrió diferentes modificaciones, rigiendo hoy día la de 1876. El trono es hereditario y ejercen concurrentemente el Poder legislativo el Rey y las Cortes, comprendiendo éstas el Senado y el Congreso de diputados. El Senado se compone de un máximo de 180 miembros de derecho y vitalicios. El Congreso de diputados comprende 404 miembros,

elegidos por cinco años por elección popular, siendo electores todos los ciudadanos. El Congreso nombra su presidente, siendo elegido por el Rey y el Senado. El Consejo de ministros consta de nueve miembros, que dirigen respectivamente los ministerios de Estado, Gobernación, Hacienda, Gracia y Justicia, Guerra, Marina, Instrucción Pública y Bellas Artes, Abastecimientos y Fomento.

Analfabetismo.—Según el censo de 1910, de 19.995.686 habitantes, sabían leer 353.732, y leer y escribir 7.716.998, calculándose en un 59,35 por 100 el número de habitantes que no sabían ni leer ni escribir. Es importante notar, sin embargo, que la relación de analfabetos en España va disminuyendo.

Véase las siguientes estadísticas:

Censo de población de los años.	Habitantes.	No saben leer ni escribir.	Relación á 100 habitantes.
1880.....	15.673.481	11.837.391	75,52
1877.....	16.634.345	11.978.168	72,01
1887.....	17.565.632	11.945.871	68,71
1900.....	18.618.086	11.874.890	63,78
1910.....	19.995.686	11.867.455	59,35

Voy á examinar ahora los resultados de la estadística internacional comparativa. Ella será provechosa en enseñanzas, sobre todo si la sacamos de pueblos que ocupan un nivel intelectual más elevado que España. Cuando una nación es comparada con otra, debe serlo con la que ocupa un plano superior, no con la que ocupa uno inferior. La primera le

comunicará, por ejemplo, fuerzas para luchar y perseverar en la conquista del progreso; mientras que la segunda la embriagará con el narcótico letal de la propia suficiencia, de la autoadmiración, que le impedirá ver con claridad el camino que debe seguir para alcanzar el puesto que otras lo graron.

Presentaré ahora un cuadro comparativo que trae el «Thirteenth Census of the United States-year 1910», en la página 1.194 del volumen primero «Population». El representa la proporción de analfabetos que existía en algunos países en 100 habitantes de la población general, de las edades expresadas en la columna 2.^a.

Hélo aquí:

Analfabetos existentes en algunos países en 100 habitantes de la población general, de las edades expresadas en la columna 2.^a:

PAÍS	Fecha del censo.	Base de la edad. — Años.	Por 100 de analfabetos
Nueva Zelandia.....	1906	10	1,7
Natal (Europeos).....	1904	10	2,0
Victoria.....	1901	10	3,2
Transvaal (Europeos).....	1904	10	3,9
Australia del Oeste.....	1901	10	4,4
Australia del Sur.....	1901	10	4,5
Nueva Gales del Sur.....	1901	10	4,9
Tasmania.....	1901	10	6,7
Rusia Europea.....	1897	10	7,0
Orange (Europeos).....	1904	10	7,3
Estados Unidos.....	1910	10	7,7
Queensland.....	1901	10	10,6
Francia.....	1906	10	14,1
Canadá.....	1901	5	17,1
Irlanda.....	1901	10	17,4
Bélgica.....	1900	10	18,6
Austria.....	1900	10	22,6
Argentina.....	1914	7	35,1
Hungría.....	1900	12	40,9
Terranova.....	1901	5	45,8
Italia.....	1901	10	48,2
Chile.....	1907	10	49,9
Filipinas.....	1907	10	55,5
Cuba.....	1899	10	56,8
Grecia.....	1907	10	57,2
España.....	1900	10	58,7
Rumania.....	1909	11	61,2
Bulgaria.....	1905	10	65,5
Imperio Ruso.....	1897	10	72,3
Portugal.....	1900	10	73,4
Méjico.....	1900	11	75,8
Servia.....	1900	10	78,9
Bolivia.....	1900	7	82,9
Orange (aborígenes).....	1904	5	90,6
India.....	1901	10	92,5
Egipto.....	1907	10	92,7

Ese cuadro es rico, en alto grado, de enseñanza. Revela, desde luego, en lo que más nos interesa, que la proporción de 58,7 por 100 analfabetos de más de diez años de la población general, es muy inferior á la que exhiben diez naciones ó pueblos que figuran en el mismo cuadro.

El porcentaje de analfabetos en España al presente no se sabe, pero se presume que no es menos de lo que figura en al año 1910, cuando casi 12.000.000 de personas de todas edades, ó sea un 59,35 por 100, no sabían ni leer ni escribir. En realidad, con la continua suspensión de escuelas elementales en todas partes de las regiones rurales de España á causa de la falta de recursos, es posible que el analfabetismo que existe en España actualmente, supere al que existía en 1910.

Aunque mucho se ha dicho para mejorar esta triste situación, muy poco se ha hecho. Varias recomendaciones

se han sugerido, pero hasta ahora el Gobierno español no las ha tomado con seriedad. Luis Araquistain, en su famoso libro «España en el crisol» habla de los problemas de España y dice que algunos ven la regeneración de España en la enseñanza. Según él, el analfabetismo, sin duda, es una vergüenza pública, como la lepra y la intolerancia religiosa. El analfabetismo es una plaga que debe extirparse sin tardanza, porque es claro que un pueblo analfabeto está más incapacitado que otro para adquirir conciencia plena de su personalidad y para dejarse fecundar por los movimientos y conmociones liberales de otros pueblos.

Se dice también que la indiferencia de España durante la guerra europea se debió, seguramente, á que son pocos los españoles que leen, y los que leen saben leer mal, porque les falta un fondo de cultura histórica y de conceptos político-filosóficos que puedan servirles de norma, de inteligencia é interpretación. Pero un país puede ser muy ilustrado y necesitar reformas porque, como el caso de Alemania, el progreso moral no coincide siempre con el progreso de la instrucción pública.

Enseñanza primaria.—Todos los españoles que se ocupan de indagar la causa primordial, y tal vez única, de su decadencia, coinciden en afirmar que el origen, la razón de la actual inferioridad de España, es el abandono absoluto para el progreso y prosperidad de los pueblos: el problema de la educación. Pero el Gobierno español no se ha interesado mucho en este respecto.

Según la ley de 1857, la enseñanza primaria era sólo gratuita para aquéllos niños cuyos padres ó tutores no pudiesen pagarla, pero según el Real decreto de 8 de Junio de 1910, la enseñanza primaria tiende á hacerse completamente gratuita á medida que se implantan los nuevos sueldos de los maestros.

La enseñanza primaria es obligatoria para los niños de seis á doce años de edad; pero esta obligación es más teórica que efectiva.

Hay ahora (1921) en España 26.108 escuelas nacionales y 5.669 escuelas privadas, con una matrícula total de alumnos de 2.604.308. Se calcula que en España se quedan dos millones y medio de niños sin poder ir á la escuela por falta de locales escuelas. En España faltan 100.000 escuelas; de 45.000 poblados sólo tienen escuelas 15.000. Otros datos más vergonzosos aún. Sólo la mitad de los niños asisten á las clases. Bélgica con un cuarto de la población tiene más de 1.500.000 alumnos en las escuelas. París gasta en instrucción pública 36 millones de francos, y Londres, 123 millones. En Madrid se quedan más de 100.000 niños en el arroyo por falta de locales-escuelas. Los gastos producidos al Estado por la enseñanza primaria oficial en 1919 fueron 53.249.373 pesetas, ó sea 2,4 por habitante.

Las varias opiniones acerca del material de enseñanza coinciden. Se ha dicho que el material de enseñanza suele ser, en la mayoría de los casos, bastante deficiente, á causa de la exigüidad del presupuesto destinado á la adquisición de material pedagógico.

Para ser admitido el niño deberá tener, por regla general, de seis á trece años. La mayoría de los niños en las villas y ciudades suelen abandonar la escuela de diez á once años, y antes de esta edad todavía en las poblaciones rurales, donde la asistencia aumenta durante el invierno y decrece en los meses de primavera y verano, en que los padres necesitan de los hijos para las labores del campo.

El programa de la escuela primaria vigente data de 1901 (Real decreto de 26 de Octubre) y comprende:

Doctrina cristiana y nociones de historia sagrada.

Lengua castellana (lectura, escritura y gramática).

Aritmética.
Geografía é Historia.
Rudimentos de Derecho.
Nociones de Geometría.
Nociones de Ciencias físicas, químicas y naturales.
Nociones de Filosofía é Higiene humanas.
Trabajos manuales y ejercicios corporales.

Segunda enseñanza.—En España la enseñanza secundaria se da en los Establecimientos oficiales llamados «Institutos generales y técnicos». Los Institutos se agrupan en 11 secciones, correspondientes á los 11 distritos universitarios en que está dividida España.

Para ingresar se requiere tener diez años cumplidos en el año de ingreso, y sufrir un examen previo sobre instrucción elemental, que consta de un ejercicio escrito (dictado y aritmética), uno oral (aritmética, geometría, conocimientos naturales, religión y moral), y uno práctico (examen de objetos, análisis gramatical y geografía).

Según el Real decreto de 7 de Enero de 1916, la asistencia á las clases de los alumnos oficiales es voluntaria. Los alumnos no oficiales pueden asistir libremente á las clases y aun ser preguntados si el profesor accede á ello.

Según el Real decreto de 6 de Septiembre de 1903, el plan de estudios es el siguiente:

Primer año: Lengua castellana, geografía general y de Europa, nociones de aritmética y geometría, religión y caligrafía.

Segundo año: Lengua latina, geografía de España, aritmética, religión y gimnasia.

Tercer año: Lengua latina, lengua francesa, historia de España, geometría y gimnasia.

Cuarto año: Preceptiva y composición literarias, lengua francesa, historia universal, álgebra, trigonometría y dibujo.

Quinto año: Psicología y lógica, historia general de la literatura, física, fisiología é higiene y dibujo.

Sexto año: Ética y rudimentos de Derecho, historia natural, agricultura y química general.

La religión es potestativa, pero las demás asignaturas obligatorias.

Para la segunda enseñanza existen 60 Institutos generales y técnicos con 52.445 alumnos. En la página que sigue hay una lista de los Institutos de segunda enseñanza con el número total de alumnos y títulos expedidos en el curso 1919-1920.

SEGUNDA ENSEÑANZA: 1919-1920

DISTRITO universitario.	INSTITUTO	Número de col·gios incorporados.	ALUMNOS			Total de alumnos.	Títulos expedidos.
			Enseñanza oficial.	Enseñanza colegiada.	Enseñanza libre.		
Madrid.....	San Isidro.....	19	792	830	2.610	4.240	307
	Cardenal Cisneros..	45	774	2.067	3.484	6.325	527
	Ciudad Real.....	4	170	112	429	711	45
	Cuenca.....	»	174	»	168	342	22
	Guadalajara.....	2	150	42	144	336	27
	Sevilla.....	»	152	»	301	453	18
	Toledo.....	»	156	»	148	304	22
		70	2.368	3.059	7.284	12.711	968
Barcelona.....	Barcelona.....	27	911	1.691	1.048	3.650	243
	Palma de Mallorca..	1	443	36	315	794	34
	Mahón.....	»	85	»	39	124	8
	Gerona.....	1	177	84	402	663	48
	Figuera.....	»	107	»	85	192	21
	Lérida.....	2	293	31	396	720	54
	Taragona.....	1	147	46	199	392	21
		»	142	»	257	399	35
		32	2.305	1.888	2.741	6.934	464
Granada.....	Granada.....	7	529	307	716	1.552	113
	Almería.....	»	»	»	»	»	»
	Baeza.....	2	90	56	221	367	31
	Jaén.....	»	203	»	331	534	39
	Málaga.....	7	166	310	287	763	60
		16	988	673	1.555	3.216	243
Murcia.....	Albacete.....	1	144	42	389	575	43
	Murcia.....	2	363	55	609	827	99
	Cartagena.....	1	175	9	370	554	72
		4	682	106	1.368	1.956	214
Oviedo.....	Oviedo.....	3	271	115	498	884	89
	León.....	3	388	41	455	884	72
	Gijón.....	3	190	218	305	713	29
		9	849	374	1.258	2.481	190
Salamanca.....	Salamanca.....	3	488	132	561	1.181	101
	Ávila.....	»	142	»	58	200	22
	Cáceres.....	3	147	57	223	427	19
	Zamora.....	»	237	»	140	377	22
		6	1.014	189	982	2.185	164
Santiago.....	Santiago.....	1	415	15	328	758	72
	La Coruña.....	»	298	»	401	699	32
	Lugo.....	1	284	70	463	617	50
	Orense.....	1	181	50	390	621	29
	Pontevedra.....	3	280	216	278	774	46
		6	1.458	351	1.860	3.669	229

DISTRITO universitario.	INSTITUTO	Número de colegios incorporados.	ALUMNOS			Total de alumnos.	Títulos expedidos.
			Enseñanza oficial.	Enseñanza colegiada.	Enseñanza libre.		
Savilla.....	Savilla.....	17	150	1.058	885	2.093	172
	Badajoz.....	14	212	537	475	1.224	105
	Cabra.....	1	125	19	329	473	53
	Cádiz.....	1	170	1	455	625	40
	Las Palmas.....	5	177	198	234	609	40
	Córdoba.....	1	310	1	115	425	42
	Huelva.....	1	191	1	89	279	20
	Jerez.....	2	109	186	336	631	44
	La Laguna.....	5	177	198	234	609	40
		44	1.621	2.196	3.152	6.968	556
Valencia.....	Valencia.....	9	709	759	841	2.309	200
	Alicante.....	2	312	149	271	732	33
	Castellón.....	1	240	34	269	543	55
		12	1.261	942	1.381	3.584	288
Valladolid.....	Valladolid.....	4	495	344	722	1.561	121
	Bilbao.....	4	395	317	214	926	48
	Burgos.....	1	233	1	40	273	13
	Guipúzcoa.....	3	259	160	191	610	39
	Palencia.....	1	249	1	185	434	29
	Santander.....	1	224	224	135	695	18
	Vitoria.....	1	282	1	479	761	77
		11	2.137	1.045	1.966	5.260	345
Zaragoza.....	Zaragoza.....	7	659	541	364	1.564	153
	Huesca.....	1	96	23	65	184	22
	Logroño.....	1	330	4	438	772	42
	Pamplona.....	1	212	1	81	293	12
	Soria.....	1	126	1	76	202	8
	Teruel.....	2	182	42	242	466	48
		11	1.605	610	1.266	3.481	285
Total general.....		221	16.288	11.433	24.813	52.445	3.946

(Continuará.)

Dos casos de úlcera yeyunal secundaria

1.º Perforación aguda.—2.º Fístula gastro yeyuno cólica

POR EL

DR. DONATO GONZÁLEZ MÁRMOL

Cirujano del Hospital civil de Santiago de Cuba.

La presencia de una úlcera péptica es ciertamente el más serio de todos los desastres después de una gastroenterostomía.

(Moynihan)

Una de las complicaciones más graves que puede suceder a la operación de la gastroenterostomía, aun después de una convalecencia normal, es, sin duda, la aparición de una úlcera llamada, en este caso, úlcera yeyunal ó también úlcera péptica, secundaria ó postoperatoria y situada á nivel de la boca anastomótica ó en la porción de yeyuno subyacente.

Es determinada por la operación anterior y coloca al enfermo en peores condiciones, porque esta variedad de úlcera con una sintomatología parecida á la que presenta la gástrica ó la duodenal, ocasiona las mismas y quizás más graves complicaciones que requieren un difícil y arriesgado tratamiento quirúrgico de dudosos resultados.

La primera observación se publicó á los diez y siete años de haberse practicado la primera gastroenterostomía. Fué descrita por Braun en el Congreso de cirujanos alemanes de 1899. En un operado de gastroenterostomía por estenosis pilórica que murió de peritonitis aguda once meses después, encontró en el asa eferente del yeyuno cerca de la boca anastomótica una úlcera perforada.

En Francia fué descrita por Quenu en 1902. El primer trabajo de conjunto sobre esta materia se debe á Gosset que en la *Revue de Chirurgie* publicó el año 1906 una estadística de 31 casos con una notable descripción de los síntomas.

La frecuencia con que se ha practicado en estos últimos años la gastroenterostomía, ha dado lugar á que el número de casos conocidos de úlcus secundario sea cada día más numeroso, y en el relato de las observaciones se estudia con detalle la proporción en que se registra después de la operación primaria, la patogenia, sintomatología y formas clínicas.

Paterson calcula esa proporción, en 1 á 2 por 100; Eusterman la aumenta, á 2 ó 3 por 100; Sippy, en 2 á 3 por 100 la considera demasiado baja, habida cuenta de que muchas de estas úlceras pasan desapercibidas; Urrutia, da un 5 por 100, y Hohlbaum la sube á un 10 por 100.

La estadística de la Mayo Clinic sobre esta materia, que comprende desde Enero 1912 á Enero 1922, con un total de 4.324 gastroenterostomías refiere 55 casos de úlcera secundaria, ó sea 1,27 por 100.

Judd, que ha dado á conocer estas cifras, manifiesta que con toda probabilidad el porcentaje es más alto porque en algunos casos son muy atenuados los síntomas del úlcus y no obligan al enfermo á solicitar un tratamiento, y también porque cuando lo necesita no lo demanda al mismo cirujano que le practicó la operación.

Los hombres la sufren en relación á las mujeres en la proporción de 7 á 1.

En todas las edades se ha observado. El caso más precoz es el de Tiegel: un lactante de dos meses á quien le hizo una gastroenterostomía por estenosis congénita del píloro.

Se desarrolla casi siempre después de una gastroenterostomía por úlcera. La estadística de V. Roojen sobre 66 casos de úlcera secundaria permite apreciar la frecuencia.

63 después de una G. E. por úlcera gástrica duodenal.

1 después de una G. E. por cáncer.

1 después de una G. E. por perigastritis.

1 después de una G. E. por estenosis congénita del píloro.

Cuando la gastroenterostomía se practica por úlcera del duodeno, se observa más á menudo la secundaria.

Y también sucede que en casos operados donde el examen más escrupuloso no revela cicatriz ó señal de haber existido una úlcera original, puede formarse una péptica postoperatoria. Según Eusterman, $\frac{2}{3}$ de las úlceras gastro-yeyunales se encontraron en pacientes donde no había habido lesión intrínseca gástrica ó duodenal. Estos datos se refieren á la Mayo Clinic.

La úlcera yeyunal puede ser única ó múltiple. Se han observado hasta cuatro. En un enfermo había una perforada en el colon y tres ó cuatro más en el asa eferente del yeyuno. Lion observó una perforada en el colon y otra en el yeyuno que al perforarse ocasionó una peritonitis mortal.

La úlcera acostumbra situarse á nivel del estómago ó por debajo y en la porción eferente del yeyuno y casi nunca se encuentra más allá de 10 centímetros de la boca anastomótica.

G. Loewy calcula en 400 el número de casos publicados de úlcera secundaria hasta el año 1911.

Eusterman señala la fecha de aparición de los síntomas del úlcus secundario en la siguiente época:

30 por 100 en los primeros seis meses.

56 por 100 en el primer año.

88 por 100 en el año siguiente.

Se han descrito casos muy precoces. El de Cracovic presentó los síntomas de la úlcera secundaria á los dos días de haber practicado la gastroenterostomía; Petren pudo observarlos al sexto, y Oidtmán al décimo.

A las tres semanas Eiselsberg; cinco semanas Judd; Downes á los dos meses encontró la úlcera secundaria en la boca anastomótica. Nuestro caso presentó como primer síntoma la perforación aguda á los cuatro meses.

En otras ocasiones los síntomas son muy tardíos. Un enfermo de Lion-Nélaton sufrió de úlcera secundaria á los siete años de operado, y el de Lieblein á los nueve á diez años.

Los síntomas iniciales de la úlcera yeyunal se reducen á pesadez gástrica después de las comidas, pirosis, dolor epigástrico, quizás vómitos.

Ya en el período de estado ofrece alguna diversidad, según los casos que Eusterman divide en cuatro tipos bien definidos:

I. Reproduce los síntomas de la úlcera gástrica ó duodenal anterior. El dolor tiene períodos de exacerbación que alternan con otros de calma; se alivia con la ingestión de alimentos ó sustancias alcalinas. Los enfermos manifiestan que el dolor en esta ocasión es más bajo, á nivel y á la izquierda del ombligo.

II. Síntomas anómalos de úlcera, accesos dolorosos más frecuentes, intervalos de calma más cortos.

Estos dos tipos representan el 87 por 100 de los casos.

III. Tipo puramente intestinal. A veces hay diarrea ó alternativa de estreñimiento con diarrea, sin guardar relación con la clase de alimentos ingeridos. Puede observarse un cuadro de obstrucción intestinal.

IV. Reducido número. El dolor clásico no existe. Hay melena ó vómitos nocturnos por éxtasis gástrico.

Siempre que después de una gastroenterostomía por

úlcera gástrica ó duodenal reaparezcan los síntomas dolorosos, debe pensarse en la úlcera secundaria, y hacer el diagnóstico diferencial con la úlcera gástrica ó duodenal primitiva, ó con su degeneración maligna.

El examen radiológico del úlcus secundario ayuda al diagnóstico. Carman dice que hay deformidad del contorno alrededor del estómago, peristalsis exagerada y retención de bario.

La clasificación de los síntomas de la úlcera secundaria, tal como la describe Eusterman, tiene un gran valor clínico, porque es el resultado de la observación cuidadosa de numerosos enfermos y permite hacer al internista ó cirujano avisado un diagnóstico precoz.

Gosset, en su monografía del año 1906, describió la úlcera del yeyuno en las tres formas que con más frecuencia se observa:

1.^a Forma perforante d'emblee.

2.^a Forma con peritonitis localizada y plastrón.

3.^a Forma con abertura en el colon transversal.

Esta clasificación representa en realidad la etapa final de la evolución de la úlcera; el período de sus complicaciones ó accidentes es de carácter quirúrgico porque lleva aparejada la necesidad de una operación inmediata.

Los dos casos personales de úlcera péptica secundaria que voy á describir se ajustan á dos de las formas descritas por Gosset, á la 1.^a y 3.^a

OBSERVACIÓN I.—PERFORACIÓN AGUDA.

En una tarde del mes de Junio del año 1922 ingresó en la Casa de Salud del Centro Gallego un hombre de cuarenta y cinco años de edad, y de oficio carbonero. Nos dice que cuatro meses antes fué operado de gastroenterostomía por otro cirujano para combatir unos trastornos gástricos que fueron diagnosticados de úlcera del estómago. La convalecencia fué normal y durante los cuatro meses siguientes no experimentó el más leve malestar, á pesar de que su trabajo era muy rudo y la alimentación de mala calidad.

Cuarenta y ocho horas antes de su llegada á la clínica, y después de haber almorzado, sintió un agudo dolor en el abdomen por encima del ombligo y en la línea media; los vómitos se presentaron á seguida y desde entonces no han cesado; al principio eran alimenticios, luego biliosos, y en la tarde de su ingreso tuvo alguno fecaloideo.

El enfermo tiene un semblante peritoneal, con expresión marcada de ansiedad y sufrimiento; el cuerpo está bañado en sudor y á cortos intervalos vomita una extraordinaria cantidad de líquido. El vientre está duro, con defensa muscular generalizada, dolor diseminado, no muy fuerte, pero que se exagera á la menor presión y sobre todo con los esfuerzos del vómito. A pesar de este cuadro, el pulso es de 110, amplio y regular. Temperatura, 37,7. Respiración, 30.

Se hizo el diagnóstico de perforación aguda del estómago y culpamos á la antigua úlcera de haberla producido.

Laparotomía supraumbilical, línea media. Adherencias de la pared á la superficie del hígado. La cavidad del abdomen contiene una abundante cantidad de líquido verdoso del mismo aspecto que el vomitado. Después de una toilette seca se aprecia el intestino delgado y el grueso distendidos, rojizos. La pared anterior del estómago y el duodeno están normales. Entre las asas intestinales hay adherencias blancas y friables, exudados de defensa que son más marcados hacia el lado izquierdo. Levanto el colon que está libre y encuentro la anastomosis gastro-yeyunal, y en la pared

anterior del asa fijada, en el centro y debajo del estoma una perforación de pequeño diámetro.

Empiezo una sutura para ocluir el orificio, pero en esos momentos el enfermo comenzó á vomitar de una manera violenta. Parece que en uno de esos esfuerzos penetró alguna porción de líquido en las vías respiratorias y con síntomas asfícticos sucumbió el paciente en pocos minutos á pesar del empeño que tuvimos en reanimarlo.

Autopsia.—La gastroenterostomía practicada era tipo Mayo antiperistáltica y sin asa. No había adherencias fibrosas, ni acodaduras del yeyuno. El estoma tenía 5 centímetros de diámetro, sus bordes bien cicatrizados y no había material de sutura, restos de la operación anterior.

La úlcera yeyunal estaba situada á la mitad de la pared anterior, era redonda, de 12 milímetros de diámetro, sin pérdida de substancia; consistía en una simple denudación de la mucosa intestinal que interrumpía las válvulas conniventes. En el centro estaba la perforación lineal de 2 milímetros de largo por 1 de ancho.

La exploración minuciosa de la mucosa gástrica y duodenal no reveló la existencia de cicatriz ó señal que indicase la existencia de una úlcera original.

La perforación aguda es un accidente bastante frecuente de la úlcera secundaria. Wright en un resumen de 135 casos encuentra 31 perforaciones.

En 19 perforaciones agudas por úlcera, operadas por Urrutia, 5 eran gástricas, 13 duodenales y una yeyunal.

El tiempo que suele transcurrir entre la operación original y la perforación del úlcus es muy variable. Si tenemos en cuenta que los síntomas de este proceso ulcerativo pueden aparecer dos días después de la intervención causal, no es extraño que á los diez y seis ocurra la perforación como en el caso de Cracovic.

Petren observó una perforación de úlcera secundaria á los diez y seis días de haber practicado una G. E. posterior.

Estas fechas son excepcionales. La época en que las estadísticas denotan la mayor frecuencia de este accidente corresponde al primero y segundo año que sigue á la G. E.

Si la úlcera yeyunal no se perfora d'emblée puede hacerlo por una marcha subaguda, rodeándose de un plastrón de peritonitis parcial que fija el yeyuno á la pared anterior del abdomen, si el úlcus es consecutivo á una G. E. A. (2.ª forma de Gosset). Esta variedad no se encuentra hoy muy á menudo en la casuística quirúrgica, porque la operación de Wölfler no se practica con la frecuencia de antes. Después de G. E. P. las adherencias se establecen con el colon previa retracción del meso, y entonces es muy fácil que el proceso ulcerativo del intestino delgado se propague al grueso y lo perfora, dando lugar á la formación de una fístula yeyunocólica (3.ª forma de Gosset).

OBSERVACIÓN II.—FÍSTULA YEYUNOCÓLICA.

Hombre de treinta y ocho años, comerciante. No tiene historia patológica hasta el año 1915, en que fué operado de apendicitis.

En Marzo de 1917, le practiqué una G. E. P. por úlcera duodenal yuxtapilórica. Quedó curado de todos sus trastornos gástricos, y durante dos años se mantuvo en condiciones de salud excelentes.

Al comenzar el tercer año el enfermo vino á decirme que sentía cierta pesadez gástrica después de las comidas, pirosis y regurgitaciones ácidas. Dos meses más tarde estos síntomas se acentuaron acompañados de vómitos una ó dos horas después de la ingestión de alimentos. A veces vomita-

ba grandes cantidades de líquido mucoso hiperácido. En esta época ya le hacía sufrir un dolor epigástrico, no muy intenso ni constante, pero que se disipaba en cuanto por medio del vómito vaciaba su estómago.

A los seis meses de haber empezado estos síntomas, se presentaron unos eructos de olor fecaloideo que fueron percibidos al principio por la mujer del paciente, quien le aconsejó viniera á darme cuenta. En una ocasión que este enfermo eructó en mi oficina pude apreciar la fetidez insoportable de los gases que expulsaba igual á las más pútridas fermentaciones intestinales. Este mal olor no era notado por el enfermo. Días después—y á las dos horas de una comida—tuvo una regurgitación que le produjo por su desagradable sabor un vómito inmediato. Las materias expulsadas eran de color grisáceo, semilíquidas y mezcla de substancias alimenticias todavía no digeridas y abundante cantidad de materia fecal. Estos vómitos de materia fecal se hicieron luego más frecuentes, más puros, podríamos decir también, y á veces arrojaba partículas excrementicias endurecidas.

Cuando se iniciaron los eructos fétidos el dolor se hizo más acentuado en el hueco epigástrico y más persistente, con irradiación invariable hacia el lado izquierdo y región dorsal. Empezaba media hora después de la comida y desaparecía por completo en cuanto vomitaba ó hacía una abundante deposición; por este motivo muchas veces conseguía el alivio del dolor con un lavado intestinal.

A medida que el tiempo transcurría, el enfermo se iba adelgazando de una manera alarmante. Conservaba un apetito voraz. La dieta que se le impuso de leche, farináceos, etcétera, no le saciaba, y para evadir la tutela de la familia se iba á comer fuera de la casa para satisfacer su bulimia con los alimentos más indigestos.

Contribuía á debilitar al enfermo la presencia de un estado diarreico, que si al principio daba lugar á pocas deposiciones, luego se hicieron muy frecuentes. Empezaron al mismo tiempo que los vómitos fecaloideos, y entonces se contaban en número de cuatro á seis, pero últimamente llegaban á 12 y 14, eran abundantes, semilíquidas, biliosas, conteniendo residuos alimenticios.

El cuadro clínico evidente de fístula yeyunocólica fué confirmado por el examen con los rayos X.

La radioscopia fué más precisa; apenas caía en el estómago el líquido opaco, pasaba con rapidez al intestino grueso.

A pesar de nuestros consejos, el enfermo no aceptó la idea de someterse á una nueva operación para curar su dolencia. Cuando cumplió tres años de la G. E. P., y después de un año de sufrimientos por su úlcera secundaria y al verse cada día más agotado, se resolvió á ser operado otra vez. Su aspecto en esos momentos era el de un enfermo postrado por la inanición, sin pániculo adiposo, mucosas decoloradas, exhausto de fuerzas y ascitis libre en el vientre. La palpación del abdomen á la izquierda y arriba del ombligo y estando el paciente reclinado en decúbito lateral derecho, permite apreciar una induración como del tamaño de un puño que hace la impresión de una neoplasia maligna.

En Marzo 15 de 1920 es operado. Abierto el abdomen por laparotomía supraumbilical se derrama gran cantidad de líquido ascítico de color ambarino claro. En el hipocondrio izquierdo hay una masa inflamatoria que adhiere entre sí al intestino delgado, el grueso y el estómago. Para explorarla bien es necesario hacer una incisión combinada y me decidí á practicar en ese lado la misma incisión angular del profesor Presno para las operaciones sobre las vías biliares; donde terminaba la incisión vertical, á 2 centímetros del ombligo, empiezo con una ligera curva la incisión oblicua hacia arriba y afuera hasta un través de dedo del reborde

costal. Quedó un campo muy espacioso y todo el trabajo posterior se hizo con mucha facilidad.

El colon transversal está adherido al yeyuno a nivel de la boca anastomótica de la antigua G. E. P. El mesocolon está retraído. El resto de las asas intestinales están libres. La porción eferente del yeyuno está más dilatada que el resto y algo aumentada de color. El colon está estrechado, fruncido en el lugar de la adherencia y hacia la derecha está más aplanado y vacío que hacia la izquierda. Todo el bloque está muy alto y desviado hacia afuera, y contrasta esta topografía anormal con la que guardaban estos órganos después de la G. E. P., en que se acomodaron cerca de la línea media y más abajo que ahora.

Separo la adherencia entre el colon y el yeyuno con una pequeña torunda y con suma facilidad porque el tejido de neoformación es muy friable, quedando al descubierto los orificios fistulosos de los dos intestinos. La abertura del colon es algo mayor que la del yeyuno, un centímetro de ancho por dos de largo, y después de suturada es recubierta con un pedazo de epiplón. Por la abertura del intestino delgado pasa el dedo pequeño que dirigido hacia la derecha penetra en la porción aferente, hacia la izquierda en la eferente, y hacia arriba en el estómago, por el mismo orificio de la G. E. que se había estrechado a más de la mitad.

Dado el estado de postración en que se encontraba el enfermo no estaba justificado hacer una operación más radical para extirpar la antigua anastomosis, nos limitamos a cerrar el orificio del yeyuno y así suprimida la fistula esperar a que el paciente recobrara sus fuerzas y entonces intentar la operación definitiva.

Los días siguientes fueron muy buenos, no se repitieron los vómitos ni las diarreas, y gracias a una alimentación adecuada el enfermo comenzó a recuperar energías.

Este intervalo libre terminó muy pronto. A los dos meses los síntomas de la fistula yeyunocólica se presentaron con el mismo aspecto; la ascitis se reprodujo con rapidez, y alcanzó mayor volumen, y después de dos meses de esta segunda etapa de la úlcera secundaria murió el paciente completamente desnutrido.

En el año de 1903 se dió a conocer el primer caso de fistula yeyunocólica consecutiva a la G. E. La comunicación entre la úlcera secundaria y el colon se estableció dos años después de operado. Czerny hizo la resección en masa del segmento fistulizado, estableciendo una nueva anastomosis gastroyeyunal y practicó la sutura término terminal del colon, curando el enfermo.

Herczel, de Budapest, refirió en 1905 el segundo caso. Gosset en 1906 aprovecha la tercera observación para hacer un estudio clínico completo y llamó la atención sobre los tres síntomas más importantes que acompañan a estas fistulas: vómitos, diarreas y adelgazamiento rápido.

Polya reúne un total de 19 casos en el año 1913. Bolton and Trotter en el 1920 cuentan 31, de ellos cuatro personales. En su opinión el 10 por 100 de las úlceras yeyunales se adhieren y perforan en el colon.

En los 10 pacientes observados con úlcera secundaria en la Mayo Clinic, se encontraron seis que sufrían la anastomosis gastroyeyunocólica, y cuyas historias son descritas por Rankin y Mayo, en Octubre de 1912.

Pero el trabajo más documentado sobre esta clase de fistulas ha sido el de G. Loewy, que ha hecho un minucioso estudio de los síntomas, patogenia y tratamiento de estas úlceras perforantes. En su Memoria publicada el año 1921 describe este autor 59 casos de fistulas yeyunocólicas reco-

gidos en la literatura y además 17 inéditos que pertenecen a Gosset Lion, Ch. Mayo, Panchet y Urrutia, que hacen un total de 76.

Como resultado de su análisis establece Loewy la proporción de una fistula yeyunocólica por cada cinco úlceras secundarias. Este cálculo está basado aceptando el número de 400 como el total de casos publicados de úlceras postoperatorias hasta el año 1921.

El lapso de tiempo que transcurre entre la G. E. y la fecha en que aparecen los síntomas de la fistula gastrocólica es variable. Eiselsberg relata una observación en que a los dos meses y medio se produjo la abertura en el colon. El caso más demorado es de Roux, de Lausanne, a cuyo enfermo se le presentó la fistula doce años después de operado. Según Lion, de cinco a siete años es el tiempo que suele mediar entre ambos acontecimientos.

El caso personal que hemos descrito anteriormente, puede considerarse de los más prematuros ya que antes de los dos años y medio sólo se cuentan 26 de los 76 recopilados por Loewy.

El diagnóstico de la fistula gastroyeyunocólica es fácil cuando se presentan los síntomas característicos, diarrea, eructos y vómitos fecaloideos, dolor epigástrico, y como consecuencia de estos trastornos, un cuadro muy apropiado, adelgazamiento, debilidad general, anemia e inanición.

Los rayos X son muy útiles para precisar el diagnóstico. «La evacuación comienza en la parte media de la gran curvadura inmediatamente después de la ingestión, pasa directamente al colon transversal en tanto que las asas delgadas quedan vacías. La cabeza de la comida bismutada en el colon transversal toma la dirección distal y se reúne en el asa sigmoidea con el enema bismutado.» (Polya.)

Ultimamente Straus ha recomendado como signo de diagnóstico precoz, la presencia de grasa en las heces. La deposición es grasosa, clara, con diarrea parecida al puré de guisantes.

Como pruebas suplementarias para conocer la comunicación gastrocólica se ha ideado la introducción de enemas coloreados, cuyo paso hacia el estómago se comprueba por el lavado de este órgano. Encontrar pronto en las heces las substancias coloreadas ingeridas por la boca; la presencia de ácido clorhídrico y pepsina en las materias fecales; la insuflación gástrica por el recto. Pero de todos modos, el examen radiológico de la comida y el enema baritado se considera el más eficaz.

Conviene recordar que la fistula entre el estómago y el intestino delgado no da lugar a síntomas precisos.

A diversas causas se atribuye la formación de la úlcera secundaria.

La presencia de material de sutura no reabsorbible (lino, seda, Pagenstecher) encontrado alguna vez en la base de la nueva úlcera lo consideran muchos cirujanos como punto de origen del proceso.

Aunque también se ha observado después de haber hecho las suturas con catgut, no obstante, prevalece la opinión de que los hilos arrastran las bacterias hacia la profundidad y también el jugo gástrico, que puesto en contacto con tejidos que carecen de una mucosa protectora son mortificados por la acción destructiva del jugo estomacal hiperácido.

La presión ejercida por las pinzas o los dedos que magullan las tunicas del intestino ocasionando equimosis y hematomas.

Ciertos defectos de técnica, como, estoma muy ancho o muy estrecho o mal colocado; no ajustar o coaptar bien la mucosa, de donde una cicatrización retardada o defectuosa de la línea de sutura. Los experimentos de Flint han demos-

trado que la adherencia de la serosa se hace casi inmediatamente por un exudado, pero el que se forma para adherir la superficie mucosa tarda veinticuatro y setenta y dos horas y no se organiza hasta los catorce días. Durante este período, cualquier trastorno circulatorio ó mecanismo infectivo determina un retardo de la cicatrización. También lo ocasionará una alimentación prematura, grosera, indigesta.

La hiperacidez es sin duda el factor más importante en la producción de la úlcera yeyunal. En muchos casos se comprueba hiperacidez ó hipersecreción, y como en la úlcera duodenal es donde más se comprueba la existencia de ácido libre, de ahí que después de la G. E. por úlcera del duodeno es cuando se observa mayor número de úlceras pépticas.

Acostumbra situarse en el asa eferente porque la mucosa recibe un jugo gástrico que no ha sido neutralizado por las secreciones biliar y pancreática. Por eso no se observa después de las piloroplastias y gastroduodenostomías, operaciones en que el jugo gástrico sigue la vía fisiológica y en cambio es muy frecuente después de la G. E. de Roux, donde la mucosa yeyunal lo recibe sin ningún atenuante.

Por último, si aceptamos como buena la teoría de Rose now que atribuye la producción de la úlcera gástrica ó duodenal á una infección local estreptocócica hematógena que tiene su origen en un foco primario, resulta evidente que la persistencia de ese foco procreador de gérmenes motive la formación de una úlcera secundaria por el mismo mecanismo.

Con toda probabilidad la llamada *idiosincrasia personal ó predisposición ulcerosa* en las personas que sufren de úlceras de repetición, no es más que la reinfección de un nuevo lugar por un foco primario no descubierto, en los dientes, amígdalas, senos (H. Cole).

El tratamiento de la úlcera yeyunal y de sus complicaciones puede ser: profiláctico, médico y quirúrgico.

Profiláctico.—Consiste en evitar la práctica de la gastrectomía. Aunque en términos generales puede decirse que la patogenia de la úlcera gástrica ó duodenal es tan obscura como la post-operatoria; sin embargo, las opiniones más recientes de todos los cirujanos que se dedican especialmente á esta materia son favorables á los métodos radicales en el tratamiento de la úlcera, no sólo porque lo consideran curativo, sino también porque sus estadísticas enseñan que el número de úlceras secundarias se reduce con el empleo de estas nuevas indicaciones.

No hay duda de que la úlcera yeyunal ha disminuído con la práctica de las resecciones gástricas Billroth I, ó Billroth II, en particular, después del I que evita la G. E. complementaria. Es verdad que se han registrado casos aislados de úlcus secundario, pero no por esto se aminora la gran desproporción que existe á favor de los métodos radicales.

Haberer sólo ha visto un caso después de 710 piloro-gastrectomías. Atribuye á la persistencia del píloro el origen del úlcus posterior y opina que la escisión de ese esfínter es la única manera de prevenirla. Por todos conceptos califica al Billroth I el método ideal.

Finsterer también es partidario de la resección gástrica. Mientras que antes de 1914 había practicado 98 G. E. y solo 19 resecciones gástricas, á partir de esa fecha ha hecho 40 G. E. por 427 resecciones. Este autor prefiere el Billroth II.

Estos métodos es la aplicación á la terapéutica quirúrgica de las nociones que la histología y fisiología experimental nos enseñan. Así como antes era la creencia de que la secreción clorhídrica estaba en el píloro, hoy se reconoce que

sólo el gran fondo de saco del estómago, el tercio medio y la región prepilórica segregan ácido clorhídrico y la región del píloro un líquido alcalino que contiene la pepsina. Pero la porción pilórica, además de la secreción alcalina con pepsina, segrega una hormona que actúa por vía sanguínea sobre las glándulas del fondo y excita su función; esta hormona se llama secretina gástrica. Por otra parte, se ha comprobado que ciertos alimentos en contacto con el píloro excitan el funcionamiento de las glándulas del fondo.

Según Kelling, hasta á 12 centímetros del píloro se encuentran glándulas pilóricas, de modo que para conseguir la supresión de la acidez gástrica es necesario resear el estómago hasta esa distancia. Al desaparecer la zona donde se elabora la hormona sobrevendrá la aquilia, desiderátum de los médicos profilácticos de la úlcera secundaria.

En la actualidad hay la tendencia á recomendar el Billroth I como el procedimiento más indicado para evitar el paso al yeyuno del jugo gástrico hiperácido.

Una vez elegido el método quirúrgico que se va á emplear, conviene descartar los factores que pueden intervenir en la producción de la úlcera postoperatoria y que han sido señalados anteriormente.

Se usarán hilos reabsorbibles para las suturas. En la Clínica de los hermanos Mayo se ha reducido el número de úlceras secundarias de 6 á 2 por 100 haciendo las dos suturas con catgut. Tratar con la mayor delicadeza las paredes del estómago ó intestino evitando las compresiones fuertes y duraderas hechas con los dedos y las pinzas.

Ajustar ó coaptar lo mejor posible la sutura mucomucosa, para que ninguna porción del tubo quede sin recubrir.

Establecer un régimen alimenticio que disminuya la acidez gástrica, por lo menos durante seis meses después de la operación. L. Meunier recordando las experiencias de Pawlow que demuestran que la secreción gástrica refleja es abundante con la carne, nula con los almidones, negativa con las grasas, quienes hacen un papel de freno á la secreción, aconseja el siguiente régimen para los operados del estómago. Supresión de la carne durante los cuatro meses que siguen á la intervención. Después de su salida del Sanatorio el enfermo puede comer legumbres, pastas y frutas. Entre las comidas, á las diez de la mañana y cuatro de la tarde una taza de leche. Antes de las dos comidas principales, ingerir una substancia grasa—de preferencia bajo forma de oleato de cal—aceite de oliva, una cucharada grande mezclado con agua de cal. Después de las comidas una bebida saccharificante, cebada germinada.

El tratamiento médico se reduce á combatir la hiperclorhidria.

Las graves complicaciones que acarrea la úlcera yeyunal á veces inesperadas—y que sorprenden al individuo en pleno bienestar, como sucedió en nuestro primer caso—patentizan el peligro de la contemporización y justifican apelar lo más pronto posible al tratamiento quirúrgico, que será, en estas circunstancias, curativo de la úlcera secundaria y profiláctico de sus complicaciones.

Pero si el estado de salud del enfermo es muy precario y no puede soportar la intervención curativa, queda la oportunidad para aplicar el tratamiento médico que tendrá como única finalidad combatir la hiperclorhidria.

El tratamiento quirúrgico se divide en a) de la úlcera yeyunal simple, y b) de la úlcera yeyunal perforada.

a) De la úlcera yeyunal: Exclusión de la úlcera; escisión simple. Deshacer la G. E., ó sea practicar la escisión anastomótica, reseando por fuera de las suturas del estómago ó intestinos. Se cierra el primero y se anastomosa el segundo por sutura término terminal.

Gastrectomía. Supresión de la porción de estómago que comprende la anastomosis. Haberer, Moynihan, Panchet, Urrutia, preconizan este método radical que evita la recidiva. Tiene por objeto terminar por la función péptica del estómago. La técnica varía según los cirujanos, pero la mayor parte prefiere el Billroth I.

b) De la úlcera yeyunal perforada: Si la perforación es aguda, lo más prudente es cerrar la abertura y más tarde en un segundo tiempo hacer la extirpación radical. Cuando la perforación se hace en el colon y se trata de una fístula gastrocólica ya establecida, se acostumbra practicar la liberación simple ó separación del colon y yeyuno y cierre de los dos orificios comunicantes.

La operación es muy sencilla, pero el resultado terapéutico es casi siempre infructuoso. En un resumen de 28 casos hecho por Loewy, se registraron 5 muertes, y de los 23 restantes la mitad recidivaron. Urrutia en sus 7 casos de fístula yeyunocólica les practicó á todos la simple liberación, tuvo 3 muertes postoperatorias, y los otros 4 no escaparon á la recidiva de la cual murieron entre unas semanas y dos años. En nuestro caso tratado por liberación simple la fístula se presentó de nuevo á los dos meses, muriendo el paciente á los cuatro de haber sido operado.

Estos mediocres resultados son de esperar desde el momento que la liberación simple deja persistir las mismas causas que ocasionaron la formación de la úlcera secundaria, en particular la hiperclorhidria. Por eso, se estima que es una operación provisional destinada á levantar las energías del enfermo para entonces practicar una extensa resección que comprenda todo el block que constituye la fístula gastroyeyunocólica.

Esta operación requiere tres anastomosis: la yeyunoyeyunostomía, la gastroyeyunostomía, la colocostomía. Es una de las operaciones más graves de la Cirugía moderna y su mortalidad hasta ahora alcanza el 42,85 por 100.

EL MISTERIO EN LO HUMANO

POR EL

DR. STEPHEN CHAUVET

Traducción hecha especialmente para EL SIGLO MEDICO, por el Dr. Víctor Ribón, de Bogotá (Colombia).

Asistimos desde hace algunos años á revelaciones y realizaciones prodigiosas en la mayor parte de las ciencias; entre estos descubrimientos, casi todos franceses, hay algunos que han trastornado completamente muchos de nuestros tradicionales conocimientos. El ejemplo más sorprendente y de más trascendentes consecuencias se refiere á «la materia y sus propiedades»; creíamos opacos ciertos cuerpos y, por lo tanto, inertes y poseedores de una constitución inmutable, pero de pronto los rayos X han demostrado que la opacidad no es una propiedad real de la materia, sino simplemente una apariencia debida á la impericia de nuestros ojos y de nuestros medios naturales de investigación; además, los materiales no son inactivos, sino formados por una aglomeración misteriosa de infinitas partículas agitadas y cesar por movimientos brownianos y de muy lenta desagregación. En fin, utilizando la enérgica acción producida por el formidable bombardeo atómico del radio, algunos sabios (Ramsay y Rutherford) han podido obtener la transmutación sucesiva de un cuerpo simple en otros completamente diferentes: el anhelado sueño mediceo de la transmutación por medio de la piedra filosofal considerado hasta ayer no más como una utopía podrá ser posible, pues, el día menos pensado.

En resumen, la noción *materia* ha sido despojada de sus caracteres más esenciales y reemplazada por la noción *energía*, y son los múltiples estados de ésta los que preocupan tanto á los físicos como á los químicos y biológicos. Sea de ello lo que fuere, estos diversos descubrimientos, así como los relativos á la telegrafía y á la telefonía sin hilos, á la televisión, á la telautografía, á todas las aplicaciones futuras de la telemancia hacen plausible la existencia de la mayor parte de los fenómenos comprendidos hasta ayer en el ocultismo y estudiados hoy por los metafísicos. Además, por el mismo hecho de su evidente existencia, quedan relegadas al completo olvido las hipótesis patogénicas fantásticas ya que el sistema nervioso es indiscutiblemente algo así como un dínamo creador de energía, susceptible en seres excepcionales de adquirir suficiente intensidad para obrar como la electricidad cuya naturaleza es todavía desconocida. Por otra parte, no hay *a priori* ninguna razón para que la energía humana no pueda obrar á distancia (transmitida por las vibraciones del éter), engendrar fenómenos sonoros y luminosos (que no son sino estados diferentes de la longitud de las ondas), y quizá pueda llegar también á adquirir propiedades análogas á las de los rayos X.

Por lo que respecta á los fenómenos luminosos hay que anotar de paso que el hecho es tanto menos sorprendente cuanto que considerable número de organismos vivos (peces abismales, gusanos, insectos, algunos microbios) poseen una función fotogénica intensa. En fin, y esto es un nuevo estímulo para quien quiera que reflexione en los problemas de la materia (hija de la energía), en los de la embriogenia y también en la misteriosa histólisis de las crisálidas (seguida de la reconstrucción de un ser nuevo: la mariposa), la materialización de la energía humana supranormal (ectoplasma) no es una hipótesis inconcebible. Pero no nos alejemos de los primeros fenómenos que, por estar más cerca de la fisiología normal y por su analogía con los de otras ciencias consideradas como positivas, son muy fácilmente aceptables por nuestro espíritu.

En efecto, á causa de las precedentes consideraciones, estos fenómenos han sido estudiados desde hace algún tiempo por científicos acostumbrados á la disciplina rigurosa y metódica de la observación biológica (clínica y experimental), poseedores de un criterio de imparcialidad absoluta, tan enemigos de creer las cosas sin previo análisis de sus causas, como de todo escepticismo *a priori*. Además, se han colocado en tales condiciones de mutua crítica que se imposibilita todo fraude, lo mismo que toda sugestión individual ó colectiva, y han utilizado como complemento de sus estudios todos los aparatos modernos de la más estricta precisión.

Es así como fenómenos luminosos indiscutibles han sido observados en el medium Erto. y otros fenómenos (ruidos, contactos, mudanzas de objetos, luces...) en el medium Guzik.

Estos últimos han sido el tema del manifiesto llamado de los 34 que apareció el 7 de Junio de 1923 en *Le Matin*; después han tenido lugar otras experiencias en el Instituto Metapsíquico con un hombre notoriamente excepcional, Stéphan Ossowiecki, quien posee la maravillosa facultad de leer á través de los cuerpos opacos y hasta de evocar las circunstancias que han acompañado á la redacción del texto materia de la experiencia. Hay que anotar de paso que estos hechos de clarividencia, á pesar de que son extraordinarios, nos parecen más fisiológicos, si es que así puede decirse, que los otros fenómenos medianímicos y que, en resumidas cuentas, son susceptibles de que se les explique mañana por medio de la fisiología supranormal, como lo es también el genio. De todos modos, Ossowiecki, distinguidísimo ingeniero, posee

desde la edad de quince años, poco más ó menos, esa facultad de clarividencia (hereditaria, de paso sea dicho, en su familia), que pone con absoluto desinterés al servicio de la Ciencia.

Con su autorización publicaré por separado la relación de todas las experiencias inauditas que ha llevado á cabo ante los más notorios sabios del mundo entero, así como la de todas las investigaciones de objetos perdidos, de niños extraviados, de todas las pesquisas policíacas, de todos los escudriñamientos científicos que han sido coronados por el éxito, gracias á su valioso concurso. Por lo pronto me basta con relatar tres experiencias hechas el año pasado en Varsovia.

La primera concierne á un mensaje de la condesa de Noailles, cuyo contenido era desconocido del profesor Richet y del Dr. Geley, que había sido colocado en una cubierta opaca; fué leído en breves instantes; en el curso de la segunda, Ossowiecki leyó en algunos minutos un manuscrito ignorado del Dr. Geley, que había sido colocado dentro de un tubo de plomo sellado.

La *Revista Metapsíquica* publicó por fin (Julio de 1920) la experiencia sensacional que fué realizada en dicho año con el mariscal Pildzudeki, presidente de Polonia.

Hace muy poco tiempo, el 12 de Junio, en el Instituto Metapsíquico de París, Ossowiecki reprodujo fiel é instantáneamente, en presencia de Marcel Prévost, del Padre Vallais, de los Dres. Osty y Geley y del que esto escribe, un dibujo difícil que había sido colocado por mí en una cubierta opaca y á escondidas de él; otras dos experiencias fueron llevadas á cabo con éxito completo en ese mismo día bajo la más estricta vigilancia; en fin, el 15 de Junio, ante los señores general Ferré, d'Anglars, Lazzaro, Dr. Geley y del infrascrito, Ossowiecki pudo en pocos minutos leer una frase y reproducir una especie de retrato que había sido dibujado y colocado en una cubierta sin que él estuviera presente en ese momento.

Hay que observar que en el curso de tales experimentos, Ossowiecki no miraba siquiera las cubiertas que se le daban: las cogía, é inmediatamente colocaba las manos detrás de la espalda; desde este momento las apretaba sin cesar repetidas veces, mientras miraba de manera imprecisa y su fisonomía reflejaba poderoso trabajo de concentración psíquica; al cabo de pocos instantes exclamaba: «Veo, sí, veo», y en seguida leía la frase ó reproducía el dibujo; como yo le interrogara al terminar sus experiencias que habían asombrado á todos los asistentes, lo que sentía en el momento en que cogía el documento que iba á estudiar y el en que leía su contenido, me respondió poco más ó menos esto: «Lo que me sucede es algo indefinible; en verdad no puedo darme cuenta de ello, pero, sin embargo, creo no ser guiado por una especie de hiperestesia sensorial, como parece creerlo el profesor Richet, quien juzga pudiera ser táctil, hiperestesia que le explicaría mi clarividencia; no obstante, he aquí mi explicación: comienzo por detener la actividad de mi razonamiento consciente y con todas mis fuerzas interiores, sostenido por mi voluntad, exalto lo que llamo mi «visión ideal», pronto me encuentro en un estado especial, en el que veo y oigo todo fuera de toda noción de tiempo y de espacio; poco después una verdadera lucidez se apodera de mí; mi alma ve escenas de ordinario pretéritas, veo el hombre que escribió la carta en el momento de escribirla, y es así: analizando sus gestos sucesivos, cómo me doy cuenta de lo que escribió ó dibujó; en otras experiencias veo el objeto perdido (con la condición de haber tocado algo que hubiera estado en contacto con él antes de su extravío), en el momento en que se pierde, así como todos los detalles del he-

cho; ó bien, en otros casos, veo, por decirlo así, la historia de cualquier objeto que tengo en mis manos; al principio la visión es nebulosa y me son necesarios grandes esfuerzos, una gran tensión de espíritu para percibir y precisar ciertas condiciones y algunos detalles de las escenas; el estado de lucidez sobreviene á veces en pocos instantes, pero en algunas ocasiones puede hacerse aguardar muchas horas, lo que puede depender de mi estado de fatiga ó también, y esto me sucede con muchísima frecuencia, de los circunstancias: su incredulidad ejerce sobre mí una especie de inhibición; del mismo modo obra su excesiva atención que retarda el momento de la lectura; por el contrario, si los asistentes me favorecen con sus simpatías y no me clavan los ojos durante mi concentración, mi clarividencia se intensifica; esto es cuanto he podido analizar; á veces me equivoco en mis experiencias: estoy lejos, pues, de la perfección, pero espero llegar á ella.»

Como se ve por lo que precede, Ossowiecki no llega á analizar debidamente el encadenamiento patológico de los actos psíquicos que se suceden en su cerebro, lo que no sorprenderá de ningún modo á los que estén iniciados en los arcanos del consciente y del inconsciente, y á los que conozcan los principios del psicoanálisis de Freud; de todos modos, me parece que á pesar de que permanece consciente y en contacto con todo lo que lo rodea, Ossowiecki hace á un lado su psiquismo consciente para no utilizar sino las perfecciones del subconsciente. ¿De qué naturaleza son los «husmos excitadores», si es que así puede decirse, que se adhieren en cierto modo á los objetos y que, recogidos por un «captador sensorial desconocido», permiten la llegada á su subconsciente de ondas que éste interpreta acertadamente? Misterio. Además, ¿á qué puede corresponder la expresión «visión ideal» que emplea quizá contra su voluntad como si no tradujera con la exactitud deseable lo que quiere expresar?

He interrogado muchas veces á Ossowiecki tratando de hacerle precisar el encadenamiento cronológico de sus actos psíquicos para traducir lo que ha experimentado, y jamás he logrado obtener otros datos que los expresados arriba, ni otras imágenes susceptibles de ser consideradas como más eficazmente evocadoras.

Se comprende, cuando se reflexiona en las inmensas dificultades que encontramos para analizar la génesis de nuestros procesos psíquicos más habituales, que Ossowiecki se encuentre á *fortiori* casi imposibilitado para desembrollar un fenómeno excepcional y supranormal, y más todavía si se considera que en su caso debe el consciente reconstituir una serie de operaciones infinitamente complejas que se han desarrollado casi enteramente en el campo del subconsciente. De una manera general estas dificultades son exactamente las mismas que encontramos siempre que intentamos estudiar el proceso de nuestro subconsciente; ¿se cree, por ejemplo, que un sabio pueda llegar á analizar y á describir la génesis de un gran invento ó de un descubrimiento personal?

En este caso se trata, ante todo, de un acto de *intuición lúcida*; en efecto: todo el mundo sabe que es siempre con el subconsciente (en la vigilia ó en el estado hipnagógico) cómo se inventa algo, ó cómo se encuentra la solución de un problema largo tiempo estudiado y que preocupa al consciente, quien en resumidas cuentas, no sirve sino para las dos operaciones que preceden y siguen á toda invención; *primera*: el consciente acopia y selecciona los documentos que nutren al psiquismo, procura los materiales que, en parte, serán utilizados por el subconsciente para construir el nuevo edificio; por último, el consciente orienta sus investigaciones

en determinada dirección, y con esto estimula al subconsciente; *segunda*: el consciente interviene con el raciocinio y la experiencia para comprobar y justipreciar la nueva invención y deducir sus aplicaciones; estas son las dos operaciones que hace el consciente y que puede analizar retrospectivamente; en cuanto a la segunda operación (cronológicamente), operación de invención, es debida exclusivamente al subconsciente y queda envuelta para el consciente en el más impenetrable misterio (1).

¿Por qué Newton con sólo ver caer una manzana descubrió súbitamente el problema de la gravitación? (2).

(Continuará.)

La hematología de la gripe en un país tropical

POR EL

PROFESOR W. H. HOFFMANN (Habana)

En los últimos años, durante las grandes pandemias de influenza, se verificaron numerosas observaciones sobre los cambios que produce la infección gripal en la sangre. Pero los resultados muestran grandes divergencias, siendo a veces los unos directamente lo contrario de los otros. La causa de eso es el hecho de que en las afecciones gripales de los climas templados las complicaciones catarrales influyen enormemente en el carácter clínico de la enfermedad y en la hematología. Habiendo yo observado las grandes epidemias de 1918 y 1919 en Europa y Asia, durante los últimos tres años, pude bien enterarme de las grandes diferencias que presenta la enfermedad en un clima tropical como en Cuba. Los casos no complicados, como de preferencia se observarán en los trópicos, me parecen especialmente apropiados para estudiar los cambios que corresponden a la infección pura con el virus de la gripe.

Las observaciones, sobre las cuales voy a referirme, fueron hechas la mayor parte en el Hospital Las Animas, que

(1) En conclusión y en mi sentir, el genio no es sino una larga paciencia; es larga paciencia si se considera que mientras más enriquece uno su consciente, enriquece, a la par, pero indirectamente, su inconsciente; para todo esto se necesita de gran trabajo y, por consiguiente, de larga paciencia; igualmente, para estar pendiente uno a todas horas de la solución de determinado problema se necesita de larga paciencia; por último, después del invento hay todavía que ejercitarla para sacar las deducciones que lo demuestran; pero para la invención, hija del genio, se necesita de posibilidades supranaturales del subconsciente.

(2) Cuando Newton hizo su descubrimiento, parece seguro que estaba en un estado especial que trataré de definir; en el momento en que vio caer la manzana su *yo* estaba sin duda consciente y "presente"; inmediatamente después "casi se ausentó", es decir, veía el manzano y todo lo que lo rodeaba, pero no miraba nada; oía los ruidos cercanos, pero no los escuchaba; gozaba, pues, de cierto estado de consciencia puesto que permanecía en contacto con el medio ambiente, pero percibía todo eso en cierto modo pasiva y nebulosamente; estaba, si es que así puede decirse, en el umbral de la consciencia, pero al propio tiempo "ido", como se dice comúnmente; lo arrastraba un torrente de ideas subconscientes que había hecho irrupción a la vista de la caída de la manzana que *incontinenti* fué olvidada.

Cuando "la mirada es vaga", (los ojos no sirven ya como órganos de percepción consciente, sino que desempeñan en cierto modo el papel de simples espejos, que reflejan los objetos) todos los órganos de percepciones sensoriales llegan al mismo estado, de modo que están incapacitados para excitar una consciencia aminorada en la medida de lo posible; estaba, según estas razones, en tal estado, que el subconsciente podía exaltarse y la fantasía divagar a sus anchas; todo el mundo conoce, quién más, quién menos, dicha actitud mental que es en la mayor parte de los casos fugaz e infrecuente, pero en los sabios es prolongada y fructífera; de paso hay que observar que como se hallan a menudo abstraídos, completamente aislados del mundo exterior, dicen acertadamente las gentes que son distraídos; en dicha situación fué aplastado Curie por un pesado vehículo.

es exclusivamente dedicado al aislamiento de enfermedades infecciosas, y por eso en todos los casos se trata de enfermos que por su estado grave al principio fueron sospechosos de una infección, que necesita el aislamiento según las leyes del Servicio Sanitario. Fueron observados, por consiguiente, con todos los métodos posibles y más rigurosos para excluir la posibilidad de otra infección. Aunque no tenemos métodos bacteriológicos para establecer el diagnóstico de la gripe de una manera indudable, como lo hacemos en otras infecciones, producidas por gérmenes conocidos, sin embargo, por la exclusión nuestros casos tienen el más alto grado de probabilidad de ser verdaderos casos de influenza, de manera que me parece justificado usarlos por el estudio de los cambios específicos de la sangre en la infección gripal, con la esperanza de contribuir en algo práctico para el uso de la clínica en casos dudosos. Siento solamente no poder referirme a un número más elevado de casos, porque las observaciones, que he escogido para mis conclusiones en este trabajo, no son más que 55; generalmente se trataba de casos que ocurrieron en pequeños grupos epidémicos. Sin embargo, la absoluta regularidad con que se encontraron los cambios tan característicos, me hace probable que correspondan al tipo normal de la enfermedad. Por eso espero que para el porvenir en casos dudosos nuestros hallazgos hematológicos podrán aplicarse con éxito en el diagnóstico de la influenza, como en todas las enfermedades infecciosas el estudio hematológico en mi opinión forma un medio de investigación y de diagnóstico, que en su sencillez y su seguridad casi no tiene igual y que no debería omitirse en ningún caso, como, por ejemplo, nunca se omite la observación de la temperatura por el termómetro.

Los médicos de la Habana conocen muy bien, de experiencia reciente, el cuadro clínico de la infección gripal aguda no complicada, y no necesito repetir los detalles. El primer día los enfermos se presentan en un estado muy grave, con la fiebre alta, la cara roja, especialmente las conjuntivas inyectadas, dolor de la cabeza casi intolerable, dolores de los miembros muy pronunciados, gran debilidad y agotamiento. Pronto, generalmente al tercer día, la temperatura cae a la normal y todos los síntomas desaparecen; pero quedan en muchos casos restos de la infección por una o dos semanas, antes de restablecerse completamente la salud. He observado mis casos por cinco u ocho días y muchos hasta diez y quince días, haciendo personalmente los análisis diarios de la sangre. La primera investigación se hizo regularmente como en todos los enfermos del Hospital, inmediatamente después de la recepción.

Los resultados de mis observaciones son los siguientes:

El primero y segundo día se encuentra regularmente una leucopenia marcada, por lo general de 4.000 6.000 leucocitos, la cual durante todo el curso de la enfermedad forma un síntoma muy característico. Regularmente—en todos mis casos—se encuentra ausencia de eosinófilos. La relación entre los leucocitos polinucleares y linfocitos es más o menos normal; pero se encuentra en los polinucleares una desviación de núcleos a la izquierda, con otras palabras, alto Índice de Arneth por prevalecer las formas juveniles.

Al tercero o cuarto día, como cae la fiebre y empieza la convalecencia, se presenta un cambio marcado en la composición de la sangre. Los valores totales bajan aún más; la leucopenia está más marcada, generalmente con 4.000 y a veces 3.000 leucocitos. Por lo general desde el tercero y siempre en el cuarto día hay 2-3 por 100 de eosinófilos. Los linfocitos muestran un ligero aumento a expensas de los polinucleares, y también están aumentados los grandes mononucleares.

Del quinto al séptimo día la leucopenia se mantiene inalterada. Existe ahora un aumento marcado de los eosinófilos, de 4 por 100 por medio, y muchas veces hasta 8-9 por 100, debido como creo a una fuerte reacción inmunizadora del cuerpo. El número de las formas juveniles entre los polinucleares baja, y por eso el Índice de Arneth cae a valores subnormales. Los linfocitos y los grandes mononucleares muestran un aumento marcado hasta el 50 por 100 de todas las células blancas.

Del octavo al décimo día la composición de la sangre va acercándose más a lo normal, pero aun siempre queda visible la leucopenia, eosinofilia y linfocitosis relativa con un Índice de Arneth subnormal; y asimismo durante el décimo al décimoquinto día en los casos de una convalecencia retardada los cambios en la sangre pueden mostrarse claramente, sobre todo la eosinofilia y la linfocitosis.

Los cambios de los eritrocitos y de la hemoglobina durante toda la enfermedad quedan muy ligeros. El porcentaje no se disminuye más que de un 10-20 por 100, y no se observan degeneraciones morfológicas en las células. Las lesiones son tan poco pronunciadas, que naturalmente no tienen gran valor diagnóstico positivo para la gripe, especialmente en los trópicos; pero sí pueden usarse en casos dudosos para excluir las enfermedades que producen degeneraciones graves de la sangre, como la fiebre tifoidea y el paludismo.

Los cambios de la sangre en la gripe no complicada, como la hemos observado en la Habana, por consiguiente, son muy característicos y bastante pronunciados para dar al clínico en casos dudosos—sobre todo los no epidémicos—un medio que con mucho éxito podrá usarse, para formar un diagnóstico exacto de una enfermedad, donde no existen muchos otros métodos positivos y especialmente faltan métodos bacteriológicos ó serológicos. El valor del método se demostrará sobre todo durante los primeros días y para hacer el diagnóstico diferencial de muchas otras infecciones con síntomas semejantes.

Tiene eso una importancia especial en el servicio sanitario. Los graves síntomas, que puede presentar la infección al principio, pone al médico frente a la tarea difícil y responsable de excluir, en cada caso, las enfermedades cuarentenarias, como peste bubónica, viruela, fiebre amarilla, y también enfermedad de Weil, paludismo, fiebre tifoidea, tífus exantemático y fiebre recurrente.

No quiero tratar aquí la cuestión de una manera más detallada: solamente explicaré unos ejemplos de mi propia experiencia hecha en la Habana, para demostrar el valor práctico del método hematológico.

Muchas veces los casos recientes de gripe hacen la impresión de una fiebre tifoidea. La sangre también en el primero y segundo día presenta cambios semejantes a los de la tifoidea. Pero más tarde, desde el tercer día, en la infección gripal se desarrolla la eosinofilia que representa una diferencia esencial de la sangre del tífico.

También el diagnóstico diferencial de la peste bubónica se necesita muchas veces, especialmente aquí, teniendo en cuenta los puertos y países vecinos, infectados de la peste, que forman una amenaza tan seria para Cuba. La investigación de la sangre facilita mucho el diagnóstico diferencial, porque la peste está combinada con alta leucocitosis, polinucleosis y alto Índice de Arneth.

La mayor importancia, posiblemente para la Habana, es debida a la diferenciación de la fiebre amarilla, en la cual, según mis experiencias hechas en cinco casos importados de Méjico, en los primeros días se encuentra una polinucleosis relativa con disminución de los linfocitos y de los eosinófilos. No es raro que lleguen aquí los casos con fiebre

alta, procedentes de países infectados con fiebre amarilla, y, naturalmente, es indispensable observarlos bajo la cuarentena más rigurosa, hasta que sea posible excluir la fiebre amarilla con toda seguridad, y la investigación de la sangre contribuirá mucho para acelerar el diagnóstico definitivo en casos de gripe.

No tiene menos importancia actualmente el diagnóstico diferencial de viruela, que también al principio puede presentar síntomas semejantes, pero que tiene un cuadro hematológico muy diferente con leucocitosis marcada, linfocitosis relativa, alto Índice de Arneth, eosinofilia alta y presencia de mielocitos.

Es muy fácil también excluir el tífus exantemático y la fiebre recurrente, que se caracterizan por leucocitosis. También las diferentes fiebres efímeras de los trópicos, como dengue, fiebre papatasi, fiebre de tres, cinco, seis, siete días y la enfermedad de Weil generalmente presentan leucocitosis y otros cambios sanguíneos distintos de los gripales como lo son también los cambios de la sangre de los palúdicos.

Es posible que un análisis más completo permitiera conclusiones sobre la etiología de la gripe ó los caracteres generales del virus. Sabemos todos, que en los intervalos entre las grandes pandemias de gripe, como en 1889 y 1918, siempre hay un número considerable de casos, que por los médicos, generalmente, son considerados como influenza, sin que este diagnóstico pueda confirmarse por los métodos exactos de la investigación etiológica. Sería muy importante, si por el estudio sistemático de la sangre de esos casos podría comprobarse las relaciones de los casos esporádicos con las pandemias, aclarándose así la cuestión de cómo se conserva el virus de una pandemia á otra y dónde tenemos que buscarlo en el intervalo.

Mi única intención es hoy llamar la atención de los médicos á esos problemas de tan alto alcance práctico clínico, los cuales, dado el material, pueden estudiarse muy fácilmente y quizás resolverse, y mejor que en otros países, en las condiciones climáticas tan favorables de la Habana.

	Total de Leucocitos.	Eosinófilos....	Basófilos....	Juveniles....	Mielocitos....	Transicionales.	Polinucleares.	Linfocitos....	Grandes mononucleares..	Índice de Arneth.....
LA SANGRE NORMAL										
	8.000	2	0	3	0	1	66	25	3	62
LA SANGRE DE LA GRIPE (PROMEDIOS)										
Día 1-2.....	7.000	0	0	30	0	9	29	24	8	74
Día 3.....	4.000	1	0	26	0	5	21	38	9	77
Día 4-7.....	7.000	4	1	19	0	3	25	40	8	82
Día 8-10....	7.000	4	1	13	0	2	35	39	6	55
Día 11-15....	7.000	4	1	21	0	2	29	37	6	60
UN CASO TÍPICO DE GRIPE										
Día 2.....	4.000	0	0	40	0	16	10	16	18	90
Día 5.....	4.000	8	0	30	0	6	4	46	6	94
Día 6.....	4.000	5	2	38	0	6	6	27	16	94
LA SANGRE EN OTRAS INFECCIONES										
Tifoidea....	4.000	0	0	30	0	5	17	40	8	90
Malaria....	8.000	1	0	25	0	7	18	39	11	90
Viruela....	10.000	6	0	18	1	20	2	43	10	97
Peste.....	10.000	6	0	31	0	1	10	47	5	90
F. amarilla..	4.000	1	0	0	0	4	67	16	12	40
Enf. de Weil.	18.000	0	0	19	0	1	73	5	2	51

Estudio sobre la acción hemostática de los lipoides.

Negar la existencia de preparaciones hemostáticas excelentes, como la gelatina, la adrenalina, las sales de calcio, la ergotina, etc., sería mostrarse muy ingrato para estos medicamentos mencionados, que merecen toda nuestra confianza.

Sin embargo, excepción hecha de los casos fulminantes, hay hemorragias que persisten, á pesar de todos los esfuerzos intentados, y que hacen sucumbir al enfermo.

Un hemostático rápido, activo ó inofensivo faltaba hasta ahora, sobre todo, á los cirujanos. Un arsenal excelente y una técnica perfecta, no bastaban siempre en las intervenciones sobre los tejidos blandos y vascularizados de los tumores malignos, bocio, hígado, cerebro.

Los que han tenido el privilegio de asistir á las operaciones de Victor Horsley y de Teodoro Kocher, que profesaban un cuidado tan exquisito á la hemostasia, recuerdan haberlos visto aplicar trocitos de músculos ó de tejido adiposo sobre el sitio que la pinza ha desgarrado ó donde el taponamiento carece de efecto. Economizar sangre del enfermo, al operar, era una de sus principales preocupaciones.

Así, asombrado por el valor de las experiencias hechas en 1910 por Bordet, que demostraban la acción coagulante de las plaquetas sanguíneas y de la substancia muscular triturada, Kocher aconsejó al Dr. Fonio, que desde 1909 se dedicaba al estudio de las plaquetas sanguíneas, á proseguir sus investigaciones, con el fin de llegar á aislar una substancia que acelerase y reforzase la coagulación.

Las experiencias de Bordet habían probado la existencia en las plaquetas sanguíneas de un cuerpo que poseía estas cualidades y que soportaba durante quince minutos, sin perderlas, una temperatura de 100°.

Un extracto de plaquetas sanguíneas que pudiese conservarse y soportar la esterilización, podría llenar las condiciones exigidas. Según Bücher y Kopsch, en el momento del desgarro del endotelio vascular la coagulación dependería únicamente de la disgregación de las plaquetas sanguíneas, muy vulnerables, y sería tanto más intensa cuanto mayor fuese el número de aquéllas.

Fonio aisló las plaquetas sanguíneas por un método propuesto por Morawitz y confirmado, entre otros, por Bordet y Delange. Por extracción de las plaquetas, obtuvo una substancia en soluciones isotónicas al 5 ó 10 por 100 que denominó «Coaguleno» (1).

Por el interés histórico que ofrecen, mencionamos las tres primeras observaciones hechas por Kocher y Fonio en la clínica quirúrgica de la Universidad de Berna en 1912.

Hombre de treinta y dos años, al que se le habían extraído por la mañana dos molares y que sangraba abundantemente, á pesar de varios intentos de taponamiento. Un taponcito impregnado en solución de Coaguleno, fué comprimido durante tres minutos contra el alvéolo y retirado con precaución. La hemorragia se cohibió y no se reprodujo más.

En la noche del 28 al 29 de Noviembre de 1912, un enfermo de cuarenta y nueve años, que padecía cáncer del esófago, tuvo por erosión una hemorragia arterial copiosa. Había perdido medio litro de sangre cuando se le hizo beber Coaguleno con suero fisiológico, lo que cohibió definitivamente la pérdida de sangre.

El 10 de Diciembre de 1912, después de haber extirpado

(1) «Coagulen bei Lungenblutungen», Jahresberichte, 1920 der Aargauischen Heilanstalt.

Ueber die Wirkung der oralen Coagulenzufuhr in Klinischer und experimenteller Hinsicht. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, núm. 40, 1912.

á un joven un osteome traumático del fémur, Kocher dominó completamente la hemorragia de la medula con Coaguleno y termocauterio, sutura el periostio y cierra la herida sin drenaje. Curación sin hematoma.

No hay qué decir que los trabajos experimentales de Kocher y Fonio sobre la acción del nuevo hemostático, tanto en Cirugía como en Medicina interna, han llamado la atención de los médicos de todo el mundo. Se han publicado numerosos estudios clínicos, en particular extranjeros, ya que «nadie es profeta en su país». Las autoridades médicas más firmes han confirmado las observaciones de Kocher y Fonio, y han afirmado de una manera general la utilidad del Coaguleno para cohibir toda clase de hemorragias en aplicaciones locales, inyecciones parenterales ó administrándolo por vía gástrica.

El Dr. Perret, jefe de clínica en Lausanne, menciona en un trabajo muy interesante publicado en la *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1921, el caso de un hombre de cuarenta y un años con una ulceración rectal que determinaba desde hacía cuatro semanas hemorragias espontáneas, de 3 á 4 decilitros de sangre pura. Un enema de Coaguleno careció de efecto, en tanto que una sola inyección subcutánea de 20 c. c. (una ampolla grande) cohibió completa y definitivamente las hemorragias. Maravillado por esta acción tan manifiesta del Coaguleno, lo ha empleado desde entonces preventivamente en inyecciones subcutáneas, y rara vez intravenosas, de 20 c. c. media á una hora antes de las operaciones en las que se sospechaba pudiera haber gran hemorragia. Termina su estudio en los siguientes términos:

«Sólo podemos recomendar el empleo del Coaguleno en general, y en particular en inyección preventiva de 10 á 20 c. c., media hora antes de la intervención quirúrgica, repetida eventualmente después de la operación, ó en inyección hipodérmica en todos los casos de hemorragia interna aguda.

En cuanto á nosotros, utilizamos con regularidad desde hace cuatro años el Coaguleno, y nos ha prestado tales servicios, que estimamos deber nuestro el contribuir á difundir el empleo de un hemostático fisiológico tan activo y tan útil».

Un amplio campo de aplicación ofrece el tratamiento del Coaguleno en los casos urgentes de hemoptisis, empleado hoy en día de modo general en los sanatorios suizos de tuberculosis y prevista ya por Kocher y Fonio en una de sus primeras publicaciones en 1913. El Dr. Jost (1), director de un sanatorio tuberculoso muy conocido, administra el Coaguleno por vía gástrica á los enfermos con hemorragias pulmonares. Haciéndoles tomar á cucharadas de las de sopa 5 gramos de Coaguleno diarias en 200 c. c. de agua, comprobó al cabo de veinticuatro horas, una disminución en la duración de la fase de coagulación de su sangre y su acortamiento máximo desde el segundo día de tratamiento. Después de una única dosis de 10 gramos, el efecto máximo se alcanzaba al cabo de dos á cuatro horas, y aun en una hora si la misma dosis era administrada subcutánea en un litro de suero fisiológico.

El Dr. Bier, profesor de la Universidad de Berlín y famoso cirujano alemán, escribe en su libro «Chirurgische Operationslehre» sobre la acción del Coaguleno: «Empleo el Coaguleno con regularidad para las operaciones asepticas y veo en ello, con Kocher, una ventaja: que se puedan cerrar completamente por sutura aquellas heridas que había que drenar hasta ahora, á causa de las hemorragias postoperatorias parenquimatosas».

Las aplicaciones del Coaguleno para combatir las pérdi-

(1) Fué adquirido el derecho de su fabricación por la Giba.

das sanguíneas en las diátesis hemorrágicas, enfermedad de Werlhoff, melena de los recién nacidos, hemofilia y avitaminosis (Barlow, escorbuto) son de las más interesantes. Su eficacia en estas indicaciones ha quedado demostrada en gran número de pruebas clínicas.

Los casos de hemorragias después de extracción dentaria detenidas casi instantáneamente en los hemofílicos por la aplicación local ó en inyecciones de Coaguleno, han sido numerosos. Como el siguiente ejemplo de Ruppenner:

«Un hemofílico es admitido de urgencia en el hospital de Samaden en un estado de anemia extrema, pues sangra desde hace diez días de un desgarramiento de la mucosa interna de la mejilla. La estomatitis hace imposible la aplicación local de Coaguleno, pero una sola inyección subcutánea cohibe definitivamente la hemorragia.»

Nos queda que hablar aún de su dosificación, que es muy sencilla y fácil. Siendo el Coaguleno un extracto de plaquetas sanguíneas, no es tóxico de ninguna manera. Localmente puede ser inhalado en solución ó aplicado sobre las heridas con ayuda de tapones, un pulverizador ó una jeringa.

La inyección intravenosa debe reservarse para los momentos de verdadera urgencia. Es indispensable, de capital importancia, el introducir la solución de Coaguleno en el torrente circulatorio con extremada lentitud, á razón de 1 á 3 c. c., todo lo más, por minuto, en el comienzo de la inyección.

Hasta ahora, no se ha presentado ningún caso mortal de artriaxia, fase negativa, trombosis ó embolia. Sin embargo, es opinión de Vogt, que también comparte el mismo Fonio, que deben considerarse como contraindicaciones de la inyección intravenosa de Coaguleno todas las dolencias que favorezcan la tendencia á la trombosis y á la embolia, ciertos períodos de la sífilis, la arterioesclerosis aterosclerótica, los aneurismas, las varices inflamadas, la endocarditis y las afecciones cardíacas no compensadas.

Por el contrario, los casos de inanición, la puohemia y las infecciones sépticas no pueden ser señaladas como contraindicaciones.

La inyección hipodérmica de la solución al 3 por 100, presentada en el comercio en ampollas de 1,5 y de 20 c. c. por la Sociedad para la Industria Química en Basilea, bajo el nombre de Coaguleno, será el modo de aplicación preferible. Es inofensiva y se tolera fácilmente. En la mayoría de los casos quirúrgicos, dosis inferiores á 20 c. c., administradas por mañana y tarde, bastan para obtener el efecto hemostático deseado.

Se reducirán en los niños en proporción con su edad: en los recién nacidos con melena, se les dará por vía gástrica 5 gramos disueltos en té, y según los casos, una dilución de 1 y hasta 20 c. c. de una solución al 3 por 100 en suero fisiológico.

En los casos de diátesis hemorrágica, Fonio aconseja el comenzar por una inyección intravenosa de 20 c. c., seguida de una segunda si la primera ha sido bien tolerada, y continuar dando al interior 5 gramos en las veinticuatro horas en 200 gramos de agua, una cucharada de las de sopa cada dos horas. La medicación sólo se suspenderá á los dos á tres días, después de la cohibición segura de la hemorragia. Las mucosas que sangren, al menos las que son accesibles, se tratarán localmente con Coaguleno.

La comprobación por numeración de las plaquetas sanguíneas servirá de guía. Su número normal en el hombre es, término medio, 234.000 por milímetro cúbico. Otras por debajo de 130.000 y por cima de 350.000 indican estados patológicos.

Para la inyección subcutánea preventiva hecha una me-

dia hora de cualquier intervención, bastan 10 á 20 c. c. para obtener una economía de sangre muy apreciable, hacer el campo operatorio más claro y simplificar y acelerar la técnica.

Si la operación no es urgente, se mejorará la coagulabilidad, según Jost, administrando profilácticamente el Coaguleno ocho días antes de la intervención.

Para terminar, repetiremos las palabras de Perret:

«Creemos que si el Coaguleno no goza aún de la vulgarización que merece, los servicios que presta al clínico le valdrán bien pronto la confianza de todos los médicos.»

Dr. E. M.

EL ALCOHOLISMO

FOR EL

DR. C. M.^a CORTEZO

Prólogo para un libro del Dr. Campá.

El vino es escarnecedor; la cerveza, alborotadora, y cualquiera que por ello errase, no será sabio.

(SALOMÓN, Proverbios.)

El vino constituye un piélago de alegrías que conduce a playas de tristeza y de dolor.

(C)

A muy poco tiempo de tener noticia de la muerte de mi amado amigo D. José Antonio Barraquer, recibí carta de su hijo, el justamente renombrado oftalmólogo D. Ignacio, enviándome esta obra póstuma del señor Campá, que tenía por asunto *El Alcoholismo*, y á la cual había el primero ofrecido escribir un prólogo que tenía en preparación cuando la muerte le privó de cumplir la promesa hecha por él en honor del libro del Sr. Campá. Quiso el hijo, conocida como le era mi amistad con su padre, que le sustituyera en la piadosa labor á que él se había ofrecido y he aquí la causa de que el libro del Sr. Campá, en vez de ir precedido por el que seguramente hubiese sido erudito y correcto prefacio de Barraquer, aparezca con este mío, con lo que seguramente no ha de resultar aventajado.

Acepté sin vacilar la tarea, por dos razones: la primera de ellas le era bien conocida á mi buen amigo Ignacio, pues se trataba de rendir un tributo de cariño á la memoria del hombre á quien yo tanto había admirado, y á quien estimaba con tan sincero agradecimiento; pero la segunda razón no era tan notoria y voy sobre ella á decir una breve palabra.

Cuando el 18 de Diciembre de 1870 leí mi tesis de doctorado ante el Claustro de la Universidad de Madrid, tuvo ella por objeto *La Influencia del Alcohol en la Fisiología, en la Patología y en la Terapéutica*. Un celoso pariente mío, engañado por el mérito dudoso de mi producción de escritor incipiente (tenía yo entonces veinte años), imprimió el tal discurso, pero, sea por escasez originaria del número de los ejemplares, ó por descuidos míos en la custodia de los residuales, es lo cierto que, ahora que he buscado el tal escrito por pura curiosidad de documentación, no he podido dar con él en parte alguna.

Cito esto porque á poco que en tan insignificante caso se piense, habrá que convenir en que algo debería preocuparme con preferencia el asunto, cuando le es-

cogí en aquel mi primer escarceo científico-literario; y además, parece también natural que, en el resto de mis estudios y de mi vida profesional y científica, hubiera siempre de quedar cierto dejo de afición á aquel estudio que inicialmente me preocupara.

Así fué, á la verdad, y contribuía á ello la atmósfera terapéutica de favor por el alcohol que rodeaba entonces á los higienistas y á los médicos prácticos. A la moda del *contraestímulo* y del tratamiento *antiflogístico*, había sucedido la tendencia primero, y luego el furor, por el estímulo, la tonificación y la excitación, cuándo de las fuerzas y elementos fisiológicos normales, cuándo de los elementos mismos constitutivos y constructivos del organismo.

Recuerden los que por entonces vivían, en vida de observación consciente, de qué manera figuraban los vinos, y aun los vinos generosos, en el régimen alimenticio hasta en el de la infancia, quizás desde el momento del destete, y no se diga de la adolescencia y de la juventud, para combatir endebles y anemias que, debidas muchas veces á hábitos viciosos, ó á regímenes equivocados, encontraban en el alcohol un nuevo aliado para la excitación de sus causas productoras.

Nada se diga del empleo terapéutico de estas sustancias: al abuso de la sangría, del antimonio y de las sustancias tenidas por opuestas al concepto de la flogosis y de la irritación, se acudía con los tónicos, y muy principalmente con el que, por su acción inmediata y rápidamente visible, influía de modo innegable en la marcha de los padecimientos, muy particularmente de los agudos, y muy en especial de esa piedra de toque de la terapéutica de todos los tiempos, que es la neumonía.

Administrábase el alcohol en las clínicas de mis maestros, y después le administraba yo en la mía, no ya solamente como coadyuvante dietético de un régimen reparador, sino como elemento fundamental del tratamiento médico, llegando en esto muchas veces con éxito innegable á traspasar la dosis y la forma de administración del *remedio*, hasta tocar con los linderos del *veneno*.

¿Debo renegar hoy en absoluto de la conducta observada en aquellos tiempos, hoy, que mi apartamiento absoluto de la práctica, aun en mis constantes estudios teóricos, me consiente reflexionar fríamente sobre el asunto; y hoy que tanta influencia ha de haber ejercido en mi ánimo la lectura del libro del Sr. Campá? No lo sé; pero me inclino a creer que entonces, como ahora, hubo exageración innegable en la apreciación de este asunto importantísimo. Importantísimo, porque nadie puede negar, ni Campá lo niega, que las soluciones á que conduzcan las ideas que podamos tener sobre el alcohol y sus efectos higiénicos, médicos y sociales, han de influir, sean adversas, hasta la prohibición; sean favorables, hasta el descuido, un efecto tan hondo como durable en el presente y en el porvenir humano.

Considera Campá el alcohol como alimento, como medicamento y como veneno, y con esta sola enumeración de aspectos, se comprende que no ha de llegar

á las exageraciones de la prohibición absoluta, pero que tampoco ha de caer en las relajaciones indiferentes del descuido.

Desde el instante en que se reconozca la condición de alimento á una sustancia, que con facilidad se encuentra en la vida y en el comercio humanos, ya no cabe el pensar en su prohibición, y yo digo más: ni en las trabas opuestas á sus transacciones y á su fomento.

En materia de alimentos, como de medicamentos, aparte las consideraciones económicas anejas á su abundancia, reduciéndome á las cualitativas de sus propiedades, nunca he creído en lo sucedáneo. Cada alimento ofrece principios inmediatos, que en otras sustancias análogas pueden encontrarse, y por esto cabe sustituir en cierto modo á los unos por los otros desde el punto de vista fisiológico, dejándoles sometidos á las imposiciones, ó á las ventajas, que les añadan ó les quiten las circunstancias de orden industrial, mercantil, económico, de localidad ó de preferencia individual. Esto es verdad; pero no lo es menos que, como cada cuerpo medicamentoso, cada sustancia alimenticia tiene un *quid* específico insustituible, que no siempre acompaña al tipo de los hidrocarbonados, los albuminoideos ó las grasas. No creemos que se haya hecho el ensayo de nutrir durante toda su vida á los hombres con *principios inmediatos* obtenidos por las manipulaciones de la química, y cuando las condiciones de localidad ú otras no menos impositivas, hacen monótona y exclusiva una forma de alimentación, no tardan los individuos y acaba la raza por resentirse de ello.

(Continuará.)

Periódicos médicos.

FISIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La ciencia oratoria, por Marage.**—Las cualidades fisiológicas que debe poseer un orador para hacerse entender de sus oyentes, se hallan condicionadas por tres factores: el orador mismo, la sala en que habla y los asistentes.

La energía de la voz debe ser suficiente para poner en vibración el aparato auditivo de los oyentes. Ahora bien, esta energía depende del volumen y de la presión del aire, que sale de los pulmones bajo una presión que no baja de 200 milímetros de agua. La simple frase: «Buenos días, señores», exige una presión superior á 1,20 milímetros. La mujeres se fatigan hablando mucho menos que los hombres, debido á que gastan menos aire por ser su laringe más pequeña. Por esta misma razón, la voz de los bajos resulta menos favorecida que la voz del tenor.

La sala puede ayudar al orador si es buena desde el punto de vista acústico, y puede perjudicarle si es mala. Conociéndose en la actualidad perfectamente las leyes que rigen la acústica de las salas, se puede saber de antemano, sobre el plano, si la sala será buena ó mala. Una sala es buena cuando no tiene eco y cuando el sonido de resonancia tiene una duración suficiente para reforzar el sonido que la ha producido sin prolongarse sobre el sonido siguiente.

Por último, los oídos de los oyentes pueden ser comparados á tambores de Marey, que serían mucho más sensibles



á los sonidos agudos que á los sonidos graves, y las voces que reúnan la primera condición, es decir, las voces de clarinetes ó harmónicas agudas son las que mejor se hacen entender y comprender produciendo el máximo efecto con el más mínimo esfuerzo. Recordando que los distintos cerebros á que conducen los nervios auditivos reaccionan de diferente manera en unos sujetos que en otros, se comprenderá cuán complejo es el problema y cuán importante al mismo tiempo en una época en que la oratoria tiene una influencia que puede muy bien calificarse de preponderante. (*Bull. Académie de Médecine* Sesión de 10 de Junio de 1924.)—T. R. Y.

OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Nueva vía para la introducción del novarsenobenzol en el organismo.—El Dr. Roberto Podesta, convencido de las grandes dificultades que á veces impiden la aplicación del novarsenobenzol por vía endovenosa, ha empleado la vía que por primera vez indicó Polte, de Leipzig, en 1922, que es la vía nasal; su técnica es la siguiente:

La dilución del medicamento es la habitual, preferible poca cantidad de vehículo, pudiéndose emplear las dosis corrientes y por medio de una aguja larga y fina se hace la inyección en la cabeza ó dorso del cornete inferior, tratando de que el líquido no escape al interior de la nariz, por penetración insuficiente de la aguja, lo que nos imposibilita de saber la cantidad de medicamento inyectado, ni tampoco debe tratarse de hacerla debajo del perostio; debe penetrar en la masa verdaderamente esponjosa del cornete. Cuando se tiene la sensación de que la aguja está bien colocada, se inyecta lentamente todo el líquido y al final, antes de sacar la aguja, es preferible esperar unos segundos, teniéndose preparado de antemano un pequeño taponcito de gasa yodiformada con vaselina que se aplicará inmediatamente contra el sitio donde se hizo la inyección, después que se ha retirado la aguja. Dicho tapón, que debe ser pequeño, evita la salida de sangre, que es regularmente abundante, si no se hace tal operación. Se lo deja un día, pudiendo el mismo enfermo sacarlo al día siguiente, sin temor alguno, pues el orificio de penetración de la aguja se obtura rápidamente. No es necesario anestesiar el cornete á fondo, pues el dolor que producen estas maniobras es mínimo; basta emplear para ello unos toques suaves con cocaína ó estovaina, evitando la adrenalina que, al retraer á las partes blandas del cornete, dificulta la inyección.

Con esta técnica ha tratado varios enfermos, haciéndoles á algunos de ellos varias inyecciones, espaciadas como es de regla, en el mismo lado y casi en el mismo sitio, sin haber observado reacción inflamatoria, ni tampoco fenómenos subjetivos de parte de los enfermos, algunos de ellos niños de diez á doce años de edad. De las inyecciones no queda, más tarde, ningún rastro. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 24 de Julio de 1924.)

TERAPEUTICA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las curas antimicrobianas en la práctica humana, por Bass, Soupault y Brouet.—En las linfangitis, en las fístulas de larga duración y aun en las supuraciones superficiales ó profundas—abscesos, forúnculos, ántrax, osteitis, osteomielitis, etc.—el empleo de vacunas específicas, aplicadas directamente á la región afecta, determina la cesación rápida de los fenómenos inflamatorios, que es seguida de la cicatrización no menos rápida de los tejidos enfermos y de su restitución *ad integrum*.

Los autores han ensayado este procedimiento, ideado por ellos, obteniendo notables resultados y dan cuenta de 18 observaciones. Una de ellas, en extremo convincente: osteomielitis subaguda del fémur; fractura espontánea; artritis supurada de la rodilla, que hace pensar en la amputación. Bajo la influencia del tratamiento sobreviene la mejoría, sin artrotomía ni resección. La consolidación se efectuó espontáneamente en este medio infestado. El enfermo curó, quedándole ligera anquilosis de la rodilla.

Como vacuna, los autores se sirven, sea de un simple apósito con compresas empapadas en vacuna filtrada, sea de instilaciones de fuertes cantidades de vacuna en la herida, sea, en fin, de inyecciones intradérmicas en corona que circunda la región infectada. La vacuna está constituida por caldos de cultivo filtrados por bujía después de ocho días. Se comienza empleando vacuna preparada de antemano con gran número de razas microbianas bien seleccionadas. Y, entretanto, con microbios aislados del pus tomado de la herida desde el primer día, se preparan nuevos caldos, que, después de transcurrido el tiempo necesario, se emplean como el precedente.

Este primer ensayo de vacunoterapia se justifica por la nueva concepción de la inmunidad, que puede ser local, según Besredka. Sin que se rompa la solidaridad del organismo, ante la infección y la inmunidad cada órgano puede reaccionar por su propia cuenta. No solamente cada virus tiene su órgano, sino que cada órgano tiene su inmunidad. (*Concours Medical*, 13 de Abril de 1924.)—PELÁEZ.

2. Una modificación del tratamiento habitual de la helmintiasis intestinal, por medio de la sonda duodenal, por Hans Schneider.—El autor venía tratando la tenia por la asociación del extracto de helecho macho, á la dosis de 7,50 gramos, y del extracto de corteza de granado, á la dosis de 15 gramos. Aun en cápsulas gelatinosas la medicación provocaba frecuentemente vómitos que disminuían su acción, alterándose á veces seriamente el estado general y sin la menor eficacia, pues la cabeza del verme no era expulsada. Por esta razón, el autor ha tenido la idea, que da á conocer en *Wien. Klin. Woch.*, de administrar el vermífugo por la sonda duodenal que permite obrar de una manera más masiva sobre la tenia. Los resultados obtenidos han sido altamente satisfactorios. En primer lugar, basta una dosis de 1 ½ á 2 gramos de extracto de helecho macho con 3 á 4 gramos de extracto de corteza de granado para producir el efecto buscado, lo cual permite evitar todo peligro de intoxicación. En segundo lugar, de 17 casos tratados, la cabeza fué expulsada 13 veces, mientras que con el tratamiento por ingestión, sólo se había conseguido esto nueve veces, de 22 ensayos. Por último, el tratamiento es aceptado fácilmente por los enfermos á quienes no inspira una repugnancia mayor el deglutir la sonda duodenal, que el tragar las gruesas cápsulas gelatinadas del tratamiento clásico.

La cura comienza sometiendo al enfermo á una dieta relativa desde la víspera por la tarde, en la cual sólo tomará algo de leche. A la mañana siguiente se hace la intubación duodenal en ayunas, y cuando se esté seguro de que la sonda ha penetrado en el duodeno, se inyecta la mitad de una infusión de sen (5 por 50 gramos), y un cuarto de hora después el vermífugo con el resto de la infusión de sen. Se retira la sonda y se espera la expulsión del verme, que ordinariamente tiene lugar de un modo completo á la media hora ó dos horas después. El tratamiento resulta siempre, á condición de que se esté seguro de que la sonda ha penetrado en el duodeno. (Análisis de *La Presse Médicale*, página 123, 5 de Julio de 1924.)—T. R. Y.

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 Deste Carlán. — Los sanatorios marítimos de Oza, Pedrosa y Malvarrosa, por el Dr. Martín Salazar. — Actualidades, por Sedis al. — Necrología: Muerte del profesor Luzzato. — El Dr. Ferrer y Piera. — Sección oficial: Presidencia del Directorio militar. — Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Acontecimiento internacional solemne. — Fundación laudable. — Cifra aterradora. — Recompensa.

Si la semana anterior fué de escasa importancia para la actuación pública de los intereses que principalmente nos preocupan, la que mañana comienza ha de ser, sin duda alguna, de inusitada importancia, y esperamos que ha de dejar durable y quizás imperecedera impresión en el Cuerpo Médico español.

El Congreso Hispano-Americano que en Sevilla se inaugurará el miércoles 15, tiene una significación imponderable en el mundo científico y para la vida nacional. La manera como ha sido acogida la invitación hecha por el Comité organizador por los países americanos de nuestra habla, el número considerable de comunicaciones enviadas por los americanos y los españoles, el entusiasmo con que han acudido á llenar las listas de adhesión nuestros compañeros, nuestros hermanos los portugueses y nuestros amados hijos los hispano-americanos, todo hace esperar que el éxito de tal Asamblea ha de ser mayor aún de lo que confirió el deseo de sus iniciadores. Contribuirá seguramente á la brillantez y solemnidad de los actos el hermoso marco que á tal cuadro ofrecen la belleza del sitio, la proverbial y cortés hospitalidad de los sevillanos y las remembranzas históricas y artísticas que ofrece la más bella de las poblaciones españolas.

EL SIGLO MÉDICO, al asociarse de todo corazón al espíritu de la simpática é importante solemnidad, envía un cariñoso saludo á todos los que en ella han de tomar parte, y muy especialmente á los que, abandonando las comodidades y obligaciones apremiantes de su profesión, vienen de remotas tierras á demostrar que las diferencias políticas, impuestas por las evoluciones de la necesidad histórica, no perduran en el sereno campo de la Ciencia, antes, mostrándose identificadas con sus naturales hermanas del mundo entero y con la que fué su madre y su guía en el camino de la civilización, entienden que la verdadera labor pacificadora en

los pueblos, que ha de borrar los prejuicios actuales y los errores pasados, es la que la Providencia y la Historia ha confiado á la serena y tranquila actuación de la Ciencia.

Por medio de nuestros enviados especiales procuraremos tener á aquéllos de nuestros lectores á quienes no sea dado asistir personalmente á este Congreso, al corriente de la marcha del mismo y de los frutos que en él pueda allegar la insaciable apatencia del saber que es característica de los médicos españoles y extranjeros.

Tiempo hace que el ilustre laringólogo Dr. Tapia venía acariciando un pensamiento que comienza á realizarse, aprovechando para ello el motivo de la presencia en Madrid de muchos ilustres médicos americanos. Desde que en fecha aún no remota dió el Dr. Tapia en París conferencias demostrativas de los brillantes resultados por él obtenidos en el ejercicio de la Cirugía especialmente aplicada á la laringe, venía recibiendo frecuentes visitas de médicos, jóvenes los unos y ya célebres otros, que procedentes del extranjero, mostraban deseos de conocer su clínica y aprovechar sus enseñanzas. Esto hizo concebir al ilustre laringólogo español la idea cuya realización ha comenzado á plantear el jueves, 9, colocando la primera piedra del *Instituto Hispano-Americano de Laringología*, en que se propone (son sus palabras): «emprender trabajos de investigación, colaborando con los que se muestren dispuestos á una labor práctica de comprobación y de adelanto en esta hoy próspera especialidad que tiene en España un glorioso abolengo en las iniciativas del finado Dr. Ariza, del profesor Sr. Cisneros y de muchos otros eximios laringólogos.»

Deseamos de todas veras que el Sr. Tapia, que tantas y tan ásperas dificultades ha sabido vencer en su vida meritísima, vea también realizado su ideal en este proyecto laudable.

Sin comentario de ninguna especie diremos á nuestros lectores que, según informes de personas que nos merecen crédito, pasa de NOVECIENTOS el

número de alumnos matriculados en el año actual en el curso preparatorio de Medicina. Bástenos considerar: primero, ¿cómo ha de ser posible dar una enseñanza eficaz y práctica á tal aglomeración de alumnos?, y segundo, lo que representa como amenaza para las tristezas del porvenir en ellos y en los médicos jóvenes ya en ejercicio, la salida, solamente de una Facultad, de 300 ó 400 médicos por año.

No comprendemos la indiferencia con que la generalidad de la clase mira estos asuntos á que pudiera ponerse, á nuestro juicio, un remedio tan fácil como conveniente para todos, para los que están, como para los que aspiran á ser, alucinados por esperanzas de realización cada día menos verosímil.

Como verán nuestros lectores en la Sección oficial, el director de Sanidad, Sr. Murillo, ha sido agraciado por el Gobierno con la Gran Cruz de Beneficencia. Los fundamentos en que se razona esta distinción nos parecen justos, pues el que nosotros hayamos criticado y sigamos criticando los que hemos juzgado como errores en la actuación directiva del Sr. Murillo, no es una razón, ni para que desconozcamos sus anteriores merecimientos, ni para que nos complazca el verlos galardonados.

Lo cortés, no quita á lo valiente.

DECIO CARLAN

Los sanatorios marítimos de Oza, Pedrosa y Malvarrosa

(Su aspecto helioterápico)

POR EL

DR. MARTIN SALAZAR

He aquí tres instituciones del Estado, que han representado un gran progreso en la protección de la salud de los niños y en la lucha antituberculosa de España.

Empero somos tan dados á olvidarnos de las personas que realizan alguna obra meritoria de transcendencia, que no es raro que falte el natural estímulo al espíritu de las gentes que dedican sus esfuerzos á mejorar el estado sanitario de la nación; que, dicho sea de paso, es una de las cosas que más necesitamos para llegar á la redención biológica de la raza, que es el precedente lógico, indispensable, para alcanzar esa otra regeneración política que con tantas ansias anhelamos.

De tal manera se olvidan, los mismos que están al frente de los servicios, de los que hemos contribuido algo á la creación y perfeccionamiento de esas instituciones que tanto favorecen la sanidad del país, que un modesto busto, hecho por el escultor Marín, erigido en Pedrosa, no por mérito propio, sino por la bondad

de las clases sanitarias que creyeron honradamente había yo contribuido con mi esfuerzo á la fundación de esos sanatorios, ha sido recientemente profanado, de una manera poco estética y hasta poco delicada, por los que rigen hoy aquel establecimiento. De una parte, han hecho desaparecer del pedestal del busto una tierna inscripción, tomada del Evangelio de San Marcos, que decía: *Dejad que los niños se acerquen á mí*; la cual no podía ser más reveladora de mis sentimientos, ni más inofensiva para aquellos doctos señores que la han borrado. De otra parte, han hecho desaparecer de los dos niños pequeños de piedra que hay esculpidos al pie del pedestal, sus diminutos órganos sexuales, como si ellos hubieran sido capaces de ofender el pudor de nadie, y no fuera profundamente antiestético mutilar la naturaleza en esas inocentes obras de arte, ofendiendo de paso innecesariamente al escultor, que es un artista ilustre, digno de respeto.

Pero dejemos á un lado esas menudencias que andan muy lejos de las grandezas del espíritu, y exponamos, con carácter de divulgación científica, en qué consiste la virtud de los sanatorios marítimos.

Desde mucho tiempo ha, los higienistas habían convenido que la acción maravillosa de los sanatorios marítimos dependía del efecto combinado de la pureza de la atmósfera marina, la sana alimentación, el ejercicio moderado y la luz solar; pero nunca se había penetrado tanto como ahora en la acción tónica, regeneradora, verdaderamente prodigiosa de la luz del sol, que es lo que en este breve artículo vamos á analizar especialmente.

Desde luego, la acción del sol, como agente tónico y estimulante de la nutrición y de la vida, ha sido reconocido siempre; y su efecto sobre el espíritu se sabe que, no solamente hace aumentar en vivacidad al individuo, sino que eleva su capacidad mental. El sol, se ha dicho con razón, espanta los malos humores y alegra y sonríe la vida; y así se comprende haya llegado hasta la deificación, entre ciertos pueblos primitivos.

Pero á manera que se ha ido penetrando en la complejidad dinámica de la energía radiante de la Naturaleza, de la cual la luz visible es sólo la manifestación más ostensible á nuestros sentidos, se ha llegado poco á poco á averiguar que en la luz, á más de los colores del espectro, hay rayos invisibles de diferente longitud de onda, á uno y otro extremo del espectro mismo, cuya acción sobre los organismos vivos ha sido recientemente penetrada, hasta hacer cambiar y ensanchar el concepto que se ha tenido hasta aquí del efecto de la luz del sol sobre la salud y la vida del hombre.

Por de bajo de los rayos rojos del espectro se encuentra la radiación invisible infrarroja, demostrable por su acción térmica, revelada por la elevación de una columna termométrica colocada en su trayecto. Más allá de los rayos violetas, al otro lado del espectro, se encuentran los ultravioletas dotados de un gran poder actínico, y capaces de producir una imagen sobre una placa fotográfica. Todos estos rayos disminuyen en

longitud de onda desde los rayos infrarrojos á los ultravioletas.

Luckiesh dice á este propósito, que si se calcula que un espectro integral que comprenda rayos del total conjunto de energía radiante, tuviera en la sola porción que vemos del espectro luminoso una extensión de un pie, el espectro entero de irradiación se extendería á varios millones de millas de longitud. Los rayos de más larga onda que los infrarrojos constituyen la irradiación transmisible sin hilos, y forma la energía radiante que se utiliza en la telegrafía y telefonía sin hilos, que tanto llaman hoy la atención del mundo, como medios maravillosos de transmisión del sonido y del pensamiento. Otros rayos de más corta longitud de onda, los rayos X, hace años que han sido descubiertos, con gran aprovechamiento en el diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades.

Como se ve por todo esto, la energía radiante del sol es de una complejidad extraordinaria; y es lógico pensar que cada una de esas vibraciones del éter tenga una acción fisiológica y terapéutica distinta. Aunque es seguro que todavía falta mucho por averiguar en este camino, es indudable que ya conocemos bastante de los efectos producidos sobre el organismo humano por los rayos ultrarrojos, los visibles y los ultravioleta del espectro, para poder juzgar de la acción prodigiosa de la luz solar, y de su influencia en la virtud de los sanatorios marítimos que estudiamos.

Lo más interesante de todo lo que nuevamente sabemos sobre este punto, se refiere á la acción de los rayos ultravioletas. Una de las propiedades más salientes de la luz solar es su acción bactericida, que hace del sol el gran antiséptico de la Naturaleza, gracias al cual, el hombre puede vivir sobre la tierra. Pues bien; este efecto es debido á los rayos ultravioletas de la luz, que ejercen una acción microbicida universal. Pero abundando más en este sentido, se ha descubierto por el profesor Leonardo Hill que la luz ultravioleta es capaz, después de obrar sobre la piel, de atravesar los tejidos, llegar hasta la sangre, y destruir en ésta los microorganismos patógenos, engendrados de enfermedades infecciosas, cuya propiedad puede tener útiles aplicaciones en el porvenir al tratamiento de estas infecciones.

Otra facultad culminante de los rayos ultravioletas consiste en favorecer el metabolismo de las sales de calcio en la nutrición de los huesos de los niños, evitando así el raquitismo, que es enfermedad que sufren aquéllos con frecuencia en el período de crecimiento.

De aquí que la exposición al sol fortalezca á los niños hasta llegar á la edad adulta, y sea un medio utilísimo para alcanzar la mayor robustez del total organismo.

Tiene además la luz ultravioleta, como es sabido, la facultad de aumentar el pigmento de la piel, que resulta una defensa contra la luz misma, y que permite utilizar una mayor exposición del organismo á la influencia del sol, con todas las ventajas consiguientes.

Los rayos visibles y ultrarrojos del espectro, que son de más grande longitud de onda que los rayos ul-

travioletas, tienen un poder más penetrante que éstos últimos, por lo cual fácilmente traspasan la piel y son absorbidos por la sangre, donde su energía convertida en calor puede, según los estudios de Sonne, destruir toxinas ó venenos producidos por gérmenes morbosos, según ha demostrado este doctor con experimentos hechos en conejos inyectados con toxinas diftérica y tifoidea.

Con lo dicho basta para formar idea de la complejidad de la moderna helioterapia y de la precaución con que han de ser aplicados los principios fisiológicos en que se funda la acción de la luz. Esta acción es más intensa en la atmósfera del mar donde la irradiación ultravioleta es más fuerte que en la atmósfera de tierra; porque el gran espejo de la superficie de las aguas refleja con más intensidad los rayos actínicos y absorbe los rayos caloríficos del sol, favoreciendo así la acción tónica regeneradora de la luz.

Este es el secreto maravilloso de la acción de los sanatorios marítimos. Mediante la virtud de la energía radiante del sol, conseguimos obrar sobre las células del cuerpo de los niños, vigorizando su organización y colocándolos en condiciones de defenderse contra la agresión de los microbios y de otras causas morbosas.

De ese modo se transforma el organismo del niño en mal terreno para la implantación de la semilla morbida; que es una cosa semejante á lo que hacen los agricultores cuando para impedir el crecimiento de una determinada plaga vegetal, cambian las condiciones químicas de la tierra.

ACTUALIDADES

No hay posibilidad de condensar en juicio sintético las aspiraciones y criterios á roseo y belloso desperdigados y expuestos en la Prensa de todos los matices á propósito del Estatuto municipal y su probable interpretación y alcance práctico; porque resultan éstos tan radicalmente distanciados y disconformes, que al paso que unos se muestran de él archisatisfechos y creyendo que nada deja que desear, otros hay que estiman, pensando quizá en nuevos embarullamientos, que todo lo edificado á costa de tiempo y trabajo se ha derruido y convertido en informe escombrera de la que nada podrá sacarse de provecho.

Exageradas y prematuras nos parecen tales opiniones no conociéndose aún el Reglamento de Sanidad que más directamente á nuestros asuntos afecta y en el que muy bien pudieran consignarse saludables y beneficiosas previsiones que dieran al traste con todo lo manifestado, obligando á la rectificación de los equívocos á ciegas vertidos por la impaciencia ó el despecho.

Estimamos, pues, lo más prudente en las actuales circunstancias, esperar á conocer en su totalidad el problema y estudiarle sin precipitaciones, porque á juzgar por la parsimonia con que el asunto es llevado, seguro es no quedará tiempo material de someterle al examen y discusión de la Asamblea de Sevilla, á la que por esta misma razón debía enviar cada Colegio una comisión de clases sanitarias, siguiendo el ejemplo del de Toledo y otros que ya la tienen designada, para ver si del intercambio de impresiones y la acción coincidente de los diversos factores: Federación, Co-

legios, inspectores provinciales, titulares, Brigadas Sanitarias, etc., que allí han de hacer acto de presencia, podrían surgir los jalones de la ley de que, por anticuadas en España, carecemos, á pesar del fárrago de parcelarias disposiciones que es hora ya sean ordenadas y recopiladas en el informe Canon Sanitario que las necesidades y progresivos adelantos de los tiempos exigen.

..

Con solemnidad y afluencia de público nunca superado se celebró en nuestro primer Centro docente la inauguración del curso en que por turno reglamentario correspondió actuar al Dr. Sáiz Rodríguez, que disertando acerca de la Enseñanza tuvo el feliz acierto de justificar el *dolce farniente* con que problema de tan primordial importancia viene lánguidamente desliziándose.

¿Servirá de acicate y estímulo y provocará alguna ventaja ostensible y positiva?

Entre los premios repartidos en el expresado acto, fueron de la Facultad de Medicina agraciados:

Con los del grado de licenciado, los Sres. Torres Alcázar y González Lorenzo.

Con los de doctor, los Sres. Lorente Calvo y Pérez Martín.

Especiales, los Sres. Rodríguez Troncoso, Gómez Ráez y señorita Lázaro Núñez.

Y del Estado, los Sres. Arroba Juzgado y Vara López.

A todos nuestra enhorabuena.

..

Celebró su sesión inaugural «La Sociedad Española de Antropología» presidida por el Dr. Pulido, con asistencia de numerosos socios y buen contingente de público.

La Secretaría nos pone en autos de la intensiva labor de propaganda llevada á cabo en el transcurso del pasado verano en que se repartieron más de seiscientas series completas de las publicaciones de la Sociedad, entre los principales Centros afines de España, quedando al propio tiempo establecido el intercambio de trabajos científicos; presentan interesantes Memorias los Sres. Uria, Rius, y Barras de Aragón; hacen uso de la palabra los Sres. Antón, Fernández y García Faria; disertando en último término el director del Museo Antropológico acerca de la raza berberisca que hoy nos combate en el Norte de Marruecos.

Nuestro distinguido amigo el Dr. Pulido hizo una vez más patente la elocuencia que le caracteriza al reseñar y ensalzar la meritoria y trascendental importancia de los estudios y trabajos por la Sociedad realizados; concluyendo por invitar al Sr. Antón á que publique los de que es autor.

El Dr. Pulido fué calurosamente aplaudido y felicitado por la concurrencia á la terminación de su discurso.

..

El profesor argentino Dr. Chutro, invitado por el Cuerpo médico de la Beneficencia provincial y presentado por su decano el Sr. Lobo Regidor, dejó escuchar en los primeros días del mes unas conferencias, en que de manera magistral y poniendo bien de relieve el bagaje científico que atesora, hubo de disertar acerca de la osteomielitis aguda, exponiendo en la enunciación y progresivo desarrollo del proceso patológico ideas tan originales y novísimas, que no pudimos menos de admirar, al par que su fecundia, el absoluto conocimiento y predominio de la rebelde, gravísima y frecuente afección, siempre á su juicio producida por embolias sépticas de foco distante.

El Dr. Chutro, á quien, además del profesorado y alumnos afectos al servicio del Hospital provincial, acudieron á escuchar otros muchos profesionales de la Facultad y otros Centros, fué efusivamente por todos felicitado.

..

Algunas horas después de las prefijadas como límite máximo á la entrega de estas cuartillas, el Dr. Belón, bonaerense como el anterior, dará en la Facultad una conferencia cuyo tema es «Algunos datos anatómicos de las vías biliares con aplicación á la Cirugía», de la cual daremos cuenta en el número próximo.

SEDISAL

Necrología

MUERTE DEL PROFESOR LUZZATO

Ha fallecido el gran maestro de la Clínica italiana, profesor Luzzato. Pertenecía á la generación de maestros que laboraron la transformación de la Medicina en su país, consiguiendo llevarla á la altura experimental de que goza en la actualidad.

Recordaremos entre su copiosa labor, las monografías dedicadas á la enfermedad de Dupuytren, á la esclerodermia, á la gangrena trofíneurótica, á la patología del simpático, etcétera, etc. En toda su obra se destaca el mismo profundo sentido clínico y la misma claridad, que hicieron de él un maestro admirable. Su labor será perdurable y su espíritu revive en el de sus discípulos, que constituyen una de las escuelas más fecundas de la Medicina italiana actual.

G. MARAÑÓN

EL DR. FERRER Y PIERA

Momentos antes de cerrar nuestra edición llega á EL SIGLO MEDICO la triste noticia de la muerte del decano de la Facultad de Medicina de Barcelona y catedrático de Patología y Clínica Médica de la misma, D. Pablo Ferrer y Piera.

La forma repentina en que se produjo su muerte á la salida de su casa de Sitges á la que acompañaba al Dr. Botey, añade al sentimiento la extrañeza, si se tiene en cuenta que el Sr. Ferrer era un hombre joven y sano.

Nació en Barcelona el 6 de Enero de 1873, y aunque en un principio pareció que sus aficiones le inclinaban á seguir la carrera de marino, pronto abandonó estos estudios para seguir los de Medicina que terminó licenciándose en 7 de Marzo de 1896.

Por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona fué laureado en 1898 con el premio Garí, por su monografía *Estudio experimental y clínico de la viruela en el hombre y en los animales domésticos*, y en 1900, por su estudio sobre *Cistitis tuberculosas*. Se doctoró con nota de sobresaliente en 1902 y en 1905 ganó las oposiciones á profesor auxiliar de Patología de Barcelona; en 1908 ganó también por oposición una plaza de médico habilitado de Baños y en 1920 por unanimidad del tribunal, obtuvo la cátedra de Patología en la misma Universidad.

Hijo del notable dramaturgo D. Antonio Ferrer y Codi-

na, heredó las aficiones literarias de su padre y como autor dramático obtuvo varios triunfos.

Su notable Memoria *Fernando Póo y sus dependencias*, escrita al regresar de una excursión á nuestras posesiones del Golfo de Guinea, fué alabada por hombres de ciencia y diplomáticos.

Tradujo muchas importantes obras de Medicina, entre ellas el *Tratado de Cirugía*, de Choise, y la *Fisiología Humana*, de Luciani.

En Enero del corriente año fué elegido decano de la Facultad de Medicina de Barcelona.

La premura con que escribimos esta nota biográfica del ilustre profesor Ferrer nos impide detallar su extensa labor de publicista científico y literario.

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

Por Real decreto fecha 3 de los corrientes se ha aprobado el Reglamento por que ha de regirse desde la fecha de su publicación en la *Gaceta* (7 de Octubre) el Ministerio de Marina.

De su parte dispositiva, extraemos y reproducimos aquella parte que más se refiere á la índole de nuestra revista y al interés de nuestros lectores.

CAPÍTULO XV

Sección de Sanidad.

Art. 102. Tendrá por jefe un inspector del Cuerpo y será secretario un comandante médico.

Art. 103. *Negociado primero.*—*Personal de la Sección de Medicina y del Cuerpo de Practicantes.*—Jefe, un coronel médico y auxiliar un comandante médico.

Corresponde á este Negociado el despacho de todos los asuntos relativos al personal indicado.

Art. 104. *Negociado segundo.*—*Material y estadística sanitaria.*—Jefe, un coronel médico, y auxiliar un comandante.

A este Negociado corresponde:

A) Estudio é informe de las Memorias mensuales de cada Departamento.

B) Idem id. de las Memorias no reglamentarias presentadas por el personal del Cuerpo.

C) Idem id. de las obras de la Facultad, cuyos autores aspiren á recompensa.

D) Coleccionar los partes mensuales, trimestrales y diarios de enfermerías de los buques.

E) Idem los partes mensuales de Hospitales y enfermerías de Arsenales.

F) Idem id. de vacunación y revacunación.

G) Memorias anuales reglamentarias de los directores de los Hospitales.

H) Material sanitario de los buques y sus cargos de medicinas.

I) Idem para Hospitales, sus reformas y obras necesarias.

J) Informes en instancias de fabricantes y productores de substancias medicinales y antisépticas.

K) Idem id. sobre aparatos de nueva invención aplicados á la Medicina y Cirugía.

L) Idem sobre productos alimenticios.

LL) Expedientes sobre análisis físicos y químicos que puedan originarse.

M) Incidencias sobre todos estos extremos.

N) Laboratorios de Bacteriología y Gabinetes de Radiología.

Ñ) Cursos de Bacteriología y Radiología.

O) La redacción de las estadísticas sanitarias de la Armada.

P) La de vacunación y revacunación.

Q) Reunir y ordenar en forma de un cuadro los datos antropométricos.

R) Realizar los demás trabajos expresados anteriormente.

S) Llevar á la práctica cuanto se relaciona con los cuatro puntos anteriores, según las instrucciones redactadas por Real orden de 9 de Enero de 1911.

Art. 105. *Negociado tercero.*—*Personal de la Sección de Farmacia y Farmacias.*—Jefe, el subinspector farmacéutico.

Le corresponde:

A) Personal de farmacéuticos.

B) Asuntos de farmacias en su parte técnica.

C) Comprobación de cuentas de medicinas de buques, hospitales, sucursales y enfermerías.

D) Examen de fórmulas suministradas al público militar.

E) Envío de material de farmacia á los Departamentos.

F) Incidencias sobre la Farmacopea que puedan ocurrir.

A propuesta del jefe del Gobierno, presidente del Directorio militar, de acuerdo con el mismo y con arreglo á los artículos 4.º y 8.º del Real decreto de 29 de Julio de 1910,

Vengo en conceder la Gran Cruz de la Orden civil de Beneficencia, con distintivo morado y blanco, al doctor en Medicina D. Francisco Murillo Palacios, director general de Sanidad, por la muy meritoria y relevante labor, abnegada, científica y humanitaria, que desde hace muchos años viene realizando en pro de la salud pública, de los enfermos y de los epidemiados.

Dado en Palacio á 6 de Octubre de 1924.—ALFONSO.—El presidente interino del Directorio militar, *Antonio Magaz y Pers.* (*Gaceta* del 8 de Octubre de 1924.)

GOBERNACIÓN

Ilmo. Sr.: De clarada zona palúdica la provincia de Toledo por la Comisión central, creada por Real decreto de 14 de Junio último,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se constituya la provincial en la forma que indica dicho Real decreto, siendo presidente de la misma el gobernador civil de la provincia, y vocales un ingeniero jefe, el farmacéutico don Gregorio Lozano Montero, el médico D. Ramón Delgado y Saavedra y el inspector provincial de Sanidad, que ejercerá las funciones de secretario.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 1.º de Octubre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido.*—Señor director general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Declarada zona palúdica la provincia de Badajoz por la Comisión central, creada por Real decreto de 14 de Junio último,

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

tuya la provincial en la forma que indica dicho Real decreto, siendo presidente de la misma el gobernador civil de la provincia, y vocales un ingeniero jefe de la misma, el farmacéutico D. Sandalio Huertas Sancho, el médico D. Mateo de la Villa Carretero y el inspector provincial de Sanidad, que ejercerá las funciones de secretario.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 1.º de Octubre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Declarada zona palúdica la provincia de Cáceres por la Comisión central, creada por Real decreto de 14 de Junio último,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se constituya la provincial en la forma que indica dicho Real decreto, siendo presidente de la misma el gobernador civil de la provincia, y vocales un ingeniero jefe, el farmacéutico don Joaquín Acedo, el médico D. Julián Murillo y el inspector provincial de Sanidad, que ejercerá las funciones de secretario.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 1.º de Octubre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 4 de Octubre.)

Ilmo. Sr.: Para juzgar las oposiciones á las plazas vacantes en el Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad que fueron autorizadas por Real orden de 9 de Mayo último,

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

1.º Que se constituya bajo la presidencia de V. I. el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de dichas oposiciones con los vocales siguientes: D. Román García Durán, inspector general de Sanidad interior; D. Aniceto Bercial y González, D. Eustaquio González Muñoz y D. José A. Palanca y Martínez-Fortún, inspectores de Sanidad de las provincias de Barcelona, Albacete y Madrid, respectivamente; nombrándose como vocales suplentes á D. Pedro Blanco Grande, inspector auxiliar de la Inspección general de Sanidad interior, y á D. Antonio García Vélez y á D. Joaquín Mestre Medina, inspectores de Sanidad de las respectivas provincias de Vizcaya y Jaén. Actuará de secretario el último vocal, nombrado en propiedad; y

2.º Que dicho Tribunal se constituya asimismo en este Ministerio, á las diez de la mañana del día 27 del actual, en el salón de actos del Real Consejo de Sanidad, para visar la documentación presentada por los opositores, resolviendo sobre su admisión ó exclusión definitiva y publicando seguidamente la lista de los admitidos, señalándoles al propio tiempo la hora en que, previo el sorteo correspondiente, darán comienzo los ejercicios.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 4 de Octubre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 5 de Octubre.)

Ilmo. Sr.: Para dar cumplimiento á lo prevenido en el Real decreto de la Presidencia del Directorio militar, de fecha 14 de Junio último, relativo al peligro que para la salud pública ofrece el transporte por vía férrea de enfermos in-

fecocontagiosos y de cadáveres en los mismos coches que se utilizan para el transporte de los demás viajeros, así como sobre el incumplimiento por las Compañías de ferrocarriles de los preceptos contenidos en el vigente Reglamento de Sanidad exterior en materia de tanta importancia para la salud nacional,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se constituya una Comisión que se encargue de redactar el Reglamento para la aplicación de aquel Real decreto, que se elevará á la aprobación de la Superioridad, y que esta Comisión la formen los siguientes señores:

Presidente, D. Federico Mestre León, inspector general de Sanidad exterior, y vocales: D. José Alberto Palanca y Martínez Fortún, inspector provincial de Sanidad, de Madrid; D. Victorino Serrano, ingeniero del Parque Central de Sanidad, y un médico por cada una de las Compañías de ferrocarriles del Norte y M. Z. A., designados por las mismas.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 2 de Octubre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*. (*Gaceta* del 4 de Octubre.)

Ilmo. Sr.: Creadas en el vigente Decreto-ley de Presupuestos las plazas correspondientes al personal facultativo del Hospital del Rey, dependientes de esa Dirección general,

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

1.º Que se convoque á concurso oposición para proveer las plazas de director, jefe de Clínica y médicos internos del Hospital del Rey, dotadas, respectivamente, con 8.000, 6.000 y 5.000 pesetas anuales.

2.º La Dirección general de Sanidad redactará el programa y Reglamento por que ha de regirse el concurso-oposición, cuyos ejercicios darán comienzo transcurridos cuarenta y cinco días de la publicación del Reglamento y programa citados en la *Gaceta de Madrid*.

3.º El Tribunal que ha de juzgar el concurso-oposición se designará oportunamente, y estará constituido por:

Un consejero de Sanidad, catedrático de Patología médica y su clínica, de la Universidad Central, presidente.

Un médico internista de la Beneficencia general.

Un jefe médico de Sanidad Militar.

El jefe de la Brigada Sanitaria Central; y

El jefe de la Sección de Parasitología del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, que ejercerá las funciones de secretario.

4.º Además de los ejercicios de oposición, el Tribunal tendrá en cuenta, para la calificación definitiva, servicios, antecedentes y condiciones personales de los aspirantes, en la forma que determinará el Reglamento por que el concurso-oposición ha de regirse.

5.º Al finalizarse los ejercicios el Tribunal elevará propuesta unipersonal para cada plaza.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos correspondientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 6 de Octubre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 7 de Octubre.)

Ilmo. Sr.: Examinadas las condiciones que concurren en el partido judicial que se menciona, y de acuerdo con lo propuesto por la Comisión central contra el paludismo, en sesión celebrada el día 19 de Septiembre último, y en virtud

de lo que dispone el art. 6.º del Real decreto de 14 de Junio del corriente año,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien declarar zona patológica, quedando sujeta á lo que en el art. 7.º de dicho Real decreto se ordena, la que á continuación se indica:

Provincia de Huelva.—Partido judicial de Valverde del Camino.

Lo que de Real orden digo á V. I. para los efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Octubre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 7 de Octubre.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,5; ídem mínima, 700,6; temperatura máxima, 22,5; ídem mínima, 9,8; vientos dominantes, O. SO.

Los reumatismos articulares agudos y las manifestaciones variadas de la diátesis artrítica, se han manifestado en mayor número durante la semana que acaba de terminar. También han sido frecuentes los catarros leves laringotraqueales y las neuralgias por enfriamiento.

En los niños va cediendo la coqueluche y más aún la escarlatina.

Crónicas.

Innovación en el curso preparatorio de la Facultad de Ciencias.—Se ha recibido en la Universidad Central una comunicación del Ministerio de Instrucción Pública contestando á la petición formulada por la Facultad de Ciencias de la misma, en vista del excesivo número de alumnos que venían concurriendo en cursos anteriores á las clases del preparatorio, comunes para varias carreras y especialidades, en el sentido de que sean desdobladas en varios grupos independientes las antedichas enseñanzas.

Como en la contestación se accede á dicha demanda á título de ensayo, durante el presente curso se subdividirán en cuatro grupos diferentes las clases de Física general, Química general, Geología y Biología.

De dos de los grupos de Física general se encargará el catedrático de la misma, Sr. Martí, y de los otros dos, los de la sección, Sres. Cabrera (B.) y Carrasco.

También de dos grupos de Química general queda encargado el profesor de la asignatura, Sr. Bermejo, y los de la sección, Sres. Del Campo y Díaz de Rada, de los otros dos.

De Geología, cuyo titular es el Sr. Caballero, nada hay ultimado todavía, y en cuanto á Biología, los cuatro grupos correrán á cargo de D. Odón de Buen.

Esta medida, que evitará que en una misma clase hayan de ser atendidos 900 alumnos, exige para su acoplamiento cierta dilación en el comienzo del curso, que seguramente no empezará para dicho preparatorio de Ciencias hasta el 15 del corriente mes.

Conferencia de un médico español en Buenos Aires.—Buenos Aires, 8 (9 mañana).—En la Facultad de Medicina ha dado una notable conferencia acerca de tumores el presidente del Colegio Médico de Madrid, Dr. Blanc Fortacin.

La disertación fué escuchada por muchísimos facultativos, entre los que figuraban los más afamados.

Nos complace el legítimo éxito del Dr. Blanc, y por él le felicitamos.

Odontólogo condecorado.—El Gobierno ha concedido al distinguido odontólogo D. Luis García Olalla, de Madrid,

la Cruz de Beneficencia de 1.ª clase con distintivo morado y blanco, en premio á los desinteresados servicios prestados á los niños pobres del Hospital-Asilo de San Rafael, uno de los establecimientos de Beneficencia más simpáticos de esta corte.

Los amigos del Sr. Olalla le preparan un agasajo y el decano de la Escuela de Odontología D. Florestán Aguilar se ha asociado al homenaje regalándole las insignias de la preciada distinción.

De Sanidad Militar. Suspensión de cursos de especialidades.—El *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra* ha publicado la siguiente disposición:

«Quedan en suspenso los cursos de especialidades médicas anunciados por Real orden circular de 1.º de Agosto último (*Diario Oficial* núm. 171), incorporándose á sus respectivos destinos de plantilla los comandantes y capitanes médicos nombrados para los mismos por Real orden de 29 de Septiembre próxima pasado (*Diario Oficial* núm. 219), conservando sus derechos de alumnos para cuando las circunstancias permitan reanuden sus estudios.»

El Dr. Caride Massini en España.—Procedente de Buenos Aires, se encuentra en España el Dr. D. Pedro Caride Massini, delegado de la Municipalidad de aquella capital, de la Sociedad Rural Argentina y director del Servicio de Autoterapia de la Asistencia Pública de Buenos Aires.

El Sanatorio antituberculoso de Alava.—El día 2 se ha celebrado en Vitoria una reunión á la que han asistido todos los donantes de la suscripción abierta para la construcción del Sanatorio para tuberculosos pobres. Acordaron que la Junta del Hospital Civil sea la que lleve á efecto la construcción y administración del edificio.

Cómo se hacen las cosas en los Estados Unidos.—Según partes publicados por la Prensa diaria, el Estado de Nueva York ha votado un crédito de 100 millones de dólares para el sostenimiento de los manicomios. (El crédito del pasado año, para igual capítulo, fué de 50 millones.)

Mr. Sullivan Jones, arquitecto oficial, ha declarado que los establecimientos en cuestión no son suficientemente modernos, y que harían falta diez años y un gasto de 150 millones de dólares para perfeccionar las instalaciones.

Ha añadido que, en numerosos casos, enfermos susceptibles de curación han perdido la razón definitivamente á causa de las malas condiciones sanitarias. Tal incuria no se permitiría en establecimientos particulares, que de incurrir en ella sufrirían sanciones.

Se anuncia para este año la construcción de tres nuevos manicomios.

Los auxiliares de Farmacia de Barcelona.—El día 1.º del corriente celebraron en Barcelona una reunión extraordinaria los auxiliares de Farmacia para pedir á los Poderes públicos la implantación de un título de aptitud, de acuerdo con lo pedido ya por la Federación nacional de auxiliares de Farmacia. Asistió numerosa concurrencia y se aprobó por unanimidad el siguiente telegrama, que ha sido cursado al presidente del Directorio: «Reunidos Asamblea auxiliares Farmacia, por aclamación acordó adherirse petición formulada V. E. por Federación Auxiliares Farmacia España por concesión título aptitud.»

En el Hospital de San José y Santa Adela.—Su Majestad la Reina doña Victoria, con su dama la señorita de Heredia, y acompañada por el presidente de la Cruz Roja, marqués de la Ribera, visitó el miércoles último el Hospital de San José y Santa Adela.

Recibieron á la augusta señora el director del establecimiento, Dr. Nogueras; personal médico y las damas enfermeras.

La Soberana recorrió detenidamente las salas, conversando amablemente con los oficiales y soldados heridos.

El Congreso Médico de Sevilla.—El Ayuntamiento de Valencia ha acordado enviar una Comisión al Congreso Médico de Sevilla, votando para los gastos de la misma 3.000 pesetas.

Para representar al Excmo. Ayuntamiento de Madrid en el II Congreso Nacional de Medicina han sido nombrados

los doctores de la Beneficencia Municipal, D. F. Haro García, D. Manuel Jiménez G. de la Serrana y D. Bernardino Landete, de quienes esperamos una labor tan honrosa como distinción tan alta se les ha confiado.

El Dr. Chutro en Madrid.—Desde hace algunos días se encuentra en Madrid una personalidad de la Ciencia argentina, el Dr. D. Pedro Chutro, profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, que, invitado por el Cuerpo Médico del Hospital general, ha dado dos conferencias en el salón de actos, de este Centro.

Las dos conferencias han versado sobre el tema «Osteomielitis aguda», y basta decir que han sido dignas del disertante que al final de cada una de ellas recibió el aplauso unánime de la concurrencia y la felicitación de sus compañeros españoles.

Asamblea Farmacéutica en Sevilla.—Simultánea con el Congreso de Ciencias Médicas, en el que la Farmacia tiene numerosas Sacciones, celebrará en Sevilla, del 15 al 20 de los corrientes, su XII Asamblea la Unión Farmacéutica Nacional.

En el acto se hará una nueva reiteración de las razonables demandas de reforma del ejercicio farmacéutico que un año tras otro viene solicitando la clase farmacéutica, impuesta por las necesidades públicas ó por la dignidad profesional.

La morfina.—A petición del practicante de farmacia don Ginés Carvajal Muñoz, fué detenido el miércoles en Madrid José Barrio Robles, que con una receta falsificada adquirió morfina en una farmacia de la plaza del Progreso.

El detenido confesó su delito ante el juez de guardia.

Concurso.—La Dirección de clínicas de Hospital de la Facultad de Medicina abre un concurso libre entre doctores ó licenciados en Medicina para dos plazas de médico interno del Hospital de la Moncloa, próximo á abrirse.

Solicitudes y detalles, en la Dirección del Hospital Clínico.

Inspección de Sanidad de la provincia.—Cursos de perfeccionamiento y trabajos de laboratorio en el Dispensario de Azua:

Del 27 de Octubre al 20 de Diciembre se darán en este Centro oficial, simultáneamente, dos cursos; uno de Bacteriología y Serología y otro de Análisis clínicos, los dos á cargo del jefe del Laboratorio Dr. Nicolás Calvin.

Las enseñanzas de carácter esencialmente práctico, versarán sobre los diversos procedimientos técnicos y los detalles para su ejecución correcta.

Un taquígrafo tomará diariamente las explicaciones y, á la terminación del curso, cada alumno recibirá un cuaderno, ya corregido, conteniendo todos los datos de las manipulaciones realizadas en cada colección, juntamente con un certificado de asistencia.

Durante las explicaciones de los trabajos cada alumno interrumpirá al conferenciante para pedir aclaración de cualquier cuestión que considere confusa.

Se admiten inscripciones para cada uno de estos cursos, por separados ó para los dos á la vez. Los programas detallados están á la disposición de quien los solicite del señor administrador del Dispensario (calle de Segovia, 4, Madrid) que informará también sobre condiciones de matrícula, número de alumnos—que será limitado—y cuantos datos puedan interesar.

Este Laboratorio dispone también de plazas de trabajo para los profesionales que deseen hacer una investigación científica personal sobre cualquier asunto concreto de los dominios de la Sifiliografía, sin más limitación que la de demostrar la necesaria preparación para el buen manejo de los aparatos y para el aprovechamiento del tiempo empleado, dando preferencia por estas razones, para la ocupación de dichas plazas, á los alumnos que hayan seguido un curso completo en el Laboratorio.

Casos graves de parálisis infantil.—Se han presentado en Soria varios casos graves de parálisis infantil.

La Junta de Sanidad se ha reunido inmediatamente, y ha ordenado el cierre del Instituto de segunda enseñanza, Escuelas Normales y otros establecimientos de enseñanza, á fin de evitar el contagio.

Igualmente ha pedido á la autoridad gubernativa el cierre de los «cines».

Excipiente inerte.—El caer, no ha de quitar la gloria de haber subido.

(Calderón.)

El hombre enciclopédico no es justamente apreciado más que por la élite intelectual de la sociedad. El hombre de libro único, es decir que ha limitado sus conocimientos á una especialidad, es indudablemente más brillante si tiene la precaución de no salirse de lo suyo; pero si comete la imprudencia de hacer excursiones por fuera, pasará con facilidad por un ignorante. Como el valor del hombre se mide por la suma de sus conocimientos, el primero es incontestablemente superior al otro.

(Ed. Crouzet.)

Hemo cronómetro.—Para demostrar que el *Jarabe de Deschiens* es un gran regenerador de la sangre, se acompaña un prospecto recomendando atención en la lectura y demostración de los casos.

Orexina Kalle.—Al presente número acompañamos un prospecto de la Casa Kalle y C.^a, sobre la *Orexina*, cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

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, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

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