

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

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

REDACTORES:

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

J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.

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

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

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

L. ELIZAGARAY
Del Hospital General de Madrid.

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

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

F. LÓPEZ PRIETO
Electro-radiólogo.
Ex-Médico Titular.

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

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

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

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

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

C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.

E. LUENGO ARROYO
De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

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

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

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

J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General.

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

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

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

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

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

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

F. TELLO
Director del Instituto Alfonso XIII.

L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del aparato digestivo.

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

R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española. — Archivo é 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: Al incansable investigador Dr. Ferrán, por Ángel Pulido. — Pelada y fototerapia, por E. Alvarez Sáinz de Aja. — Degenerescencia corneal mal definida vista á la lámpara de hendidura y microscopio corneal, por el Dr. Ángel Castresana. — Abdomen agudo, por el Dr. Sloker de la Rosa. — **Bibliografía**, por P. M. y Emilio Luengo. — **Periódicos médicos**.

AL INCANSABLE INVESTIGADOR DR. FERRÁN

DISCURSO DE PASTEUR

PRONUNCIADO EN LA SORBONA EL DÍA DE SU JUBILEO
EL 27 DE DICIEMBRE DE 1892

Hay actos, frases y discursos de los grandes hombres, tan sublimes, bellos y sentenciosos, que se debieran repetir incesantemente, con la misma unción y recogimiento que los creyentes rezan sin descanso sus más piadosas y conmovedoras preces.

Cuando las fiestas del centenario de Pasteur, en el curso de la recepción celebrada en el Hotel de Ville, de París, el 26 de Mayo de 1923, fueron leídos dos, los cuales nos entregaron impresos á los representantes extranjeros. Temeroso de perder el ejemplar que me correspondió en suerte, como una de tantas hojas que se extravían, rompen y tiran, opto por traducirlo y contribuir á hacerlo más perdurable en nuestra hermosa lengua, publicándole en EL SIGLO MÉDICO. Dice así:

«Señor Presidente de la República:

Vuestra presencia lo transforma todo: una fiesta íntima se convierte en una gran fiesta, y el sencillo aniversario del nacimiento de un sabio se convertirá, gracias á usted, en una fecha para la Ciencia francesa.

Señor Ministro.

Señores:

A través de este esplendor, mi primer pensamiento se dirige con melancolía, hacia el recuerdo de tantos hombres de ciencia que no han conocido más que resistencias. En el pasado tuvieron que luchar contra los prejuicios que sofocaban sus ideas. Vencidos estos prejuicios, chocaron contra obstáculos y dificultades de todas clases.

Hace pocos años todavía, antes que los Poderes públicos y el Concejo municipal hubieran dado á la Ciencia magníficas residencias, un hombre que yo he amado y admirado mucho, Claudio Bernard, no tenía por laboratorio, á pocos pasos de aquí, más que una cueva húmeda y baja. Quizás se debió á esto el que fuese atacado de la dolencia que le llevó. Conociendo lo que me reserváis aquí, su recuerdo se ha levantado en seguida en mi espíritu. Yo saludo esta gran memoria.

Señores: obedeciendo un pensamiento ingenioso y delicado, parece que habéis querido hacer pasar bajo mis ojos toda mi vida entera. Uno de mis compatriotas del Jura, el alcalde de la ciudad de Dôle, me ha traído la fotografía de la casa humildísima donde han vivido difícilmente mi padre y mi madre. La presencia de todos los discípulos de la Escuela Normal me recuerda el deslumbramiento de mis primeros entusiasmos.

mos científicos. Los representantes de la Facultad de Lila me evocan mis primeros estudios sobre la cristalografía y las fermentaciones, que me han abierto un mundo nuevo. ¡De qué esperanzas fui yo embargado cuando presentí que allí había leyes detrás de tantos fenómenos oscuros! Por qué serie de deducciones me fué permitido, como discípulo del método experimental, llegar á los estudios fisiológicos, vosotros habéis sido testigos, mis queridos colegas. Si á veces yo he turbado la calma de nuestras Academias con discusiones un poco vivas, es que yo defendía apasionadamente la verdad.

Vosotros, en fin, delegados de naciones extranjeras, que habéis venido de muy lejos á dar una prueba de simpatía á la Francia, vosotros me traeis la alegría más profunda que pueda experimentar un hombre que cree invenciblemente que la ciencia y la paz triunfarán de la ignorancia y de la guerra; que los pueblos se entenderán, no para destruirse, sino para edificar, y que el porvenir pertenecerá á los que hayan hecho más por la humanidad sufriente. Yo me dirijo á usted, mi querido Lister, y á vosotros todos, representantes ilustres de la Medicina y de la Cirugía.

¡Jóvenes, jóvenes! confiad en estos métodos seguros, poderosos, de los cuales no conocemos todavía más que los primeros secretos. Y todos, sea cual fuere vuestra carrera, no os dejéis desalentar por la tristeza de ciertas horas que pasan sobre una nación. Vivid en la paz serena de los laboratorios y de las bibliotecas. Decid, desde luego: «¿Qué he hecho yo para mi instrucción?» Después, á medida que avancéis: «¿Qué he hecho por mi país?» hasta el momento en que tendréis quizá la inmensa felicidad de pensar que habéis contribuido en algo al progreso y al bien de la humanidad. Para que los esfuerzos sean más ó menos favorecidos por la vida, es necesario, cuando se aproxima el gran fin, hallarse en el derecho de decir: «Yo he hecho lo que he podido».

Señores, yo os expreso mi profunda emoción y mi vivo reconocimiento. De igual modo que sobre el reverso de esta medalla, Roty, el gran artista, ha ocultado bajo rosas la fecha tan abrumante que pesa sobre mi vida, de igual modo vosotros habéis querido, mis queridos colegas, dar á mi vejez el espectáculo que podía regocijarla más, la de esta juventud tan viva y tan amante.»

Trad. A. P.

Este bello, conmovedor y en alto grado memorable discurso, pronunciado por el gran genio de la Medicina moderna, en el día más glorioso de su existencia, porque fué el de su jubileo en la Sorbona, el 27 de Diciembre de 1892, varias veces le hemos leído, y no le hubiéramos traducido, ni traído á este querido semanario, en cuya vida y gloria hemos gastado la mayor parte de nuestra existencia, si la esencia de su espíritu, sus entusiasmos, sus abnegaciones y enseñanzas (los del discurso) no trajesen á nuestra memoria y meditaciones as obras de otro genio médico español, amigo que fué

de Pasteur, discípulo y propagador de sus enseñanzas; utilizador como Lister de sus doctrinas, y de quien sabios nobles y generosos, han cantado en obras importantes sus glorias y sus sufrimientos, sus conquistas en bien de la ciencia, y sus tormentos y desamparos como resultado de la envidia, la ignorancia y los prejuicios de los que, como dijo Pasteur, en los comienzos del discurso, fueron y son víctimas muchos hombres de ciencia, y lo fué también el propio Pasteur en muchos trances de su vida. Este hombre meritísimo, español, á que nos referimos, es el Dr. Ferrán. Espíritu tenaz, es consecuente, invencible, siempre saturado de fe y de esperanza, y sus descubrimientos van adquiriendo, á medida que el tiempo pasa, más y más adeptos, porque van siendo más numerosos, y por más naciones difundidos, los que comprueban sus estudios, y con ellos afirman, á su vez, las propias y siempre progresivas revelaciones de patogenias y de profilaxis que son los empeños capitales de la Medicina actual.

ANGEL PULIDO

PELADA Y FOTOTERAPIA

POR

E. ALVAREZ SÁINZ DE AJA

Del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

Desde que se sabe que la pelada no es enfermedad de origen parasitario ni microbiano local, ni por lo tanto contagiosa, cambiaron los derroteros de su terapéutica, y cuantos medios fueron usados para la cura de esta enfermedad, se redujeron á procurar mantener en el área pelada un estado, el más continuo posible, de rubefacción, de mayor aflujo sanguíneo y consiguiendo obtener con ello una mejor y más intensa nutrición de la piel enferma y de los folículos pilosos que en ella asientan. Aparte de esto, procurar hacer siempre el tratamiento general oportuno y el causal, cuando se pueda y se sepa, ó presuma cuál es la lesión ó proceso determinante de la caída del pelo.

En esta ocasión sólo vamos á ocuparnos de uno de los tratamientos locales de la pelada más en boga en estos últimos años y con el que hemos podido tratar un número bastante elevado de sujetos, para permitirnos formar juicio acerca del valor curativo del mismo. Nos referimos á la fototerapia mediante el empleo de la lámpara de cuarzo sin compresión, comúnmente llamada lámpara alpina ó sol artificial.

Es posible que no sólo la luz ó rayos ultravioleta, sino que también la luz blanca pueda conseguir los mismos efectos terapéuticos, según parece haberse logrado en otros procesos, singularmente tuberculosos; pero nosotros sólo tenemos experiencia numerosa de las curas de la pelada por rayos ultravioleta.

En el transcurso de los años hemos tratado 82 enfermos usando la fototerapia no completamente á satisfacción nuestra, pues entendemos que para su mejor éxito precisa repetir las sesiones con más frecuencia que la recomendada hasta la fecha; y es este el primer

punto en el que queremos rectificar nuestra conducta.

Siendo el objetivo de la fototerapia mantener constantemente el área pelada en un estado de congestión, precisa dar las sesiones cada tres días ó á lo sumo cada cinco, pues con las dosis prudentes usadas por nosotros, la reacción congestiva de cada sesión se prolonga poco más allá de las setenta y dos horas. Y haciendo las sesiones cada cinco ó siete días, resulta que la piel pelada se encuentra respectivamente de tres á cuatro ó cinco días sin presentar la menor señal de congestión ó rubefacción, lo que tiene por consecuencia una mayor lentitud en los efectos curativos y una mayor duración del tratamiento.

Dando las sesiones cada tres ó cinco días, apenas declinada una reacción congestiva, se produce la siguiente y se consigue el fin deseado, cual es el mantenimiento de un estado continuo de congestión é infiltración de la piel enferma. Por todo ello, consideramos que las sesiones de luz ultravioleta en las placas de pelada, deben ser cada tres ó cinco días y nunca retardarse más, siempre que se dosifiquen los rayos como nosotros hacemos y recomendamos.

La dosis ó modo como nosotros ejecutamos el tratamiento, es el de efectuar la irradiación colocando la piel enferma á 20 centímetros del arco de cuarzo y no prolongar las sesiones excesivamente para no llegar á la reacción flictenosa, es decir, á la quemadura de segundo grado, porque ésta no garantiza mejor el resultado curativo y produce á los enfermos dolores y los expone á infecciones secundarias, que hemos de procurar impedir á todo trance. Autores hay que recomiendan sesiones cada diez ó quince días y de treinta á sesenta minutos de duración; naturalmente, que esta técnica lleva como consecuencia inherente á la misma, producción de reacciones muy intensas, de flictenas, con dolores, exudaciones, formaciones de costras, y, en suma, se acompaña de todo un cortejo que resulta peor que la enfermedad misma, y á fin de cuentas no consigue, según nuestras noticias, mejorar el pronóstico de la pelada ni en su duración, ni en la cuantía de las curaciones.

Téngase en cuenta que la razón de existencia de la pelada casi nunca suele estar en el sitio en que aparece ni en sus cercanías y que estas terapéuticas intensivas, ó por mejor decir, excesivas, sólo tenían razón de ser cuando se estimaba la pelada como una enfermedad local dependiente de alteraciones nacidas, crecidas y existentes en la propia piel enferma; pero hoy que sabemos que, como regla, la alteración inicial causante de la pelada es ajena por completo al sitio enfermo, no tienen justificación estos tratamientos locales tan violentos.

Podría justificarlo una estadística superior en curaciones y rapidez de las mismas, pero como no es este el caso, de ahí que nosotros reprobemos francamente las grandes dosis de rayos ultravioleta y recomendemos tan sólo aquéllas que como efecto ulterior sólo producen una reacción congestiva, eritematosa, acompañada de un estado de piel turgente, infiltrada, reacción que termina con ligera descamación. Estimamos

innecesaria y expuesta á complicaciones la reacción flictenatosa, de segundo grado.

En consecuencia: la duración de las sesiones comenzará por ser de diez minutos y subirá paulatinamente á quince, veinte y á lo sumo media hora en pieles muy tolerantes, guiándonos para establecer la duración de las sesiones, el que nunca llegue á producirse reacción vesiculosa, ni menos ampollosa, en la piel tratada. Con la técnica indicada de sesiones á 20 centímetros del foco luminoso y de diez á veinticinco ó treinta minutos de duración, repetidas cada cinco días próximamente, estimamos que puede hacerse la cura de la pelada con el máximo de garantía para la curación de la misma y con absolutamente ningún inconveniente ó perjuicio derivado del empleo de la fototerapia.

Otro extremo en el que queremos insistir, pues ya hace años lo hicimos observar, es que se obtienen mejores resultados tratando no sólo la piel enferma, sino también los alrededores de la misma, y en general, que cuanto mayor sea la zona de piel irradiada—aparte la piel enferma,—tanto más rápidos y seguros son los resultados curativos. En vista de ello, trabajamos siempre y recomendamos el uso de la lámpara abierta, no usando los pequeños diafragmas de que va provista para limitar la acción de los rayos á pequeños círculos.

Cuando se trate de peladas muy extensas y en las que conviene irradiar la totalidad del cuero cabelludo, no debe prolongarse la duración de cada sesión más allá de quince á veinte minutos y no llegar á los veinticinco, ni menos á los treinta; ó de otra forma: que la duración máxima de las sesiones esté en razón inversa de la extensión de la piel irradiada, pues fácilmente se comprende que si una placa de pelada como dos pesetas ó un duro tolera bien una sesión de veinticinco ó treinta minutos, aunque la reacción sea grande sin llegar á lo flictenoso, una placa mucho más extensa tratada en el mismo tiempo dará lugar siempre á una reacción molesta, dolorosa, quizá perjudicial, aunque no llegue, en modo alguno, á la vesiculación.

Nuestra estadística general comprende, como antes hemos dicho, 82 casos, de los cuales obtuvimos la curación en 55; alivios tan sólo en 25, y resultado nulo en dos, lo cual da una proporción de 66 por 100 de curaciones, 31 $\frac{1}{2}$ por 100 de alivios y 2 $\frac{1}{2}$ por 100 de fracasos.

Tales resultados no son superados por ningún otro tratamiento local, ni aun igualado siquiera; y como quiera que las técnicas ajenas á la fototerapia usadas de tiempo atrás para el tratamiento local de la pelada son mucho más molestas, sucias y antisociales que ésta, entendemos que actualmente, pese á todos sus inconvenientes nacidos de su acción incompleta en ocasiones, es la fototerapia la mejor, más sencilla, limpia y cómoda técnica de los tratamientos locales de la pelada: por lo cual la colocamos en primera línea y la recomendamos calurosamente.

Los fracasos á que da lugar nacen exclusivamente de que en muchos casos obedece la enfermedad á cau-

sas que escapan á nuestros medios de investigación y que por ello no podemos luchar contra ellas, ó que persisten indefinidamente ó aun aumentan y se agravan, dando lugar á esos casos de pelada en los que, pese á todos los tratamientos locales, sólo alcanzamos alivios ó resultados nulos. Consideramos por lo tanto á la fototerapia como un tratamiento sintomático de la caída del pelo, con todos los inconvenientes de las medicaciones así llamadas, y con el que se acelera y activa de una manera extraordinaria el crecimiento del pelo.

Por ello, aun en los casos de pelada de causa reconocida y aun haciendo el tratamiento causal preciso, el uso de la fototerapia reporta siempre utilidad por la misma razón que individuos sin pelada sometidos á la acción de los rayos ultravioleta obtienen un mayor crecimiento del pelo y una mayor robustez del mismo; estos hechos generales de acentuar el crecimiento y la robustez del pelo en estado normal, que se observa también en los peládicos de causa conocida y en los que se hace el tratamiento causal, es lo que presta á los rayos ultravioleta un valor terapéutico superior á las demás medicaciones locales de la pelada y lo que hará que aun en el día que puedan tratarse etiológicamente todos los peládicos, puedan obtener positivos beneficios como medio coadyuvante de la terapéutica por la luz ultravioleta y aun quizá blanca.

Degenerescencia corneal mal definida vista á la lámpara de hendidura y microscopio corneal (1)

POR EL

DR. ANGEL CASTRESANA

Para esto, disminuimos la amplitud de la hendidura á 0,5 milímetros y colocamos el eje de la lámpara en una posición tal, que formará con el eje del microscopio un ángulo de 65°, posición que á nuestra manera es el más indicado para esta clase de observaciones minuciosas. Una vez cumplido este detalle técnico y produciendo el enfoque tanto de la iluminación focal para lograr la densidad óptima del fascículo luminoso y del microscopio por movimientos de avance y retroceso del tornillo micrométrico del microscopio hicimos avanzar de la parte central á la periférica de la córnea el prisma luminoso, cuidando de el enfoque de la arista anterior, para observar así el momento preciso de la aparición de la opacidad dentro de la cara de localización, si es que así podemos llamar la porción del prisma luminoso, encuadrada entre las líneas de entrada y salida en la parte contraria á la de situación de la lámpara, es decir, la parte nasal practicando esta técnica. Nos fué posible de apreciar la localización de las opacidades, que es la siguiente: haciendo avanzar el prisma luminoso en esta dirección, del centro de la córnea á la parte externa, apreciamos que cerca del borde de emergencia de esta cara y colocada en el cuarto posterior del corte óptico, se nota el comienzo de entrada á la opacidad, apreciación que nos demuestra la localización en las capas más profundas del parénquima corneal de la parte de córnea opacificada; mas siguiendo nuestro avance, pudimos observar que aparecía en las capas superficiales del parénquima, aserción que nos permitimos por la posi-

ción de esta nueva opacidad en relación con el borde anterior, la presencia de otra opacidad con los mismos caracteres que la anterior y que dejaban entre ellas las capas centrales del parénquima con los caracteres de normalidad; por lo tanto, por lo anteriormente descrito, vemos que la localización de la opacidad en capas anteriores y posteriores del parénquima y no de todo el tejido propio de la córnea. Visto esto, volvimos á practicar el estudio del enrejillado de la lesión para cerciorarnos una vez más de sus verdaderos caracteres y evitar una confusión que pudiera verse producida al tomar los estriados anteriores unidos á los posteriores. Nuestra primera observación era verdadera; el enrejillado anterior y posterior existían separadamente y no podíamos tener temor de equivocarnos, equivocación que hubiera sido posible, pues por un fenómeno óptico podíamos haber tomado esta figura por una sola, como resultado de estriaciones verticales anteriores con horizontales posteriores; previa esta aclaración y una vez que hemos visto dos formaciones en rejillas distintas en localización, pasaremos al estudio de la etiología y patogenia de estas lesiones.

¿Etiología? En vista de lo anteriormente citado, y no pudiendo haber catalogado esta afección en ninguno de los grupos hasta el presente delimitados, recomendamos al enfermo el examen de su estado general y de su secreción urinaria, así como el de la sangre y la cutirreacción de Pirquet, para ver si esta lesión podía explicarse por alguna infección general del enfermo.

Los resultados fueron los siguientes:

En el estado general del enfermo no se encontró nada de patológico en ninguno de los aparatos que especialistas competentes tuvieron la ocasión de examinar bajo nuestra indicación.

Análisis de orina: Simplemente se aprecia un aumento de fosfato: 3,05 gramos por litro; el enfermo nos dice tiene alternativas de orina más clara y más turbia. Cuatro días después, nos indica otro análisis por el mismo químico practicado, sólo la existencia de 1,05, habiendo seguido el enfermo su régimen habitual.

Sangre: suero.

Wassermann: negativo.

Sachs y Georgi = negativo.

Meinicke (última modificación): negativo.

Sangre: fórmula leucocitaria.

P. N. = 55 por 100.	P. L. = 28 por 100.
P. B. = 00 --	G. L. = 3 --
P. E. = 4 --	M. = 8 --
	T. = 2 --

Sangre: parásitos.

No se encontró ninguna fórmula parasitaria.

Sangre: fórmula de Arneht:

1. ^a	10 por 100.
2. ^a	43 --
3. ^a	33 --
4. ^a	12 --
5. ^a	2 --
	253 por 100.

Ligera desviación hacia la izquierda.

Sangre: glóbulos rojos y blancos.

Glóbulos rojos: 4.750.000.

Idem blancos: 7.500.

Hemoglobina: 70 por 100.

Valor globular: 0,82.

En glóbulos rojos no se encontró ninguna forma patológica.

Cutirreacción: Ligeramente positiva, pues á las veinti-

(1) Véase el número anterior.

cuatro horas apreciamos edematización y enrojecimiento de un diámetro de 2 centímetros con testigo normal.

Etiología: Como vemos por los datos obtenidos en el análisis de sangre, creemos poder pensar unido al resultado de la reacción Wassermann y falta de datos anamnésicos, en la no existencia de infección luética en el enfermo que ocupa en la actualidad nuestra atención.

Las descargas de fosfatos por la orina y la desviación hacia la izquierda de la fórmula de Arneht, nos sería suficiente para pensar en un terreno, si no tuberculoso en sí, por lo menos de predisposición para esta infección. El juicio que sobre este particular formáramos, nos lo comprobó la cutirreacción y los datos anamnésicos del enfermo, en el que vemos que ha existido una afección de este origen y podían hacernos comprender la ligera anemia que tanto en el número de los glóbulos rojos como en la cantidad de hemoglobina, nos indica el resultado de estos análisis.

Mas, ¿son estos datos los suficientes para poder pensar en la existencia de un proceso tuberculoso actual? La posibilidad de la cutirreacción, ya de la clásica de von Pirquet ó la de este autor modificada por Lignéres ó Lantier, y los datos que la sostienen, no tiene el valor práctico que se le atribuyó, pues sabemos que casi todas las personas adultas de las grandes ciudades, tienen esta reacción positiva, es decir, que se hallan en estado de *allergia*, estado que, descrito de una manera magistral por Marfán, nos indica la existencia de anticuerpos tuberculosos en el organismo, ya como resultado de una tuberculosis actual, ya como marchamo de un episodio infectivo en tiempos pasados. Mas si esto ocurre en el terreno teórico, veremos en la parte clínica cuán lejos de las afecciones tuberculosas corneales se halla la afección de nuestro paciente.

La falta de otros datos que pudieran iluminar el problema de la etiología de la afección y no queriendo caer en la corriente y cómoda postura de achacar á trastornos metabólicos ó secretorios internos la causa de lo que se desconoce, diremos que esta degenerescencia corneal tiene un origen completamente local, cuya etiología al presente desconocemos.

Una vez terminada esta breve disquisición acerca de la naturaleza del enfermo y una vez que no hemos encontrado en estado general nada que merezca tomarse en cuenta, pasemos á la cuestión de diagnóstico diferencial con los procesos corneales, que, al parecer, pudieron tener algún parecido sintomático.

Creemos que no es necesario volver á repetir las diferencias existentes entre las opacidades que resultan en los casos de queratitis y las lesiones que en la actualidad nos ocupan.

Tampoco es posible el confundir este proceso con el resultante de las afecciones parenquimatosas inflamatorias de la córnea; primeramente, porque en éstas existen síntomas subjetivos que el enfermo no ha padecido. En la queratitis parenquimatosa sifilítica, además de existir claros períodos de la afección con sus síntomas subjetivos, dejan como secuelas indelebles opacidades generalmente centrales, y existe sobre todo á la observación por medio de la lámpara de hendidura y microscopio corneal, la imagen del trayecto que los vasos en el segundo período ocuparon y que aparecen como espacios claros dentro de la opacidad. Ninguno de estos datos se han podido recoger, así como tampoco se han hallado estigmas ó reacciones que nos indicasen la existencia de una infección sifilítica en el paciente.

En cuanto á opacidades resultantes de una queratitis intersticial leprosa, no es posible el pensar en ella, puesto que el enfermo no padece lesiones de esta naturaleza. Sabe-

mos que las lesiones oculares leprosas son concomitantes siempre con lesiones de este mismo origen en esclerótica y conjuntiva, y que se desarrollan cuando la enfermedad se halla muy avanzada; además, las lesiones intersticiales leprosas en la córnea tienen los caracteres siguientes: pequeñas opacidades nodulares confluentes, superficiales ó profundas. A veces se hallan hasta por delante de la membrana de Descement, y siempre existe vascularización intersticial. Como vemos, no tiene ni un remoto parecido con las lesiones encontradas en nuestro enfermo.

Las opacidades resultantes de lesiones corneales parenquimatosas en la tuberculosis, además de otros síntomas bien definidos y que guardan, en lo que á dichas lesiones corneales se relaciona, un cierto parecido con las leprosas; la observación á la lámpara de hendidura nos marca una gran diferencia entre las opacidades en la tuberculosis intersticial corneal y las del enfermo, que merece nuestra atención en estos momentos. En las primeras, á la lámpara de hendidura se aprecian opacidades nodulares blanco grisáceo de superficie, como cérea, con su vascularización característica. Cuán distinto es este cuadro del recogido y descrito por nosotros en las primeras líneas de este trabajo.

Las opacidades resultantes de una queratitis esclerosante también son diferenciables fácilmente. De un lado, por la existencia de un botón de escleritis cercano al limbo, que da como resultado una opacidad corneal triangular de vértice hacia el centro de la córnea, y el otro, que esta opacidad no tiene límite de demarcación en el limbo, sino que aparece como si la esclerótica hubiese aumentado su extensión á expensas de la córnea. Existen, además, síntomas subjetivos.

La queratitis marginal profunda, lesión generalmente unilateral, se manifiesta en forma de una opacidad gris en el borde de la córnea y limbo, que se cambia en amarillenta y que suele ocupar un tercio de la circunferencia corneana en la parte alta, no hallándose separada del limbo por tejido sano, sino que se confunde insensiblemente por la esclerótica. Además, existe un corto episodio inflamatorio concomitante. El hecho de su localización, así como de la existencia de un período inflamatorio y la no existencia de una zona de tejido corneal normal entre la opacidad y el limbo, son caracteres más que suficientes para su diferenciación con el proceso que nos ocupa.

Pasemos al estudio de las lesiones crónicas parenquimatosas que en la córnea pueden asentar.

Comencemos por el gerontoxon ó arco senil, que, como su mismo nombre indica, aparece en forma circular, á manera de anillo, rodeando la córnea y dejando entre el limbo y su implantación un espacio de córnea transparente sólo en su superficie. Este arco senil comienza por un aumento en la reflexión de la córnea, y termina por una pérdida en la transparencia, que comienza su desarrollo por la parte superior, sigue por la inferior, para terminar por las partes laterales con una anchura de 2 milímetros á lo sumo. A la lámpara de hendidura tiene éste los siguientes caracteres: después de los treinta años es posible de apreciar al nivel de la Descement y en las partes periféricas (Vogt), la existencia de una reflexión interna muy aumentada. Más tarde se aprecia la existencia de una pérdida de transparencia, representada, unas veces, por una nubécula, y otras veces, por pequeños grumos, algo más blancos, sin llegar á ser completamente opacos, sino translúcidos; cuanto más tiempo pasa, la córnea es menos transparente. En la parte correspondiente á la zona transparente, ésta, como hemos dicho, lo es solamente en la parte superficial, pues en la profunda el aumento de reflexión es bastante acentuado.



En la región correspondiente á la zona clara es posible apreciar, á veces, la existencia de haces vasculares que tienen por objeto asegurar mejor la nutrición de estas capas superficiales. Como podemos fácilmente observar, tanto en la localización como en sus caracteres, es diferente el arco senil de las lesiones que hemos observado en nuestro enfermo. Entre otras diferencias, bástenos citar la existencia en nuestro enfermo de una zona de córnea completamente normal entre la opacidad y el limbo.

No creo será difícil el comprender la disparidad existente entre las lesiones llamadas opacidades nodulares de la córnea, caracterizadas por hallarse en su parte central las más gruesas y las más pequeñas en la periferia, levantando ligeramente el epitelio y que aparecen en la juventud, y las de nuestro enfermo. Lo mismo ocurre con la llamada opacidad en enrejado de la córnea, que no tiene de diferencia con la anterior más que la existencia de finas estrías entre las opacidades.

La esclerosis ó degeneración senil de la córnea es un proceso de la senectud simétrica, lo que hace creer es un proceso trófico; se desarrolla en la parte superior de la córnea, casi en el limbo; á veces llega á rodear la córnea y se caracteriza por la degeneración grasosa de las células corneales. La existencia de ambos ojos y su producción en la parte superior de la córnea, la diferencia de las lesiones de nuestro enfermo.

Y pasemos al estudio de la opacidad en bandeleta ó degenerescencia calcárea de la córnea: Se caracteriza por la aparición de dos manchas blancas que asientan en el diámetro horizontal de la córnea sin llegar á ganar el limbo. Estas manchas se extienden progresivamente hacia el centro de la córnea, y algunas veces llegan á franquear, formando en esos casos una especie de franja opacificada horizontal y que llega á tener de 2 á 4 mm. de anchura. El epitelio corneal aparece liso sin acuminamientos en su superficie. Está caracterizada esta afección, por la presencia de la membrana de Bowman, de sales calcáreas secundarias á lesiones de origen aún no determinado. Estas lesiones á la lámpara de hendidura tienen los caracteres siguientes: En el corte óptico aparece la opacidad superficialmente, colocada, aproximadamente, al nivel de la membrana de Bowman, quedando la parte correspondiente al parénquima corneal en completo estado de normalidad. El aspecto de la opacidad es cretáceo observada á la luz lateral. Se aprecian en su superficie como granular, la existencia de manchas oscuras observadas á la luz directa, que tienen gran parecido con los desgarramientos de la membrana de Bowman. Los vasos conjuntivales cercanos á la córnea se hallan obliterados, en parte.

No nos detendremos más en la explicación de los caracteres de la esclerosis corneal, pues son completamente distintos de los por nosotros encontrados en nuestro enfermo.

Tampoco tienen para nosotros interés las opacidades congénitas, puesto que como la de nuestro enfermo ha sido adquirida, no puede existir en ellas ninguna relación.

Pues si no tiene ninguna relación la opacidad de nuestro enfermo con las hasta el presente descritas, ¿qué proceso corneal padece?

Las opacidades corneales pueden ser: ó el resultado de lesiones inflamatorias corneales con la subsiguiente formación de tejido conjuntivo que por no ser transparentes producen la opacidad; ó por lesiones degenerativas de esta membrana.

Ya hemos hecho en capítulos anteriores la diferenciación diagnóstica en las opacidades consecutivas inflamatorias y los caracteres de la de nuestro enfermo.

En cuanto á las lesiones degenerativas de la córnea conocidas, no guardan ningún parecido con las que en este trabajo hemos descrito.

Nuestra dificultad para el diagnóstico estriba en la falta de análisis histopatológico de la córnea del enfermo, que no nos permite diagnosticar á estas lesiones con verdaderos argumentos clínicos.

Que se trata de una degenerescencia corneal, no necesita volver á discutirse. ¿Su causa?... desconocida. ¿Se tratará de un caso de degenerescencia corneal albuminoidea? Mas, ¿por qué no hialina, coloide, ó grasosa? ¿Será ésta una lesión que secundariamente terminará por una calcificación?

No teniendo costumbre de sentar afirmaciones gratuitas en nuestros diagnósticos, dejamos en suspenso éste, hasta el momento de poder catalogar esta afección corneal en el capítulo anatomopatológico más indicado.

ABDOMEN AGUDO ⁽¹⁾

POR EL

DR. SLOCKER DE LA ROSA

Hoy no se puede conseguir esto más que si se tiene un conocimiento ó parentesco familiar con el ejército, y después de muchos pasos ó muchos empeños, se consigue alguna de las magníficas ambulancias que la Sanidad militar ha logrado para el servicio de la guarnición. Y como no tiene ese oficial destino, los paisanos se quedan casi siempre sin sus beneficios. Con dinero y un poco de organización se puede tener un servicio para la población civil. Lo mismo decimos para verificar los traslados de embarazadas; con mayor razón los heridos.

No está de más esta protesta, pues no se debe dejar escapar ninguna ocasión en que se haga pública la nuestra, ante la deficiencia de estos servicios públicos, tan necesarios ó más que otros, que pomposamente paga la ciudad ó el Estado para nutrir exclusivamente nóminas de empleados.

Ya quisiéramos que estuviese á la altura que están los de desinfección del Laboratorio Municipal, que dirige nuestro buen amigo el Dr. Chicote, modelo de director, con capacidad y dotes de organización y de mando.

Por fin la enferma es conducida al hospital, todo ello como hemos referido, tarde y con daño, y allí se la atiende. Pasemos por alto cómo debe estar organizado este servicio, por el momento, y terminemos esta disquisición.

Si la enferma tenía una posición menos modesta, el problema aún es peor; la asiste una Sociedad también, paga más; pero aquí luchamos con los prejuicios, pues las familias no acceden fácilmente á llevar al hospital á la paciente y en camilla mucho menos, teniendo una indicación de urgencia que llenar, y á domicilio no es posible. Siempre que nos hemos visto, hace unos años más que ahora, en casos semejantes, en una casa de oficinista ó algo más, de un profesional, nos han dado la única toalla de la casa, no siempre limpia. Recordamos la frase de un célebre cirujano, cuando se veía en circunstancia semejante, y le preguntaba la familia si se podía hacer la operación en la casa, mientras se secaba las manos lentamente: «A juzgar por lo que veo, señora (y miraba la toalla con sus lagunas de tejido, tal cual cambio de color, que no era del mismo), aquí no se puede tener la limpieza necesaria en esta clase de operaciones... llévemela al hospital y lo haremos en mejores condiciones...»

(1) Véase el número anterior.

¿Qué va á hacer una familia que no tiene medios económicos suficientes para sufragar gastos que se ocasionan con este motivo, incluso los honorarios facultativos, y no quiere ir al hospital?

Tampoco en muchas ocasiones puede ni pagar una modesta estancia en salas de distinguidos (mal organizadas en casi todos los hospitales, tal como hoy están establecidos). También aquí hay mucho que hablar. O se establece el seguro de enfermedad para que al ingreso en el hospital nadie sea realmente pobre, ó si el Estado, la Diputación ó el Ayuntamiento han de sostener hospitales, hay que tener éstos limpios, bien montados, que no sean la antesala de la muerte (ya lo hemos comentado alguna vez), de donde huye el enfermo todo lo que puede y rehúsa entrar porque no están sostenidos como deben, y donde se ofrece el contraste que indigna, de que por el contrario pretende entrar para operarse el enfermo pudiente, pero forastero, que busca cartas de recomendación con las advertencias de «mucho interés», y de que el enfermo «no tiene medios», para rehuir el pago de honorarios al cirujano, fuera del hospital, so pretexto de que aquí en Madrid no le conoce nadie... ocupa muchas veces una cama que debía estar vacía para recibir al pobre verdadero, al que con ilusión admitimos y tratamos de curar, al enfermo desvalido, que es siempre, dígame lo que se quiera, fundamento y portavoz del crédito profesional que nos labramos en los hospitales, pese á la ingratitud de algunos, que pasaron por nuestras salas y que olvidaron no sólo nuestras fisonomías, si que también nuestro nombre. En todas partes se considera que en cualquier momento el hospital puede ser nuestro albergue, sea cualquiera nuestra posición económica, y por ello todo el mundo ayuda, moral y materialmente al hospital. D. Federico Rubio fué el primero en España que se preocupó de buscar esta cooperación social hacia los hospitales; y aunque hoy muy extendida, no lo es tanto, puesto que hay hospitales del Estado que no reciben donativos, por creer que si el Estado los sostiene lo debe hacer á todo gasto y de su sola cuenta.

Dejemos este sector de consideraciones que nos llevarían muy lejos; pero se imponían, dado que las indicaciones operatorias que surgen de la ruptura del embarazo ectópico, así como de otras lesiones de abdomen agudo, se han de intervenir en un medio adecuado, donde salas, aparatos, ayudantes, todos los medios auxiliares estén metódicamente organizados y sepamos su eficacia para improvisar cuanto haga falta, y, además, á nuestro modo y costumbre. Cada cirujano acomoda su experiencia á un cierto patrón del que únicamente no se sale más que para implantar un progreso, en esterilización, anestesia, por ejemplo, siendo asunto de importancia y más para intervenciones de urgencia.

Supongamos que en el domicilio, clínica privada ó hospital podemos intervenir, y lo hagamos con tiempo, sin que el enfermo esté agotado, sin fuerzas, casi perdido.

Sea permitido una vez más hacer un llamamiento á los médicos generales para que colaboren, no sólo en el diagnóstico precoz, si que también en plantear pronto la intervención y preocuparse (y esto es lo más interesante, á mi juicio) en asistir á las operaciones de estos enfermos de abdomen agudo, casi siempre con más lesiones que las supuestas, y que verdaderamente, si nos impresionan por su intensidad á los que las vemos todos los días, no impresionan menos á los que si deciden honrarnos con su asistencia á las intervenciones y donde observen con nosotros las terribles hemorragias de los embarazos ectópicos ó traumatismos de abdomen, oclusiones, etc., de las que no podrían dar cuenta los medios farmacológicos mejor intencionados; las lesiones peritoneales de infección de las perforaciones y el trauma-

tismo operatorio y anestésico que han de sufrir y añadirse (único modo de hacer revivir todos los días á sus ojos), síndromes que algunas veces engañan, y cuyo pronóstico con el tratamiento médico es fatal.

Si esto decimos de la asistencia en las grandes poblaciones, ¿qué no habría que comentar en núcleos más pequeños, alejados de hospitales ó de cirujanos por muchos kilómetros de distancia? En este terreno se ve en nuestro país, aunque en embrión, la tendencia á subvenir estas necesidades con el funcionamiento de las brigadas sanitarias.

De mi personal actuación sé decir que mis estadísticas han mejorado no sólo porque cada cirujano mejora lenta ó rápidamente su técnica, sino que en este grupo de lesiones lo atribuyo á la cooperación que me han prestado aquellos médicos internistas ó especializados que fueron presenciando las intervenciones y me llamaron más pronto, honrándome con su confianza.

Las adherencias.—Es indudable que las adherencias peritoneales son una reliquia de una pasada peritonitis en cualquier terreno de la serosa, y resultado de un traumatismo químico ó mecánico ó de una inflamación. Hay que considerar, pues, la adherencia como proceso que por sí produzca cuadros clínicos con perturbaciones tales que determinen dolor, estrechamiento y las dificultades consiguientes á las distintas topografías donde este episodio patológico pueda ocurrir; por lo tanto, son un movimiento de defensa del organismo, que, exagerado, pueda llevarle á los límites de lo patológico. Por el contrario, tales adherencias que dentro de estos límites de defensa han podido beneficiar al organismo, únicamente desde el punto de vista técnico tienen importancia. Sin embargo, uno de los aspectos más interesantes que tienen las adherencias peritoneales para el cirujano, son aquellas que se llaman post-operatorias, provocadas por la técnica á propio intento, para que se verifique la adherencia próxima de dos órganos por sutura, ó, lo que es lo mismo, una cicatriz; ó aquellas de las que hemos huido en la intervención, y que no obstante las más escrupulosas medidas de precaución, no han sido bastantes á evitar su formación; por ello, cuando en las laparotomías de-de el primer momento los órganos intraabdominales se ponen en contacto con la piel embadurnada con tintura de yodo, se determina un traumatismo químico, el más á propósito para la adherencia. Nosotros, en nuestras intervenciones, hace tiempo que á los bordes del peritoneo cosemos ó sujetamos con pinzas, paños húmedos estériles, que reciben el directo contacto con los órganos que se exteriorizan y no permite el de la tintura de yodo. Estas adherencias se forman por la organización de los exudados por el tejido conjuntivo y formación de vasos. Pero la natural tendencia de una pared intestinal para defenderse del traumatismo, es paralizar sus movimientos y se sigue una exudación serosa, depositándose fibrina, que al organizarse llega á la adherencia. Todo ello ha ocurrido por caerse y romperse la capa endotelial, proceso estudiado hace mucho tiempo. Se infiltran leucocitos polinucleares en las masas fibrinosas, y al cabo de cinco horas gran número de células redondas pueden comprobarse en los espacios infiltrados.

No todos los segmentos del tramo gastrointestinal tienen la misma tendencia á contraer adherencias, ó al menos con la misma intensidad y rapidez, pues parece ser que esto está relacionado con la flora que el intestino tiene á sus distintas alturas.

El duodeno las contrae menos que el ileon, y se sabe que el primero tiene menos bacterias ordinariamente que el segundo, sobre todo cerca de su terminación. Si á la infección se añade el traumatismo, la tendencia á la formación es

mayor que con el traumatismo solo. Los estudios experimentales han permitido observar un ciclo evolutivo que llega en ocasiones hasta su desaparición, por la circulación supletoria que se limita exclusivamente á la zona de traumatismo ó de infección, ó de ambas cosas á la vez. Así ha podido observarse que frotando una zona de peritoneo parietal con un cepillo de dientes estéril, la adherencia parietal del omento á esta zona de la que se había excluido la inervación por la sección de los intercostales correspondientes, no haciéndose una regeneración endotelial correcta, la formación de adherencia es segura; de ahí que cuando se seccionan nervios parietales no sólo se atrofian los músculos correspondientes, sino que también con la formación de adherencias hay una mayor tendencia á las eventraciones, dado que lo son á la pared abdominal. El hecho mismo de la sequedad del peritoneo que sufre en contacto del aire, predispone á ellas y por eso es muy útil el papel de las compresas húmedas ó paños húmedos sostenidos en los bordes, y que al mismo tiempo, como hemos dicho, evitan el contacto con la piel y el yodo. El solo traumatismo repetido de secar con una compresa en el mismo sitio produce iguales efectos, de donde se deduce que hay que ahorrar estos toques y no hacer sino los necesarios para empapar la sangre que nos impide ver el vaso que sangra ó el sitio donde vamos á colocar un punto de sutura. De cualquier manipulación que motive el más pequeño traumatismo habríamos de decir lo propio. Ciertos agentes químicos provocan idénticos resultados: la tintura de yodo, el cianuro mercúrico, el ácido fénico, etc. De la primera puede decirse que cuando tiene una concentración mayor del 2 por 100, apenas produce adherencias en el peritoneo (de los perros). Cuando se ha experimentado en estos animales, con antisépticos, se ha hecho, no sólo con el objeto de ver el poder de desinfección que pudieran tener para limpiar los focos, sino para ver su valor antiadhesivo. Soulignox, en 1912, y Morestin, pusieron gran cuidado en experimentar los lavados del peritoneo con éter y desde entonces se ha propagado extraordinariamente, no sólo desde el punto de visto preventivo, si que también para los focos supurados. Hace cinco años que venimos usando el éter después de limpiar la cavidad de coágulos y con una compresa empapada limpiamos la zona amarillenta ó roja de una perforación, ó después de una extirpación de apéndice en cuyas proximidades se ha vertido exudado seguramente séptico. Utilícese el éter puro, empapando suavemente las asas intestinales antes de reducir las. No somos partidarios de dejar cierta cantidad de éter en la cavidad, aun cuando se confíase en que una vez cerrado el abdomen, como se evapora á 35°, estos vapores pueden llegar á los últimos rincones de la serosa. Esto tiene sus inconvenientes, pues puede absorberse rápidamente y producir muertes súbitas, de las que hay un ejemplo en el caso de Walther; si se ha dejado desagüe, es ilusorio que pueda persistir, pues la volatilización del éter sale por el desagüe. Al contacto de esta substancia las asas intestinales y los órganos que toca toman un color rosado; aumenta la circulación porque después de una vasoconstricción provocada por el frío viene el fenómeno contrario, y si el enfermo está despierto, en vez de experimentar sensación de frío, es de ardor, de quemadura. En algunos casos de hernia estrangulada he utilizado el éter, no sólo por desinfectar el intestino que se baña en trasudado séptico, sino por ver si el asa recupera su color ó no, substituyendo el agua caliente para proceder á resección en el abdomen ó resección.

Se ha demostrado la muerte de cultivos puros de distintas especies bacterianas y hasta de esporos por el éter; así, por ejemplo, el coli muere en un minuto. El uso del cauterio

apenas produce adherencias cuando se trata de un contacto puntiforme para un pedículo y dejando éste incluído en una bolsita serosa; pero, en cambio, si se utiliza en amplia superficie de radiación calórica, entonces sí que produce quemadura y, naturalmente, adherencias, como final del proceso. La sangre líquida tiene tendencia á ser reabsorbida, pero cuando en la cavidad peritoneal se derrama en el espesor de ligamentos ó pedículos, en la pared, disecando del plano músculoaponeurótico el peritoneo parietal, formando hematomas, así como en el gran omento, hay siempre un proceso de reacción enérgico y formaciones adhesivas. El gran omento entonces, por medio de su borde libre, tiende á defender el proceso y se adhiere como lo hiciera con una punta ó foco á punto de perforarse en cuanto la inflamación esté un poco adelantada; en los perros sacrificados después de punta con aguja en un intestino, se le ha visto adherirse. Esta propiedad, como tantas otras que tiene el epiploon, de adherirse buscando el sitio de peligro, puede tener su trascendencia durante el primer período defensivo y después, dado que al hacerlo en el fondo de Douglas puede hacer tracción sobre el colon transversal, el cual, en ocasiones, no cede, se dobla y puede obstruirse. Así ocurre y lo vemos con frecuencia adherido á las trompas en procesos no recientes, por ruptura ó salpingitis, y bien podemos asegurar que debió tener intensidad si tiene pegado el epiploon. Lo mismo acontece con el apéndice, divertículo de Meckel, etcétera. Las adherencias de las vísceras á la pared producen trastornos de variada intensidad según el proceso que las motiva y el grado de organización, su dureza, longitud, etcétera; este proceso, provocado por el cirujano y dirigido sabiamente, permite abrir abscesos que no habían llegado á adherirse á la pared y que no pueden, quirúrgicamente, ser incindidos sin esa protección adhesiva que ha de buscarse por la interposición de gasa, por ejemplo, y una vez pasadas cuarenta y ocho ó sesenta horas, incindir y evacuar sin temor á que caiga pus en la cavidad peritoneal. Esa propiedad de pegarse tan fácilmente que el epiploon tiene, es utilísima para emplearle como material de injerto, bien pediculado ó bien libre. Como se adhiere pronto, porque pierde por su frotamiento con la superficie su capa endotelial, contrae pronto esta relación, y aunque no evita la formación de adherencias, al menos lo logra mucho mejor que los líquidos oleosos, las láminas finísimas de metales é incluso que las membranas de Cargile, etc.; pero estas laxas adherencias que el dicho injerto contrae son delgadas, largas, suaves, y no organizándose tan rápidamente, son las que muchas veces llegan á desaparecer.

Las perturbaciones á que dan lugar son muy variadas pero, aparte el dolor, los fenómenos de estructura son los que caracterizan principalmente á los síndromes más corrientes por el lado del aparato digestivo. Así, por ejemplo, el síndrome de Koenig es frecuente en antiguos laparotomizados, y he tenido que operar por oclusión intestinal á algunos enfermos cuyo intestino delgado estaba pegado á la cicatriz de la laparotomía. Bien que en ocasiones esta adherencia parietal haya sido provocada tal vez al hacer la sutura del peritoneo en enfermos con mala anestesia al fin de la operación. Los fenómenos más diversos se originan por las producidas por cualquier causa; pero una de las más interesantes son las motivadas por reacción inflamatoria peritoneal de la úlcera pilórica. Ya hace algunos años estudié estas peritonitis parciales, y á aquel trabajo me atengo aún hoy, sin que haya que modificar las ideas entonces expuestas. Los procesos que les dieron origen se estudian por separado. Las congénitas más espesas, duras y organizadas, y que tomaron el nombre de las que las derivaron (Lane), for-



man nuevos mesos ó se añaden á los normales y son coexistentes con anomalías del desarrollo, falta ó exageración de la torsión que sufre el intestino, etc.

Pueden producir fenómenos que, acentuándose un día y otro día, llegan á una fase aguda, que quizá dé motivo á nuestra intervención, sobre todo en los niños, dándose la llamada oclusión congénita del intestino, que casi siempre es múltiple, rara vez única, mucho menos frecuente que la del píloro ó del ano. El primer caso fué descrito por Calder en 1733, de atresia del duodeno.

El desagüe.—Es evidente que la cuestión del desagüe hay que considerarla desde distintos puntos de vista, pero principalmente como preventivo, para dar salida al exterior á exudados probables de una herida operatoria y de una intervención aséptica, ó también favorecer la eliminación de los que hayamos ido á buscar por la intervención propiamente dicha. A juzgar por las más serias investigaciones clínicas y de laboratorio que los ginecólogos más afamados de todo el mundo y principalmente de nuestro país han venido haciendo, parece ser que en las laparotomías asépticas han dejado el desagüe con menor frecuencia conforme han ido perfeccionando la técnica, de tal modo que, siendo la base de la peritoneización el no dejar superficies cruentas en los mesos ó en la pared, se reúnan cuidadosamente por sutura serosa superficies de peritoneo, que al adherirse dejen revestidos los órganos, esto es, rehecha la cavidad peritoneal, sin que una superficie sangrante quede sin cubrir y con el menor traumatismo posible. Hasta hace poco, después de una laparotomía laboriosa en que tuviéramos que desprender del fondo de Douglas, recto, vejiga, intestino, epíplon, etc., una trompa ó apéndice inflamados se solía dejar (y aun hoy algunas veces dejamos) un desagüe de gasa, bien sola ó bien recubierta de goma. Esto, que se llamaba desagüe, tenía según el modo de ver más generalizado, dos papeles importantes: uno el de que bien taponada una superficie que sangra uniformemente sin vaso ligable, permitía cohibir esta hemorragia difusa, muchas veces de poca importancia, pero desde luego persistente, y evitar de este modo la formación de un hematoma ó la acumulación de líquidos serosos lo más á propósito para la germinación de aquellas bacterias que pudieran haber quedado libres en la cavidad peritoneal y que serían el origen de un foco séptico, que habría que drenar secundariamente, ó determinaría fenómenos de mayor ó menor intensidad con evidente peligro de propagación. Al mismo tiempo que este papel hemostático, este otro de convertirse en desagüe ha sido muy discutido, pues el instante de convertirse en favorecedor de la eliminación de exudados, después de haber cohibido una hemorragia, es muy difícil de puntualizar. Esto por lo que respecta al desagüe abdominal en la laparotomía ginecológica, pues lo que pudiera decirse de él es aplicable al desagüe vaginal hecho á través de una abertura del fondo de saco posterior. Tiene éste, sin embargo, en su abono la favorable circunstancia de estar en el sitio más declive, considerando á la enferma en posición semisentada; pues en algunas laboriosas laparotomías en que se ha tenido que perseguir minuciosamente la extirpación de ganglios en zonas muy altas y por encima de la pelvis, ha permitido observar en autopsias grandes exudados que remansaron hacia el hueco renal, y ha hecho que tuvieran la idea algunos cirujanos de establecer desagüe por la región lumbar, dado también que muchas enfermas no pueden estar sentadas ó conservar durante mucho tiempo esta posición cuando quedan muy quebrantadas por laparotomías laboriosas.

El desagüe abdominal en otros territorios que no corres-

ponden al aparato genital, tiene absolutamente los mismos motivos de discusión que en la porción infraumbilical. Hay que convenir en que está aceptado, á nuestro juicio, pese á la respetable opinión contraria, que el menor foco de peritonitis intraabdominal debe dejarse desaguado, y lo que únicamente podría discutirse es, que un foco de traumatismo operatorio deba ser ó no drenado como medida preventiva. Aquí ya pueden tener importancia las consideraciones que López Sancho hace, y son, en resumen: que el desagüe, más que un modo mecánico del tratamiento de heridas operatorias, sea una cosa abstracta, un método operatorio perfectamente reglado, ó para decirlo más claramente, «practicar el desagüe operando correctamente para no tener que dejarle colocado». Si bien es cierto que interviniendo correctamente, haciendo operaciones completas, hay menos ocasiones de colocar desagüe, éste, hoy por hoy, no puede eliminarse. Sabemos que los restos de tejidos que nosotros no podemos eliminar con la intervención, los circundantes tienden á hacerlo; luego si hemos hecho una operación completa, ideal, lo que quiere decir mínimo traumatismo, correctas ligaduras, peritoneización escrupulosa, todo eso llevará consigo la eliminación de aquéllos motivos, ó, al menos, su disminución al minimum, que eran fundamento del desagüe. Con esto se tiende, en una palabra, á eliminarle de la técnica, no porque sea inútil, sino evitando por la corrección operatoria las ocasiones de dejarle establecido.

Resumen: que el cirujano cada día opere mejor y que cada época sea para todos los cirujanos rica en progresos, que pongan á todos en mejores condiciones de eliminar el desagüe; pero, entendámonos, el desagüe preventivo.

Puede asegurarse como contraste de tan nobles ambiciones y altos ideales de perfeccionamiento, que aunque á los cirujanos noveles se les vaya inculcando esto hasta que cada uno vaya encontrándose seguro, cada día más seguro de sí mismo, no está de más recordarles que en el desagüe pueden encontrar la salvación algunos enfermos como la encontraron los de algunos maestros, cuando sin ser principiantes no tenían el dominio de su arte, ni la corrección operatoria que les llevó á la cumbre. Buena prueba de ello es, que aun los más esforzados en la supresión, pocas veces, pero algunas, tienen que echar mano de él, bien en el momento operatorio, bien después, secundariamente, aun en algunos casos que se creyeron de correcta intervención.

Cabe, sin embargo, pensar que, en ocasiones, si no se salvaron algunos enfermos á pesar del desagüe, pudiera deberse á que él fué deficiente (poco desagüe) ó no estuvo bien colocado. También puede ocurrir que la operación fuera insuficiente é insuficiente el desagüe al mismo tiempo. Tal ocurre con aquéllos focos de apendicitis que no pueden desaguar por la fosa ilíaca derecha, por donde se hizo la incisión de elección, y debió abrirse también por el lado izquierdo, dejando igualmente asegurada la eliminación en este territorio.

Uno de los motivos que pueden inducirnos al desagüe es el hacer suturas, aunque correctas, sobre órganos inflamados; suturas que pueden fallar y permiten, en cambio, el paso del séptico contenido del intestino á la cavidad cuando las apoyamos en él, para el tabicamiento de la pelvis.

Quede, pues, sentado que el drenaje casi está suprimido con la moderna técnica quirúrgica, pero que en las infecciones agudas, en las colecciones que vamos á evacuar, hay que sostener esta evacuación. Bien entendido que lo mismo en la cavidad peritoneal como en la pleura, sosteniendo por más tiempo que el necesario, causa un efecto contraproducente; y si en el tórax hace fístulas, en el abdomen las hace y las eterniza.

El desagüe de Mickulicz, aplicado en forma de bolsa, rellena de tira de gasa, ha tenido menos partidarios; desde hacía mucho tiempo suprimíamos el relleno, y en vez de colocar un saco con fiador y mecha interior, colocábamos varios vacíos. Vimos á nuestro maestro, el Dr. López Sancho, haber adoptado esta técnica también, pues facilita el desagüe y queda facilitada su extracción, molesta para el cirujano, dolorosa para la enferma y peligrosa algunas veces.

Este desagüe de Mickulicz lo he aplicado últimamente recubriéndole de goma, utilizando trozos de guantes de Chaput, inservibles como tales guantes, cuya superficie lisa permite suponer excite menos la formación de adherencias.

Siempre hemos procurado la restauración lo mejor y más pronto posible en la piel, por motivos de estética; también por saber de qué modo las cicatrices cutáneas se hacen irregulares, keloideas ó flácidas, nacaradas. Si hemos de huír de estas perturbaciones á las que se llega por defectuosa coaptación ó séptica sutura, hay que procurar no sólo coaptar los bordes de la piel, sino también el tejido celular; de lo contrario, al pasar los diez ó doce primeros días, retirados los puntos, faltando el apoyo y presión de éstos, los tejidos de nueva formación sufren un estiramiento y se sostienen entre los que fueron bordes de una misma incisión al modo de puentes. Lo mismo en el peritoneo hay que hacer en ocasiones: si los bordes de éste quedan tensos, hay que deslizarlos y hasta poner puntos profundos que achiquen ó hagan desaparecer espacios muertos, al modo como lo hacemos en la herida de una laparotomía al poner los puntos profundos de Faure que se anudan después de los *agraffes*, sobre una tira de gasa.

Este modo de hacer las funciones del desagüe, ó dicho sea en otros términos, suprimir aquellos que motiven su colocación, es la corrección técnica á que debemos aspirar. Al genio de los franceses se debe el hacer el drenaje por aspiración intermitente en cavidades de órganos á través de tubos de goma, tubo de Marión, donde en las primeras horas se introduce una gasa que taponaba el hueco prostático. Este principio se adopta también haciendo que esta aspiración sea continua, suave, pero mecánica, con pequeños motores bien calculados y mejor contruidos. Pese á estos modernos medios que hace un momento comentábamos de suprimir el desagüe, surge la reacción de prodigarle de nuevo.

Cignozzi, recordando el papel que ha desempeñado la parafina durante la guerra en el tratamiento de las quemaduras y hasta prolongado ó ampliado su empleo como antiflogístico, papel debido á las propiedades, no de las sustancias, como la resorcina, que se han incorporado á aquélla en algunas proporciones («ambrina»), sino á las peculiares de la parafina misma, hace una calurosa defensa del desagüe, cuya transcripción ó comentario nos llevaría muy lejos, y le asigna las cualidades más sobresalientes que puedan desearse para el desagüe más correcto; facilita la salida al exterior de los exudados aun de operaciones asépticas, dado que es todavía en algunos servicios quirúrgicos de los hospitales imposible separar enfermos infectados de los que no lo están. Además, no retarda la curación nada y permite la cicatrización por primera intención. Impide la adherencia á su superficie de líquidos ó restos de tejidos que habrán de eliminarse. Excita la proliferación equilibrada de los tejidos en su contacto, ó modera el proceso de proliferación y reparación cuando se hace exuberante, como ya habíamos notado todos los que manejamos la ambrina, excitando tanto al tejido conjuntivo como al epitelial. Por eso tiene un «poder histófilo».

Cualquiera que sea el tipo de drenaje que se adopte en los casos en que no haya otro recurso que su utilización,

algo importante hay que tener en cuenta y que mencionamos brevemente al principio de este capítulo, y es la posición del enfermo para favorecerle.

Investigaciones experimentales en perros han demostrado el distinto poder de reabsorción de la pleura y el peritoneo, según los decúbitos, y se han hecho estudios muy interesantes por lo que respecta á las peritonitis agudas. Introduciendo colargol en la cavidad peritoneal y haciendo radiografías en distintos decúbitos, estando los perros á ratos en libertad y después de cierto tiempo de inmovilización, Baudy y Rowutres deducen que la reabsorción es muy rápida al nivel de todos los territorios de pleura y peritoneo, haciéndose por vía sanguínea y no por vía linfática, y en cualquier decúbito tiene la misma rapidez, aunque sea con la cabeza baja; menor, cuando la cabeza está más alta que el cuerpo, en que es más lenta. El peritoneo visceral desempeña importante papel en esta absorción; menor la pleura.

No se confirma la existencia de una corriente intraperitoneal linfática hacia el diafragma, y no tiene más papel que las otras paredes del abdomen, por lo que se refiere á la absorción.

La gravedad tiene una marcada influencia sobre la localización de los líquidos, mayor aún en la pleura que en el peritoneo. Aquí el intestino retarda, modifica la caída á la pelvis de los líquidos. Cuando un animal en movimiento al que se le han introducido corpúsculos sólidos en el peritoneo es sacrificado, se observan éstos repartidos por toda la cavidad. En cambio, la inmovilización de los intestinos retarda la difusión de los líquidos; pero se deduce que en la posición de Fowler, modificada por Coffey, permite que se acumulen en las fosas lumbares; y dado que en estas peritonitis generalizadas lo más frecuente es verlas originadas por apendicitis, inclinar al enfermo á la derecha es lo conveniente.

Vías urinarias.—Hay síndromes agudos que se desarrollan en el abdomen y proceden del aparato genitourinario. Por torsión de testículo no descendido, por inflamaciones del conducto deferente, por tumores del riñón, estrechamientos uretrales de todo orden, cálculos renales y ureterales é infección aguda del riñón y del tejido perirrenal; amplio capítulo que requiere, ó simplemente la enumeración de los síntomas ó profundizar en toda la patología urinaria, lo que no es pertinente. El riñón y el tejido celular perinefrítico puede ser infectado por la corriente sanguínea, vasos linfáticos ó infección ascendente. En algunas ocasiones, por propagación de alguno de los procesos agudos estudiados anteriormente, sobre todo por colecistitis ó abscesos de origen intestinal. Aquí el dolor suele ir acompañado de aumento de volumen del riñón, no siempre fácilmente apreciable, si el enfermo es obeso, contractura no muy intensa en la pared anterior, más en la posterior, hiperestesia. La fiebre suele acompañar constantemente al proceso; pero estando dolorosa la región subcostal, hemos de cerciorarnos de que no se trata, sobre todo en el lado derecho, de un proceso hepático ó de pleura diafragmática ó espacio costodiafragmático, donde había algún roce, y lo mismo puede decirse de un proceso de base de pulmón. Puede haber escalofríos repetidos, muy semejantes á los que se presentan en las infecciones biliares agudas y el paludismo, y seguidos muchas veces de sudor, no siendo bastante, aunque sirva de algo, el estudio del análisis de orina. Así sucede con algunas pielitis, para lo cual se requiere la exploración por cateterismo ureteral. Si el dolor producido por cálculo ureteral ó renal, cuyos puntos dolorosos conocidos y reflejos renorenal, vesical, etc., nos orientan en la averiguación del órgano enfermo, quedaremos también en duda alguna vez

y cuando no hay fiebre, si se trata de una apendicitis. En enfermos neuróticos la perinefritis dolorosa da un síndrome muy parecido, tanto más cuanto que la orina apenas revela alteración: la estructura del uréter, los coágulos, todo lo que puede provocar distensión de la pelvis renal.

No es el momento del cólico el más apropiado para la radiografía, pues esta exploración requiere purgar al enfermo é inmobilizarle, cosa difícil en la fase aguda. Si presenta remisiones, ya es posible sacar de la radiografía más partido para el diagnóstico y muy especialmente para el diferencial con la coleditiasis. Este diagnóstico radiográfico no está todavía á la altura de una adquisición definitiva, pero los estudios que se hacen y la lectura de las radiografías van aumentando la interpretación de los datos obtenidos. Carro, Madinaveitia y otros han estudiado el problema de la radiografía de cálculos biliares, y se ve que siempre que los hay en vesícula, existe fijación alta del antro pilórico, anteposición del bulbo duodenal y mucosas duodenales, y algunos ven la ampolla de Water.

Con la radiografía renal, mejor estudiada y auxiliada por el pneumoperitoneo, puede diagnosticarse si el cálculo renal es de pelvis, si hay cólicos, dato muy importante en los casos de enclavamiento, en que nos decidimos á intervenir con urgencia para combatir la anuria.

El diagnóstico se funda, además, en la hematuria, que si es total, es de origen renal, y si tiene alternativas de orina clara, es por la obliteración de un uréter, sobre todo si ha sobrevenido con el cólico por andar el enfermo, comer ó sufrir la brusca sacudida, montado á caballo ó en coche, siendo de origen calculoso. Ahora bien: las de un tumor renal coinciden siempre con un riñón grande, y precisamente en reposo cuando hay mayor éxtasis venoso, y sin pus en la orina, aunque el cólico sea provocado por obstruirse un uréter por un coágulo. Hay algunas hematurias de difícil diagnóstico por lo que respecta á la causa que las provoca, como son: las de la tuberculosis incipiente, si no hay cólico ni poliuria, hidronefrosis, riñón móvil, alteraciones esclerosas del riñón, riñón poliquístico, etc., etc.

Sería largo mencionar siquiera todos los fenómenos clínicos y su diagnóstico diferencial, del cálculo enclavado en cualquier trayecto del uréter, de lo cual, el de la desembocadura es de los más característicos, y ya se resuelve, en ocasiones, por endoscopia, así como el de la retención por adenoma de próstata, estrechez ó cistitis, y en todos con el globo vesical suprapúbico, que únicamente puede confundirse en la mujer con el útero ó un tumor. En algún caso, la paresia intestinal refleja que se acompaña dificulta la exploración, así como la interpretación de los síntomas, pues en las oclusiones intestinales puede presentarse también.

Marañón dice: «Los procesos endocrinos que pueden dar lugar á síndromes abdominales agudos son: fuera de la pancreatitis, las formas agudísimas de insuficiencia suprarrenal, por apoplejía de dichas glándulas, que figuran el cuadro total de una peritonitis por perforación, y que, á pesar de cuanto se diga, son indistinguibles. Sergeant es el que más ciertamente ha estudiado este punto.

«Ciertos estados de hipotiroidismo predisponen á las apendicitis de repetición, como á las anginas, erisipelas, etcétera. Levi y Rotschild han descrito este síndrome, que yo he confirmado en varios casos, convenciéndome de la eficacia de la opoterapia tiroidea.»

Si hubiera contribuido á llevar el convencimiento de la compenetración que debe existir en la práctica para la ejecución en el momento oportuno de aquellas medidas que

pueden ser salvadoras para el enfermo con el menor riesgo y la mayor perfección, yo me daría por contento.

Mi llamamiento á los que cultivan la Medicina interna no es una censura, no es un reproche; pretendo nada más realzar la inmensa trascendencia de plantear la intervención quirúrgica pronto para que sea eficaz, pues si los cirujanos aceptamos la responsabilidad de practicarla, los médicos aceptan, á mi juicio, la mayor trascendencia de la demora.

Ellos y nosotros, aunque otra cosa crea el vulgo, pasamos por la amargura todos los días de compartir (así, compartir), pese á los años de práctica que aquél cree nos embota el corazón, la zozobra y la inquietud por la vida del hijo querido que abandona nuestros brazos para siempre, la dulce compañía del padre que formó una familia, ó la madre llena de ternura para los suyos, y en la que se cristalizan siempre los más caros sentimientos del honor, la Patria y la familia; vemos con tristeza cómo se rompen, cómo se destruyen los sueños fantásticos que llegaron á plasmar en la realidad cuando la esposa amante se esfuma de la aureola que le formó el respeto y el cariño de su compañero. No son bastante, no, á borrar este recuerdo el contraste y la satisfacción de arrancar de la muerte á estos seres queridos cuya vida se puso en nuestras manos; perdura siempre el otro. El deber cumplido produce una dulce serenidad si obtuvo el éxito. Si lo contrario, deja en el alma la incertidumbre ó zozobra de no haber acertado exactamente con lo que aquel deber impone. La injusticia social con que se juzga muchas veces nuestra actuación, que se cree desgraciada, deja un sedimento en el alma que no logran borrar aquellas satisfacciones...

Hoy significa una tregua en esta lucha que por propia vocación hace más de media vida que emprendí; es una tregua que permite, aunque sea por un día, pensar en uno mismo al ver que no todo son desdichas; y me considero compensado de otras amarguras.

Al comprender lo poco que uno ha puesto, vuelve el recuerdo de la vida de estudiante en la Escuela de Medicina de Valencia, donde los maestros que, como mi padre, moldearon mi alma con la de mis compañeros, algunos perdidos para siempre, en el culto del deber, de la profesión y de la Patria; en Valencia, que, aunque no fué mi cuna, allí vieron la luz, la luz de Sorolla y de Benlliure, hermanos de mi carne y mi primera quimera de amor...

HE DICHO.

Contestación del Sr. Recasens.

Señores académicos:

Al cumplir el encargo que me ha conferido la Academia de contestar al nuevo miembro de la misma, cumplo dedicarle un recuerdo á su antecesor, el Dr. Ortega Morejón, haciendo más las frases que en el comienzo de su discurso ha dirigido el Dr. Slocker á su memoria.

La circunstancia de haberme hallado, por cuestiones políticas, frente á frente mucho tiempo, me obliga á repetir en estos momentos las frases que pronuncié el día en que recibí cristiana sepultura; reconocí en aquel momento sus dotes científicas y de caballero que le distinguieron en toda su vida, y manifesté asimismo mi pesar por las estridencias que en algunos momentos de la lucha electoral había provocado, reiterando á sus numerosos amigos el sentimiento que me causó su muerte, no sólo como compañero, si que también por lo que para la Academia representaba su desaparición del mundo de los vivos.

La vacante que él dejó viene á ocuparla hoy el doctor Slocker en la plenitud de su vigor y energía; hombre dotado de tales merecimientos, que bien puede decirse que por de-

recho propio entra hoy en esta Academia; su labor científica desempeñada en el Hospital de la Princesa y en el Instituto Rubio, así como la labor docente que en dondequiera que se halle se manifiesta en él, le han inducido á presentar numerosos trabajos en esta Academia, á la que, como corresponsal, pertenecía ya desde hace años.

Sus prestigios de cirujano y de maestro han trascendido por completo al público, y el sereno juicio que en los diversos problemas clínicos emite, y que han podido sus compañeros apreciar en multitud de ocasiones, le han colocado en un nivel superior, cuya consagración recibe en el día de hoy.

No es el Dr. Slocker planta nacida en terreno poco fértil, sino que, descendiente de un varón ilustre, catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia, y maestro estimado por muchas generaciones, recibió de su padre, al tiempo que la afición por la enseñanza, la energía viril del luchador sempiterno que, proponiéndose alcanzar un prestigioso nombre, pone todo su esfuerzo, hijo de una firme voluntad, asociada á un gran talento natural.

De su padre adquirió la afición por los estudios anatómicos, comenzados ya en la época del bachillerato, así como gran cantidad de conocimientos químicos, en cuya ciencia era aquél maestro muy querido.

Descendientes los Slocker de antigua familia austriaca, establecida en España, ha recibido como herencia la perseverancia en el trabajo y esfuerzo personal, característica que él mismo con naturalidad se atribuye en su discurso.

Hijo de dama napolitana, heredó por ese lado el alma latina, que se traduce en él por una imaginación viva, comprensión fácil y decisión rápida, resultando ponderadas las fuerzas que le proyectan en la trayectoria de su vida.

A la resultante de la unión de sangre tentona y latina débense el conjunto de cualidades que, cultivadas, han llevado al recipiendario al preeminente lugar que hoy la Academia se complace en otorgarle.

Sus aficiones por la enseñanza manifestáronse ya en su época de estudiante, en la que con repasos de Anatomía é Histología dados á estudiantes noveles, procuró aminorar los gravámenes que á su familia representaba la carrera, al tiempo que le servían para refrescarle constantemente las materias de sus estudios.

¡Con cuánta alegría he oído contarle á él mismo la que le proporcionó el regalar á su excelente madre el primer dinero que á los quince años ganó con las lecciones, y que recuerda con orgullo la buena señora, que por dicha suya es constante testigo de sus triunfos!

Los trabajos que en la sala de disección realizó fueron notables; y habiendo estudiado lo que sobre esta materia hizo Olóriz, tuvo la iniciativa de introducir en la Facultad de Medicina de Valencia, los cortes congelados de piezas anatómicas y ganó plaza por oposición, como alumno disector, en refida lucha con otros brillantes alumnos de la Facultad, como Pastor, muerto hace poco desempeñando la Cátedra que dejó vacante al jubilarse el padre de Slocker, cuando vino á fijar su residencia en Madrid.

A partir de este momento, se define la afición á la cirugía que sintió Slocker, y que ha ejercido desde entonces, pues ya al estudiar el tercer año de Facultad, el eminente cirujano gloria de la Cirugía española, Dr. López Sancho, le tuvo de ayudante siendo su discípulo predilecto, y del cual en muchas ocasiones he oído hablar á Slocker con una veneración pareja á la que tiene por su padre como maestro.

¡Cuánta satisfacción representa para el maestro valenciano el entusiasmo con que en todos momentos habla Slocker de él! Pues es frecuente en la vida que la vanidad y

el orgullo hagan olvidar al discípulo los beneficios de las enseñanzas recibidas del maestro.

En la Facultad de Medicina, de Valencia, fué interno por oposición en la cátedra de Operaciones con el Dr. Vicente Navarro Gil, y también en la del Dr. Mollá, ilustre compañero mío de esta Facultad de Medicina. Entre la Sala de Disección y ayudar á López Sancho, puede decirse que transcurrió toda su vida de estudiante, y dada la intensa labor del ilustre catedrático de Valencia, pudo hacer ahorros que le sirvieron para venir á Madrid á emprender la lucha en que ha vencido.

Su carácter batallador le indujo á la fundación, con otros compañeros, de la Academia Médico Escolar, establecida en el Ateneo de Valencia; en cuya Academia produjéronse discusiones tan acaloradas, que trascendieron á todo el público médico de la capital valenciana.

Su temperamento alegre y bullicioso, del que todavía conserva hoy día una gran parte, fué modelado en un ambiente de arte y de luz, que se nota en la manera como discute, claro, fuerte y categórico, siempre con el respeto que se debe al contrincante.

Criado en tierra en que domina el arte, tiene en todas sus manifestaciones rasgos de él, y así en el Hospital como en el Sanatorio y en su propia casa, vése siempre el sentimiento artístico de los nacidos en aquella tierra de sol y de belleza encantadora; aun en la técnica quirúrgica se ve siempre al artista; no es el mecánico que realiza una obra, sino una inteligencia que lo ejecuta dentro del ámbito del arte más exquisito.

Le he visto operar en varias ocasiones, y las más difíciles intervenciones han parecido cosas sencillas realizadas por él, columbrándose siempre el artista que modela y repara los destrozos que en muchas ocasiones tiene necesidad de hacer el cirujano para reconstruir los trastornos que la *sabia* Naturaleza ha producido en el cuerpo humano.

Deseando un ambiente mayor que el que le prestaba una capital de provincia, aun siendo tan hermosa como la de Valencia, vino á Madrid el año 1904, haciendo oposiciones á Sanidad Militar, obteniendo el número uno, y logrando el deseo que de niño había tenido de pertenecer al Ejército, si bien no permaneció mucho tiempo en él, porque nuevas oposiciones á otros cargos civiles le llevaron por derrotero distinto.

En el año 1903, en el Congreso internacional (siendo estudiante) que se celebró en Madrid, presentó una comunicación y un aparato para inyectar las sinoviales, facilitando de este modo su preparación; en aquel mismo año se licenció con calificación de sobresaliente, nota que había obtenido en todas las asignaturas de la carrera, con premio, menos en una (la de Higiene). Esta excepción fué motivo que el Dr. Peset hiciese una frase al oír que se dolía el joven médico de lo que él consideraba un lunar en su expediente, «que nunca afea un lunar en una cara bonita». Ganó los premios de licenciado y doctor por oposición.

En 1905 hizo las oposiciones al Hospital de la Princesa, obteniendo una de las plazas que, dicho sea de paso, fueron todas ellas ganadas por hombres que constituyen hoy verdaderos prestigios de la Medicina española, como Fernández Sanz, Cardenal y otros.

Hizo otras oposiciones el mismo año, cuando tenía veintitrés, en la que tuvo como contrincante á Goyanes, en las que fué considerado como uno de los que más brillante porvenir ofrecía entre los jóvenes de aquella época, pronóstico que el tiempo se encargó de confirmar rápidamente, pues el nombre de Slocker pronto fué colocado entre los cirujanos de primera fila.

A pesar de haber pertenecido poco tiempo al Cuerpo de Sanidad Militar, porque siendo médico del Hospital de la Princesa no podía correr el albur de los traslados obligatorios que se impone á los médicos militares, sintió mucho abandonar un Cuerpo en el que había entrado de tan brillante manera, pues en las oposiciones le dieron un máximo de puntos que hasta aquella fecha no se había otorgado á ningún opositor. Ha defendido siempre al Cuerpo de Sanidad Militar de las injustas censuras que frecuentemente se le han dirigido, creyendo firmemente que desde muchos puntos de vista no tiene nada que envidiar al de las naciones más adelantadas, si bien su organización, como en otras tantas cosas de nuestro país, no puede lucir el elemento técnico lo que debiera, dado sus conocimientos y altas dotes.

En el Hospital de la Princesa trabajó muy intensamente en el servicio del Dr. Rueda, que teniendo numeroso contingente de enfermos de cirugía, no operaba más que á los de la especialidad otorrinolaringológica.

En las horas de guardia, en afán operatorio y su gran acometividad fueron causa de algunos disgustos, pues intentaron cortar sus arrestos operatorios, no dejándole operar fuera de su servicio; pequeños contratiempos que, lejos de mitigar sus ardores quirúrgicos, templaron su alma, dándole mayores energías para la lucha.

Su labor en el Hospital trascendió pronto al público, y empezó á ganar dinero, que le servía para hacer viajes á Valencia, para ver operar á su maestro, López Sancho, y hacer alguno que otro viaje al extranjero para visitar Hospitales é Instituciones quirúrgicas.

Su afición á la enseñanza, manifestada desde los primeros años de estudiante, acrecentóse haciendo oposiciones á las vacantes de Cirugía de las Facultades de Medicina de Salamanca y Granada, en las cuales, si bien no sacó plaza, fué siempre considerado como contrincante muy de temer; hizo más tarde oposiciones á la Cátedra de Madrid, en las que obtuvo un voto.

En su afán de aprender Cirugía en todas sus manifestaciones, concurrió á la Clínica de Gutiérrez en el Instituto Rubio, y fueron muchas las veces que vino á San Carlos, á mi Clínica, para verme operar enfermas de ginecología.

Al abandonar Cervera la plaza de jefe de clínicas del Instituto Rubio, que desempeñaba por nombramiento especial del fundador, fué sacada á concurso su provisión, siendo entonces elegido jefe de la Sección de Cirugía general, y de todos es conocida la brillante actuación que en aquel Centro ha sostenido, marcándose su presencia por un acrecentamiento considerable de la labor quirúrgica realizada en aquel Instituto.

La penuria con que se desenvolviera esa notable Institución, hacía que sintiera nuestro recipiendario vivísimos deseos de poder alcanzar una plaza de médico de Sala del Hospital de la Princesa, en donde el material quirúrgico es abundante, al ascender en el escalafón.

Gracias á las buenas disposiciones del Dr. Cardenal, que le cedió su turno, logró hace tres años la deseada Sala de Cirugía del Hospital de la Princesa, y bien puede decirse que su actuación ha tenido una trascendencia extraordinaria por lo que se refiere á la organización de los servicios de Cirugía, consiguiendo créditos para ello.

La labor docente que realiza en el Instituto Rubio ha tenido un eco trascendente, ya que de seis á ocho médicos matriculados que había cada año en Cirugía, tiene hoy más de 30 que concurren asiduamente para aprovechar las enseñanzas que allí reciben del Dr. Slocker; los médicos-alumnos que allí acuden, encuentran en el Dr. Slocker toda clase de facilidades, ya que se convierte muchas veces él en su

ayudante, transformando á los neófitos en verdaderos cirujanos, de los cuales hay muchos que actúan en provincias con éxito creciente.

Requiriendo el trabajo particular, que iba de día en día en aumento, sitio apropiado para poder operar, instaló su Sanatorio, que si por su capacidad no puede ser considerado como grande, lo es por la científica labor que en él se desarrolla.

Sus méritos de publicista son de todos conocidos; baste ahora mencionar como recuerdo la lista de los numerosos trabajos por él publicados y la aportación que ha llevado á la *Revista Ibero-Americana* del Instituto Rubio.

Amantísimo hijo que no descansó hasta tanto que pudo lograr que sus padres vinieran á Madrid; marido ejemplar, modelo de padres de una familia que podría llamarse numerosa, si por tres veces no hubiese venido la muerte á producir dolorosas restas, vive feliz con el sentimiento del deber cumplido y piensa, como Séneca, «que la mejor recompensa de las buenas acciones que se realizan está en haberlas hecho».

El Dr. Slocker toma como objeto de su discurso un grupo de enfermedades que hace pocos años ha entrado en el campo de la cirugía y que es hoy tan amplio que cada uno de los capítulos puede ser objeto no ya de un discurso, sino de un libro entero.

Con el título de Abdomen agudo comprende el conjunto de enfermedades residentes en el abdomen, que pueden determinar alteraciones graves y peligros para la vida, excluyendo el grupo de los traumatismos, siempre antiguos y siempre nuevos, porque los apremios de tiempo y espacio obliganle á limitar la extensión del tema.

Hace una síntesis de sus impresiones clínicas en los síndromes agudos del abdomen, seleccionando de modo especial aquellos que exigen un rápido diagnóstico y una terapéutica valiente é inmediata.

No voy á analizar cada uno de los asuntos que el doctor Slocker trata en su discurso, pues no creo sea esta mi misión en este momento, y porque ello podría llevarme á exponer diferencias de criterio y aun tal vez de técnica que pudieran parecer motivo de discusión que, siendo siempre interesantes, no serían en este momento oportunas.

Su experiencia en cirugía del tubo digestivo, no sólo por las numerosas intervenciones que por úlceras gástricas y duodenales ha practicado, algunas de las cuales he visto y me han hecho considerarlo como técnico de suprema habilidad, sino también la que posee, en enfermedades del hígado y vías biliares, de las que tan interesantes comunicaciones ha presentado á esta Academia, y por los centenares de operaciones que por apendicitis ha realizado, le dan en cirugía del abdomen un prestigio grande como técnico y como clínico que diagnostica rápida y exactamente al tiempo que conoce admirablemente los procesos anatómo-patológicos.

En la Escuela de Valencia, análoga en este punto á las Escuelas francesas y americanas, ha practicado el doctor Slocker numerosas operaciones ginecológicas por vía abdominal, pues su maestro, López Sancho, al cultivar la Cirugía en su totalidad, incluyó en ella la ginecología, alcanzando un esclarecido renombre de ginecólogo, que aprovechó muy bien el Dr. Slocker para especializarse como tal.

Las preferencias que sintió por la ginecología operatoria abdominal le han llevado á practicar numerosas operaciones, entre las cuales merecen especial mención las que hacen referencia al embarazo ectópico, tantas y tantas veces descrito y tantas veces dejado de tener en cuenta por los médicos internistas, alcanzando en esta enfermedad

una experiencia personal muy digna de consideración y estima.

Uno de los capítulos más interesantes de su discurso es el que trata del dolor como consecuencia de adherencias patológicas y postoperatorias que siguen á muchas intervenciones del abdomen, no realizadas con la escrupulosidad con que debe hacerse la peritoneización, demostrando en él que no es cirujano efectista, sino que en el acto de la operación une á la rapidez una minuciosidad en todos los detalles, que es la base de la curación definitiva de la enferma sometida á su cuidado, y no de la inmediata que resulta ésta muchas veces sólo aparente.

El tema referente al tratamiento de las peritonitis postoperatorias acusa en el exponente un criterio clínico muy científico, y un espíritu eclético que le permite en cada caso particular aplicar el tratamiento más oportuno.

Muestra en su discurso la tendencia que puede resumirse, diciendo que hay que realizar el diagnóstico precoz de las enfermedades del abdomen que pueden llevar á la muerte por hemorragia ó por peritonitis, puesto que sólo la rapidez en el diagnóstico permite que llegue la enferma á la intervención quirúrgica en condiciones que den como resultado una cifra muy elevada de curaciones. En ninguna clase de operaciones como las que se realizan en el vientre se marca de un modo tan claro y preciso la necesidad de diagnosticar rápidamente para intervenir pronto; no es cuestión de días, sino de horas, el que una enferma pueda ser curada por la intervención operatoria ó que resulte ésta completamente inútil.

Los que hemos tenido ocasión de operar miles de laparotomías, hemos llegado al convencimiento que la inmensa mayoría de las complicaciones postoperatorias son remediabiles si se diagnostican prontamente y se interviene de modo rápido; la dilatación aguda del estómago, la pelviperitonitis, las hemorragias secundarias, etc., tienen un tratamiento tan eficaz si se diagnostica á tiempo, como inútil si se tarda algunas horas en diagnosticar ó intervenir de modo oportuno.

Aprovecha en su discurso la ocasión para excitar el celo de los médicos generales para que sigan sus casos desde el comienzo, no hasta entregarlos al cirujano, sino también después que la operación ha sido realizada, ya que su juicio, resultante del análisis de los síntomas iniciales de la enfermedad, puede servir de gran ayuda en la resolución de los problemas diagnósticos y operatorios.

El Dr. Slocker reclama la colaboración del médico internista como consejero que puede resolver los detalles relacionados con la historia de la enfermedad antes de la realización del acto operatorio, y no hay duda que esta colaboración es necesaria.

Al tomar hoy posesión de su sillón de académico, no hace más que continuar la labor que en esta Corporación viene desde hace muchos años realizando, y al darle la bienvenida, deseo fervientemente poderse la dar en su día como catedrático, ya que la actuación del Dr. Slocker como maestro es, en mi sentir, la que domina en toda su vida; su afición por la enseñanza se manifiesta en todos sus actos; en sus publicaciones, en sus discursos, en los actos operatorios, etc., se ve siempre al que pone por encima de todos sus ideales el deseo de enseñar, y ya que hasta la fecha no tiene la oficialidad del cargo de profesor, pues por su temperamento, sus aficiones y su idiosincrasia, está encerrado en su espíritu todo cuanto al profesor pertenece.

En bien de la enseñanza deseo que el acto de hoy, que es para él, tal vez, el más trascendente de su vida, vaya seguido en breve plazo de otro en que reciba la consagra-

ción oficial de maestro, pues dígame lo que se quiera, no hay nada á ello comparable, puesto que entre los discípulos puede encontrarse aquel que, superando al maestro, le llene de más satisfacción y gloria.

Bibliografía. (1)

MÉTODO DE DISECCIÓN

La casa Julius Springer, de Viena, ha publicado en un folleto, muy bien editado, el método de disección que se practica en el Instituto Patológico de la Universidad alemana de Praga, trabajo escrito por el Dr. Bela Halpert, con un prólogo del director del Instituto profesor A. Ghon. Este método, basado en los principios de Rokitaneky, realiza la disección por sistemas orgánicos teniendo siempre en cuenta los ganglios linfáticos regionales y los vasos. El esmero que se pone en la observación de todos y cada uno de los detalles de los diversos órganos explica los resultados de esclarecimiento diagnóstico que logra este método. Bueno es repetir la utilidad del estudio de la anatomía patológica y de la histología, pues en el estudio funcional casi exclusivo de la medicina moderna se corre el peligro de extravíos que se evitarán teniendo siempre presente la base orgánica de las diversas funciones.

P. M.

ARCHIVO DE MEDICINA LEGAL, publicado bajo la dirección de Azevedo Neves.—Lisboa, 1923 (vol. II 2.º año, números 1, 2 y 3), 248 páginas con abundantes figuras.

Contiene este volumen 32 trabajos originales de diferentes autores, portugueses, brasileños, italianos, alemanes, españoles y mejicanos. No es posible resumir en una breve nota bibliográfica estos trabajos, y aun la sola enumeración de sus títulos ocuparía demasiada extensión.

Son variadísimas las materias tratadas en este volumen, aunque todas ellas pertenecen á la Medicina Legal. Al lado de trabajos que describen lesiones traumáticas y de otra naturaleza observadas en los cadáveres, encontramos interesantes estudios de casos históricos de Medicina Legal y amenos documentos relativos á ciertas instituciones lusitanas del siglo XVII; al lado de trabajos de estadística, se describen métodos de investigación de indudable valor práctico y organizaciones médico-legales en las colonias. Al lado de cuestiones de Antropología en sus relaciones con la Medicina Legal, se tratan cuestiones de toxicología y de ciencia jurídica.

Abundan las figuras en el texto y la edición es impecable y seria. En las 38 páginas finales se resume la bibliografía reciente más importante de todos los países y principalmente de los ibero-americanos.

DR. EMILIO LUENGO

Periódicos médicos.

OBSTETRICIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Un nuevo procedimiento de anestesia obstétrica y quirúrgica por medio de inyecciones intravenosas de somnifeno, por R. Perlis.—El ideal de una buena anestesia obstétrica consiste en suprimir el dolor, conservando los reflejos, á fin de que pueda ser llevado á cabo con normalidad el acto fisiológico del parto. Parece ser que este ideal se

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

consigue con el somnifeno. El producto, para su empleo intravenoso, se presenta en ampollas de 5 c. c., que contienen 0,25 de somnifeno por cada centímetro cúbico. Se toman 10 c. c. con una jeringa de vidrio y se van inyectando con una *gran lentitud* en una vena del codo hasta que se obtenga el sueño completo. La sangre que refluya á la jeringa puede ser reinyectada sin inconveniente. Desde el principio de la inyección empieza á notar la mujer un gusto peculiar ligeramente alíaceo, después la visión se oscurece, los objetos circundantes aparecen de color amarillo, sobrevienen bostezos y una somnolencia invencible, pero agradable, y la mujer se duerme, al fin, sin ninguna agitación. Las dosis varían entre 6 y 9 c. c. El elemento esencial para determinarlas, es el peso, pero hay que tener también en cuenta un factor individual: el estado nervioso, cuya apreciación será facilitada por la práctica de este modo de anestesia. A título de indicación puede decirse que 6 c. c. no son suficientes de ordinario más que para las mujeres que tengan un mal estado general ó pesen alrededor de 50 kilogramos; á veces son necesarios 9 c. c., cuando la mujer es muy robusta y pesa más de 85 kilogramos. La dosis apropiada á cada individuo proporciona un sueño profundo durante tres á cinco horas.

En cuanto á los efectos sobre la madre, una vez obtenido el sueño sigue con la cara coloreada, sin que la respiración ni el pulso sufran modificaciones apreciables.

El trabajo prosigue normalmente aunque con más rapidez. Las contracciones uterinas aumentan en frecuencia y en duración y no se acusan más que por algunos gestos ó algunos movimientos de los miembros. El período de dilatación se hace más corto y á veces, aunque no siempre, también resulta acelerado el de expulsión. Esta se hace espontáneamente, empujando bien la mujer á pesar de su inconsciencia, sobre todo, si se mantienen los miembros inferiores plegados sobre la pelvis. Conviene vigilar la evolución de la dilatación, pues puede tener lugar la expulsión sin que se den cuenta las personas que rodean á la parturiente. Si la mujer recobra la conciencia en el momento de la expulsión, bastará un poco de cloroformo para completar la anestesia. El alumbramiento es natural, sin hemorragia ni inercia uterina. La retracción y la involución son normales. Durante el acto de la expulsión y del alumbramiento, la mujer recobra una semiconsciencia y se vuelve á dormir tranquilamente una vez que todo ha terminado. Si se desea, es fácil sacarla de este sueño, pero dejándola dormir no sufre con los tueros tan dolorosos á veces en las múltiparas. Este estado de euforia y de somnolencia dura de doce á veinticuatro horas y no se acompaña de ningún malestar, ni vómitos ni cefalea, observándose, á veces, solamente algunos trastornos oculares ligeros (diplopia), que desaparecen con rapidez sin dejar rastros. Durante este período de somnolencia es necesario hacer comer, beber y orinar á las mujeres, porque si no, ellas no suelen reclamarlo espontáneamente.

En lo que se refiere á los efectos del método sobre el niño, no se ha observado ninguna modificación de los ruidos del corazón durante todo el curso del trabajo. El niño suele llorar inmediatamente de salir sin que presente síntomas de asfixia ni de aturdimiento: no hay necesidad de reanimarle. Si se le deja tranquilo, duerme sin gritos durante algunas horas, y cuando se le pone á la teta la toma con avidez. Aumenta normalmente y recobra su peso del nacimiento en los plazos habituales.

Por este procedimiento se puede dormir á todas las mujeres que lo deseen sin que existan contraindicaciones para su empleo, careciendo el producto de toxicidad á las dosis

expresadas. Este modo de anestesia no es susceptible de determinar ni de agravar las distocias, y permite todas las intervenciones que sean necesarias en el curso del parto.

En las múltiparas deberá practicarse la inyección una vez que la mujer haya entrado de un modo manifiesto en el período del trabajo, es decir, desde que existen contracciones uterinas realmente dolorosas y modificaciones del cuello. En las primíparas es conveniente esperar á que la dilatación pase de dos pesetas y, si es posible, hasta de un duro.

Como quiera que el somnifeno en inyección intravenosa provoca el sueño y suprime la conciencia, pero no llega á abolir los reflejos ni la defensa muscular, para obtener con él la anestesia quirúrgica, es indispensable la adición de una pequeña cantidad de anestésicos por inhalación. Además, haciendo preceder la inyección de somnifeno de una inyección de morfina ó de escopolamina morfina, se obtiene una anestesia que dura, por lo menos, dos ó tres horas y que permite practicar cualquier intervención con sólo administrar una pequeña cosa de anestésico por inhalación en el momento de la incisión de la piel y de la cerradura de la pared. Esta es la técnica preferible para las intervenciones de Cirugía general. (*La Presse Medicale*, núm. 65, 13 de Agosto de 1924).—T. R. Y.

ANATOMÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Metrostática anatómica. Método empírico extra-rápido para calcular la superficie del cuerpo humano, por el Dr. B. Roussy.**—La anatomía y la fisiología demuestran que la piel es uno de los aparatos más importantes de la mecánica animal, de composición y de estructura muy complejas y de funciones fundamentales.

Por ello resulta evidente que el conocimiento de la superficie cutánea es una cosa necesaria, tanto para el médico práctico animado de espíritu científico, como para el investigador que, guiado principalmente por la teoría, trabaja en su laboratorio por descubrir y formular las leyes estáticas, dinámicas y cinéticas de la mecánica humana ó animal, así como las relaciones concretas ó abstractas de estas leyes.

He aquí por qué un gran número de sabios han tratado de medir exactamente dicha superficie, ideando diversos métodos, rápidos unos y lentos otros, que adolecen todos, incluso el de Bouchard, de defectos tan importantes, que les hacen prácticamente inaplicables.

El autor sostiene á este respecto que el verdadero método de elección es aquel que se halla basado sobre la ley geométrica del cuerpo humano, ley que él ha descubierto y que formula del siguiente modo: la superficie del cuerpo, S, es igual al producto de su perímetro medio, Pm, por su altura periférica media total, Hpm, ó sea: $S = Pm \times Hpm$. Este método es seguro y exacto, pudiéndose aplicar con la misma exactitud y la misma seguridad á todos los cuerpos humanos, cualquiera que sea su peso, su volumen, su talla, su forma especial, normal ó anormal, su edad y su sexo, etcétera, así como también á los animales y aun á todos aquellos cuerpos á los que se les pueda aplicar una cinta métrica de precisión sobre su superficie. Este método exige aproximadamente una media hora, aun para los individuos más expertos, para llevarle á la práctica; por lo cual, pareciéndole al autor mucho tiempo para las necesidades de la práctica médica, ha ideado un nuevo procedimiento extra-rápido que, siendo igualmente exacto y seguro, permite al menos ejercitarse conocer la superficie del cuerpo humano en algunos minutos solamente. De los cálculos y múltiples observaciones hechos por el autor, resulta que multiplican-

do el cuadrado de la talla, T^2 , por el coeficiente 0,69, se puede obtener la superficie total, S , del cuerpo humano, en dos á tres minutos. Ahora bien, esta fórmula tiene el grave inconveniente de que no proporciona resultados exactos más que en aquellos cuerpos humanos cuyas dimensiones características—altura y circunferencia media—son exactamente proporcionales.

Para obtener la superficie total exacta de todos los demás cuerpos no proporcionados, será preciso tener siempre en cuenta el perímetro medio, Pm , lo que obligará á introducir en la fórmula últimamente consignada un nuevo término, α , que exprese la relación natural que existe entre la superficie, la talla y el perímetro medio, con lo cual la fórmula $S = 0,69 T^2$ quedará convertida en $S = 0,69 \alpha T^2$.

Quizá llegue á ser posible llevar aún más lejos la simplificación del método por el establecimiento de una fórmula semiexacta y semiempírica, en la cual la relación del perímetro medio exacto sea reemplazada por la relación existente entre un solo perímetro ó algunos perímetros bien elegidos con las otras características morfológicas generales que quedan indicadas. (*Bulletins de l'Académie de Médecine*, números 27 y 28, Julio de 1924.)—T. R. Y.

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Algunas consideraciones acerca de corea y proteinoterapia en los niños.**—El Dr. Gómez Ferrer hace un estudio detallado de la proteinoterapia en los niños afectos de corea y establece el siguiente resumen:

Es la corea una enfermedad de la segunda infancia que tiene la apariencia de específica y virulenta.

Anatomopatológicamente se trata, según toda probabilidad, de una irritación de elementos nerviosos, de substancia cortical y de núcleos grises centrales (especialmente del cuerpo estriado, núcleo lenticular) y lesiones de endocarditis y, á veces, de polineuritis.

Existen síndromes coreicos debidos á causas distintas, y tal vez, uno de ellos, el reumatismo.

También es posible que el agente de la corea ocasione síndromes de pseudoreumatismo que (al igual del pseudoreumatismo tuberculoso) no se modifican con el salicilato de sosa.

La susceptibilidad para el agente de la corea propia de la infancia se reproduce en otras edades, singularmente en la mujer, durante el embarazo.

Dado que, en último término, la acción electiva del virus causante de la corea sobre ciertos elementos (especialmente de los centros nerviosos) permite suponer una modificación nutritiva de dichos elementos, estará indicado el medio que pueda desalojar el agente—ó neutralizarle—ó hacer los elementos impropios para la vida del agente en el protoplasma por él afectado.

Como la experiencia ha demostrado que las proteínas administradas por vía parentérica pueden producir aquel efecto en procesos similares á la corea, su empleo está indicado en esta enfermedad.

Nuestra experiencia justifica dicho empleo, pues en los casos tratados se apreció:

- a) La inocuidad del medio, no obstante reacciones provocadas que llegaron á 40°, pero fueron pasajeras.
- b) La exaltación de fenómenos nerviosos, incluso las contracciones coreicas, lo que demuestra que el agente actúa allí donde su acción es necesaria.
- c) La calma que de ordinario sigue á esas fases de excitación.
- d) El frecuente alivio de fenómenos coreicos (movimien-

tos, paresia, afasia, inapetencia, etc.) tras las primeras inyecciones, y la curación lograda, en alguna ocasión, con sólo tres inyecciones.

Puede ser útil aumentar la dosis en casos en que no se advierta pronta modificación.

Siempre es útil la regla de comenzar pronto el tratamiento proteinico.

Hay casos resistentes á las proteínas y en ellos recomendamos la acción asociada de arsénico y á las proteínas el tratamiento por el sublimado que recomendó el Dr. Sáinz de los Terreros en el Congreso de Ciencias de Sevilla. Si todavía resiste algún caso podrá emplearse el método de autosueroterapia con inyección intrarraquídea, que usó el Dr. Duryen, de Maffet, siguiendo ideas de Goodmann.

Por notables que fueren en manos de cualquier observador los efectos de la proteinoterapia, no debe desecharse, en ninguna enfermedad, el medio ó los medios reconocidos como buenos en el tratamiento de la misma. (No se desecharán, pues, los sueros ni las vacunas específicas.)

A los muchos hechos conocidos de proteinoterapia, podemos añadir los que conciernen á corea (tratamiento ya antiguo mediante suero equino por el Dr. Vidal Solares, y por nosotros en nuestra Clínica de la Facultad por los doctores Royo y Comin mediante varias proteínas).

Casos de espasmo glótico tratados por el Dr. Royo Tueruel.

Casos de coqueluche, tratados por el Dr. Comin, y en la Clínica y Policlínica de la Facultad.

El tratamiento de ciertos estados adinámicos (especialmente producidos por fiebre tifoidea) que en otro tiempo hubo de realizar aplicando opiniones, entonces corrientes, sobre la acción del suero de sangre de perro.

El tratamiento de ciertas psicopatías tifoideas en el niño por medio de opoterapia cerebral. (*Archivos Españoles de Pediatría*, Junio de 1924.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La autohemoterapia en oftalmología.**—El doctor Diego Díez preconiza este tratamiento en las afecciones oculares; detalla varias historias clínicas explicando la técnica seguida, y de sus resultados deduce las siguientes conclusiones:

1.^a En todos los casos que la hemos empleado, la autohemoterapia se ha manifestado igual por lo menos, casi siempre superior, á los demás procedimientos de proteinoterapia.

2.^a Tiene sobre los demás procedimientos proteinoterápicos la ventaja de ser en ella constante la ausencia de fiebre, dolor y demás síntomas reaccionales molestos, así como su absoluta inocuidad, cosa que no ocurre con las inyecciones de leche á las que ha podido ser atribuido un caso de muerte. (Darier: *La Clinique Ophtalmologique*, Febrero de 1924.)

3.^a En las afecciones escrofulosas, tan frecuentes en las consultas oftálmicas, en los tuberculosos y en los febricitantes, casos todos en que la galactoterapia está contraindicada, puede emplearse con absoluta tranquilidad, siendo en ellas precisamente más manifestos los efectos curativos de la autohemoterapia.

Nosotros estamos en absoluto convencidos de la eficacia terapéutica de este remedio, y no dudamos que aquellos de nuestros colegas que lo ensayen, se convertirán, al observar su manera de obrar, en entusiastas propagandistas de él. (*Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, Octubre de 1924.)

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 Dcto Carlán. — El Dr. Slooker de la Pola. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedial. — Coprostasis y cascarine. — Sección oficial: Presidencia del Directorio militar. — Instrucción Pública y Bellas Artes. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Real Academia Nacional de Medicina: Elecciones. —
Fin de año.

Cumpliendo un precepto reglamentario, se efectuó en la Junta de gobierno celebrada por la Real Academia Nacional de Medicina el sábado 19, la renovación de cargos bienales de su Junta directiva, siendo reelegidos en votación secreta todos los individuos que componían la Junta anterior. El señor Fernández Caro, vicepresidente electo, dió gracias á la Corporación á nombre de todos sus compañeros y del presidente, quien por un grave enfermo de su familia, no pudo asistir.

En la sesión inmediata celebrada el día 24, el Dr. Cortezo acudió á manifestar su gratitud personal por el número y la unanimidad de sufragios con que había sido honrado su nombre por sexta vez, desde el año de 1913.

En su breve discurso manifestó la significación que para él tenía la unidad del espíritu que reina en la Corporación, en la que tan diversos elementos se encuentran representados y que realizando un innegable progreso, se esfuerza con éxito en responder, adaptándose á ellas, á las exigencias legítimas de la ciencia moderna y del cada vez más espinoso ejercicio profesional.

Manifestó también el Sr. Cortezo que hubiera sido su deseo, como repetidamente lo ha hecho saber á su debido tiempo á muchos señores académicos, el que el cargo de presidente cambiara de representación personal, pues dada la categoría que significa y la edad avanzada de la vida á que á él se llega, no creía ni justo ni delicado el que se asignara continuamente á un mismo nombre, en una institución en la que hay tantos y tan gloriosos que podrían ser elegidos.

La sesión inaugural del año próximo se efectuará el día 11 del próximo Enero.

Si obligadas resultan, en el número de hoy, que cierra el setenta y un años de la existencia de EL SIGLO MEDICO, algunas palabras de saludo á los lectores, queremos que éstas manifiesten en primer

lugar, nuestro recuerdo á los que lo fueron y nuestra gratitud á cuantos compartieron y comparten con el noble empeño de su espíritu campeador y leal, lo árido de la labor, sus ineludibles amarguras, el aplauso confortante, el fruto parco, sazonado y dulce, las desesperanzas turbadoras, el orgullo legítimo del logro, el dolor de la incomprensión, el fuego de los horizontes en que amanece, la templadora lucha y el cierzo helado en las encrucijadas.

Momentos como este, en que tan alta cifra en el vivir se reseña, si lo son de natural complacencia, no ha de dejarse que ella colme su espacio y habrá discretamente de ser guardado el debido lugar á la meditación y recogimiento en que por fuerza resultará provechosa una experiencia ya tan dilatada.

Viejos, no; la Prensa goza el envidiable privilegio de ser moza siempre en el presente, y esa su perenne juventud va, como el agua del cauce á la nube y de la nube al cauce, del cerebro al papel y del papel al cerebro, siempre nueva, engendradora y engendradora.

El transcurso ya largo de sus años usó las plumas y rindió las máquinas; pero no pudo dar, con la mudanza de los tiempos, fin de los ideales perseguidos ni de las esperanzas en la justicia y la verdad fundadas.

En el historial de sus colecciones se archivan mudos cerca de quince lustros de progreso, toda la vida de la generación médica española á que hoy se debe la exaltada situación de la clase; sus columnas están formadas en defensa de cuanto fué justo y legítimo conservar y lanzadas en gallarda conquista de cuanto no fuera quimérico, déspota ó loco; junto al clamor por algo perdido, fácil es despertar los ecos jubilosos por logros y promesas recogidas.

Todo cuanto es pasado de estos setenta y un años, es bien poco si la mano de la actualidad ó del porvenir lo hojea nerviosa, pero es la historia: unos cientos de miles de páginas impresas, unos hombres de buena voluntad desaparecidos, glorias que parecen pequeñas á la ambición é inmensas al esfuerzo, posos en el agua. Mucho para algo, nada para todo.

Todo cuanto es porvenir para esta vida, ya

más que septuagenaria, es mucho si el ojo del pasado lo sondea, pero es el ideal. ¿A qué contarle? El espacio en que respiramos es suyo, su caminar el nuestro, su razón de existir nuestra existencia.

Este Siglo, que va ya tan cercano de serlo, cuenta para alcanzarlo con nosotros, nosotros que somos todos, porque un periódico no es obra de sus redactores, sino de aquellos para quienes se hizo.

DECIO CARLAN

EL DOCTOR SLOCKER DE LA POLA

Datos biográficos.

Nació en Madrid el 8 de Octubre de 1853, y desde muy pequeño y siendo bachiller en el 69, tuvo aficiones al estudio de la Medicina, en cuya Facultad obtuvo la mayoría de los premios en competencia con los que entonces fueron sus compañeros: Carvera, Mariani, etc.

Fué licenciado en Mayo del 74, y en el 77 era doctor, después de haber sido interno con el número 1 en las oposiciones de San Carlos entre más de 200 aspirantes.

Por entonces, y con los que anteriormente se mencionan, luchaba con García Andrade, que fué cirujano del Instituto Rubio; Carrasco, que por fortuna aún vive y ha sido jubilado de cirujano jefe del Hospital Civil de Bilbao; Fuentes, Vallcorba, García Pérez, Bellver y otros, que también fueron médicos militares.

Fué médico supernumerario de la Beneficencia municipal con destino al distrito de Palacio y después hizo oposiciones a plazas vacantes de profesor de entrada de las Clínicas de San Carlos, cargos que luego ya no se han desempeñado por oposición, tomando posesión en el 75 y estando a las órdenes de D. Tomás Santero, que entonces explicaba Clínicas Médicas.

Nuevas oposiciones en las que obtuvo plaza en 1880 le hicieron ayudante de clases prácticas, siendo destinado a la asignatura de Patología general, que entonces explicaba Letamendi, y a la de Terapéutica, desempeñada por D. Benito Hernando.

En esta plaza de ayudante se puso a prueba el espíritu activo y trabajador de Slocker, pues contrastaba el modo ideológico de ver la asignatura Letamendi, que, para Slocker que llevaba ya años de Clínica al lado de Santero, no comprendía cómo pudiera reunirse la Patología, más especialmente aún, la Sintomatología, sin ver enfermos y sólo por la descripción de los síntomas sin orden ni concierto y siguiendo un orden alfabético.

Los muchos años durante los que sustituyó al sabio maestro Letamendi, sirvieron a Slocker para ir fundiendo alumnos preparados en una orientación distinta, de los cuales todavía, por fortuna, ejercen muchos en España, y al mismo tiempo, siendo el iniciador de las nuevas orientaciones clínicas, por entonces desconocidas y que únicamente implantaban en nuestros hospitales, Huertas y Cortezo. Ya desde entonces verdadero maestro, preocupándose más de la enseñanza que de su propia expansión profesional, intentaba dedicar la vida de la clase exclusivamente al estudio clínico y rechazaba que en Patología General se tuviera una Clínica permanente, cuyas camas ocupadas por enfermos crónicos no permitían ninguna variación para poder ver síntomas de todas las enfermedades, único fin que debe guiar al profesor de

esta asignatura. Este sistema de enseñanza de la Clínica de Patología General lo cultivó años más tarde en la Facultad de Medicina de Valencia, donde renunció a la Clínica de esta asignatura a cambio de que se le permitiera poder explorar y estudiar los enfermos de todas las Clínicas, tanto de la Facultad como del Hospital.

Bien se alcanza que se proporcionaba un contingente de enfermos que permitían a Slocker comprobar que cada alumno antes de examinarse habían explorado por lo menos 50 enfermos. Añádase a esto, que lo mismo en Madrid que en Valencia, cuando ya catedrático numerario fué trasladado a aquella Universidad, terminaba sistemáticamente la asignatura por el mes de Abril ó Mayo y volvía a repasarla, no sin haber sacrificado a la enseñanza doble ó triple número de horas de las que los Reglamentos señalaban para la explicación. Sublime ejemplo de desinterés no superado por ningún profesor ni de aquella ni de la época actual. Baste decir que los alumnos de Slocker han ido a examinarse y cada uno llevaba al examen aparte de apuntadas, aquellas observaciones clínicas de que hacíamos mención, habiéndosele preguntado de catorce a diez y seis veces. Le era, pues, muy difícil suspender ó aprobar a sus alumnos solo por el resultado del examen, pues los que durante el curso hubieran contestado bien ó mal, sabiendo que se les iba a preguntar, era muy difícil que borrasen esas notas con la sola prueba de unos minutos. En la Facultad de Valencia formaba parte de un Tribunal con dos ilustres profesores, gloria de aquella Escuela, los Dres. Bartual, hoy decano, y Peset, que ha explicado su último curso. Este Tribunal era presidido por Slocker como más antiguo y se examinaba de su asignatura primero que de las demás, y se solía dar el caso con frecuencia, de que alumnos brillantísimos que durante el curso y en el examen merecían las mejores calificaciones, ó no se presentaban en Anatomía Patológica y Terapéutica, las otras dos asignaturas, ó no las aprobaban, prueba evidente de que habían tenido que destinar todo su esfuerzo al estudio de la asignatura de Slocker, el que los obligaba a estudiar de una manera tan intensa como no hay ejemplo. Todo esto, naturalmente, como decíamos antes, con detrimento de su labor profesional, porque siendo evidente que cultivándose por los profesores de Clínica ésta, al mismo tiempo que para la enseñanza, para su lícita propaganda del enfermo por el enfermo en la semejanza que la cátedra tiene al servicio de un hospital, siendo así que Slocker renunciaba a la vigilancia y asistencia de enfermos exclusivamente suyos, sino que lo invadía todo, iba al Manicomio, a las instalaciones todas que los médicos tienen en sus Clínicas particulares con los aparatos más modernos; tal aconteció en la Facultad levantina cuando se instaló el Dr. Calatayud, hoy catedrático de la Central.

A él no le importaba no ganar dinero como médico; lo que le interesaba era sacar buenos discípulos. A él se debe la creación del Laboratorio Oficial de Técnica de Patología General, que luego ensanchó y dirigió Gimeno a la muerte de Letamendi.

En Madrid, aun con el corto sueldo que su cargo oficial le proporcionaba y no pudiendo vivir de la visita, como veníamos explicando, se dedicó a la enseñanza privada, empezando por la de la Química, de la que fué uno de los más ilustres cultivadores en el Instituto Biológico, fundado por D. Rafael Martínez Molina, cuya sabiduría era pareja de su bondad, y compartiendo con Morales Arjona y con Mariani y Polo estas enseñanzas privadas, que se extendieron incluso al repaso de todas las asignaturas de la Licenciatura. Todavía cuando en estos últimos años, retirado en Madrid, Slocker se encontraba con algunos de los discípulos que

pasaron por él, recordaban con nostalgia aquellas clases de Química en las que por aquel entonces era el más travieso y simpático de los alumnos el actual académico Dr. Decref.

Llevó a sus alumnos también al Hospital de San Juan de Dios, á las clínicas de Castelo y á las de Olavide, que le aficionó al estudio de enfermedades de la piel, cuya especialidad cultivó luego en Valencia y cuyas enseñanzas también fueron la base de su nombramiento para la cátedra de Dermatología con su clínica, que en concepto de acumulada explicó en la Universidad de Valencia.

Publicó una notable obra por entonces á la última, sobre Dermatología, que fué declarada de mérito por la Real Academia de Madrid.

Ha sido publicista, y, además de la obra citada, leyó el discurso de la Real Academia, que trataba acerca del *Tratamiento de las enfermedades de la piel; Nomenclatura química; Un caso de traqueotomía; Ocho días en París; Incompatibilidades químicas de los yoduros; El anillo de hierro; El legado y la escarificación lineal en el tratamiento de las enfermedades cutáneas; El naftalán en las afecciones cutáneas; Afecciones ampollas; y finalmente, unos años antes de retirarse, encargado del discurso de la apertura del curso universitario en la Universidad de Valencia, y después de haber presentado en la Asamblea Pedagógica que allí se celebró, una comunicación acerca de nuevo plan de enseñanza de la Medicina, en el que ya abogaba intensamente por borrar todo carácter teórico á las explicaciones de esta carrera y fundamentar cualquier modificación en la enseñanza eminentemente práctica, recopilando su modo de ver esta enseñanza y cristalizando las ideas que le había sugerido su larga práctica de pedagogo, tituló dicho discurso de *Higiene escolar*. En este trabajo puede apreciarse cómo Slocker, que había dado lo mejor de su juventud, la época madura de su vida, como hombre y como maestro, á los estudiantes, pedía para ellos mejores locales de enseñanza, salas de estudio, de sport, campos al aire libre, baños, y hasta hacía un llamamiento para procurar á los estudiantes sin familia en las Universidades, tuvieran mejor alojamiento que las inmundas casas de huéspedes donde han pasado la vida la mayor parte de los escolares al no estar con sus familias. Tanta razón tenía, que habiendo transcurrido catorce años lo menos, desde que entonces escribiera su autor estos apóstrofes, hoy se podría suscribir plenamente lo que entonces dijo, puesto que no se ha dado un paso, salvo en Zaragoza y Barcelona, en pro de la mejora de los edificios vetustos, sucios, oscuros, que son los más á propósito, sin duda, para que los alumnos no los pisén.*

Fué sumamente justiciero cuando formaba parte de los Tribunales, y aun aquéllos que presidió como académico en plaza para el Magisterio, fueron motivo de disgustos por no dar á torcer su integridad de profesor honrado y de hombre bueno.

Una curiosa anécdota hay que referir, que pinta el carácter de Slocker al propio tiempo que su vida modesta, que puede servir de ejemplo de integridad y de noble orgullo y también de medida para que el Estado sienta de otro modo la dignidad del profesorado que, como hasta ahora, ha venido haciéndolo: Dentro del Escalafón de los catedráticos de Universidad, hay tres categorías, como es sabido, de profesores de entrada, de ascenso y de término. La última de éstas, en realidad, la categoría administrativa, que es la que sanciona el título, permite que los profesores puedan ser elegidos senadores, apenas sirve, que sepamos, para otra cosa. Como Slocker había dedicado toda su vida á la enseñanza y, como ya hemos dicho más de una vez en el transcurso de estas líneas, no tenía más emolumentos que los

que la enseñanza les proporcionara y disminuídos (en lugar de ser aumentados), cuando fué catedrático numerario de Universidad, precisamente por su amor á la enseñanza, le tocó ascender por el número del Escalafón y los años de servicio, á esa categoría de término. El título administrativo de esta categoría costaba 50 duros, los cuales había Slocker de remitir al Ministerio de Instrucción Pública para poder tener de hecho dicha categoría. Como no tenía de sobra tal cantidad para destinarla á oropeles con los que jamás había de vestirse, pues nunca pretendió ser político, mandó su renuncia como tal catedrático de término al Ministerio de Instrucción Pública, en un oficio que seguramente estará archivado en su expediente, en el que hacía constar que, siendo corto el sueldo y no disponiendo de otros ingresos que los muy modestos que su sueldo de catedrático le proporcionaba y siendo así que el Estado hacía cuestión de gabinete el hacer efectiva esa cantidad, ó de lo contrario, renunciar á la categoría correspondiente, así lo hacía si el Estado no le podía otorgar esos honores de una manera gratuita.

Hay que pensar que á Slocker le movió al hacer este gesto, más que la pequeñez de un dispendio del que seguramente hubiera podido resarcirse, el noble orgullo de un profesor que participa al Estado, su patrono, que por ser fiel servidor de sus intereses y no dedicar sus actividades más que á ser maestro, no había podido adquirir aquél desenvolvimiento económico que, de haber tenido la manga más ancha y haber enseñado menos á los miles de discípulos que por él pasaron, hubiera podido conseguir.

De los seis hijos que tuvo, uno solo varón, el actual académico de la Real de Medicina y cirujano del Hospital de la Princesa é Instituto Rubio, fué educado por su padre en este ambiente de trabajo y de esfuerzo constante, y poco habría que añadir á lo que el Dr. Recasens dijo retratándole en el discurso de contestación á su ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina, cuando al hacer la biografía del nuevo académico, hablaba de su padre como modelo de maestros que había sabido moldear la educación y la formación de su hijo, que pudo obtener en vida cuantos honores pudiera apetecer el más exigente, sirviéndole de alta compensación el sello de simpatía y de bondad que había sabido imprimir á su alrededor durante toda su vida.

Su salud, quebrantada durante tantos años de esfuerzo en las explicaciones, hizo que su hijo Enrique se obstinara en que pidiera la jubilación antes de los setenta años en que reglamentariamente le correspondía y le trajo á Madrid á su lado con la esperanza, nunca lograda para su hijo, de que se prolongara su vida con un relativo descanso de tan intensa tarea que ha durado lo que su vida, pero este descanso no fué más que relativo, pues al separarle de la cátedra, fecha en la que sus últimos alumnos le dedicaron un hermoso homenaje de gratitud y admiración que con un acto solemne se celebró en la Facultad de Valencia, sintiendo la nostalgia de lo que para él había sido la única distracción y el único intento de su vida, la enseñanza, se dedicó á sus nietos dándoles lecciones de primeras letras primeramente y luego de Química y de Anatomía, si bien dejando esta labor cortada en lo mejor con su nieto mayor, para el que además de abuelo fué maestro, como lo fué para su hijo y para sus hermanos Eduardo, que pertenece á la magistratura, y Miguel, distinguido médico militar, ya fallecido y de grata memoria.

Era un hombre bueno y un maestro.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Actuó el 15 del corriente la ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, presidida por el Dr. Nogueras.

El Sr. Sánchez Covisa (D. Isidro) presentó á la consideración de la Academia dos interesantísimos casos de «Estrófia vesical», con los cuales á la vista bien se aprecian su aspecto y diferencias de modalidad antes y después de la operación, que por los motivos que detalla se vió precisado á practicar en tres tiempos: extirpación del riñón derecho después de la que se obtuvo un alivio transitorio; implantación ureteral en el recto por el cual cada dos horas elimina la orina, y extirpación de vejiga con sus correspondientes plastias, quedando por practicar en último término la reconstitución de uretra y pene.

El Sr. Fernández Sanz habla del diagnóstico de la paroplejia del síndrome de Litle y de las alteraciones del sistema piramidal de que frecuentemente son afectos los niños nacidos antes de tiempo. Cita el caso de una niña nacida á término en parto prolongado y en estado de asfixia que justifica las lesiones cerebrales de que la madre pudo percibirse observando la dificultad de movimientos, atraso del lenguaje, flacidez muscular y adosamiento de las piernas cuando lloraba. Provocado el reflejo rotuliano, resultaba exagerada la retracción tetaniforme en toda la extensión del miembro, pero sin ningún otro signo de tetania. Opina el Sr. Sánchez Banús que hubiera sido muy conveniente explorar y estimular eléctricamente la miotonía ó hipertonia muscular. Cree el Sr. Bastos que si bien el síndrome de Litle sirve para desbrozar y poner en claro muchas cosas que se le atribuyen, hay, sin embargo, multitud parecidas que radican en vías extrapiramidales. Añade el Sr. Muñoz yerro que la hiperexcitabilidad del cuádriceps femoral es mayor en la tetania latente, y el Sr. Fernández Sanz rectifica.

El Sr. Marín Amat se ocupa de la «Conjuntivitis metastásica» el año 1879 descubierta; detallando las esenciales diferencias que la separan de las que habitualmente acompañan al sarampión y escarlatina, llamando la atención hacia el hecho de que en aquéllas la córnea nunca se interesa, y de que coinciden con el reumatismo. Como caso raro cita á un ingeniero de sesenta años, reumático, cuyos párpados ligeramente hiperhemiados y ausencia de conjuntivitis tarsal, hizo suponer la condición de metastásica que la coincidencia con el reumatismo abonaba, y que remitió favorablemente con pupilas dilatadas y sin abrigar el temor de riesgo alguno para el iris. La señorita Soriano, que por primera vez interviene en los debates de la Academia, saluda á ésta y á sus consocios, á quienes ofrece colaborar en sus tareas; y hace de paso observar al Sr. Marín Amat, lo lastimoso que es omitir en casos de duda el análisis de la secreción conjuntival. El Sr. Marín Amat le da la bienvenida, agradece la intervención, que espera sea en lo sucesivo fructífera, y rectifica.

Habla el Sr. Bastos de la Cirugía plástica de campaña y hospitalaria en la inutilización de los dedos de la mano, entre los que considera como de excepcional importancia al pulgar por la función oponente que realiza y cuya conservación ó reposición á todo trance hay que procurar, porque cada centímetro de él tiene un valor inapreciable: lo que no ocurre con los cuatro restantes dedos en que no vale la pena de conservar muñones. Atribuye las rigideces y malformaciones de la mano á impotencias, vicios y deficiencias de tratamiento que acarrea el uso de la anormal rígida paleta que más tarde ha de exigir operaciones complementarias, ejercicios manuales, y en los casos más graves de pérdida del

pulgar, á pulgarizaciones que consisten en transformar en pulgar al primer metacarpiano, de maravillosos resultados cuando no hay cicatrices. Presenta como ejemplos de lo dicho, algunos casos en que las restauraciones resultan patentes, y á un muchacho en quien llevó á cabo la transplatación del dedo gordo del pie á la mano, y concluye manifestando estarse autorizado á suprimir los dedos rígidos y mal conformados.

Defraudó nuestra curiosidad y la de algunos otros que con nosotros coincidieron al mismo fin en el Colegio la noche del jueves 16, el saber que el día anterior se habían reunido los urólogos, poniéndose en desacuerdo con lo anunciado en la Prensa.

Supimos, sin embargo, que cumplieron su programa presentando y discutiendo las mociones del Dr. Ferrero Velasco sobre «Nefrectomía por cáncer del riñón»; la del Dr. Maza acerca de «Un caso de pielitis bilateral», y una comunicación del Dr. Pulido: «Anatomofisiopatología de las vías seminales de excreción» que debió ser interesante y muy de veras sentimos no haber podido escuchar.

Conferencia del Dr. Francos Rodríguez en el CÍRCULO MERCANTIL É INDUSTRIAL.

A las diez de la noche del 19 del que cursa discurrían por los amplios salones del importante Centro la plana mayor é innumerables socios, entre los que tampoco faltaron los que por tradición morigerada é inalterable de costumbres, no suelen permanecer fuera de sus domicilios hasta la hora avanzada de la noche en que terminó el acto que bien merece el calificativo de extraordinario por el aspecto del magnífico salón de conferencias, la cantidad y calidad de concurrentes y la afortunada difícil facilidad con que el Sr. Francos Rodríguez acertó á decir y subrayar cuanto con el tema «El valor económico del hombre», políticamente se relaciona.

El presidente del Centro, Sr. Sacristán, con discreta oportunidad encomia las relevantes cualidades del conferenciante á quien cree innecesario presentar por ser de todos conocidas sus aptitudes é intervenciones.

El Sr. Francos Rodríguez, á quien los médicos tendrán siempre que agradecer las repetidas intervenciones parlamentarias, la constitución del bloque sanitario senatorial que no ha podido llegar á manifestarse y los vibrantes artículos en *A B C* publicados en pro de su mejoramiento y de la necesidad imprescindible é improrrogable de una ley de Sanidad; después de saludar reconocido al Círculo ante el cual se propone desarrollar el tema, que tan de acuerdo se halla con las orientaciones y significación de las entidades y elementos que le integran, hace notar la anomalía de hallarnos regidos por la arcaica ley de 1855 á estas alturas perfectamente inadaptable é inservible.

Haciendo historia, relata los loables intentos realizados con el fin de remediar la bochornosa deficiencia en 1911 en vida del llorado Canalejas, á quien dedica sentido recuerdo porque seguramente hubiera dejado atendida y satisfecha necesidad tan perentoria; en 1915 y 1919 todos hasta aquí infructuosas.

Recuerda los generosos esfuerzos que á través de no pocas dificultades, consintieron al ilustre Dr. Cortezo implantar la Instrucción de Sanidad que aunque en forma de Decreto, fué y es, un avance muy estimable y progresivo á que ha venido atemperándose la legislación en estos últimos tiempos.

Exhuma y lee los datos estadísticos en que claramente aparecen comprobadas las horribles cifras de mortalidad por tuberculosis, tifoideas, viruela y demás enfermedades evitables; y con todo detenimiento analiza las causas á que éstas obedecen, exponiendo á continuación la alarmante degeneración de la raza puesta de relieve en los reconocimientos de quintas.

Concede escasa eficiencia á las incompletas y fraccionadas disposiciones que en los Centros directivos respecto á la Sanidad se dictan, porque no se ve en su consecuencia bajar la curva de mortalidad que á pesar de ellas se conserva á la misma altura; deduciendo de todo esto que nada se conseguirá en tanto el convencimiento de todos no obligue al Gobierno á resolver el magno problema en toda su integridad.

Aprecia económicamente el valor de la vida de un hombre y perfija el daño que á la riqueza infligen en España las defunciones evitables en cincuenta mil millones de pesetas, que á todos y especialmente á los comerciantes que le escuchan, estimula á defender.

El Sr. Francos Rodríguez fué calurosa y largamente aplaudido y felicitado por la numerosa concurrencia.

SEDISAL

COPROSTASIS Y CASCARINE

«Lo esencial es ir al retrete.»
«O stercus praetiosum.»
(Diderot: *Le neveu de Rameau*.)

El estreñido habitual es siempre un infectado, un envenenado; por esta razón el estreñimiento no es nunca una cosa despreciable á los ojos del médico. Lo difícil es saber instituir desde la primera consulta el tratamiento racional, eficaz, aquel que dé al enfermo la confianza y le haga esperar la próxima curación. Debemos evitar las aplicaciones brutales de la «sangría serosa», y, sobre todo, la «obstipatio redux», que es el escollo de la mayor parte de los exoneradores prescritos.

La medicación purgante ha recogido la herencia de la flebotomía, ya casi abandonada. Por eso hay tantos y tan diversos purgantes que se disputan una numerosa clientela. No obstante, desde hace unos treinta años, los médicos poseen un laxante racional, el único producto activo incapaz de dejar dolorido el intestino, ni de causar la más mínima enteritis, aun cuando su empleo sea muy repetido: la *cascarine*, descubierta por el Dr. Leprince. Para evacuar de una manera regular, para poner obstáculo á la formación y reabsorción de las toxinas vasoconstrictivas que son el origen de la hipertensión, de la arterioesclerosis y de la senilidad precoz, así como del «veneno hemolítico» de Roger, causa muchas veces desconocida de cloroanemia, de ictericia hemaifeica y de distrofias multiformes, ningún copróptico puede igualar á la *cascarine*.

Hay que apreciar también su beneficiosa influencia sobre las dermatosis alimentadas por la reabsorción toxiniáica: eczema, herpes, seborrea, urticaria, acné, prurigo, etc.... Como quiera que es un amigo del emunctorio intestinal, representa en estos casos el papel de un seguro depurativo, sin los peligros de desmineralización atribuibles á los fermentos lácticos. Nadie tiene hoy el cuidado de esterilizar su intestino, la vida digestiva normal que comporta simbiosis con las bacterias (Roux). Lo que se realiza con la *cascarine* es la expulsión, la limpieza, el fin de la flora putrefactora.

El principio descubierto por el Dr. Leprince debe una

parte de sus benéficos efectos á su afinidad electiva por el epitelio hepatobiliar, siendo una especie de «calomelanos vegetal» que regula de un modo natural la secreción del hígado. Ahora bien; la bilis es como una escoba antiséptica del intestino; jabona la mucosa desecada, galvaniza su peristaltismo y orienta el órgano hacia su reeducación, gracias á su animación secretoria y excitomotriz. La bilis es el mejor agente de unión para que renazca la acción laxante, para prevenir la atonía y resolver el entero espasmo. Coordinando los movimientos vermiculares, neutralizando los venenos digestivos, poniendo fin á las perturbaciones del páncreas y de los folículos, renovando los epitelios en vista de la absorción, el poder colagogo accionado por la *cascarine* restituirá la energía á la función inhibida ó deficiente. Como quiera que el intestino ya no se enuncia, desaparece el meteorismo y con él los cólicos y el malestar. Se devuelve la permeabilidad á los conductos biliares mediante la prevención natural de los estados biliosos (colemia y hepatismo), del catarro litógeno, de la colecistitis y de la angiocolitis. La *cascarine* da buenos resultados hasta en ciertos casos de litiasis en que se vislumbra en el horizonte la intervención quirúrgica.

La *cascarine* Leprince obra, sobre todo, en la estancación de las heces, en la primera porción del colon, que siendo menos tolerada que la sigmoidea, desarrolla, con penosas acumulaciones de gases, el máximo de intoxicación. Como es un producto inofensivo no congestiona las vísceras, ni violenta el tractus, ni adormece la sensibilidad mucosa. Constituye un gran beneficio para los neuroartríticos tributarios de la colitis, así como para los hemorroidarios é hiperhémicos pelvianos; para distender la cuerda cólica, vencer la «estercoremia puerperal» de Budin, que á veces, según todos sabemos, simula una fiebre grave; contra la migraña y la obesidad femeninas y para derivar los accidentes de la menopausia en todos cuyos casos nada es comparable á la *cascarine*. Combate el aliento fétido, la lengua pastosa, el apetito caprichoso, el timpanismo, los dolores de costado, taquicardias, arritmias, disneas toxialimenticias, falsas anginas de pecho, irritabilidad, fobias, hipocondría, amnesia, sofocencia, pesadillas, mioatrofinias, y toda la gama abundante de los síntomas que forman el cortejo de la coprostasis y sus fermentaciones pútridas, engendradas por nuestro «laboratorio toxicógeno».

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

La *Gaceta* del 19 del actual publica un Real decreto encargando la dirección y administración de cuanto afecte á la lucha antipalúdica, á la Comisión Central creada por el de 14 de Junio del año corriente. No lo reproducimos en este número por ser muy extenso y si comenzáramos hoy su publicación quedaría dividido formando parte de dos tomos.

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

De conformidad con lo propuesto por la Junta para ampliación de estudios é investigaciones científicas,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido rehabilitar por tres meses la consideración de pensionado que por Real orden de 22 de Abril del corriente año le fué concedida á D. José Casares y Gil, decano y catedrático de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 19 de Diciembre de 1924.—El subsecretario encargado del Ministerio, *Leóniz*.—Señor ordenador de pagos por obligaciones de este Ministerio. (*Gaceta* del 24 de Diciembre.)

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido declarar desierto por falta de aspirantes, el concurso previo de traslación anunciado por Real orden de 3 de Noviembre último, para proveer la cátedra de Patología general, con su clínica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 13 de Diciembre de 1924.—El subsecretario encargado del Ministerio, *Leóniz*.—Señor ordenador de pagos por obligaciones de este Ministerio. (*Gaceta* del 24 de Diciembre.)

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido declarar desierto por falta de aspirantes, el concurso previo de traslación anunciado por Real orden de 3 de Noviembre último, para proveer la cátedra de Ginecología, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 13 de Diciembre de 1924.—El subsecretario encargado del Ministerio, *Leóniz*.—Señor ordenador de pagos por obligaciones de este Ministerio. (*Gaceta* del 24 de Diciembre.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715,0; ídem mínima, 709,7; temperatura máxima, 8°,8; ídem mínima, 0°,8; vientos dominantes, NNE. NE.

En las enfermedades agudas observadas durante la última semana y cuyo número ha aumentado en la proporción ordinaria estacional, no se han observado variaciones importantes en las agudas del aparato respiratorio; en cuanto á las fiebres infecciosas intestinales han aumentado en número y en gravedad, revistiendo en algunos casos el carácter francamente tifoideo. También se han observado casos frecuentes de erisipela facial.

En los niños continúan las bronquitis y laringobronquitis presentándose, sin mucha gravedad.

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

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Noviembre de 1924.
Menores de 1 año.....	172	151
De 1 á 4 años.....	137	90
De 5 á 19.....	106	79
De 20 á 39.....	201	204
De 40 á 59.....	268	268
De 60 en adelante.....	383	391
Sin clasificación.....	4	3
TOTAL.....	1.271	1.183

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Noviembre de 1924.
Fiebre tifoidea.....	23	11
Tifus exantemático.....	3	3
Viruela.....	11	11
Sarampión.....	6	4
Escarlatina.....	2	3
Coqueluche.....	8	4
Difteria.....	18	8
Gripe.....	3	3
Otras epidémicas.....	132	137
Tuberculosis pulmonar.....	15	10
Idem meníngea.....	22	21
Otras tuberculosis.....	64	71
Cancerosas.....	51	41
Meningitis.....	67	73
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	102	84
Orgánicas del corazón.....	65	26
Bronquitis aguda.....	40	35
Idem crónica.....	20	22
Pulmonía.....	127	105
Bronconeumonía y otras.....	51	63
Enteritis (menores de dos años).....	5	4
Apendicitis y tífis.....	16	17
Hernias y obstrucciones.....	12	20
Cirrosis hepática.....	42	48
Nefritis.....	9	8
Septicemia puerperal.....	43	41
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	43	44
Senectud.....	264	272
Otras enfermedades.....	1.271	1.183
TOTAL.....		

Varones.....	633
Hembras.....	550
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	42,37
Idem íd. en Noviembre de 1924.....	39,43
Idem íd. en Octubre de 1924.....	36,32

Observaciones.

Son relativamente favorables las cifras de mortalidad. La elevación anual de la curva, iniciada el mes anterior, ha continuado con poca intensidad, siendo el aumento, respecto á Octubre, de un promedio de tres defunciones diarias. Las bronquitis agudas, que al llegar los fríos hacen tantos estragos en los niños, han sido en poco número, influyendo esto en la benignidad de las cifras comparadas de mortalidad infantil que más arriba publicamos.

Dos defunciones nuevas que el mes anterior han ocurrido por viruela. La impresión epidemiológica es la de una fuerte invasión que se está yugulando en sus comienzos, merced á una vigorosa lucha. Merece saberse que en sitios hace tiempo sabios y vigorosamente defendidos contra esta plaga, como son Suiza y la ciudad de Viena, han ocurrido bastantes invasiones, afortunadamente curadas.

De varicela ha sido diagnosticada la defunción de un niño de tres meses.

Diagnosticados de sífilis han fallecido: cuatro niños en sus domicilios y tres en el Asilo de San José, y dos adultos en sus casas.

Nacieron vivos, 1.624.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Los tóxicos, dentro y fuera de España.—En ningún caso como en éste del tráfico ilegal de sustancias tóxicas, se puede emplear el castigo dicho de «en todas partes cuecen habas».

Infatigablemente venimos reseñando ó aludiendo en casi todos nuestros números las noticias que en la Prensa española y extranjera se publican sobre detenciones, descubrimientos, medidas de represión, etc., etc., con ocasión de este perjudicial abuso que tantos males sociales acarrea.

Hoy añadiremos que en Barcelona se han detenido cinco individuos dedicados á este productivo comercio. Por la condición de las personas detenidas (dueños y dependientes de una taberna y un bar de la calle del Mediodía), suponemos que el vicio ha prendido ya en las clases populares, cuando hasta ahora todo hacía suponer que solo había envilecido á los desocupados.

—Según comunican de Londres, el jefe de la policía local de El Cairo ha apelado á la Junta de asistencia pública para impedir el tráfico y uso de la cocaína que se extienden con caracteres alarmantes.

Es de esperar que los acuerdos internacionales que adopte la comisión de Ginebra en la reunión que recientemente ha celebrado, serán de una positiva eficacia. De otra forma poco se adelantará luchando contra otros males que para ser combatidos precisan una previa fortaleza en las razas.

Homenaje al Dr. Peset.—Con motivo del triunfo obtenido por el discurso leído en el acto de la apertura de curso de la Universidad de Valencia, por el doctor y profesor de aquella Facultad de Medicina, D. Vicente Peset, sus amigos y la clase médica de aquella provincia le han tributado un homenaje de admiración.

Al acto han asistido más de 300 personas.

Concurso de artículos.—El jurado designado por el Colegio de Córdoba para calificar los trabajos presentados al concurso, ha declarado desierto el primer premio; propone para el segundo, consistente en 150 pesetas, el artículo recopilatorio de todo lo legislado sobre autopsias que *La Voz Médica* se apresuró á reproducir, y resulta ser de su querido redactor Sr. Sáinz López, que ya tenía bien acreditada su competencia en legislación sanitaria antes de recibir este galardón. El tercer premio se distribuye por mitades á los artículos de D. Eduardo Buisan y Pellicer, médico de Caspe, y D. Eutiquiano Rebollar Rodríguez, médico de Navas de Oro (Segovia).

Enhorabuena á todos y muy particularmente á nuestro buen amigo el incansable Sr. Sáinz López, que tanto y tan fructíferamente lleva laborando en pró de sus compañeros titulares.

Homenaje al Dr. Piñerúa.—Recordamos á nuestros compañeros que continúa abierta, ya por plazo breve, la suscripción para el homenaje al Dr. Piñerúa, recogiendo los donativos en la farmacia del Dr. Mouriz, Carretas, 20.—*La Comisión organizadora.*

Nuevo pabellón en el Sanatorio de Chipiona.—Todos nuestros lectores conocen la labor meritísima realizada en pro de la infancia enferma por el que fué gloria de la Medicina española Dr. D. Manuel Tolosa Latour y continuada por su bondadosa viuda.

En el Sanatorio marítimo de Santa Clara (Chipiona), primero de esta clase que hubo en España y que se debe á las

iniciativas y desprendimientos de este matrimonio, se ha celebrado con toda solemnidad recientemente la inauguración del pabellón de San Carlos, construido por la testamentaria de la excelentísima señora doña Carolina Méndez de Bayón, viuda de Acha.

Al acto asistieron las autoridades locales, una representación de padres franciscanos, patrono Sr. González Rojas, Dr. Pineda, de Cádiz; el arquitecto Sr. Abréu y el médico director, Tolosa Latour (D. Rafael), que recibió muchas felicitaciones por el celo y entusiasmo que pone al servicio del Sanatorio de Santa Clara.

En el nuevo pabellón serán albergados los niños escrofulosos y raquíticos, hijos de marinos gaditanos.

Forensías.—Se hallan vacantes en los Juzgados de primera instancia del Sar (de Alicante) y de El Ferrol, las plazas de médico forense y de la Prisión preventiva de categoría de término, que deben proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias á los presidentes de las Audiencias territoriales de Valencia y La Coruña, respectivamente, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días, á contar de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (*Gaceta del 18 de Diciembre.*)

Función benéfica.—La gran velada organizada por los alumnos de la Facultad de Medicina que se anunció tendría lugar el día 10 de Diciembre, ha sido aplazada para el 9 de Enero próximo; como decíamos en números anteriores, la fiesta es á beneficio del Colegio de Huérfanos de Médicos, dedicando un cariñoso recuerdo á médicos ancianos, desahogados y viudas pobres para corroborar la bendita obra de Protección Médica. El programa, que figura á continuación, está á cargo de los alumnos de la Facultad de Medicina y dirigido por el insigne dramaturgo D. Jacinto Benavente:

1.º Sinfonía.

2.º Allocución, por D. Jacinto Benavente.

3.º La comedia en cuatro actos y en prosa, de los hermanos Alvarez Quintero, *Amores y amorios*.

4.º El pasillo en un acto y en prosa, de los hermanos Quintero, *Los meritorios*.

Asistirán SS. MM. y AA. RR.

Las invitaciones pueden recogerse en el Colegio de Médicos, Gran Vía, 8.

Socorros á médicos.—La Real Academia Nacional de Medicina ha acordado la concesión de los siguientes socorros á los médicos Vicente Díaz Antúnez, Fernando Niño Viñas, Manuel Sáenz Ramírez, Manuel Gil Ramos y Alfredo Pina Vidal; á las viudas Carmen Tamayo Guevara, Emilia Franco Blanca, Vicenta Fanego, Antonina Pinedo López y Emilia Pérez, y á la huérfana María Santero de Ramos.

Academia de Medicina de Murcia.—En cumplimiento de lo prevenido en el capítulo 4.º de los Estatutos para las Academias de Medicina de distrito, ha procedido la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia á la elección de los cargos académicos para el bienio de 1925 y 1926, con el siguiente resultado:

Presidente, Dr. D. Claudio H. Ros; *vicepresidente*, doctor D. Emilio Sánchez García; *secretario perpetuo*, Dr. D. Laureano Albadalejo; *vicesecretario*, D. Francisco Ayuso; *tesorero*, D. Luis Gómez García; *bibliotecario*, Dr. D. Enrique Gilabert.

La viruela.—El inspector provincial de Sanidad ha dirigido una circular á todos los directores de las escuelas públicas ordenando que, á partir del día 9 de Enero, en que se reanudarán las clases, después de las vacaciones de Navidad, exijan á todos los alumnos el certificado médico de haber sido vacunado, para ser comprobados en la inspección que se llevará á cabo en el próximo mes.

—Según los últimos partes recibidos procedentes de Córdoba, la epidemia de viruela que se declaró en aquella población continúa extendiéndose y causando numerosas defunciones.

Para los nuevos suscriptores.—Como indicábamos en nuestro número anterior, el precio á nuestra Revista para los nuevos suscriptores que lo sean á partir del año próximo, será el de 25 pesetas al año, 13 al semestre y 7 al trimestre.

Los suscriptores que lo son hasta la fecha, continuarán en las mismas condiciones que hasta hoy, pero en el caso de interrupción en la suscripción, el precio que al ser de nuevo altas se les aplicará, será el que tengamos en la fecha que lo hagan.

Por las Clínicas de Europa.—A las reiteradas peticiones que se nos hacen del tomo III de nuestro formulario, hemos de responder, y lo hacemos aquí para general conocimiento, que pronto se pondrá á la venta; pero que aún no ha terminado la reimpresión.

El Congreso de la Habana.—Noticias recibidas de la Habana dan cuenta del éxito más lisonjero que ha coronado los labores de la delegación científica española que marchó á Cuba, al VI Congreso Médico, que ha tenido lugar en los primeros días de este mes.

En representación de la Facultad de Medicina, asistía el Sr. Mollá, y en el de la Real Academia Nacional de Medicina, el Sr. Colina. Éste, durante la travesía, á bordo del *Alfonso XIII*, dió dos notables conferencias sobre: «Murmuraciones higiénicas», escuchando el conferenciante muchos aplausos y felicitaciones.

En la capital cubana, el recibimiento dispensado á los Dres. Codina y Mollá, por el presidente de la República, Dr. Alfredo Zayas, fué cariñosísimo; siendo además los delegados españoles objeto de muchos agasajos por parte de distintos elementos españoles y cubanos.

El Dr. Mollá ha dado conferencias en la Facultad de Medicina de la Habana, de la que fué catedrático y en la que le guardan grato recuerdo.

El Dr. Codina dió también una conferencia el día 8, acerca de «Sanatorios antituberculosos», demostrando sus profundos conocimientos en la materia.

Por acuerdo de la Facultad de Medicina se celebró una sesión extraordinaria para recibir oficialmente á nuestros delegados.

La Comisión científica española ha embarcado de nuevo con rumbo á España, habiendo sido objeto de entusiasmas de pedidas y cordiales demostraciones de afecto. Pronto se encontrarán entre nosotros y daremos cuenta más detallada de lo más importante acaecido en el viaje y durante la estancia de nuestros representantes en la república cubana.

Excipiente Inerte.—Vuelven algunos de los emporios del mundo tan á lo bárbaro como se fueron; que quien no llevó la capacidad no la puede traer llena de noticias.

(Gracián.)

Causa curans per remedia morbos est vita supersters, et propria cuique temperiens; illa deficiente, iners medela.—La causa que cura las enfermedades mediante los remedios, es

la fuerza vital persistente y el temperamento propio de cada cual; siempre que ésta falte, la curación es ineficaz.

(Boerhaave.)

Iodarsolo.—**Zimema.**—**Aglicolo.**—Al número presente acompañamos un prospecto-secante sobre los citados productos de la casa V. Valdacci, de Pisa (Italia), recomendando la lectura y el pedido de muestras al representante en España, Mario Viale, Torres Amat, 1, Barcelona.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

PALMIL Jiménez.
Purgante Ideal.



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

VINO PINEDO
El mejor tónico.

LABORATORIO DE ANÁLISIS

Doctor Giral. — Catedrático y Académico.

Atocha, 35. — Teléfono M-33. — Madrid.

Orinas, esputos, alimentos, aguas, minerales, abonos, combustibles, productos industriales, etc. — Tarifas gratis.

Hojas patentadas con gráficos y cuadros de composición.

SOLUCION BENEDICTO
Glicera - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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