

# MURCIA MÉDICA

:: **Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades** ::

— ÓRGANO OFICIAL DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE MURCIA —

AÑO III

MURCIA - JUNIO - 1917

Núm. 27

## DIRECTORES-FUNDADORES

**D. Antonio Guillamón Conesa** ✠ **D. José Sánchez Pozuelos**

**D. Juan A. Martínez Ladrón de Guevara**

*Académicos Corresponsales de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia*

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

**REDACCIÓN.**—F. ALEMÁN, *Oftalmología*.—E. AMORÓS, *Enfermedades de la nutrición*.—F. CANO, *Medicina general*.—M. S. CARRASCOSA, *Ginecología*.—J. EGEA, *Urología*.—J. GALLEGO, *Pediatría*.—F. GINER, *Aparato digestivo*.—A. GUILLAMÓN, *Biología*.—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio*.—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología*.—E. PALAZÓN, *Dermatología*.—M. PRECIOSO, *Cirugía general*.—A. ROMERO, *Oto-rino-laringología*.—J. RUIZ MEDINA, *Neurología*.—J. SANCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio*.—J. VINADER, *Medicina general*.

**COLABORADORES.**—DOCTORES: ALBALADEJO, Murcia.—ALBASANZ, Madrid.—AROCA, Murcia.—AYUSO, Murcia.—AZÚA, Madrid.—BARAJAS, Madrid.—CAMPOS FILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREP, Madrid.—DEL RÍO, Zaragoza.—FERNANDEZ, Granada.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GARCÍA TRIVIÑO, Madrid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GÓMEZ, Murcia.—GONZALEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAFZ, Salamanca.—HERNÁNDEZ-ROS, Murcia.—LECHA-MARZO, Granada.—LIZCANO, Madrid.—LÓPEZ SANCHO, Valencia.—LOZANO, Zaragoza.—MAESTRE, Madrid.—MANERO, Alicante.—MARAÑÓN, Madrid.—MARQUEZ, Madrid.—MATEO MILANO, Madrid.—MEDINA (Alfonso), Madrid.—MEDINA (Francisco), Murcia.—NÚÑEZ, Salamanca.—PARDO, San Javier (Murcia).—PASCUAL, Madrid.—PASTOR, Valencia.—PESET (Juan), Valencia.—PESET (Tomás), Valencia.—PIGA, Madrid.—PIQUER, Murcia.—PITTALUGA, Madrid.—RAMÓN Y CAJAL (Santiago), Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLVEZ, Salamanca.—SANCHEZ DE RIVERA, Madrid.—SANCHEZ GARCÍA, Murcia.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

**COLABORACIÓN AMERICANA.**—DOCTORES: MIGUEL ANGEL, Médico de la Asociación Española de Socorros Mutuos de Buenos Aires.—KRAUS (R.), Director del Laboratorio del Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires.—RAGUSIN (N.), Médico de los Hospitales Militar y de Niños de Buenos Aires.

Suscripción por un año, 5 pesetas.—Número suelto, 1'50 id.

## SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Fracturas del maxilar inferior*, por el doctor González Peláez.—*Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas de la tuberculosis renal y vesical* (continuación), por el Dr. Manuel Barragán Bonet.—*Nota clínica: Acerca de un caso de papiloma del pene, de forma serpilgiosa*, por el Dr. Jesús Quesada.—*Conferencias de MURCIA MÉDICA: La del Dr. Gómez Ocaña*.—SECCIÓN VARIA: *El Colegio del Príncipe Alfonso para huérfanos de médicos: Real decreto de 15 de Mayo de 1917*.—*Banquete al Dr. Gómez Ocaña*.—*Fundación Santa Cándida: En defensa propia*.—*Estadística*.—*Conferencia del Dr. Cortezo*.—*De nuestro catálogo*.—*Nuestro Concurso*.—*Noticias*.—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores*.

---

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos, indicando la procedencia. De todas las obras que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén íntegros en esta Redacción.

---

---

### ARIVLE de S. Pozuelos.—Es la digital del pulmón

---

## Jarabe Antiferino Moreno

PREPARACIÓN RACIONAL Y CIENTÍFICA PARA COMBATIR CON ÉXITO EN TODOS SUS PERÍODOS LA MÁS REBELDE COQUELUCHE.

---

## DENTICINA MORENO

SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y VIENTRE EN LOS NIÑOS.

Cura los **VÓMITOS** y **DIARREA**; facilita el **BROTE** y desarrollo de los **DIENTES**; evita el picor de las **ENCÍAS**. Combate las **ALFERECÍAS** y en general todos los desarreglos que lleva consigo el período de la **DENTICIÓN**.

---

Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias, y en la de su autor

**Plaza de Camachos, 26.-MURCIA**



92  
NUESTROS  
COLABORADORES  
Dr. Juan G. Peláez  
::: De la Facultad  
de Medicina de Sa-  
lamanca :::::






# MURCIA MÉDICA

::: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades :::

— Organó oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia —

Año III .. Junio 1917 .. Núm. 27

## TRABAJOS ORIGINALES



# Fracturas del maxilar inferior

Por el DR. JUAN GONZÁLEZ PELÁEZ

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SALAMANCA

---

**C**EMA constantemente en litigio el de las fracturas en general, principalmente por lo referente a los sistemas de tratamiento y a los artificios usados en las diferentes regiones donde asientan, brinda interés particular las del maxilar inferior, cada vez más frecuentes por las múltiples aplicaciones de la mecánica a los diferentes oficios y menesteres de la vida social.

Las fracturas que recaen en la mandíbula inferior ofrecen como característica clínica la de ir ligadas al desgarró de la mucosa bucal representando fracturas abiertas y si esta contrariedad es inquietante en cualquiera región del esqueleto, lo es en mayor grado en las roturas del maxilar por constituir la boca un reservorio de constante flora microbiana y donde por tanto el peligro de una infección es más factible, cuanto más humilde es la clase social del fracturado, sin olvidar que precisamente entre los individuos de posición modesta, por razón de oficio, se presentan en mayor proporción referidos traumatismos.

Y claro está que la amplitud del desgarró de mucosa es de más ruín estimación clínica que la posible y casi segura infección del foco de fractura pues una efración grande de aquella no perturba la evolución, tiempo, ni condiciones anatómicas de la reparación ósea y el hecho real de una infección del foco, por sustancias de alimen-

tación o por la flora normal o accidental de la boca da margen a osteomielitis, flemon de Ludwig o pulmonías por deglución originarias de muerte y en casos más afortunados producen retardos considerables de cicatrización, hasta eliminar los secuestros formados, fistulas dentarias interminables, consolidaciones viciosas de la fractura, cicatrices cutáneas deformes y aun atrofas de un lado de la cara observadas por Pañas Wernher y nosotros un caso.

Aparte de este serio peligro de infección, se presenta otra característica clínica en estas fracturas y es el gran desplazamiento de los fragmentos, encadenada con la actuación de agente vulnerante (en las directas) y por la función de los músculos en todas ellas, no siendo de estimar, la participación que en la desviación tome, el peso del órgano roto, como en tan gran escala influye en las de los miembros, la acción de la gravedad del segmento subyacente a la fractura.

Si bien defienden de la fractura, al maxilar inferior, su vigorosa resistencia, su exquisita movilidad, y el instinto de conservación que induce a interponer las manos entre él y los agentes vulnerantes, que se dirijan a traumatizarle, estos pueden actuar directamente sobre él (pedradas, palos, coces), en la parte anterior y tienden a rectificar su curvatura normal, enderezándola, y si sobrepuja en violencia a la resistencia del hueso, se quiebra primero la lámina interna y a continuación el tejido óseo, precisamente a nivel del sitio de actuación de la injuria traumática.

Sin embargo, según recientes experiencias de Masson (de Méjico) sobre cadáveres, parece deducirse que los golpes violentos sobre el mentón producen unas veces fracturas de la sínfisis y otras en cualquiera parte del cuerpo, pero frecuentemente son los cóndilos los preferentemente dañados, quedando como triturados, con escasa exteriorización sintomática, siendo para el experimentador en estas condiciones los responsables, de algunas anquilosis dobles del maxilar, notadas en la práctica, como secuelas de traumatismos sobre el mentón; que por el momento no se les dió importancia por la falta de síntomas clínicos y la dificultad de traducirse por la investigación radioscópica. (Casos de Vakonb, Roc y Orlov).

La fractura de la rama horizontal es favorecida por la rarefacción del sistema óseo relacionada con la edad y por la menor resistencia al nivel de los alveolos desprovistos de dientes y al recibirse la violencia lateralmente tiende a cerrar la curvatura del arco maxilar, aproximando sus ramas, lo que determina una fractura en la curvatura, localizada en su parte anterior o ántero-lateral y lejana del punto que soporta el traumatismo, comenzando la rotura por la lámina externa del hueso.

Sea la fractura media (boxeo, puntapié etc.) o ántero-lateral (paso de un carruaje, aplastamiento de la casa etc.) casi siempre es completa, y simple (Gurtl), coincidiendo entre los dos incisivos laterales o entre el último y el canino; o entre éste y el primer molar.

Su dirección, es quebrada y angular, de ordinario oblicua de arriba abajo y de delante atrás, menor número de veces en sentido opuesto; también es oblicua en sentido del espesor del hueso, de modo que el fragmento anterior está cortado a espensas de su cara cutánea (exterior) y el fragmento posterior de su cara interna.

Esta doble oblicuidad se disocia por actuación muscular exagerándose en idéntico sentido: el fragmento posterior es llevado hacia arriba (ptorigoideo interno y masetero) desviándose su punta hacia afuera incrustándose en la cara mucosa del carrillo, a su vez el fragmento anterior es solicitado hacia abajo y atrás por los hioideos deslizándose por dentro del fragmento posterior resultando un cabalgamiento bien ostensible.

Si la fractura es doble, lo ordinario es que esté constituido por un trozo del mismo lado, abarcando 3 o 4 piezas dentarias y pocas veces estará formada por el arco del maxilar.

Nótase en estas fracturas, como en todas las de los huesos largos, una marcada tendencia a curar espontáneamente, aun a pesar de los deficientes y malos apósitos empleados y aun contrariando la acción de los que se estiman más perfectos, (porque inmovilizan mayor tiempo y más fijamente los fragmentos).

Sólo en el caso de interposición de un cuerpo extraño, que suele ser un diente, o un secuestro, si hubo infección, rara vez aquí, interposición de masas musculares, se nota dificultad mecánica, de consolidación.

Y es, tan constante y segura la tendencia a cicatrizar el foco de fractura que a los 6 o 7 días existe aglutinación y soldadura, si bien tenue entre los bordes del foco y aun cuando se inicie incorrecta o asimétrica se va corrigiendo gradualmente la desviación, para llegar a restituirse la función libre y normal de la mandíbula paralelamente con la reintegración anatómica, traducidas por una perfecta movilidad de la arcada y una excelente articulación dentaria; a despecho de alguna exuberancia de callo y a pesar de ciertos apósitos que a pretexto de fijar sólida y tempranamente, el foco, no hacen otra cosa, que mantener y perpetuar una coaptación viciosa, sin rectificación posible; si fué excesivamente prolongada su aplicación.

La positiva tendencia a cicatrizar las fracturas del maxilar inferior (que no es sino fiel expresión de la regla general que preside la evolución de todas las fracturas) contrae en aquellas, los términos del tratamiento a una cuestión fundamental; la asepsia del foco y otra, relativamente secundaria: inmovilización de los fragmentos, hasta el extremo, de que el más ingenioso, complicado y perfecto artificio aplicado, poco vale en el resultado curativo, sin el escrúpulo de asepsia en el foco.

En concreto, sin asepsia no se cura una fractura del maxilar inferior; sin apósito sí; aseveración comprobable en la clínica ya que practicándola, la lesión marcha veloz y ordenadamente a la cicatrización de la fractura y reparación funcional, que

se logra completa en 18 o 20 días; y descuidando el precepto sentado, aparecen tumefacciones mucosas, flemones más o menos difusos, supuraciones del foco que contrarían la consolidación, linfangitis de cara y cuello, afecciones pulmonares, y cerebrales, septicemias y muerte.

Y una vez infectadas, aunque puedan vencerse estas contrariedades, es a costa de largas supuraciones, de eliminación de secuestros, de fístulas cutáneas o mucosas, de atrofiás del maxilar y de retención de dientes permanentes, si acaeció en la infancia, bien por desviación del bulbo dentario o porque el hueso de nueva formación dificulte la salida.

La pseudo-artrosis por otra parte es excepcional.

El tratamiento, pues, comprende en términos generales. 1.º Evitar la infección. 2.º Contención de la fractura.

La primera se logra pincelando con tintura de yodo en el primer momento de apreciada la fractura, todo el foco y mejor aún toda la mucosa bucal; con lavados frecuentes (cada dos horas) de agua oxigenada o solución de perborato, continuados por espacio de ocho o diez días, y practicados además después de cada ingestión de alimentos.

Mientras esté aplicado el apósito, cualquiera que sea, se procurará, presente una solución de continuidad, para extraer por sonda, o pistero el líquido del colutorio y si se adopta el apósito provisional no hay inconveniente desde el tercer o cuarto día en hacer los lavados al renovarlo, pues, soporta perfectamente el foco, sin desplazarse, ni originar dolor, el acto de aspirar la cantidad de líquido preciso para el colutorio.

Respecto al apósito, aquí como en ninguna fractura cuadra mejor la afirmación que el más sencillo es el más práctico, el más seguro y el preferible, y nace esta afirmación de los resultados vistos por los diferentes y numerosos medios con que ví tratar y traté bastantes de estas fracturas.

No es la presente coyuntura adecuada para exponer, describir, catalogar ni discutir, los múltiples apósitos aconsejados, pero sí lo es oportuna, para rechazar los prodigios de mecánica, en conjunto, embarazosos, complicados, de gran coste, difíciles de adquirir y de improvisar, y patrimonio de especialistas contadísimos.

La sutura ósea sistemáticamente empleada por bastantes cirujanos, también sistemáticamente la rehuyo, porque unas veces no puede ajustar bien el foco, otras lo aprieta con exceso y origina cabalgamientos incorregibles por la dificultad de rectificarse espontáneamente la desviación determinada; a veces porque se aflojase prematuramente por corrosión del hueso y resulta ilusoria su acción; en ocasiones porque es motivo de infección del foco y siempre, porque es un acto operatorio, para el que no todos los médicos disponen de material, de instalación, de ayudan-



tes, ni de preparación para ejecutarle, y como que estas lesiones son frecuentes, debemos aspirar a que los medios curativos se amplifiquen y a la vez se generalicen al mayor número de médicos, en lugar de complicarlos y especializarlos, debe manifestarse que sin sutura ósea se curan, y bien, las fracturas del maxilar a condición de asepticar el foco.

«La frecuencia del traumatismo de los huesos se compagina mal con la orientación de una terapéutica de privilegio para enfermos y médicos como es la osteosíntesis. Este método operatorio debe quedar como excepcional. De lo contrario ¿qué sería de los lesionados en comarcas aisladas y en los campos de batalla? Por eso hay que perseverar en la demanda humanitaria de un procedimiento sencillo, inocente, eficaz, aplicable en todos los casos, fácil de enseñar y aprender, que reduzca y asegure la coaptación de los huesos rotos.» (Isla, contestación al discurso del Dr. Bravo a su ingreso en la Real Academia de Medicina.)

Por lo que a mí respecta estoy satisfecho en absoluto con esta norma:

*En fracturas simples.*—Después de la previa y escrupulosa desinfección de la cavidad bucal y del foco de fractura se arrollan unas compresas de gasas y se aplastan sobre la arcada dentaria superior, en todo su trayecto excepto en un punto, frente a la abertura de los labios que se escotan de un tijeretazo y dejan como una muesca. El grosor de estas gasas, es de cerca de un centímetro. Sobre ellas se aproxima la mandíbula inferior rota a la vez que se hace ligera tracción sobre los fragmentos para coaptarlos. Aproximados ambos maxilares, con intermedio de la gasa, se sujetan con un vendaje cruzado, o con un pañuelo o fronda atendiendo a la asepsia bucal por la abertura de la gasa, a la vez que se utiliza para la alimentación líquida los primeros siete u ocho días. Puede renovarse a los tres días para mudar la gasa y verificar una limpieza escrupulosa de la boca. Si no hubo infección, lo que se logra acudiendo pronto al accidente, se renueva a diario el vendaje desde el octavo día y a los doce o trece puede consentirse al enfermo que tome alimentos semi-líquidos y que hable algo para dejarle sin apósito a los diez y ocho o veinte días que tiene vigor suficiente el callo para desempeñar moderadamente las funciones propias del hueso. En fracturas simples o dobles con fragmento lateral, es suficiente según mi experiencia este sencillo apósito.

Las fracturas dobles con fragmento medio anterior y las múltiples, debemos considerarlas como lesiones propias para ser tratadas por un médico dentista a quien se encomendará el enfermo para su cuidado, si no queremos hacer por nosotros mismos un molde de yeso o de *godiba* para vaciar una media caña contentiva que bien ajustada nos llevará con el *esmero en la asepsia bucal* a la curación de la fractura sin accidentes y a la del fracturado sin tardanza y sin dificultades funcionales ulteriores.

# **Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas**

## **de la tuberculosis renal y vesical**

POR EL DR. D. MANUEL BARRAGÁN BONET

(MADRID)

Premiado en el Concurso de la Real Academia de Medicina de Murcia, celebrado en 1916

**Lema: REPARAD EN LOS MEDIOS PARA LLEGAR AL FIN**

(CONTINUACIÓN)

En la primera categoría están los casos inoperables y las tuberculizaciones postoperatorias del riñón que quedó; en la segunda, pueden comprenderse todas las tuberculosis renales sin pus en la orina. Los resultados obtenidos en una y otra categoría se encuentran en el trabajo del Dr. Benoit (1).

Personalmente habré tratado una docena de enfermos por los I. K. en unión del tratamiento médico. De estos, sólo merecen citarse—porque fueron constantes, y tuvieron paciencia, seis; cuyos resultados fueron: mejoría en cuatro, uno sin resultado, y otro con un éxito que no esperábamos. Dos de ellos jóvenes de 23 y 27 años, con tuberculosis bilateral, abundante piuria, fiebre y diarrea, que parecían dos piltrafas, mejoraron de su estado general y disminuyó la piuria así como la fiebre, desapareciendo en este estado de mi consulta. Otros dos ya mencionados al hablar de la helioterapia y el último el más interesante y de resultados más positivos y duraderos cuya historia es la siguiente:

*Observaciones—IV—*En Octubre de 1912 se me presentó una enferma de 33 años, sin ningún antecedente fímico hereditario ni personal; hacía unos cuatro meses que había tenido lumbalgias intensas en el lado izquierdo que fueron clasificadas de cólicos nefríticos, acompañadas de orinas con sangre durante dos días. Posteriormente, tuvo otras crisis pero sin hematuria y sin expulsión de cálculos. Como todo enfermo que ha orinado sangre no pierde de vista sus orinas, notó en ellas algún

---

(1) Société de médecine et chirurgie pratique de Jourac.

Mayo 1912. Le traitement moderne des tuberculosis, par le Dr. Benoit. Chirurgien de la Maison de Santé amiot a Royan.

tiempo después, que eran turbias y a la vez, que orinaba mayor número de veces que tenía por costumbre. Del reconocimiento resultó con orinas lechosas, poca capacidad vesical, micciones frecuentes y dolorosas. El riñón derecho, muy sensible a la palpación, algo aumentado, con exaltación del reflejo ureteral y renal; bacilos tuberculosos en el sedimento y la inoculación en los cobayos. Estado general muy mediano.

Esta enferma antes de que le indicáramos nada respecto a intervención, nos dijo que si había que operarla que prefería morir.

Por aquellos días llegó a nuestras manos un folleto de la casa Kalle & Cie. sobre los Cuerpos Inmunizantes de Spengler y resultados obtenidos con su empleo en la tuberculosis renal y no titubeé en aplicarle la primera serie que mandé traer directamente.

Después de las seis primeras inyecciones aumentó la enferma seis kilos, desapareció casi por completo la piuria, pero persistían aún los bacilos. Al fin del cuarto mes de tratamiento, el estado general mejoró notablemente, tanto, que su salud parecía perfecta, aumentando diez kilos. Desaparecieron los dolores y las hematurias, el riñón no dolía a la palpación, ni podía tocarse. Las orinas completamente limpias y sin bacilos, ni por el examen directo ni por la inoculación. Esta enferma hasta 1915 he tenido noticias de ella y su salud continuaba íntegra. ¿Será esto duradero? Persista o no la curación, aparente o real—yo creo que aparente—de una manera o de otra ella sigue viviendo y no mal tres años. Menos supervivencia tienen algunos nefrectomizados y conste que soy cirujano o me tienen por tal; pero a cada uno lo suyo.

Benoit empieza el tratamiento por los I. K. con el número 4 para llegar muy rara vez al número 2. Las inyecciones las hace 3 veces por semana, seis después, dos cada semana y por último una. Para el autor todos los enfermos tratados por los I. K., han sido curados con una rapidez asombrosa, pero téngase presente que los enfermos estaban en el excelente clima marítimo de Royan y que al tratamiento por las inyecciones se unía el general, la radioterapia y la helioterapia.

Cuando la acción de los I. K. no es bastante eficaz, Spengler apela a la auto-transfusión, que puede hacerse de dos modos: inyectando la sangre hemolizada del enfermo mezclada con los cuerpos inmunizantes o reinyectando la sangre hemolizada del enfermo sin adición de I. K.

c) *Resultado del tratamiento específico.*—Ya hemos hecho un resumen de los partidarios y adversarios del tratamiento específico; ahora procuraremos contestar a las dos preguntas siguientes: ¿Se obtienen curaciones verdaderas y estables con su empleo? Si se obtienen ¿en qué publicaciones se hallan descritas y cuál es su número?

*Leguéu y Chavassu*, en el Congreso de Roma de 1912, dieron cuenta de 51 casos de curaciones aparentes, de las 184 observaciones tratadas por el método internista. De estos 51 casos, 24 observaciones son muy incompletas para poder sumarmas como tales curaciones; en 27 no se dice más que las orinas eran claras y no había piuria, sin más detalles; quedan sólo 11, entre ellos, que parecían curados después de un año.

*Castaigne y L. Bernard Heitz Boyer*, ponentes en el Congreso de Urología de Roma; el primero defiende con ardor el tratamiento médico, sin ser adversario del quirúrgico y los segundos, diciendo, que sólo un caso, el de Karo, puede considerarse como curación positiva. Al lado de este se encuentran seis curaciones sólo aparentes: dos de Lecrercq, una de Minet, otra de Mots, dos de Castaigne y dos muy deficientes de Lecrercq y Castaigne en sujetos anteriormente nefrectomizados.

La última estadística de 160 enfermos ha sido publicada por el *Journal de Médecine*, de Burdeux, Febrero 1913. De estos 160 casos 32 habían sido ya operados y con recidivas del otro riñón; de estos 32, 30 obtuvieron una mejoría real, 98 eran inoperables; y de estos 98, 12 curaron, 32 mejoraron, 54 quedaron estacionados y 12 murieron. Puede deducirse de estos datos que el tratamiento específico produce en muchos casos una verdadera mejoría, ya que bajo su influencia se ve disminuir en notables proporciones y aun desaparecer la piuria, cistalgia, baciluria, etc.

¿Quiere esto decir que los enfermos se curan en el sentido estricto de la palabra? Para esto es preciso:

1.º *Que su orina no tuberculice a los conejos.*

2.º *Que el cateterismo del riñón demuestre que su orina es suficiente, bajo el punto de vista de la urea, cloruros, fosfatos, etc., y que el riñón curado conserva su valor funcional.*

3.º *Que el conjunto de estos resultados sea durable por largo tiempo para poder sentar una curación definitiva.*

Sin la comprobación de estos tres factores no es extraño que los urólogos y cirujanos intervencionistas concedan un valor muy secundario al tratamiento internista.

\* \* \*

Expuestos los resultados obtenidos en la tuberculosis del aparato urinario, por el tratamiento general y específico con los defensores y entusiastas del método, hablemos por cuenta propia.

Todos los tratados de medicina interna citan casos de tuberculosis pulmonar, curados espontáneamente y comprobados por un número considerable de autopsias. Esta curabilidad espontánea no puede negarse tampoco a las tuberculosis quirúrgi-

cas, pero tanto en una como en otra podemos emplear diferentes medios: el reposo, sobrealimentación, inyecciones en el foco tuberculoso y saneamiento de ellos por el legrado y cauterización de los tejidos fímicos.

Esto que todo el mundo sabe, y yo por mi parte podría citar infinidad de casos de tuberculosis local curados conservando total o parcialmente el órgano invadido, no puede hacerse en la tuberculosis renal; resultando que el tratamiento de esta ha de ser distinto de las demás tuberculosis, porque no es posible someter al enfermo a todos los medios de que disponemos para otras tuberculosis.

Es el reposo uno de los medios más eficaces para la curación de la tuberculosis, como lo demuestran los resultados obtenidos con el vendaje enyesado en las artritis tuberculosas, el obtenido por el pneumotórax artificial para la tuberculosis pulmonar, haciendo penetrar el aire en el espacio pleural, para que la presión de éste inmovilice el pulmón; las cistostomías en las cistitis tuberculosas, no sólo para poner en reposo la vejiga, sino también para llevar a ella directamente la medicación tópica, etc., etc., estos recursos no es posible aplicarlos a la tuberculosis renal.

Por otra parte, el trabajo constante del riñón, su vascularidad exagerada y por ende el aflujo sanguíneo del mismo y la irritabilidad que el trabajo glandular ha de producir sobre las lesiones fímicas, son factores los más abonados para la propagación al otro riñón que para la curación del enfermo. Hay que tener en cuenta, además, que la circulación venosa del riñón izquierdo por medio de sus anastomosis con la vena central de la cápsula suprarenal, y de esta con la diafragmática inferior la que se anastomosa con la circulación renal del otro lado, contribuye notablemente a la propagación de la tuberculosis del riñón izquierdo al derecho.

A pesar de todo lo expuesto, como todos los órganos se defienden contra el enemigo, y de esta ley general participa como es consiguiente el riñón, la curación espontánea no puede ni debe negarse en absoluto. Tampoco puede negarse la curación por el tratamiento internista (pues si la naturaleza es suficiente) aunque excepcionalmente para ello; ¿cómo no lo ha de ser con ayuda? *los exclusivismos son siempre perniciosos.*

Aceptada la posibilidad de curación en este sentido, tantéese con oportunidad y si no da resultados, todos estamos absolutamente conformes en que el único tratamiento racional es el quirúrgico. *En resumen, que las dos clases de tratamiento médico y quirúrgico tienen sus partidarios pero no son opuestos. La diferencia está en que unos en el momento de diagnosticar una tuberculosis renal unilateral aconsejan la nefrectomía, y los otros después de haber ensayado sin resultado los procedimientos internistas con el cual nosotros estamos conformes. Mas, lo fundamental para unos y para otros, es el diagnóstico precoz porque los éxitos tanto en el orden médico como en el quirúrgico están en razón directa de la pron-*

*titud en el diagnosticar como ocurre siempre en todo lo que atañe a enfermedades y enfermos.*

\* \* \*

*B) Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal.*—La indicación operatoria de la tuberculosis renal no debe ni puede establecerse sin comprobar los hechos fundamentales siguientes:

*C) Diagnóstico precoz de la tuberculosis renal.*

*D) Que sea unilateral.*

*E) Que la funcionalidad del riñón que ha de quedar, es suficiente para suplir al que se ha de extirpar.*

*C) Diagnóstico precoz de la tuberculosis renal.*—La importancia de este hecho es de tal magnitud, que si pudiéramos diagnosticar y operar siempre la tuberculosis renal en su primer período, la nefrectomía sería casi siempre, por no decir siempre, de positivos resultados: por esto, todos cuantos datos podamos aportar para hacer un diagnóstico precoz, hay necesidad de ponerlos en contribución para lograrlo. Estos datos de investigación son de dos órdenes; unos clínicos y otros bacteriológicos.

*A) Datos clínicos.*—Los antecedentes hereditarios y personales, la reacción vesical, la exaltación de los reflejos ureterales y renales, dolor y aumento del riñón, la incontinencia nocturna de orina, las hematurias, albuminuria, la piuria, la duración de la acidez urinaria, etc.

*B) Datos bacteriológicos.*—La presencia del bacilo de Koch por el examen directos, inoculaciones experimentales, reacción del antígeno.

*A) La reacción vesical.*—La mayoría de los enfermos de tuberculosis renal—el 80 %—lo primero que cuentan es que orinan muchas veces lo mismo de día que de noche, que estas micciones son dolorosas al terminar—pujos vesicales—que las orinas sean o no turbias no les llama la atención, sólo el dolor les obliga a consultar; es natural, puesto que si desapareciera el elemento dolor de las enfermedades, la mayoría de los médicos estaríamos demás. Después de nuevas preguntas nos va diciendo, que las orinas son turbias unos, o muy pálidas otros; y que dejan sedimento. Además de estos síntomas de cistitis, averiguamos de palabra, que aparecieron sin causa y después por la exploración que no existe cuerpo extraño ni nada mecánico que pueda producirlo; ni en el cuello vesical, ni en la próstata, ni en la uretra, matriz y anejos. Simultáneamente con estos síntomas unas veces, y aparte de ellos otras, se suele presentar dolor en el riñón, espontáneo o buscándolo por la palpación bimanual y el peloteo. En seguida se explora los reflejos que generalmente estarán exaltados sobre todo el renal y el ureteral. Excepcionalmente podremos apre-

ciar por la palpación bimanual el aumento de volumen del riñón, porque como es sabido, las lesiones tuberculosas pueden evolucionar hasta producir cavernas sin aumento apreciable de esta glándula.

El dolor renal puede ser constante o en forma de crisis dolorosas simulando pequeños cólicos nefríticos; mas no se olvide, que puede faltar en absoluto, tanto, que la ausencia de él ha servido para decir que el mejor signo de probabilidad de la tuberculosis renal, es la ausencia del dolor.

La exploración vesical y el cateterismo evacuador produce en general un dolor tan intenso al terminar las últimas gotas, que los enfermos protestan de nuevos tanteos vesicales; les pasa una cosa semejante a las enfermas con vaginismo,—dispareunia de Barnes,—que se disparan al menor contacto; por esto aconsejamos que los reconocimientos uretro-vesicales primeros, se hagan siempre con anestesia uretral y vesical. Claro, que como la tolerancia vesical es muy poca, la capacidad alguna vez no llega a unos cuatro centímetros cúbicos.

*La incontinencia de orina nocturna* sea de la época que fuere y mucho más si se confirma en el estado actual del enfermo, llamará nuestra atención sobre la posibilidad de una tuberculosis renal. Numerosas son las observaciones en las cuales este síntoma ha precedido a los síntomas ciertos de la tuberculosis renal.

Estos sujetos, durante el día satisfacen cuantas veces quieren las necesidades de orinar, mas por las noches, durante el sueño profundo estos deseos no se ven cumplidos con la frecuencia exigida, y la orina se escapa involuntariamente. Esta incontinencia se presenta sin lesión renal, ni vesical, ni uretral, datos comprobados por un examen atento de la vejiga y uretra y por la desaparición de este síntoma después de la nefrectomía y su reaparición cuando la tuberculosis invade el otro riñón. La patogenia de esta incontinencia, es la exaltación del reflejo renal igual a la polakiuria de los tuberculosos confirmados; es decir, que no se trata de una falsa incontinencia como algunos sostienen, sino de una incontinencia verdadera por acción refleja.

*Las hematurias* de procedencia renal suelen ser uno de los primeros síntomas de la tuberculosis renal, a la que puede precederle en algunos casos meses y años, sucediéndole a estos enfermos una cosa parecida a los candidatos a tuberculosis pulmonar, con la hemoptisis.

Estas hematurias como las hemoptisis, pueden ser abundantes, o pequeñas, y desaparecer por largo tiempo para aparecer de nuevo sin motivo aparente; y si este hecho se repite con alguna frecuencia, hay necesidad—sin perder tiempo—de pensar en una tuberculosis renal en sus comienzos y proceder a su comprobación investigando con tenacidad el bacilo de Koch. Cuando es abundante, pudiera creerse en

una tuberculosis renal avanzada, siendo así que en realidad no es más que un síntoma precoz.

«En el mes de Mayo de 1901 practiqué la descapsulación renal a un enfermo por hemorragia incoercible y abundante de procedencia renal. El análisis de la orina sólo indicaba como particularidad además de la gran cantidad de sangre, 0'80 de albúmina y cristales de fosfatos.

Este enfermo presentaba el riñón con una gran congestión pasiva y aumentado todo cuanto materialmente podía dar de sí la poca elasticidad de la cápsula propia. Incindí esta y surgió una hemorragia venosa considerable, que me obligó a taponar con rapidez.

A pesar de esto, continuó dando sangre los dos días siguientes sin que la cantidad fuera inquietante. Retiré la gasa al tercero y no volvió a salir sangre por la herida ni por la orina. La herida lumbar cicatrizó a los veinte días, después de una sutura secundaria.

A los cinco meses de esta operación apareció nuevamente la hematuria no constante, sino intermitente, a cuyo síntoma se sumaron más tarde la piuria y la albuminuria, y se comprobó la presencia del bacilo de Kock en el sedimento por el análisis microscópico.

Este enfermo murió a los veintidos meses sin nueva intervención, porque no la quiso. Claramente se ve en este un ejemplar de hematuria abundante en el primer período de tuberculosis renal.

Es evidente que si hubiera sospechado lo que después ocurrió este enfermo se habría salvado con la nefrectomía.»

*La presencia casi constante de la albúmina en la orina, a falta de otro dato, puede considerarse como un síntoma precoz de la tuberculosis renal. Durante algún tiempo el enfermo ordinariamente joven, es simplemente albuminúrico con intermitencias en la cantidad; si esta albúmina aparece sin enfermedad infecciosa anterior, sin edemas, sin hipertensión y que no cede a la influencia del tratamiento internista, es preciso investigar por el método directo el bacilo y, si es negativa, buscar la reacción de Dobré y Paraf, practicando la inoculación en los cobayos, cuyo valor indiscutible han puesto de relieve Heitz Boyer y Chevassu en su trabajo publicado en el *Journal de Urologie* (Junio de 1912) y en la *Prese Medical* (Marzo de 1912). Este procedimiento es derivado del principio general conocido de la reacción de Bordet-Jengou, con la diferencia de que, en lugar de partir del antígeno para buscar los anticuerpos tuberculosos, parten de los anticuerpos representados aquí por los anticuerpos tuberculosos contenidos en los sueros antituberculosos comprobados, y buscar en el humor examinado el antígeno correspondiente, es decir, la presencia del principio biológico específico salido del bacilo de Koch.*



Excepcionalmente en enfermos de tuberculosis renal confirmada, puede faltar la albúmina. Rowing de Copenhage (1) en 200 enfermos de tuberculosis renal confirmada encontró 17 sin albúmina en sus orinas.

*La piuria* constante o intermitente se sumará a los síntomas anteriores, para robustecer la presunción de que puede tratarse de una tuberculosis renal, a la cual daremos certeza con la investigación del bacilo por el método de Forsel. Recogida la orina de 24 horas, el sedimento de esta es centrifugado y examinado al microscopio para lo cual es suficiente la coloración simple de los microbios para fijar el diagnóstico. Este examen resultará unas veces positivo respecto al bacilo, y otras negativo para este y positivo para el pus. En este último caso, la ausencia total de microorganismos en el pus es un dato que no debe despreciarse para sospechar, con muchas probabilidades, la tuberculosis renal, porque en todas las lesiones supurativas no tuberculosas del riñón, se encuentran fácilmente microbios por simple coloración.

En determinados casos con piurias poco acentuadas, no bacilares y valor funcional insuficiente, tenemos necesidad de intervenir obligados por la exageración de ciertos síntomas: hematurias abundantes, fiebre, dolores internos, vesicales; etc., etc. Descartando estas indicaciones operatorias, especiales, precoces, en que obramos por presumir una tuberculosis úlcero-caseosa, en los demás casos hay necesidad de seguir atentamente la observación, y con este tiempo de espera resultará, que los síntomas irán disminuyendo y el enfermo podrá curarse si la lesión es muy limitada o se acentuaran la piuria, las albuminurias, las hematurias, la reacción vesical, la fiebre y el valor funcional del riñón disminuirá, los focos diseminados no solo aumentarán, sino que fusionarán, dando lugar a la forma úlcero-caseosa, y es preciso intervenir sin espera.

No olvidemos, refiriéndonos a los casos de nefrectomía precoz, que esta no preserva siempre el otro riñón, y que en enfermos de esta clase es preciso pensar mucho antes de decidirse a la intervención; ya que con pocos síntomas podríamos tener un fracaso operatorio por la invasión del otro riñón. Es preciso, por tanto, ponerse a salvo de estas contingencias, esperando el tiempo que materialmente sea posible sin perjudicar al enfermo, y en este interregno se investiga el bacilo, usando al propio tiempo el tratamiento general y específico, teniendo en cuenta el valor científico y moral de los maestros que lo han propuesto, practicado y recomendado el último; no titubharemos en emplear el tratamiento específico, sobre todo los cuerpos inmunizantes de Spengler, por su acción inofensiva, más rápida y el mayor número de éxitos obtenidos.

---

(1) De la tuberculosis Du Rein-*Revue Clinique d'Urologie*.—Mars. 1913.

*La duración de la acidez en la orina* de los tuberculosos presenta formas particulares que sólo existen en ellos; conviene por tanto, investigar este dato para el diagnóstico precoz.

Se recoge la orina de una micción del sujeto que sospechamos tuberculoso y que no esté sometido a medicación alguna; de esta orina se colocan 10 cent. cúb. en un matracito, se decolora un poco con 50 cent. cúb. de agua destilada, se le añade tres gotas de fenolftaleína, se titula con solución décimonormal de sosa, y se expresan los resultados en ácido sulfúrico por litro.

Este matracito se tapa con una campana para preservarlo del polvo y del aire y se comprueba después que esta orina conserva su reacción ácida en un espacio de tiempo que varía de 12 días a 6 meses.

La orina de sujetos normales en condiciones idénticas no conservan su acidez más de 10 días.

Estudiando la acidez cotidiana de la orina de los tuberculosos y la de los sujetos normales, se ve que las primeras guardan largo tiempo su acidez primitiva, dando por consecuencia sobre una gráfica una curva distinta a la de las orinas normales. Esta duración de la acidez urinaria aumenta en los tuberculosos en razón directa del período en que se encuentran, dura 17 días en el primero, 26 en el segundo y 40 en el tercero.

Malmejar concede una gran importancia diagnóstica a este síntoma ya que se presenta en el 97 % de los casos y no sólo aparecen en el período de estado, sino mucho antes que se presenten los síntomas físicos de la tuberculosis. Puede decirse, por tanto, que la *duración de la acidez urinaria constituye un elemento* más para el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

Chatelain (Tesis de Nancy, 1910) no está de acuerdo con lo expuesto por Malmejar; establece 12 días de persistencia en la acidez en los sujetos normales, diez en los tuberculosos en evolución y veinticinco en los avanzados. Personalmente he procurado comprobar el valor de este síntoma, y desde que leí esta nota, Mayo de 1913 hasta el presente, investigué la persistencia de la acidez en tres enfermas y un enfermo, los cuatro sospechosos de tuberculosis renal y comprobada más tarde por inoculación en los cobayos; pues bien, en este período de presunción y de primer grado la acidez duró diez y seis días con dos enfermas, diez y siete en una y diez y ocho en el último. Merece por tanto tenerse en cuenta este elemento cuando de diagnóstico precoz se trata.

*Datos bacteriológicos. — Examen directo:* Cuando es positivo es el procedimiento más rápido y sencillo para el diagnóstico. La inoculación y la reacción del antígeno y los cultivos, son medios que requieren mucho material y educación de laboratorio: hacer una preparación teñida, está al alcance de todos, como ya hemos

mencionado anteriormente; sin embargo tiene sus inconvenientes que son de gran transcendencia señalar. Uno de ellos es la posible confusión del bacilo de Koch con otros llamados ácidos resistentes como los que se encuentran en el smegma prepucial con una morfología igual aunque no tienen tendencia a agruparse como el de Koch; hecho diferencial que tendría importancia en sedimentos con abundantes bacilos agrupados, pero no la tiene en aquellos sedimentos con bacilos tan escasos, que a fuerza de preparaciones encontraremos alguno que otro: Aun puede subsanarse este inconveniente en los laboratorios aplicando el método de Besançon; haciendo una decoloración con alcohol absoluto en la preparación, el bacilo del smegma se decolora y queda coloreado el de Koch.

Además tiene otro inconveniente que no tiene arreglo posible y es, la frecuencia con que da resultados negativos.

Albarrán en sus primeras 56 nefrectomías por tuberculosis renal, sólo encontró el bacilo en 21; Küster en 125, el resultado fué negativo en 101. Kronley de 31 casos 12 negativos, etc. La única estadística que da mayor número de resultados positivos es la de Casper un 80 por % pero en la Chaevassu resulta sólo un 6 %.

2.º *Inoculaciones experimentales.—Prueba biológica.*—Este método aunque no está exento de errores es el que con más certeza nos puede dar el diagnóstico de la tuberculosis. Como todos saben, consiste en inyectar la orina con el sedimento en el peritoneo o en el tejido celular subcutáneo cuya técnica es muy sencilla y nada digo de ella para no ofender la ilustración de los que lean este modesto trabajo. Si la inyección la hacemos en el tejido celular de la cara interna del muslo del conejillo, en el sitio donde se practica esta, se produce un empastamiento y al décimo o décimoquinto día, los ganglios inguino-cruales se endurecen y ruedan bajo el dedo: Al vigésimo el ganglio lumbar se entumece cada vez más y al vigésimoquinto, aparecen los tubérculos en el bazo y en el hígado.

En la inyección intraperitoneal la marcha es más rápida tardando aproximadamente unos quince días en producirse una granulación generalizada del peritoneo con tuberculización de los órganos abdominales.

Küllenthener refiere dos observaciones de bacilurias tuberculosas, sin que el examen microscópico de los riñones revelara un foco específico; y desde el momento en que el sedimento de una orina puede infectar a un cobayo inoculado, sin que en realidad exista una tuberculosis, el valor de este procedimiento, pierde algo de su seguridad; además, hay que tener en cuenta que en este método es preciso contar con la resistencia del animal a la infección en algunos casos; y en otros, con la infección accidental.

3.º *Reacción del antígeno.*—Ya hemos hablado de él al tratar en la albuminuria.

«Actualmente tengo en tratamiento un enfermo, a cuyo ejemplar pudiera sumar decenas de ellos, en los que el análisis microscópico y la prueba biológica han sido negativas.

Este enfermo se presentó en mi clínica el mes de Mayo, con todos los síntomas de presunción de tuberculosis renal. El análisis microscópico del sedimento urinario, negativo, así como la prueba biológica, a pesar de esta negativa seguí creyendo que se trataba de una tuberculosis renal. Hace cuatro días que he tenido carta del compañero que le asiste, diciéndome que el enfermo había tenido hematurias repetidas con fenómenos a la vez de invasión pulmonar.»

Resumen, y sirva como recuerdo a lo por todos sabido: la presencia de bacilo en el sedimento o en la prueba biológica, asegura el diagnóstico, pero la ausencia no la niega.

Esto quiere decir que en los enfermos sospechosos de tuberculosis renal debe buscarse con insistencia el bacilo, en dos o diez veces, antes de sentar la conclusión de no existen bacilos de Koch.

Es la tuberculosis renal unilateral, en la gran mayoría de los casos la primera escena de la tuberculosis de las vías urinarias, y como ya indiqué en esta primera etapa las probabilidades de éxito en las nefrectomías están en razón inversa de su evolución; por esto lo importante es diagnosticar al principio.

Desgraciadamente el diagnóstico de la tuberculosis renal unilateral no se hace generalmente sino en un período muy avanzado—no siempre por nuestra culpa,—pues como ya indiqué en los comienzos, de los 82 enfermos de tuberculosis renal que había visto en estos últimos años, sólo nueve llegaron en condiciones para ser intervenidos quirúrgicamente; los restantes en su mayoría desaparecieron y algunos fueron sometidos al tratamiento general unido al específico.

\* \* \*

*D) Que la tuberculosis sea unilateral.*—Hecho el diagnóstico de la tuberculosis renal en conjunto, nos hace falta comprobar *su unilateralidad*. Para resolver este segundo problema fundamental disponemos de dos medios:

- a) Separación de las orinas de los dos riñones.
- b) La cistoscopia con cateterismo ureteral doble.
- c) Cuando la exploración renal se hace imposible por el estado de la vejiga ¿qué debemos hacer?

- 1.º Cateterismo ureteral previa talla hipogástrica.
- 2.º La exclusión del riñón enfermo para recoger la orina del sano.
- 3.º La exploración del riñón supuesto sano.

a) Los dos métodos tienen sus partidarios. Los enemigos del cateterismo ureteral se fundan en el hecho de que este exige un aprendizaje largo y es casi patrimonio de los especialistas y que puede infectarse el uréter sano. Siendo esto cierto—que no lo creemos más que probable muy remotamente—, tendremos que valernos de la cistoscopia solamente y del separador sólo, lo cual puede inducir a errores funestos y lamentables.

La cistoscopia simple, en algunos casos, será suficiente para saber de qué uréter sale el pus, pero este dato nada nos dice de las condiciones del otro riñón, ya que no son siempre normales las orinas claras macroscópicamente; cierto, que con ella podemos apreciar alrededor del orificio ureteral, el edema, las ulceraciones y tubérculos miliares, cuyo valor no es despreciable, recordando que las lesiones tuberculosas vesicales rara vez se localizan alrededor de la desembocadura del uréter, pero pueden hacerlo, y en estos casos haremos un diagnóstico incierto, como vamos a ver. Para dar cumplida interpretación a los datos aportados por la cistoscopia simple, supongamos una tuberculosis vesical secundaria, sin participación ureteral ni renal, cuyos focos se agrupen alrededor del uréter; en estos casos concretos podemos diagnosticar una tuberculosis unilateral o bilateral cuando en realidad no existe ni una ni otra; de donde resulta, que la cistoscopia simple sin cateterismo de los uréteres, tiene un valor muy relativo, cuyo valor será aun menor si nos servimos del separador; porque en las tuberculosis renales unilaterales con lesiones vesicales sea cualquiera su extensión, la orina bacilar por falta de acoplamiento del tabique, pasará de un lado a otro y cometeremos el mismo error.

b) Resulta, pues, que la separación de las orinas y la cistoscopia simple sólo pueden dar síntomas de presunción; la certeza, no absoluta pero sí relativa, no podemos obtenerla *sin el cateterismo ureteral doble asociados al análisis químico y microscópico de la orina recogida durante dos horas*, únicos medios de investigación que dan certeza de la unilateralidad o bilateralidad de las lesiones renales porque se examina la función de cada riñón en el mismo tiempo y en las mismas condiciones, siendo evidente que las diferencias que presentan los análisis de cada orina, no pueden imputarse más que a la diferente funcionalidad de los riñones; pues aunque está demostrado que existe entre los dos una pequeñísima diferencia, esta es despreciable cuando se recoge la orina de cada uno durante dos o más horas en riñones fisiológicos y es grande en riñones patológicos.

(Continuará)

## NOTA CLÍNICA

# Acerca de un caso de papiloma del pene, de forma serpiginosa

Por el DR. D. JESÚS QUESADA

CIRUJANO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MURCIA

---

El sujeto afecto, natural y vecino de una ciudad de la costa mediterránea de esta provincia, y sin antecedentes hereditarios, ni personales, en relación con la enfermedad que hoy padece, adquirió una sífilis por contagio en uno de los contactos carnales, tenido a los 18 años de edad.

Descuidóse tanto en el tratamiento de su infección, que atendiendo sólo a la afección local, y viendo que a pesar de sus cuidados no conseguía la curación, a los dos años de enfermedad ingresó en este Hospital en el invierno de 1914.

En aquella época, el chancro que tuvo su asiento en el meato, había invadido al glande y la parte anterior de la uretra peneal de tal modo, que, trastornada la circulación, el pene aparecía edematoso en casi toda su longitud y lleno de fistulas en su mitad anterior, la piel de todo el cuerpo sembrada de placas rupiosas, placas también en la faringe, y la anemia sífilítica amenazando la total destrucción de su organismo.

Sometido a tratamiento mercurial y mixto, desaparecieron las placas, se curaron las fistulas y con escaso edema del pene, y todavía bastante anémico, fué alta en esta enfermería a los 4 o 5 meses de su ingreso.

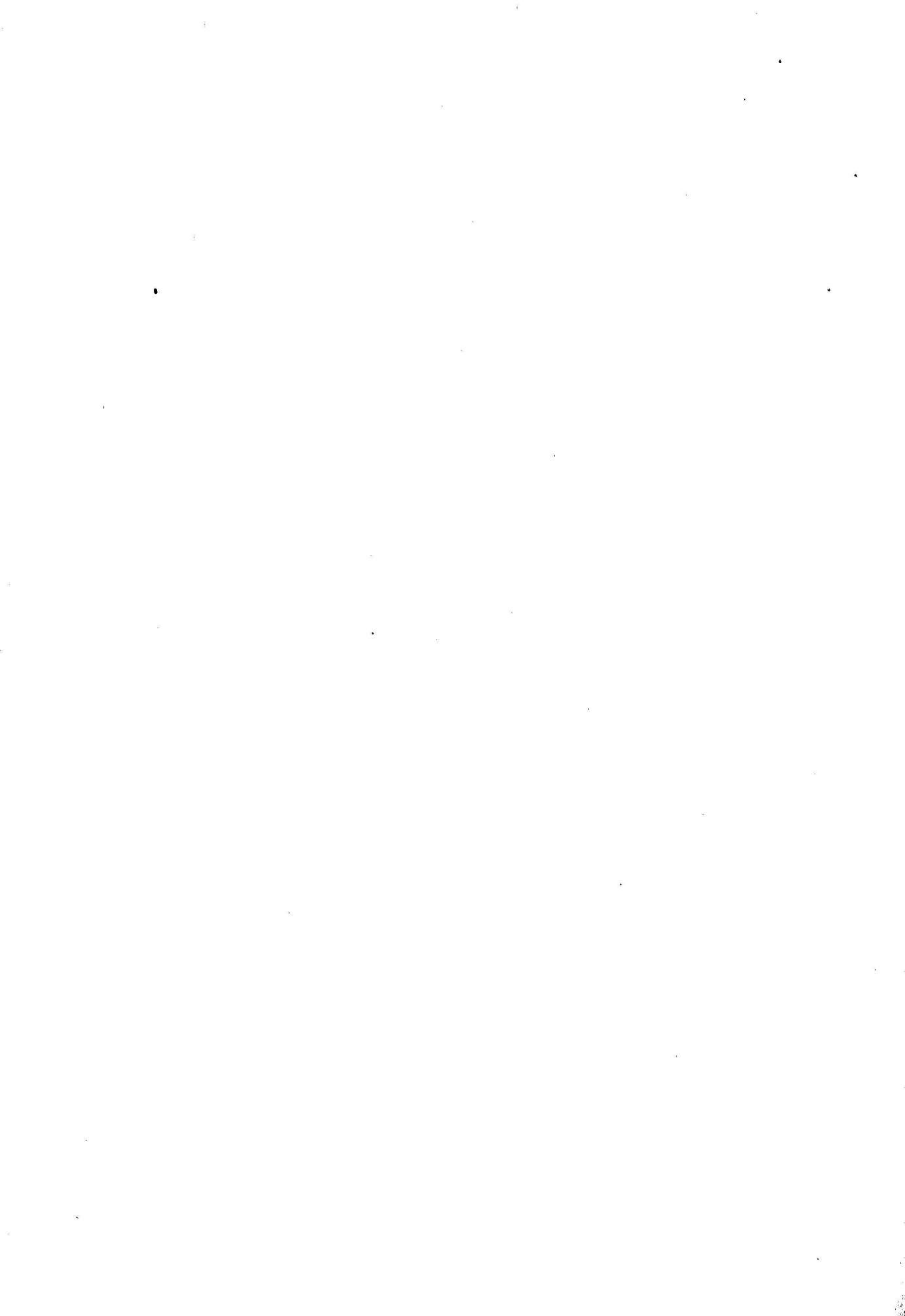
Dos años más tarde, en Mayo de 1916, ingresa otra vez en la clínica de este Hospital, más que demacrado, caquéctico, con dolores osteóscopos y con el enorme papiloma que demuestra la adjunta fotografía, en colores, hábilmente tomada por el inteligente artista Sr. Miralles.

Trátase en efecto, de un papiloma de forma serpiginosa, del que no conozco más que otro caso, perfectamente descrito por Zielewicz, en el que la exuberante abundancia de sus vegetaciones afectaban, como en este caso, a todo el cuerpo papilar del pene, que, sin perder la uretra ni los cuerpos cavernosos, aparece, en aquél



Papiloma del pene de forma serpiginosa

Clínica del DR. QUESADA en  
el Hospital provincial de Muroia.





y en éste, envuelto en esas excrecencias elefantíasicas que les da la forma neoplásica.

No es una elefantiasis verrugosa, admirablemente estudiada por Virchow; porque si bien la elefantiasis afecta también al cuerpo papilar, su aspecto es más uniforme y en su desarrollo toman parte todos los tejidos del órgano.

Tampoco es un epiteloma papilomatoso, porque el epiteloma, tomando asiento en la piel o en la mucosa, va transformando en epitelial todos los tejidos cuyos territorios invade; y el papiloma sólo al cuerpo papilar afecta, dejando indemne, cual en estos dos casos, la uretra y los cuerpos cavernosos.

Estas son, principalmente, las dos afecciones con las que convenía establecer las diferencias; pues las excrecencias papilares del balano y del prepucio, y los condilomas acuminados, que a veces, por negligencia, llegan a constituir grandes conglomerados a modo de coliflor, más bien ofrecen entonces un ligero parecido con el carcinoma papilar; sin embargo, la base del carcinoma está siempre infiltrada y existe mayor tendencia a esa ulceración, que destruyendo la uretra en uno o varios puntos, hace que la orina se expulse por entre las masas crateriformes del sanioso tumor.

No hay que olvidar que existe en este caso una infección sífilítica mal tratada, habida cuenta, de que, en los cuatro años de padecimiento, sólo unos cinco meses, ha tenido tratamiento enérgico adecuado; y dada la tendencia de la sífilis a los tejidos de esclerosis y a las proliferaciones papilomatosas, se comprende cuán fácilmente se han reunido concausas y condiciones, para dar por resultado la formación del extraño neoplasma que hoy observamos.

Dejando las demás consideraciones a la superior ilustración de los lectores de nuestra MURCIA MÉDICA, aquí doy por terminada esta mal hilvanada nota clínica, sin más pretensión que la de presentar este caso notable, por lo raro.



## Conferencias de MURCIA MÉDICA

### La del Dr. Gómez Ocaña

#### En la Real Academia de Medicina de Murcia

El día 18 del pasado mes de Mayo, a las seis de la tarde, tuvo lugar en la Real Academia de Medicina y Cirugía de esta capital, la primera de las conferencias científicas organizadas por los Directores de MURCIA MÉDICA, estando encargado de ella el sabio catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de Madrid, Doctor D. José Gómez Ocaña.

Ocupan la mesa presidencial el Presidente de esta Real Academia de Medicina D. Francisco Medina Romero y los académicos de número D. Claudio Hernández Ros, D. Laureano Albaladejo, D. Emilio Sánchez, D. Luis Gómez, D. Francisco Ayuso, D. Salvador Piquer y D. Enrique Gelabert.

A la derecha de la mesa presidencial está colocada la tribuna que la ocupan el conferenciante Dr. Gómez Ocaña, y los Directores de esta revista, iniciadores y organizadores del acto, D. José Sánchez Pozuelos, D. Antonio Guillamón Conesa y D. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara.

Toman asiento frente a la tribuna los académicos corresponsales D. Antonio de la Peña, D. Francisco Giner, D. Manuel S. Carrascosa, D. Pablo Martínez Torres, D. José Pérez Mateos, D. Tomás Seiquer y D. Juan Selgas.

Abierta la sesión por el señor presidente toma la palabra el señor secretario de esta Academia Dr. Albaladejo, leyendo la parte del acta de la sesión en la que se acordó por indicación de los Sres. Directores de MURCIA MÉDICA la celebración de estas conferencias.

Se le concede la palabra al Dr. Guillamón Conesa, codirector de esta publicación, encargado de hacer la presentación del conferenciante, el que leyó el siguiente discurso:

## SEÑORAS Y SEÑORES:

Sé que no necesito esforzarme para convencerlos de mi turbación y perplejidad al tomar parte en este solemne acto, ya que fácilmente habíais de creerlo conociendo mi insuficiencia.

MURCIA MÉDICA, la revista profesional que comparto en dirección y en entusiasmo con mis fraternales amigos Sánchez Pozuelos y Martínez Ladrón de Guevara, hace tiempo que pensaba organizar la serie de conferencias que hoy inaugura el Dr. Gómez Ocaña.

En estos últimos años, dadas las dificultades para acudir al extranjero en busca de ampliación de estudios, como sistemáticamente y olvidando que en cuestiones médicas como en otras muchas cuenta nuestra nación con abundantes y valiosos prestigios, viene notándose el empleo de las reservas científicas patrias, que organizando cursos breves, estudios de ampliación, conferencias, etc., compensen el déficit de ingesta extranjero a que tan de sobra estamos acostumbrados. Así, hanse realizado misiones de ciencia en la mayor parte de nuestras Universidades, Academias y Ateneos Médicos, demostrando la riqueza de caudal y cristalina pureza de nuestras fuentes.

Esta intensa labor en pos de nuestro perfeccionamiento trae a mi memoria cierto recuerdo. Aconsejaba un notable catedrático, no recuerdo el nombre, al despedir a sus discípulos recientemente licenciados, la conveniencia de volver anualmente por la capital universitaria *para hacerse ropa*. Este extraño consejo que revela la experiencia de su autor, atesora sabia moraleja; harto se comprende que había de traducirse la letra del mismo por el concepto que encierra.

Nosotros, los médicos, por razones inherentes a la índole de nuestra profesión, no vivimos todos en los Centros Universitarios, ni siquiera en las capitales de provincia; muchos, más de la mitad, viven en pueblos donde ni aun cuentan con otro compañero para cambiar impresiones.

Permanecer demasiado tiempo en un recinto cerrado es exponerse a la asfixia, no ya por falta de oxígeno que siempre queda aun cuando aquella se produzca, sino por el exceso de gas carbónico que exhalamos.

De esta suerte, el médico de pueblo ha de acudir a la capital, los de la capital van a Madrid y los de allá a París o Berlín a respirar nuevo ambiente, a renovar su atmósfera científica, a refrescar conocimientos, a adquirir otros nuevos; en una palabra, a hacerse ropa nueva o reformar la usada, a no ir cursi, a seguir la corriente del progreso, fruto del constante estudio. Mas, como no todos podemos acudir a los centros docentes, hemos de valernos de la lectura de obras nuevas, folletos, revistas, etc., para conseguir el perfeccionamiento que ambicionamos.

Quien no pueda acudir a los centros de la moda ha de valerse de catálogos y

figurines para vestir bien; y perdonen las publicaciones médicas que prosiga el símil del anónimo catedrático, con menoscabo de la importancia de ellas, que hartó puedo sentirlo también por la parte que corresponda a mi revista,

\* \* \*

Ampliando la gestión que como revista cumple a MURCIA MÉDICA se han organizado estas conferencias. Aquí tenéis el por qué de ellas.

Y siendo MURCIA MÉDICA quien había de presentar a los conferenciantes, me corresponde el honor de presentar al Profesor Gómez Ocaña; y héme aquí de buen grado, pues al estudio de la Fisiología en su libro y en su laboratorio, debo la iniciación de mis modestísimas aficiones.

Gómez Ocaña es bien conocido en el mundo científico como maestro de Fisiología en el concepto más amplio; no tan sólo porque explica la asignatura en la Universidad Central, sino porque ha sentado principios y difundido enseñanzas a cuantos se dedican al cultivo de esta ciencia fundamental de la medicina, con sus experiencias, investigaciones y libros. Díganlo sino, entre aquellas, sus estudios sobre las fibras centrípetas inspiradoras y expiradoras de los nervios vagos; sus investigaciones sobre el tiroides; supervivencia de perros después de la doble y simultánea vagotomía en el cuello; sus argumentos que demuestran la no existencia de nervios tróficos propiamente tales, etc.; y entre estos, muchos volúmenes de los que podemos citar: Fisiología de la circulación, Fisiología del cerebro, Alimentos minerales y Fisiología humana; e infinidad de artículos, comunicaciones, discursos, etc. mereciendo que los profesores, Richet, Luciani, Schaffer, Betchereu y Tigestet lo citan en sus obras. Es para mí el mérito más sobresaliente del Profesor Gómez Ocaña no haber tenido maestro en esta rama de la medicina en que descuella. Ni cuando cursó la asignatura al estudiar su carrera, ni después cuando preparó las oposiciones a cátedra. Sus maestros han sido los libros; y los trabajos de Laboratorio los ha realizado admitiendo la colaboración de sus discípulos, estudiando con ellos, poniendo a contribución su excelente talento y a prueba su constancia y vocación.

Este autodidactismo solamente posible a los cerebros privilegiados, que le ha obligado a sortear dificultades y resolver transcendentales cuestiones sin la guía del maestro versado en los problemas fisiológicos, hace de nuestro profesor un investigador de sólida experiencia cimentada en la observación y experimentación personales. Su larga práctica le ha hecho encomiar a sus discípulos aquella frase de Franklin que tanto le hemos oído repetir: «No es experimentador el que no es capaz de asestrar con el martillo y clavar clavos con la sierra».

Si Gómez Ocaña es sabio fisiólogo no es menos excelente escritor. Aparte de su treintena de obras médicas tiene otras de sabor literario; siendo dignos de espe-

cial mención varios estudios biográficos, entre ellos «Vida de Cervantes» traducida al francés con un prólogo de Richet y «El elogio de Oloriz»; y en todos sus escritos se ve el neto estilo cervantino. Dijérase al leerlo que es hijo espiritual (calificativo que aplica a los que somos sus discípulos) del inmortal genio del habla castellana y como tal, fiel heredero y perpetuador de nuestro castizo lenguaje, hoy pródigamente metamorfoseado con modernismos.

\* \* \*

Un aspecto más del conferenciante voy a presentar. Gómez Ocaña es delicado artista. Y si no posee la técnica pictórica y musical, gusta del arte; mejor dicho, siente el arte, sabe traducirlo; que a muchos nos deleita y ni lo sentimos ni lo traducimos.

Sus discursos en la Real Academia Nacional de Medicina con motivo de las recepciones de los Dres. Decref y Pittaluga son buena prueba de mi afirmación. A la lectura de ellos os remito para no cansaros con citas. Sin embargo, de uno entresaco la que sigue porque en ella se ve palpar su alma de artista.

Refiere sus emociones viajando por Italia. «...los museos, las catedrales y entre ellas, la Basílica bizantina de San Marcos de Venecia. La cito como cúspide de mis recuerdos, porque en aquella plaza sentí, la primera vez que la vieron mis ojos, de noche, a la luz de la luna, el escalofrío de la emoción cuando alcanza su mayor agudeza. Semejante escalofrío emotivo no lo he experimentado más que otras dos veces: una en la Alhambra de Granada y otra al oír la marcha fúnebre de Sigfredo, después de muchas audiciones de las dos piezas centrales de la Tetralogía wagneriana».

Yo puedo aseguraros, señores, que esos escalofríos emotivos han aumentado en valor numérico. He acompañado al Dr. Gómez Ocaña a visitar las esculturas de Salcillo y también ante nuestra Dolorosa le he visto experimentar extraña emoción; ha obtenido fotografías de la imagen y creedme, en esos momentos, apesar de ser hábil fotógrafo, no tenía aquella habitual y pacienzuda serenidad del hombre de laboratorio. Su estado de ánimo era de tal violencia, de tal impresionabilidad, tan falta de serenidad como si pretendiese retratar un ser animado que al menor movimiento va a emborronar la placa. Acaso tuvo en sus labios, próxima a escapar, una frase dirigida a la sublime imagen: Señora, un momento, no os mováis.

\* \* \*

Encontraréis justificado, después de lo que llevo expuesto, que el Dr. Gómez Ocaña ocupe altos cargos debido a su propio valimiento.

Es catedrático por oposición de la Facultad de Medicina de Madrid, habiéndolo sido anteriormente de la de Cádiz. Es Académico de la Real Nacional de Medicina y Presidente de la sección de Fisiología. Académico también de la de Ciencias Exactas Físicas y Naturales. Y Senador Vitalicio.

Antes de terminar, señores, he de hacer constar nuestro agradecimiento a todos. Al ilustre maestro que suspende un día sus tareas de investigación para ofrendarnos el aroma de su ciencia; a esta Real Academia siempre dispuesta y diligente para todo lo que signifique amor al estudio de la medicina; a la clase médica e intelectual murciana que, honrándose ellos, honran este acto con su presencia, y finalmente, a la prensa local a quien corresponde buena parte del éxito en la organización.

El maestro va a hablar. Los que hemos sido sus discípulos nos consideramos en estos momentos transportados a su cátedra; los que no hayan tenido la fortuna de serlo, lo serán desde hoy.

HE TERMINADO.

El Dr. Gómez Ocaña se levanta a hablar entre los más entusiastas aplausos y empieza su conferencia.

## **Del ejercicio y del reposo, del ayuno y del régimen alimenticio como agentes terapéuticos.**

### **FUNDAMENTOS FISIOLÓGICOS DE SUS INDICACIONES**

SEÑORAS Y SEÑORES:

Ante todo, mi cordial saludo a la noble y hermosa Murcia. Desde que la ví por vez primera me dió la impresión de una ciudad oriental que siente los anhelos de una urbe del siglo XX: contempla el viajero, cuando ambula por sus calles o la percibe desde su fertilísima huerta, cómo se destacan en el azul de los cielos las altas palmeras y las chimeneas de las fábricas; de una parte, la barraca ancestral con la higuera a la puerta, y de otra, una casa de muchos pisos como los rascacielos de New-York.

Después ofrezco el testimonio de mi más afectuosa consideración, juntamente con mi calurosa enhorabuena, a la Real Academia de Medicina de Murcia que ha dado calor, vida y autoridad al proyecto de estas conferencias cuya iniciativa corresponde a los Directores de MURCIA MÉDICA. Tres jóvenes animosos cuanto entusiastas, amantes de la patria chica, Murcia, y de la patria grande, España, lograron merced a su diligencia y perseverancia que por todos los ámbitos de esta se oyese la voz médica de aquella, noble y fraternal propósito por el que les aplaudo con la mejor voluntad, porque nosotros los médicos no formamos un gremio, ni tampoco una asociación de profesionales: nos corresponde la más noble jerarquía en tanto constituímos una hermandad, con elevada misión, el sacerdocio de la Medicina, que no sólo precave las enfermedades y cura a los enfermos, sino que le cumple el trascendental ministerio de velar por el porvenir de la raza. Hemos de preocuparnos, en primer término, de que nuestros clientes sean sanos de cuerpo y alma, limpios, abnegados y fuertes, como la patria los desea. Mirando a estos altruistas fines de nuestra profesión hemos de apreciar con la mayor estimación cuantos esfuerzos se hagan para unir y dignificar la clase médica.

Uno de los Directores de MURCIA MÉDICA, el Sr. Guillamón, acaba de presentarme ante vosotros en términos lisonjeros que dictó el cariño y que a mí me enternecen porque miro en ellos la piedad del discípulo para su antiguo catedrático: mucho se los agradezco y extendiendo, como es justo, mi reconocimiento a sus dos amables compañeros los Sres. Sánchez Pozuelos y Martínez Ladrón de Guevara, aquí presentes.

Tócame en suerte el honor de inaugurar esta serie de conferencias ante un público tan culto como numeroso, porque mezclados y confundidos con los médicos de la localidad y de los alrededores, dando prueba del mucho aprecio que les merecen, se encuentran personas que dignamente representan la intelectualidad murciana. A todos les agradezco la atención que tienen para mí y si no salieran, como deseo, complacidos de esta conferencia, en breve quedarán satisfechos con otra que les dará su ilustre paisano el Dr. Maestre. Esta puede ser la primera, aunque cronológicamente la mía la preceda, que no menos merece mi querido amigo y compañero al cual me unen lazos de afecto perdurable. Tuve el gusto de darle mi voto como juez del tribunal de oposiciones para la cátedra que dignamente profesa y más tarde fui su padrino, contestando su discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina.

Y con vuestro permiso entro en el tema de mi conferencia, que va a versar acerca del ejercicio y el reposo, la abstinencia y el régimen alimenticio como factores terapéuticos. Son como si dijéramos dos monedas de uso médico: la una tiene como anverso el ejercicio o sea la actividad muscular y por reverso, el reposo; la

otra, respectivamente el ayuno y el régimen alimenticio. Comprenderéis que tema tan vasto no cabe en los límites de una conferencia y me preocupó que sea breve la mía. He de reducirme a exponeros los fundamentos fisiológicos de estos agentes terapéuticos y ni aun así me alcanzará el tiempo; mas como ha de publicarse, lo que de importante me quede por decir lo escribiré y todos quedaremos contentos. Y puesto que el Sr. Guillamón aludió a mis conferencias de cátedra, permitidme que hable como acostumbro diariamente ante mis alumnos y que sentado me dirija familiarmente a vosotros.

### EL EJERCICIO

Presentaré a sus agentes, los músculos, de cuya importancia podrá juzgarse por su masa que representa el 41 por 100 del peso de un hombre adulto y bien constituido con un total de 25 a 28 kilogramos en números redondos; por su riquísima circulación que se acentúa hasta quintuplicarse durante el período de actividad; por el calor y el ácido carbónico que desprenden declarando la intensa combustión que les consume; por el oxígeno que emplean en la dicha combustión para la que cuentan con hemoglobina de reserva sobre la mucha sangre que por ellos circula; y, finalmente, por el trabajo que realizan mediante su contracción.

Hasta que el hombre empleó en su industria las fuerzas de la Naturaleza, el salto del agua y la velocidad del viento o inventó los motores de vapor y los eléctricos, no dispuso de otros agentes que sus propios músculos o los de los animales domésticos. En otro aspecto le fueron estos especialmente útiles, como alimentos ya que contienen el 21 por 100 del principio inmediato más caro al régimen, las proteínas. También se estiman en la composición del músculo 1,5 por 100 de glucógeno y cierto predominio de ácido fosfórico y potasio; mas lo importante para nosotros es la proteína que abunda en el tejido muscular y le coloca a la cabeza de los alimentos animales.

No obstante producir mucho calor, no son los músculos máquinas térmicas, pues la temperatura casi uniforme de su masa, nos veda cualquier consideración relativa a un salto térmico, como el determinante de la energía en las máquinas de vapor; mas bien pudiéramos estimarles como máquinas químicas, pues en definitiva, el *salto químico* de que hablaba Pi y Suñer se da en la combustión intensa que les consume, así como en la degradación de los materiales protéicos que en modestas proporciones se realiza a consecuencia de trabajo muscular; pero es muy complejo el metabolismo de los músculos para expresarlo en una fórmula sencilla. Recordemos, sin embargo, que a consecuencia de la energía química liberada no se produce inmediatamente calor para que este después se transforme en movimiento, sino que se



determinan conjuntamente el calor y los cambios físico-biológicos que constituyen la contracción. Las proporciones entre el trabajo producido y el calor desarrollado declaran con mucha elocuencia en favor de la utilidad y economía de los músculos, si los comparamos con las máquinas de vapor, supuesto que aquellos rinden en kilogrametros la quinta parte de la energía total liberada.

Si mecánicamente no podemos considerar a los músculos como máquinas térmicas, mirando a la clase de material que consumen que es la glucosa, al oxígeno que requieren y al calor y al anhídrido carbónico que desprenden, los estimamos como órganos de combustión, como hogares de fábrica protéica y de combustible hidrocarbonado.

He de referirme, una vez más, a los tan célebres como repetidos experimentos que en sí mismos hicieron años hace, dos investigadores, Fick y Vislicenus: los dos ascendieron a los Alpes berneses, teniendo cuidado de valorar en kilogrametros el trabajo por ellos realizado en la ascensión y los productos de la combustión, el anhídrido carbónico para el combustible hidrocarbonado y la urea de la orina para el protéico. Y resultó que la cifra de la urea apenas variaba con un ejercicio muy superior a 100.000 kilogrametros y en cambio aparecía muy clara la relación entre el trabajo y el ácido carbónico. Después, se han multiplicado las pruebas que señalan a la glucosa como combustible de los músculos; hélas aquí, sumariamente expuestas:

A. Son ricos en glucógenos los músculos y especialmente los de los animales de mucho trabajo; B, disminuye el glucógeno de los músculos y del hígado relativamente a la actividad que desplazan; C, al atravesar la sangre por las redes musculares, pierde parte de su glucosa que se consume en la contracción; D, aumenta acercándose a la unidad, el valor del cociente respiratorio, indicando el consumo de hidratos de carbono. Porque como en la composición de estos figuran el hidrógeno y el oxígeno en las proporciones del agua, cuando se oxidan, el volumen de  $\text{CO}_2$  producido equivale al de oxígeno que se empleó en la oxidación y por tanto el cociente respiratorio  $\left(\frac{\text{Vol. de CO}_2}{\text{Vol. de O}_2}\right)$  iguala a la unidad.

Si mirando a los altos destinos humanos hay que pensar que no sólo de pan vive el hombre; ateniéndonos a las combustiones de los músculos hemos de convenir que el pan ha sido, es y será la providencia de cuantos obreros ganen el sustento con el trabajo mecánico.

Otro material de mayor rendimiento calorígeno que los hidratos de carbono puede ser empleado indirectamente en el trabajo de los músculos. Me refiero a las grasas que también pechan con el gasto energético cuando el trabajo es excesivo o la ración escasa: en estas circunstancias, la experiencia vulgar lo acredita, el individuo consume sus reservas grasientas y enflaquece. Mas no tenemos pruebas de las operaciones que preceden al aprovechamiento de las grasas por los músculos y dada la

fertilidad de recursos que nos muestra el metabolismo de los principios inmediatos, dos explicaciones, puedo citarlas: 1.ª La grasa se transforma previamente en glucógeno y éste en la glucosa que han de utilizar los músculos; 2.ª la grasa pecha con las combustiones orgánicas no musculares y se reserva entera la glucosa del organismo para la función contráctil.

En cambio resulta evidente la agilidad de los músculos para defender su estructura, y consumir el combustible hidrocarbonado sin apenas gastar su propio armazón protéico. Según cálculos de Rubner y sus discípulos, es extremadamente económico de proteínas el trabajo de los músculos, ya que en circunstancias normales no llega a un gramo (0, grm. 74) el nitrógeno consumido en la jornada de un hombre. Sólo cuando el trabajo es abusivo para los músculos o se agotaron las reservas de hidratos de carbono, es cuando el hombre sacando como suele decirse fuerzas de flaqueza o viviendo de sus propias carnes, consume en mayores proporciones el material nitrogenado, de sus músculos con menoscabo más o menos tolerable de su estructura.

Aun de la misma glucosa se muestran avaros los músculos, a juzgar por la admirable economía que se ha apreciado en el corazón: en el de las ranas se calculó el gasto en un milígramo por gramo de músculo y hora de trabajo; y según Stewart aun más barato trabaja el corazón humano, pues en iguales condiciones baja el consumo de glucosa a 0 mm. 7.

De la sangre reciben los músculos los factores para reparar sus materiales contráctiles así como el oxígeno para sus combustiones; y recíprocamente vierten en el torrente circulatorio los productos desasimilados y el anhídrido carbónico. Los médicos, como los fisiólogos y los higienistas, han de tener presente el doble aspecto en que la función de los músculos atenta a los valores del medio interno; por los materiales que resta para su nutrición o metabolismo y por los que arroja como productos de desecho.

Hora es de que hagamos un balance de las ventajas e inconvenientes del ejercicio y del reposo, para servirnos de las primeras cuando se destaquen sobre las últimas en el tratamiento de los enfermos o en la dirección de los sanos.

Las ventajas del ejercicio las apreciamos todos como íntima satisfacción de poder, de fuerza y de confianza. El que cuenta con sus músculos ni le teme al frío ni al enemigo, porque son aquellos en efecto, los principales caloríferos para mantener la temperatura de la sangre y abrigar las vísceras. Estas no podrían realizar sus exquisitas funciones metabólicas expuestas a frecuentes y casi constantes enfriamientos, pues nadie ignora cuanto importa el calor en las operaciones químicas; mas por fortuna encuéntranse protegidas las paredes del tórax y del vientre por planos musculares por los cuales circula una sábana de sangre siempre recalentada por el

trabajo de la contracción. Así viven las vísceras, abrigadas y calientes, como en estufa o en constante primavera, contra el frío; la mejor defensa es el ejercicio muscular.

Para triunfar del enemigo dos condiciones son precisas: energías y valor para emplearlas. No ofrece duda que la fuerza depende de la robustez de los músculos, pero no es tan asequible la participación que corresponde al ejercicio en el desarrollo de la voluntad, pues en definitiva el valor se mide por la firmeza de esta potencia del alma, en cuanto logra imponerse e inhibir los reflejos al servicio del instinto de conservación. Son estos ciegos defensores de la vida y por su celo muchas veces la comprometen; como que no hay nadie más temerario que un tímido y así pudo decir Letamendi que era el valor el miedo bien administrado.

La voluntad tiene su más firme sustento en la conciencia, en el sentimiento de nuestro poder, y repetimos, que el poder como acción es exclusivamente muscular. No se conciben músculos poderosos sin recio esqueleto en donde aquellos se inserten o apoyen o les proporcione palancas para multiplicar las fuerzas unas veces, el movimiento en la mayoría de las acciones.

Del otro lado, de la parte del sistema nervioso, quien dice músculos piensa en nervios motores, en núcleos radicales anteriores de la médula espinal, en manojos piramidales y en focos cinéticos de la corteza del cerebro. Pueden estos considerarse como depósito de las imágenes de los movimientos, o registro de las acciones ya ensayadas y por lo mismo dispuestas a repetirse al mandato de la voluntad. En otro aspecto, son estas regiones rolándicas de proyección, a modo de centros de los reflejos superiores, pues a ellas alcanzan en última instancia las corrientes sensitiva y de sus pirámides surgen las motoras que corriendo por los manojos piramidales van a excitar a los focos motores de la médula espinal.

La cisura de Rolando al separar las dos circunvoluciones ascendentes no establece en realidad ninguna frontera fisiológica, pues si por la estructura, la parietal ascendente parece más sensitiva y la frontal ascendente motora con preferencia, no hay modo de separar lo motor y lo sensitivo ni en lo experimental, ni en lo patológico. Porque el concierto de los músculos para las acciones complicadas que mande la voluntad, no es posible sin el concurso sensitivo como tampoco se concibe la finalidad de los movimientos sin la agudeza de los sentidos, la vigilancia del instinto o la dirección de la inteligencia. Sin la finura del oído, de la vista, del tacto y del sentido muscular; sin una reacción pronta y justa ¿cómo podría un hombre guiar un automóvil o gobernar un aeroplano de guerra? ¿Qué valor práctico concederíamos al trabajo muscular medido en kilográmetros si no fuera por la destreza y precisión de los movimientos!

Afortunadamente los modernos métodos de educación física, atienden por igual

al desarrollo de los músculos, de los sentidos, de la inteligencia y de la voluntad. Nadie piensa en el Hércules ni el acróbata, sino en el hombre proporcionado, ágil, fuerte, sensible, inteligente y bueno.

Vosotros, médicos prácticos, pensad que con el ejercicio bien dirigido no sólo podéis curar deformidades, defectos y parálisis, sino que aconsejándolo y reglándolo en los jóvenes y adultos de vuestra clientela conseguiréis que éstos logren mejor sangre y vida más alegre. La alegría del vivir, llenos de confianza en sí mismos.

Los músculos hacen buena sangre y facilitan la circulación. He aquí dos afirmaciones vulgares de puro conocidas y que merecen, sin embargo, algunos curiosos comentarios.

Se podía deducir y se dedujo un aumento de nutrición con la correspondiente riqueza de la sangre, del estímulo general de las funciones que determina el ejercicio; pero es más directa la participación de la musculatura en la plasticidad de nuestro primer humor, porque disimulan los músculos bajo las brillantes apariencias de órganos activos del movimiento nada menos que una fábrica de proteínas histológicas, de las de la sangre en primer término. Probablemente constituyen de primera mano la seroglobulina, que utilizan después los tejidos como material para sus particulares proteínas, desde las sencillas histonas hasta las complicadísimas nucleoalbúminas.

Aún corresponde probablemente al tejido muscular otra interesante función relativa al metabolismo protéico y es la reserva del nitrógeno circulante en forma histológica de fácil movilización.

La existencia de estas trascendentales funciones anabólicas de los músculos comenzó a clarearse con los estudios hechos por Miecher y Kossel a propósito de la reproducción de los salmones. Es sabido que cuando estos peces suben del mar por las aguas dulces de los ríos, cierran sus fronteras y se nutren de sus propios tejidos. Lo mismo ocurre a cualquier animal, incluso al hombre, cuando ayuna, pero es notable la autofagia del salmón porque coincide con la reproducción y porque de la musculatura, especialmente de los músculos del tronco, salen las proteínas de la sangre que luego los ovarios y testículos emplean en sus respectivos desarrollos y en la producción de huevos y semillas.

Desde que tuve conocimiento de estas investigaciones, comencé a sospechar que no era una excepción el fenómeno notado en los músculos de los salmones, ni tampoco la reproducción el único suceso que pusiera a prueba la fábrica muscular de proteína. Porque manteniéndose fijas o muy poco variables en el medio interno, las proporciones de estos principios inmediatos, cualesquiera que sean las vicisitudes del régimen alimenticio y aun en el ayuno, es lógico pensar que la regulación

de las sero-proteínas corresponde en todo o en parte a la eficacia de los músculos. De ellos sospecho que depende el valor del cociente protéico de la sangre  $\left(\frac{\text{cantidad de seroglobulina}}{\text{cantidad de seroalbúmina}}\right)$  en cuanto productores de globulinas.

Antes hice notar la influencia del trabajo de los músculos en el cociente respiratorio en tanto consumidores de hidratos de carbono: ahora llamo la atención sobre la que tienen los dos cocientes en los valores del medio interno.

Recordaré, porque es oportuno el recuerdo, que atraviesan por la sangre una porción de aminoácidos procedentes de la desintegración de las albúminas alimenticias en el intestino, los cuales pueden muy bien ser utilizados por los músculos como factores para la constitución de las seroproteínas.

Y véase cómo una robusta y bien ejercitada musculatura hace buena sangre puesto que la provee de la proteína más estimable, diríamos más propia del individuo, como fabricadas en sus carnes y para sus carnes, la seroglobulina. El tiempo dirá si son justas estas presunciones: de momento las estimo como probables y explican una observación médica que tal vez se remonta a los tiempos de Hipócrates; la mayor resistencia a las enfermedades, la natural robustez que ofrecen los sujetos fuertes y musculosos que contrasta con la fragilidad o debilidad de los obesos y floridos de nutrición.

Obsérvese que así como los músculos comparten con el hígado la administración de los hidratos de carbono, fabricando y reservando el glucógeno que luego transformado en glucosa ceden a la sangre en las proporciones justas para que se mantengan las de este monosacárido en el medio interno, a los músculos y al hígado corresponden también importantes agencias en el metabolismo de las proteínas y en la regulación de la riqueza de las que entran como factores del primero de nuestros humores. Por razones de método puede tratarse aparte del metabolismo de los principios inmediatos, pero en la realidad se compenetran de tal suerte, que no es posible separar el de las proteínas, por ejemplo, del de los hidratos de carbono. La misma glucosa que se quema en los músculos entra como factor en la constitución del protoplasma y son aquellos, según acabo de comentar, los que preparan las proteínas para la restauración de la sangre y de los tejidos.

Ahora os explicaréis por qué en la edad del crecimiento son golosos los niños y jamás se están quietos, pues con el azúcar nutren los músculos y son estos coadyuvantes al desarrollo total del cuerpo. Ya Turró, con la sagacidad que le distingue, había dado una explicación satisfactoria del apetito particular de los niños por el azúcar, considerando el doble papel de la glucosa como combustible de los músculos y factor constituyente de los tejidos.

Las funciones anabólicas o restauradoras de los músculos coinciden naturalmente con el reposo, mas tienen por estímulo a los productos catabólicos que se

desprenden de la contracción. He aquí la causa de la atrofia que acaba con los músculos inactivos y la razón del ejercicio como fomento directo del tejido contráctil e indirecto del organismo entero. La actividad desarrolla a los músculos y éstos procuran por la restauración de la sangre y de los demás tejidos.

Hay que añadir a la cuenta del ejercicio lo que favorece a la circulación. El hecho es bien conocido y fácil la teoría fisiológica.

Cuando un músculo entra en actividad se dilatan sus redes vasculares y se congestiona como si fuera una gran ventosa para aspirar la sangre; y cuando son muchos los que entran en ejercicio, la circulación se acelera, con baja de la presión arterial y frecuencia del ritmo cardíaco. Desde el punto de vista mecánico el ejercicio muscular determina un beneficio para el curso de la sangre en cuanto disminuye las resistencias que ha de vencer la bomba cardíaca; mas cuando la disminución se generaliza o exagera, la presión arterial baja también y el corazón se encuentra obligado a multiplicar los sístoles para restablecerla. Los médicos prácticos, encontrarán seguramente en los sencillos términos de esta teoría las indicaciones del ejercicio y hasta dónde ha de extenderse en los enfermos que no ofrezcan la suficiente garantía de robustez cardíaca, pues hay que tener presente que la aceleración del ritmo se verifica con perjuicio de la diástole que es la fase en que el miocardio se rehace y restaura de la sístole precedente.

Cuando el ejercicio es desproporcionado con las fuerzas que pone el sujeto o éste obliga a sus músculos a un trabajo continuo que no les consiente la restauración de sus materiales contráctiles, sobreviene la

### FATIGA MUSCULAR

Es el freno impuesto por el propio tejido contráctil a los abusos de la acción. Hay un músculo, el cardíaco, excepcionalmente defendido contra semejantes abusos, pues mientras se encuentra en sístole se muestra refractario a una nueva contracción, inexcitable, como si dijéramos sordo a cualquier estímulo como no sea de enorme intensidad.

La fatiga se acusa por embotamiento de la excitabilidad y se acentúa hasta negarse los músculos a la contracción: el músculo fatigado se contrae con más lentitud y menos energía.

Esto del lado del tejido, porque la fatiga se acusa a la conciencia como sensación de impotencia, de debilidad, y de pena que puede llegar al dolor. Porque es doble la causa de la fatiga; de una parte el agotamiento del material contráctil; de otra, el acúmulo de los productos de la desasimilación, o si se quiere, de la combustión. Esta segunda causa es de mayor eficacia, pues basta el arrastre de los productos catabólicos mediante la circulación con un líquido salino isotónico, que nin-

gún material orgánico aporta al músculo, para que este recobre, aunque sea temporalmente, la actividad que perdió con la fatiga.

Es muy probable que la sensación que nos produce, sea originada por la presencia en la sangre de estos productos desasimilados del tejido muscular. Basta que sumándose a la sangre, alteren sus valores en punto a concentración y acidez, para que se resientan las neuronas.

La fatiga, como el malestar que muchas veces sentimos, tan indefinido como vago, me parece que puede atribuirse genéricamente a una alteración de las neuronas, muy ávidas de oxígeno y sumamente susceptibles a las oscilaciones extrafisiológicas del medio interno. Cuando nos sentimos perezosos o desalentados, faltos de atención o débiles de memoria a causa del cansancio o del insomnio, así como cuando acusamos con dolores y otros achaques, las perturbaciones atmosféricas como si fuéramos higrómetros, termómetros y barómetros, todo ello en una pieza, o nos resentimos de los efectos de una comida copiosa, o de libaciones insólitas, etc., etc., pensemos en la ruptura pasajera del equilibrio en los valores del medio interno. En los ejemplos citados, y en otros análogos que cualquiera puede recordar, los achaques aparecen, se quitan y vuelven con la movilidad con que cambia el caudal de un río, porque del torrente circulatorio se trata, alterable con cuanto recibe y deja en los tejidos; y también de las neuronas que reflejan, a veces exagerada o deforme, la imagen de las alteraciones del medio interno.

La actividad proporcionada desarrolla el músculo; la fatiga lo desnuda y desorganiza, aparte de que puede ocasionar una autointoxicación y predispone a temibles desfallecimientos cardíacos.

Veamos ahora las ventajas del

### REPOSO

La remisión o cese de la actividad de los músculos economiza oxígeno, glucosa y proteínas, así en el orden en que se citan. Respeta, el reposo, los valores del medio interno y las reservas nitrogenadas, dando ocasión a los músculos para el despliegue de sus funciones anabólicas; refiérome a la preparación de principios inmediatos protéicos para la restauración de la sangre, primero, y de los demás tejidos después. La circulación se cumple moderadamente y la respiración se verifica sin apuros, que no los hay para suministrar oxígeno a los músculos, ni para purgar la sangre del gas de la combustión.

En este triple aspecto de economía en el gasto, respecto a los valores del medio interno y facilidades para la función histógena, es ventajoso el descanso de los músculos. Impónese, pues, en cualquiera de las ocasiones de reconstrucción del organismo, después de los grandes traumatismos, cuando se ha perdido mucha san-

gre, en la convalecencia de las enfermedades infecciosas y en los procesos consuntivos. Es de advertir, que el reposo determina un alivio a la función de las glándulas, y las no comprometidas en la neutralización o eliminación de los productos del catabolismo muscular, pueden dedicarse a la defensa del organismo infectado.

Por la solaridad, que hemos advertido, entre las funciones de los músculos y las neuronas, conviene distinguir ¡y vaya si lo distinguen los enfermos! el reposo vigil o sea la abstención voluntaria del movimiento, con el descanso completo que un buen sueño proporciona. El que duerme profundamente, sin que perturben su reposo ensueños ni pesadillas, tiene sus músculos en un estado de relajación a que nunca alcanza la inmovilidad impuesta por la fatiga o aconsejada por la voluntad; sobre que en el durmiente las neuronas, incluso las motoras, descansan también y se restauran. En el reposo vigil, los músculos se encuentran en estado tónico, mientras que en los que duermen la resolución muscular es subtónica, es decir, más completa.

El reposo, entiéndase bien, es economía, más ha de cuidarse que no decaiga en miseria, porque si se prolonga o acentúa, los músculos se desnutren. No se olvide que son los productos del catabolismo, como si dijéramos de la contracción, los mejores acicates del anabolismo que es el fomento y el desarrollo de la musculatura. En este aspecto, es el corazón magnífico ejemplo de economía muscular; economía en el material o sea en el combustible empleado en la contracción; economía en el trabajo que se emplea íntegro en la circulación de la sangre, sin dispendio ni malogro de fuerzas; economía en la restauración, que es el cardíaco el músculo de más agil metabolismo; economía en la repartición del trabajo y del reposo, por la regular cuanto proporcionada alternativa de sistoles y diástoles.

Las felices combinaciones del reposo y el ejercicio permiten al médico favorecer el desarrollo corporal, el fomento de la nutrición y la viveza circulatoria, incluso la intersticial. Buena sangre, excelente humor, sueño tranquilo, poder y eficacia de los propios recursos; tales son los frutos sazonados que se cosechan con una gimnástica bien dirigida.

### LA DIETA

En su más recto sentido, la dieta significa el régimen alimenticio y en su aspecto médico se contrae a la alimentación que conviene a los enfermos, pues el trato de los sanos se denomina más bien ración alimenticia: dentro de ella se distingue la ración de mantenimiento y la de trabajo.

También en un sentido familiar se denomina dieta a la abstinencia de alimentos y así, se dice que está a dieta un sujeto que no se alimenta.



Acerca del régimen dietético de los enfermos se ha escrito mucho y a cualquiera de vosotros será fácil el recuerdo de algún libro, monografía o capítulo dedicado al régimen de los obesos, de los artríticos, de los diabéticos, tuberculosos, etc.

También se ha escrito, no poco acerca de la ración alimenticia del hombre sano y de los manjares que ha de preferir, según las circunstancias, de edad, temperamento, clima, estación, trabajo, etc., etc.

Comprenderéis que con cualquiera de los dos asuntos de visualidad terapéutica el que toca al régimen de los enfermos, de contenido higiénico el que se refiere a la ración normal, habría no para una, sino para muchas conferencias, y yo no puedo dedicarles más que una parte de la mía, como que me voy a referir concretamente a los fundamentos fisiológicos que dan la norma al trato higiénico y a las prescripciones terapéuticas de la dieta.

### ALIMENTOS MINERALES Y ORGÁNICOS

Considerando como alimento a cualquier cuerpo de composición química idéntica o semejante a la nuestra, que nosotros absorbemos para acrecentar, conservar o reparar nuestro organismo, no hay medio de excluir de los alimentos al oxígeno, al agua y a las sales. El papel fisiológico de estas, no se ha conocido hasta hace poco tiempo y como no producían energías por su metabolismo, ni su valor era aparente en la suma del presupuesto doméstico, se han desdeñado sistemáticamente las sales de la ración alimenticia. A lo más, se pensaba en ellas en los conflictos patológicos, v. gr. cuando había que abstenerse de Na Cl por retenerse el que normal y diariamente se excreta por los riñones o si había de suplirse un defecto de calcio o de ácido fosfórico.

Mas aparte estas reclamaciones terapéuticas, los compuestos minerales, ni figuran en la cuenta de la despensa ni en los presupuestos de los higienistas. Porque el O<sub>2</sub> lo provee como fuente inagotable la atmósfera; el agua no falta en los domicilios de las urbes gobernadas por una administración celosa y las aguas potables, así como los alimentos naturales llevan ya el fósforo, el hierro, el calcio, el magnesio, el potasio, el yodo, el fluor y los demás cuerpos que integran nuestra economía. A lo más, se echa cuenta del Na Cl que figura más como condimento que como alimento y que cuesta dinero más bien por motivos fiscales, que naturales.

Y, sin embargo, sólo los obreros agrícolas mientras están en el campo y los ricos que disponen de habitaciones espaciosas, que viajan y que pueden gozar de los deportes al aire libre, respiran, sin tasa, del oxígeno atmosférico.

Los agrícolas, duermen en viviendas de escasa cubicación y mal ventiladas y todos, ricos y pobres, respiramos el aire viciado de los lugares de reunión, sin ex-

cluir talleres, oficinas, tabernas, cafés, cines, teatros y hasta las escuelas y las propias aulas universitarias. ¿No recordáis algunos de vosotros que cursastéis conmigo la Fisiología en el viejo Colegio de San Carlos, aquella cátedra obscura y sin ventilación y las secciones de pasillo en donde hicisteis vuestras prácticas.

También el agua la ofrece Natura en abundancia, mas no siempre en condiciones de potabilidad; porque las de pozo, suelen ser calizas o muy mineralizadas y aun cuando muchísimos pueblos de España pudiesen gozar de excelentes aguas potables, como son las que proceden de la fusión de las nieves, las más de las veces se impurifican o infectan en el tránsito; porque para que se mantengan en condiciones de salubridad es preciso saber captarlas y conducir las luego al abrigo de toda contaminación microbiana. Y que esto es un ideal no alcanzado en la inmensa mayoría de los pueblos de España, lo indican las estadísticas de morbilidad y mortalidad por las infecciones de origen hídrico, y muy especialmente la fiebre tifoidea.

Podéis entreteneros cualquier día, en hacer el cálculo de lo que costaría a España una buena administración de las aguas potables: capitalizar el coste y los intereses y cotejarlos con los réditos que paga a la enfermedad y a la muerte, aunque sólo se aprecie el valor de las vidas españolas que anualmente se rinden a la infección eberthiana.

No hay para qué cansar a los murcianos con los argumentos de cuanto importa a la vida la riqueza del agua: basta que desde la airosa torre de su Catedral comparen la feracidad de la huerta, regada por el Segura; con la aridez de los montes circunvecinos, yermos y estériles por la sequedad.

Mas aparte el aire y el agua, los dos víctimas de la mala administración y agravado el primero, con el impuesto de inquilinato que tengo calificado de tasa del aire y fomento de la tuberculosis, fijándonos en los alimentos minerales, en las sales, he de decir que son factores indispensables, decisivos de la química viviente, en cuanto entran en la composición de los tejidos o influyen en la reacción y concentración de los humores.

### HIDRATOS DE CARBONO, GRASAS Y PROTEÍNAS

Estas tres clases de principios inmediatos son el resumen de la inmensa variedad de alimentos naturales de origen vegetal o animal: son, los de esta última procedencia, más conformes con nuestra estructura que los que tomamos de las plantas; mas los unos y los otros los empleamos como combustibles o como materiales de restauración. De antiguo se apellidan plásticos los alimentos que se asimilan y respiratorios los que se queman, mas hay que tener presente que esta dicotomía es meramente relativa, pues si bien son las grasas e hidratos de carbono los primeros combustibles de la fábrica animal, tampoco dejan de oxidarse las proteínas de los

alimentos y tejidos: sobre que en la constitución de estos, entran también los hidratos de carbono y las grasas. Seguramente os habrá llamado la atención el papel cada día más eficaz que se descubre en los lipoides, en cuanto importa al cambio nutritivo y a la misma asimilación.

Por lo que toca al régimen alimenticio, tanto el médico práctico como el higienista, han de tener presentes tres atenciones: *la digestión, la administración y la adecuación del alimento*. Comencemos por esta última, que es quizá la más interesante.

Porque la nutrición entera estriba en la asimilación, que fisiológicamente significa *la conversión de lo extraño en propio*. Ingresan en el tubo digestivo carnes, albúminas, gluten, mantecas, aceites, azúcares, féculas, etc. de muy diversas procedencias y cuando no se utilizan como combustibles, hay que analizarlas para encontrar entre sus factores aquellos que nosotros podemos emplear como restauradores, de nuestros tejidos. Podéis figuraros con cuánto trabajo y no pocos dispendios convertiremos en humanas las carnes de una langosta o de una almeja. Con tantos como diferencias entre nuestra musculatura y la de estos invertebrados.

Por de pronto los principios inmediatos sufren una análisis digestiva por obra de la hidrólisis que tiene por agentes a los fermentos. Los cuales son los anticuerpos que segrega el epitelio digestivo en reacción defensiva contra los alimentos, que al cabo estos son cuerpos extraños que el organismo no tolera. Y por no tolerarlos los descompone en sus naturales componentes con un procedimiento tan blando, como que tiene el agua por cuchillo para separar por sus naturales articulaciones los diversos miembros químicos que constituyen el principio inmediato.

Así las féculas y en general los hidratos de carbono de muchas moléculas (polisacáridos) paran en monosacáridos (glucosa, levulosa y galactosa); las grasas en ácidos grasos y glicerina y las proteínas (que son polipéptidos) en péptidos o aminoácidos.

Absorbidas en el intestino las moléculas sencillas, que acabo de enumerar, se polimerizan o sintetizan de nuevo las que han de reservarse para el ulterior consumo de combustible, por ejemplo, los monosacáridos en forma de glucógeno, y también los péptidos que han de constituir las proteínas histológicas. Más claro, tanto la reserva y administración de los materiales energéticos como la asimilación, reclaman una síntesis consecutiva de las moléculas analizadas en el tubo digestivo. Y los aminoácidos que no son utilizables en la asimilación, la economía los disocia en sus dos factores; el ácido lo emplea como material de combustión, de la cual resulta el carbónico que con el amoníaco derivado del grupo amínico, constituye la urea y en esta forma se eliminan.

A la síntesis ultradigestiva, originaria de las albúminas histológicas, del glucó-

geno y de la grasa de los tejidos, sigue como postrera etapa del ciclo nutritivo nueva análisis, que en un aspecto mira a la desasimilación en cuanto produce materiales excrementicios y en otro a la administración de las reservas. La de glucógeno, en el hígado y en los músculos, se va desamortizando o si se quiere analizando en moléculas de glucosa que se derivan de la descomposición de aquel polisacárido.

Importa mucho, especialmente por lo que hace al alimento protéico elegirlo de estructura en lo posible semejante a la nuestra, porque el que dice semejanza dice provecho. Ningún dispendio se sigue de la utilización íntegra de las proteínas propias y por esto resisten los ayunadores de cualquier especie y se sostienen muchos días los enfermos que no se alimentan y conste que en ellos el problema nutritivo se agrava con el desgaste patológico (fiebres, sudores, diarrea, etc.)

Después de la autofagia en cualquier edad se comprende bien que sea la lactancia, especialmente la materna, la más provechosa alimentación de un niño: de aquí hasta la asimilación de lo que para el hombre tienen de asimilable, el gluten, la legumina, etc., va descendiendo la utilidad, en el mismo grado que se distancian las proteínas vegetales relativamente a las carnes del consumidor. Con todos sus inconvenientes, son preferibles para el hombre la de los animales más próximos a su especie, los mamíferos: luego las aves, los peces, los crustáceos y moluscos.

Porque la alimentación vegetal ocasiona tanto desperdicio de cuerpos no asimilables sobre la poca substancia que ofrecen los tejidos de las plantas, que no hay sino observar que los animales herbívoros se pasan la vida comiendo. Con la preocupación digestiva tendrían los hombres bastante, si se hubieran alimentado de forrage y seguramente no les quedara tiempo para inventar la locomoción por el vapor, la navegación aérea y submarina y la telegrafía sin hilos. Ciertamente que de los restos de las proteínas animales surgen cuerpos nocivos e irritantes; pero aun esta misma irritación es provechosa porque muchas veces de ellas surge el genio.

Mas dejando aparte lo que importa al problema de la alimentación la calidad de los alimentos es muy de estimar lo que toca a su administración. Vosotros, médicos prácticos ¿no habéis reparado con cuán diversa economía administran las personas su nutrición? Así como hay mujeres, naturalmente dotadas de buen sentido administrativo, de las que se dice con razón, que de una peseta hacen un duro, de la misma suerte encontramos individuos que viven largos años, produciendo mucho con poco alimento; y por el contrario, los hay flojos, jamás hartos y con todo se malogran sin que les salve su poltronería. Siempre serán ejemplos admirables de máquinas económicas y dispendiosas, respectivamente las de Don Quijote y Sancho: este glotón y desmayado por contraste con su dueño sobrio, sufrido y ani-

moso. El secreto de la economía está en el tipo de la fábrica, pues los valores calorimétricos de los principios inmediatos no varían de uno a otro individuo.

Algo semejante ocurre con las aptitudes digestivas. Desde luego estimando como estimamos las secreciones digestivas a modo de reacciones del epitelio al estímulo de los alimentos, entre la cantidad y calidad de estos y el flujo y riqueza de fermentos de aquellas, se establece una relación que se afirma con el hábito. De aquí, las indigestiones que ocasionan los cambios de régimen aunque sea mejorando la ración. Recordad los achaques y pesadeces de la digestión de los que comiendo de carne pasan al régimen de vigilia o a la inversa, de los que se exceden del ordinario en fondas o con ocasión de banquetes, etc., etc. Se habitúan las glándulas digestivas a segregar siempre los mismos jugos en relación a una minuta poco variable y muestran cierta torpeza al cambio, sobre todo si este es brusco.

En lo que acabo de exponer resalta la consecuencia, que el ideal de la ración sería una minuta compuesta de los alimentos más adecuados, en las cantidades proporcionadas a las condiciones del sujeto y eligiendo los manjares más digestibles. Exagerando el argumento, sería la ración ideal, la compuesta de alimentos seleccionados y digeridos, es decir, de los péptidos que nos hicieran falta y de las grasas y glucosa requeridas en nuestra fábrica. Declaro, que semejante ración no es posible y si lo fuera, yo no la daría. Porque el epitelio digestivo nos defiende de los cuerpos extraños y es el primer agente para nuestros ingresos y nuestra restauración ¿Qué haríamos con el tubo digestivo ocioso! ¿Íbamos a dejar cesantes los nervios del gusto, y sin empleo los centros cerebrales en donde se refleja la necesidad de alimentos y aun los antojos y aficiones de un goloso? ¿Es que desde fuera habíamos de adivinar los apetitos de un sujeto, a medirle la concentración de sus humores o las proporciones de glucosa y de proteínas de la sangre? ¿Es que no tienen mayor trascendencia los apetitos en las operaciones cerebrales?

Si hubiera un individuo que por ahorrarse los trabajos de digerir y absorber los alimentos, y por un milagro de la química, le inyectásemos los principios inmediatos digeridos, no lograría más que trasladar a las interioridades de su cuerpo los quehaceres de la digestión, porque los leucocitos y las demás células se verían obligados a segregar fermentos para metabolizar, según el arte de cada organismo, las materias introducidas por vía extradigestiva.

Los afanes para ganar el sustento, como la digestión y la absorción, funciones son de nuestra propia vida; se vive por ellas y para ellas y para todas, porque es la fábrica del cuerpo humano productora de trabajo y restauradora de sus órganos.

Tras del metabolismo digestivo, hay otro humoral y otro celular, con los mismos agentes, los fermentos, aceleradores de las operaciones químicas de análisis y también de las sintéticas, de las exotérmicas y de las endotérmicas. Las unas son

consecuencia de las otras y se favorecen recíprocamente, según consideramos a los productos del catabolismo como estimulantes del anabolismo de los músculos.

Una última observación para remate de esta conferencia. Las glándulas endocrinas intervienen eficazmente en el metabolismo de los principios inmediatos y las de secreciones externa abren las puertas a los productos de desecho: mientras las unas y las otras están ágiles, y esto ocurre en la juventud, ellas se encargan de compensar los excesos, alteraciones o perversiones del régimen alimenticio; pero cuando el sujeto se endurece por vejez natural o prematura, entonces flaquean las secreciones internas y las externas y se ve obligado a una dieta severa que los médicos prescriben en cada caso particular según el órgano que acuse mayor deficiencia. Recordad en corroboración de la influencia de las glándulas endocrinas, la obesidad de los hipotiroideos, el enflaquecimiento de los basedowianos y addisonianos y la glucosuria pancreática.

Tales son, señores, en sumarias razones expuestos, los fundamentos fisiológicos de los cuatro puntales de la terapéutica higiénica: si ellas os son cualquier día de alguna utilidad, quedaré satisfecho del éxito de esta conferencia como me siento desde luego agradecido a la benévola atención que me habéis dispensado.

HE DICHO

\* \* \*

Al terminar el Dr. Gómez Ocaña tan hermosa conferencia es felicidadísimo por todos los concurrentes.

Puso fin a tan grandioso acto el Presidente de esta Real Academia, Dr. Medina, el que en breves y sentidas palabras da las gracias al conferenciante por haber honrado con su palabra á la Corporación que preside, y en prueba de admiración y reconocimiento le concede el único título que puede otorgarle esta Real Academia, el de Académico Corresponsal de la misma, rogándole lo acepte no por lo que en sí vale, sino como recuerdo de este acto que siempre estará fresco en la memoria de todos. Felicita a los Directores de esta Revista, y D. José Gómez Ocaña da un ¡¡Viva Murcia!! terminando la primera de las conferencias organizadas por MURCIA MÉDICA.





S. A. R. EL PRÍNCIPE DE ASTURIAS





# SECCIÓN VARIA

---

## EL COLEGIO DEL PRÍNCIPE ALFONSO PARA HUÉRFANOS DE MÉDICOS

---

**Real decreto de 15 de Mayo de 1917**

---

SEÑOR:

La infancia desvalida ofrece uno de los fenómenos más hondamente conmovedores para el espíritu de la caridad, más impresionantes y dignos de reflexiva preocupación para la filantropía y que con más severidad y apremio demandan remedio, o a lo menos alivio, ante la Beneficencia pública y el Estado que la organiza e inspira.

La absoluta inocencia en la producción de su desventura, que representa el niño huérfano y desamparado; el convencimiento de la imposibilidad de toda previsión por parte suya para evitar el mal que le aflige; la indefensión que su edad y la falta de sus capacidades intelectuales y físicas significa; la certeza para todo ánimo reflexivo de que un auxilio, un socorro, una dirección discreta y conveniente en los principios de la vida salva a ésta de las contingencias del futuro y fortalece, más que ningún otro auxilio, para las luchas del porvenir; éstas y mil otras razones y sentimientos que en el ánimo ilustrado y en el corazón bondadoso de V. M. tienen de siempre seguro arraigo, han movido al Ministro que suscribe a proponer a su Augusta aprobación el presente proyecto de Decreto en que se ha amparado la iniciativa clamorosa de toda una clase respetable y digna, iniciativa que principalmente personalizada en un desinteresado filántropo, el Sr. Pando y Valle, ha sido desarrollada después del estudio detenido y conveniente de que es expresión este Decreto.

Varios Cuerpos e Instituciones del Estado han acudido con fines semejantes, y aun idénticos a éste, en demanda de la autoridad y acción organizadora de la Administración pública y del Estado para dar cuerpo a ideas generosas que sin merma de los intereses públicos acudan al simpático remedio de males tan efectivos: producto

de este consorcio de actividades son los diferentes Colegios de huérfanos creados, amparados y sostenidos principalmente por los Cuerpos e Instituciones del Ejército y la Marina. En todas estas funciones palpita un mismo espíritu, el de la contribución prestada por los funcionarios respectivos y el del amparo y organización que el Estado presta al cumplimiento de sus fines.

El Cuerpo médico español, en todos sus grados y jerarquías, representa un verdadero ejército compenetrado con la sociedad, a la cual dedica su inteligente actividad y su abnegado sacrificio; muchos de los servicios que las circunstancias le imponen, no reciben, con notoria injusticia, la debida remuneración, o por dificultades de la exigencia o por descuido en el reconocimiento de su justificación. Con sólo atender a la recaudación del producto desdeñado de estos pequeños servicios que son importantes e imprescindibles, muchas veces por exigencia de las mismas leyes, con sola la cesión de su importe hasta hoy inexplicablemente no percibido por parte de los médicos, juzga el Ministro que suscribe que pueden allegarse copiosos recursos para el establecimiento de los Colegios de huérfanos de médicos pobres, primero en Madrid y después en otras localidades de España. Por estas razones, se permite proponer a la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Real decreto.

Madrid, 15 de Mayo de 1917.—Señor: A. L. R. P. de V. M., *Julio Burell*.

#### REAL DECRETO

A propuesta del Ministro de la Gobernación,  
Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Bajo el nombre de Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos, se establecerá en Madrid un Colegio gratuito en el que serán admitidos para su mantenimiento y educación los niños de ambos sexos, cuyos representantes legales lo soliciten y que se encuentren en las condiciones que por orden de preferencia se enumeran a continuación:

- I. Huérfanos de padre y madre.
- II. Huérfanos de padre.
- III. Hijos de padre pobre e inutilizado para el ejercicio de la profesión, y sin madre.
- IV. Hijos de padre pobre e inutilizado para el ejercicio de la profesión.
- V. Huérfanos de madre.
- VI. Descendientes directos de médico hasta el segundo grado, que al propio tiempo sean huérfanos de padre y madre.

Los comprendidos en los tres primeros casos podrán ingresar y permanecer,

siendo acogidos y educados, desde la edad de cinco años a veintiuno los varones, y de cuatro a diez y nueve las hembras. Los comprendidos en el quinto caso sólo permanecerán en el Colegio hasta los doce años, si a esta edad viviera y estuviera válido su padre, fijándose el resto de las condiciones de adaptación de esta escala, en el Reglamento orgánico.

Art. 2.º El Colegio tendrá desde luego 50 plazas para niños y otras tantas para niñas, aumentando este número cuando sus recursos aseguren un rendimiento anual de 1.000 pesetas por cada una de las plazas aumentadas.

Art. 3.º Para la organización, instalación y redacción del Reglamento, se constituirá, desde luego, un Patronato, compuesto: del Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, o un Académico delegado suyo; el Presidente del Colegio de Médicos de Madrid; el Decano de la Facultad de Medicina, o un Catedrático delegado por el mismo; el Decano del Cuerpo facultativo de la Beneficencia provincial; el Subinspector médico del Cuerpo de la Beneficencia municipal; la Presidenta de la Junta de Damas de la Protección Médica, y de dos señoras consortes de médicos, designadas por el resto del Patronato. Esta Junta procederá, en el término de tres meses, a la redacción del Reglamento orgánico y de otro interior de la fundación, debiendo ser el primero aprobado de Real orden por este Ministerio.

Art. 4.º En todas las capitales de provincia en que existiesen Colegios Médicos oficiales, con arreglo a lo dispuesto en el art. 85 de la Instrucción general de Sanidad vigente, se establecerán éstos con carácter obligatorio desde luego para todos los médicos de la provincia, y en las que no existiesen se procederá por los gobernadores civiles y los inspectores provinciales de Sanidad a la constitución de los mismos, con igual carácter obligatorio, para los fines consignados en la Instrucción general de Sanidad y para los de este Real decreto.

Los Colegios deberán ponerse en relación mediante sus Juntas directivas o una Comisión nombrada por ellos para este exclusivo objeto por el Patronato antes mencionado. Expedirán estos Colegios un sello de 50 céntimos de peseta, en que se contenga la indicación del nombre del Colegio de Huérfanos y del de médicos de la provincia respectiva. Uno de estos sellos deberá ponerse a expensas del facultativo en cada una de las partidas de defunción que ocurran en personas que no sean pobres de solemnidad. También se expedirán por los mismos Colegios un sello de 2 pesetas, que deberá agregarse a expensas del cliente a cada una de las certificaciones de enfermedad, imposibilidad física, reconocimiento y certificados facultativos de excepciones electorales, de jurados y de todo género, siempre con la excepción de los pobres de solemnidad. Las autoridades gubernativas y administrativas de toda categoría no darán curso a ninguno de los documentos indicados que no llene estos requisitos.

Las Juntas directivas de los Colegios expedirán directamente a los facultativos de su provincia estos sellos, entregándoles recibo talonario de su importe, y enviando éste y el comprobante a la Junta de Patronato del Colegio de Huérfanos al remitirle los fondos.

La mitad del importe de los sellos de a dos pesetas podrá ser aprovechada por el Colegio de Médicos respectivo para sus fines y sostenimiento. El producto íntegro de los sellos de 50 céntimos se destinará al Colegio de Huérfanos, así como el 50 por 100 de los de dos pesetas anteriormente mencionados.

Art. 5.º En todos los contratos que se celebren o renueven en lo sucesivo por los Ayuntamientos con los médicos titulares se incluirá la cantidad de cinco pesetas por cada 500 almas en el concepto de vacunación obligatoria y de revacunaciones que los médicos titulares deberán practicar, proporcionándose éstos la linfa necesaria al efecto. Las vacunaciones y revacunaciones hechas a los reclutas a su ingreso en las Cajas de los Municipios, se entenderán comprendidas en este concepto.

El importe de estas cantidades ingresará en la Caja del Colegio de Huérfanos, y su forma de recaudación se determinará en el Reglamento orgánico, así como también la en que los Ayuntamientos y titulares que no tengan el régimen de contrato han de contribuir sin exceder la antedicha proporción señalada para los contratos.

Art. 6.º Con objeto de que la institución comience desde luego a funcionar, se adquirirá con los primeros fondos un local, alquilado en Madrid o sus alrededores hasta que el estado económico de la fundación permita habilitar local propio sano y confortable. Si la prosperidad y recursos de la institución lo consintieran, podrán establecerse otros Colegios sucursales convenientemente distribuidos en las provincias.

Art. 7.º Durante su permanencia en el Colegio los huérfanos recibirán en el mismo la primera enseñanza, y luego en los Institutos, Escuelas y Universidades la segunda y la superior.

Los niños que no muestren capacidad, afición o aptitud para seguir una carrera literaria, recibirán en la forma que disponga el Patronato la enseñanza y educación en un arte u oficio. Podrá, cuando el estado de fondos del Colegio lo consienta, crearse en él una enseñanza especial de Mecanografía, Taquigrafía e Idiomas y Contabilidad para niños y niñas de catorce a diez y ocho años. Terminados los estudios, y siempre a la edad de veintiún años los niños y a la de diez y nueve las niñas, dejarán el Colegio, recibiendo un auxilio de 1.000 pesetas para adquisición de título o para su establecimiento o dote.

Art. 8.º El Patronato, además de las condiciones y deberes antedichos, tendrá las facultades y atribuciones siguientes:

- I. Nombramiento de un director, que actuará como secretario de su Junta.
- II. Designación de un contador y un tesorero de los individuos de su seno.
- III. Nombramiento y separación de los profesores, profesoras, dependientes, servidumbre, etc.
- IV. Admisión o expulsión de los alumnos, con arreglo a lo que se determine en el Reglamento orgánico.
- V. Fomento de los medios y recursos para el sostenimiento, mejora y ampliación de la institución.
- VI. Rendición de cuentas anuales de ingresos y gastos a este Ministerio, que ejercerá sobre él la necesaria inspección.

Art. 9.º Podrá también recibirse en condición de recursos todos los legados y donativos que la munificencia de médicos y personas caritativas hagan, y las pensiones de plazas a razón de 1.000 pesetas anuales cada una, para las cuales se invitará a los Colegios de médicos, Facultades de Medicina, Academias y Sociedades científicas.

Dado en Palacio a 15 de Mayo de 1917.—ALFONSO.—El Ministro de la Gobernación, *Julio Burell*.

---

## Banquete al Dr. Gómez Ocaña

---

Después de celebrada la conferencia reseñada en otro lugar, la clase médica murciana se reúne en el Hotel Reina Victoria, en fraternal comida íntima para festejar al conferenciante.

Ocupa la presidencia el festejado Dr. D. José Gómez Ocaña, teniendo a su derecha a D. Francisco Medina, Presidente de la Real Academia de Medicina; Don Antonio de la Peña, Director del Hospital, y D. Emilio Sánchez, Inspector municipal de Sanidad; y a su izquierda a D. Laureano Albaladejo, Presidente del Colegio Médico; D. Claudio Hernández Ros, Decano de la Beneficencia provincial, y D. Francisco Ayuso, Decano de la Beneficencia municipal.

En los demás sitios de la mesa toman asiento los señores D. Salvador Piquer, D. Enrique Gelabert, D. José Más de Béjar, D. Francisco Giner, D. Tomás Seiquer, D. Juan Selgas, D. José Pérez Mateos, D. Manuel Sánchez Carrascosa, D. Pablo Martínez Torres, D. Angel Romero, D. Constantino Usón, D. Francisco Alemán, D. Cristóbal Clemares, D. Francisco Villar, D. Angel Gómez, D. José

Basterrechea, D. Manuel Más Gilabert, D. Vicente Mateos, D. Mariano Precioso, D. Miguel Aguilar, D. Mariano Martínez Torres, D. Pedro García Villalba, D. Emilio Meseguer Pardo, D. José Cunqueiro, D. Braulio Rey Larramendi, D. Ramón Angel Cremades, D. José Poveda Cuenca, D. Julio García Gatturro, D. Nicolás López Hijosa, D. José Vinader Mazón, D. Manuel Clavel, D. José Ruiz Medina, D. Emilio Palazón, D. Domingo Vivancos, D. Julio López Ambit, D. José Egea López, D. José Bermúdez, D. José Martínez Zamora, D. Fulgencio Cano Soria, Don Juan Vera, D. Luis Conejero, D. José A. Molina Niñirola, D. Miguel Ballesta, Don José María Gómez Meseguer en representación de D. José Aroca, y los Directores de esta publicación D. Antonio Guillamón Conesa, D. José Sánchez Pozuelos y D. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara.

Excusaron su ausencia por causas justificadísimas el Sr. Inspector provincial de Sanidad D. José García Villalba y D. Emilio Meseguer.

Al servir el café hizo uso de la palabra el codirector de *MURCIA MÉDICA*, señor Sánchez Pozuelos, que en breves y sentidas palabras dió en nombre de esta revista las más reconocidas gracias al sabio maestro D. José Gómez Ocaña por haber inaugurado las conferencias que con todo nuestro joven entusiasmo hemos iniciado los Directores de esta publicación.

El Presidente del Colegio Médico ofreció la comida al festejado y el Presidente de la Real Academia de Medicina ratificó las gracias al Dr. Gómez Ocaña abrazándole en nombre de la clase médica de Murcia.

D. José Gómez Ocaña, hondamente emocionado agradeció todas las atenciones que se le habían tenido, terminando con vivas a Murcia, a los iniciadores de las conferencias y a toda la clase médica murciana, a la que abrazaba en la persona del Presidente de esta Real Academia.

\* \* \*

*MURCIA MÉDICA* ratifica desde sus página la más profunda gratitud y admiración al sabio maestro Dr. Gómez Ocaña, por el valiosísimo apoyo que nos ha prestado en la obra cultural de extensión universitaria que estamos realizando y siempre guardaremos de él el merecido y grato recuerdo de que es acreedor.

A la Real Academia de Medicina de esta capital, nuestro reconocimiento más sincero por los alientos que nos da para continuar por el camino que hemos trazado.

A la clase médica murciana, un agradecimiento que jamás podremos olvidar, por haber respondido noble y entusiastamente al llamamiento que le hicimos.

A los que nos honraron con su presencia asistiendo a la conferencia, nuestra eterna gratitud.

Por nuestra parte, al abrazar al maestro y saludar a todos, sólo diremos que

con la valiosa ayuda de nuestros colaboradores, el firme apoyo de esta Real Academia de Medicina y el brioso entusiasmo de la clase médica de Murcia, estamos dispuestos a seguir trabajando, seguros de conseguir que nuestras conferencias adquieran la misma importancia que hoy tiene nuestra revista MURCIA MÉDICA.

---

# Fundación Santa Cándida

V

## EN DEFENSA PROPIA

---

.....porque las campañas razonadas sólo pueden contrarrestarse con razones.—Dr. Simancas Señán (*Gaceta Médica del Sur*, n.º 869).

Insisten *Los Progresos* en no hacer gala de razonamientos; y en vez de contestar a la crítica serena hecha de su Fundación prosiguen el camino de las insidias dando cabida en sus columnas a conceptos que puedan molestarnos y hacer desmerecer el crédito de nuestra publicación.

Ello no importa, pues nosotros sabremos dejar las cosas en su lugar y descubrir la táctica de quienes pretenden desviar el asunto, suscitando cuestiones secundarias para distraer la atención general de la clase médica.

En el suplemento número 109 de *Los Progresos* y en la sección de «Noticias» aparece la siguiente:

«Copiamos de *El Liberal*, de Jaén:

«Un periódico titulado MURCIA MÉDICA se reparte profusamente por Madrid, y es otra de las armas de combate empleadas contra la Fundación Santa Cándida. Hemos leído a la ligera algunos números. Las advertencias que hace al ilustre Decano de esta Facultad de Medicina, voy a encargarme de contestarlas por mi propia cuenta, advirtiéndole al periódico murciano que una campaña más útil para la humanidad doliente y más provechosa para su administración será demostrar que el «Histógeno y la Oxina Llopis» curan la tuberculosis y la diabetes».

«Nosotros, siempre nobles y desinteresados, iniciamos a MURCIA MÉDICA el camino de un éxito rotundo, aplastante, merecedor de toda simpatía.

»Y basta por hoy.—*Isidoro S. Figueroa.*»

Varias consideraciones nos sugiere la lectura de la precedente noticia.—Es la primera, ver con extrañeza cómo *Los Progresos* se han hecho eco de lo que un periódico político dice de nuestra revista; siendo así que cuando *El Herald de Madrid* y otros diarios se ocuparon de «Santa Cándida», se les contestó rehuendo toda discusión con la prensa política.

Si interesando tanto «Santa Cándida» a su órgano, no se ocupa éste de rebatir los reparos hechos a aquella por la prensa política, ¿qué podremos pensar cuando se hacen eco de lo que dicen de nosotros en *El Liberal* de Jaén? Pues, sencillamente, que MURCIA MÉDICA, interesa más, preocupa más al órgano de «Santa Cándida» que la Fundación misma.

Y es natural que les preocupemos, porque con haber sido numerosas, valientes y suscritas por personas de prestigio, las campañas contra los procedimientos de la Fundación, nadie como nosotros ha puesto el dedo en la llaga con tanta oportunidad y con tanto tesón.

Y por esto, porque hemos descubierto su error (cualquiera los tiene), hemos dejado de ser buenos (según ellos). Y una revista como la nuestra calificada por *Los Progresos* hace año y medio como *una de las mejores de España*, hoy se califica de arma de combate contra la «Santa Cándida» y se da a entender insidiosamente que seguimos fines particulares y que no nos pertenecemos.

De todo ello sólo es capaz quien carece de razones para contestar nuestra razonada campaña.

Nosotros no tenemos embargado nuestro libre albedrío, ni hipotecada nuestra voluntad. Gozamos de todos nuestros derechos como ciudadanos y como médicos para emitir libremente nuestros pensamientos y nuestros juicios. Y de la campaña contra uno de los procedimientos de «Santa Cándida» nadie se atreva a negar nuestra paternidad natural, no ya adoptiva.

Por la noticia de *El Liberal* de Jaén nos enteramos que en la citada capital andaluza existe Facultad de Medicina y que su Decano es el Dr. Recasens (único Decano de Medicina a quien hemos hecho advertencias).

Dice así, en *El Liberal* de Jaén: «Las advertencias que hace (MURCIA MÉDICA) al ilustre Decano de ésta Facultad de Medicina.....»

Una de dos cosas: O la noticia está fechada en Jaén o en Madrid de donde es Decano el Dr. Recasens.

Lo primero no puede ser porque en Jaén no hay Facultad de Medicina y sería raro que el Dr. Recasens fuera de allí Decano. Luego ¿esa noticia está escrita en Madrid y la ha escrito su autor para Jaén? ¡Qué lástima! ¡Y de pensar que *Los Progresos* le habían de dispensar tan buena acogida publicándola! De haberlo sabido no merecía la pena darle ese recorrido de ida y vuelta.



Pues bien; para rectificar esas especies tendenciosas que se lanzan contra el crédito y honradez de nuestra revista hemos dirigido a los Dres. Peña y Verdes Montenegro, Directores de *Los Progresos de la Clínica*, una atenta carta rogándoles la publicación de la que sigue y que dirigimos al autor de la noticia en *El Liberal* de Jaén.

SR. D. ISIDORO S. FIGUEROA.

Muy señor nuestro: Corresponдемos a sus nobles y desinteresados consejos que se permite iniciar en su bien escrita noticia publicada en *El Liberal* de Jaén y que ha conseguido la extraña merced de verse reproducida en *Los Progresos*, aconsejándole a nuestra vez que en lo sucesivo antes de emitir públicamente juicio alguno sobre determinado asunto, no se precipite.

Porque ha leído V. ALGUNOS NÚMEROS Y A LA LIGERA, lanza usted conceptos sobre nuestra revista que por ser equivocados vamos a aclarar.

MURCIA MÉDICA no es un arma de combate empleada contra la «Fundación Santa Cándida», sino que sus Directores por pertenecer a la clase médica y tener, por tanto, perfecto derecho a intervenir en cuestiones de interés general, suscriben su personal opinión contra determinados procedimientos puestos en práctica por la «Santa Cándida».

Y si se reparte hoy profusamente por Madrid nuestra revista, no hacemos otra cosa que proseguir la propaganda para darla a conocer y adquirir suscripciones. El año anterior—que no había «Santa Cándida»—se repartió, profusamente también, por Alicante, Albacete, Almería, Málaga, Granada, etc.

Pensando *sin ligereza* se deslindan conceptos y no se establece relación de causalidad entre hechos que carecen de ella aun cuando sean simultáneos.

No comprendemos por qué sería provechoso para nuestra administración demostrar que el Histógeno Llopis cura la tuberculosis; pero sí hemos de hacer saber a V. que nunca pensamos en tal cosa por dos razones:

1.ª Porque MURCIA MÉDICA no publica artículos pseudocientíficos de reclamo ni pretende combinaciones o tanto por ciento de los productos recetados; y

2.ª Porque ya está demostrado que el Histógeno cumple sus indicaciones. No lo decimos nosotros; ahí tenemos una memoria publicada por el Dr. Verdes Montenegro (la firma no será sospechosa ni para V. ni para *Los Progresos de la Clínica* pues es precisamente del director de esta citada revista) titulada «Contribución al estudio de la tuberculosis» en cuyas páginas 99 y siguientes se lee el siguiente concepto: «Es el Histógeno un tónico de importancia. Bajo su influencia ha mejorado la nutrición de los enfermos y ha aumentado su peso, la expectoración se ha modificado y por fin desaparecido, como así mismo los bacilos de Koch. El hecho de que en varios de los enfermos sometidos a este tratamiento la suspensión del

medicamento haya coincidido con la interrupción de la mejoría, hace pensar que debe atribuirse ésta al empleo del Histógeno.» A continuación cita casos clínicos muy curiosos seguidos de curación.

Vea pues, Sr. Figueroa, por qué razones tan poderosas no nos es posible poder atender sus nobles y desinteresados consejos.

Y deseándole que el ilustre Decano de la Facultad de Medicina de Madrid autorice la contestación que da V. por cuenta propia a las advertencias que hemos hecho a aquél, quedan de V. aftmos. y ss. ss.,

*Los Directores de MURCIA MÉDICA.*

El recto criterio de nuestros lectores no verá en la carta que precede, deseo por nuestra parte de hacer una propaganda, ya que no somos nosotros los llamados a demostrar la bondad del Histógeno en el tratamiento de la tuberculosis, una vez que estos hechos han sido demostrados por compañeros tan prestigiosos como el Doctor Verdes Montenegro, Director de *Los Progresos*. Nunca hemos hecho ni admitido artículos pseudocientíficos de reclamos, que son los que califican de *mala* a la prensa que los inserta y ahora tampoco hubiéramos hablado del Histógeno, si *Los Progresos* dando cabida al suelto de *El Liberal* de Jaén no aludieran a nuestra revista hermanándola con la antes citada especialidad.

Nosotros tenemos con nuestros anunciantes la misma relación que cualquier otra revista con los suyos, con la salvedad de que nosotros no hemos concertado tantos por ciento de los productos recetados para fines benéficos o no benéficos.

\* \* \*

Y ahora para tranquilidad del órgano de «Santa Cándida» y de los que han dicho por qué ya que exponíamos los defectos de la Fundación, no proponíamos los remedios, anunciamos que como la perfección de la idea está en el «Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos», necesitamos nuestras planas para ayudar a la publicidad de esta Institución que tiene de «Santa Cándida» todas sus bondades y carece de sus defectos.

Y cesamos en nuestra campaña intensiva contra la Fundación Santa Cándida, porque seguimos creyendo que *no prevalecerá «Santa Cándida»* además de las razones ya conocidas de nuestros lectores, por las poderosas que siguen:

*Porque con el Colegio de huérfanos, los médicos que quieran asegurar el porvenir de sus hijos, caso de dejarlos huérfanos, no tienen ya que preocuparse de si tal o cual específico da la peseta o el tanto por ciento a la Fundación, para prescribirlo.*

Y porque la Fundación, aún a pesar de sus alardes de resistente, de sus mu-

chas adhesiones de médicos, etc., *si no cuenta con bastantes productos que tengan salida*, es decir, *que se receten mucho*, o lo que es lo mismo: por muchas adhesiones, si no hay quien dé el tanto por ciento de lo recetado o si este es poco por la indicación restringida del producto, ¿cómo cubrir el presupuesto con tan pequeño ingreso? Porque tenemos entendido que hasta la fecha son pocos los conocidos productos adheridos y muchos los *cordiales* y los *tesoros*.

Los fabricantes de específicos irán viendo que lejos de ser un beneficio, como pensaron, adherirse a la Fundación, es un perjuicio para ellos. Lo bastante que anuncien «Mis productos bonifican la Fundación Santa Cándida», para que la inmensa mayoría de los médicos que rechazan el procedimiento, dejen de recetarlos (1). ¡Mucho ojo!

Y antes de templar nuestra campaña por las razones apuntadas, ofrecemos a nuestros lectores, para los números próximos, dos artículos con motivo de «Santa Cándida»: uno de ellos contestando a objeciones que se nos han hecho en general, y otro muy importante, «Cómo hacemos MURCIA MÉDICA», para tranquilidad de los que se preocupan de nosotros y enseñanza de los que anhelan conocer el milagro de que somos autores: BUENA REVISTA Y BARATA.

¿Serían los señores de *Los Progresos* tan hidalgos, que nos dijeran cómo hacen la suya tan cara?

LOS DIRECTORES DE MURCIA MÉDICA

## Opiniones ajenas

**Lo que piensa de su Fundación el Dr. Núñez, Gerente de *Los Progresos de la Clínica* (2).**—«El Sr. Simancas cree que voy a hacer un negocio particular, porque me supone propietario de *Los Progresos*»; y dice el Dr. Simancas en la *Gaceta*: «¡Hola! Luego Núñez cree que el propietario de *Los Progresos* puede hacer un negocio particular con la Fundación Santa Cándida».

Y más adelante añade la simpática *Gaceta Médica del Sur*.—«Otro botón de muestra: «Me tienen sin cuidado los médicos; lo que me interesa etc...» (frase del mismo Sr. Núñez). Ya ven nuestros lectores qué piensa uno de los padres de la Fundación.

**Dr. Santiago Carro, Profesor del Instituto Rubio; C. de la Real Academia**

(1) Véase la carta que publicamos a continuación del Dr. Carro.

(2) *Gaceta Médica del Sur*, número 869.

*Española de Medicina.*—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Muy distinguidos compañeros: Espontáneamente me dirijo a Udes. para tributarles mi aplauso por la valiente y razonada campaña que sostienen contra la «Fundación Santa Cándida» y sumar mi modesta adhesión a las muchas y valiosas que vienen recibiendo desde que la han iniciado. Me parece un deber de conciencia que los que sentimos mermados los prestigios de la profesión por la actuación de fundaciones que, como la que me ocupa, persiguen un fin altruista por medios que no reputamos correctos ni decorosos para la clase, hagamos pública demostración de nuestras opiniones, pues si unos cuantos señores tienen el derecho a tomar el nombre de la clase médica española y contar con una adhesión que nadie les ha otorgado, es obligación de todos los que disentimos de tal conducta, hacer pública protesta y ostentación de los puntos de vista que a ello nos obligan, para que no siga explotándose el equívoco de interpretar como adhesión la apatía y silencio de la mayor parte de la clase.

Por mi parte, yo he cumplido con mi deber. Convencido, antes y después de la reforma—levísima hoja de parra con que han querido taparse los fundadores de «Santa Cándida»,—de que el medio fundamental de arbitrar recursos, o sean los DONATIVOS CONDICIONADOS de los vendedores de específicos, no era admisible, porque implicaba una reciprocidad que desprestigiaba a la clase, y contribuía a aumentar el ambiente de desconfianza que hacia nosotros ya existe, combatí desde el primer momento a la Institución. En la Asociación de la Prensa Médica hube de contender con los nuevos Directores de *Los Progresos de la Clínica* y tuve la satisfacción de ver que todos los presentes (presidía el Dr. Ortega Morejón) tomaban el acuerdo de no nombrar ningún delegado para que figurase como Vocal del Comité, puesto que con ello se le prestaba una colaboración y asistencia moral que no estaba en nuestro ánimo. Más tarde, al recibir algún anuncio de productores de específicos, tuve cuidado de tomar nota, *para no recetarlos*, de aquellos que anunciaban que bonificaban la Fundación, y así se lo participé a alguno de ellos. Hoy, que el asunto está ya fallado por la clase médica—fallado para prestigio suyo, en repulsa de tales procedimientos,—lo único que nos corresponde a todos los que no estamos conformes con el modo cómo «Santa Cándida» arbitra sus recursos, es PRESCINDIR DE PRESCRIBIR LOS PRODUCTOS QUE DAN EL TANTO POR CIENTO. Con ello, además de atajar las malicias del público, daremos en tierra con una fundación que es motivo de inquietud y desasosiego para la clase médica, a toda la cual se quiere culpar de lo que unos cuantos señores, con concepto distinto de las conveniencias sociales que el que nosotros mantenemos, tienen empeño en sostener.

Me parece una equivocación tremenda la de los paladines de «Santa Cándida», pues no es ese el camino para realizar la misión benéfica que persiguen. Equivoca-

ción que yo he de suponer de buena fe, pero que no por ello es menos funesta para la estimación que de nuestra clase hayan de hacer los que conozcan los ingresos de la Fundación.

Me es grato saludar a Udes. y ofrecerme muy afmo. compañero, que les saluda y e. s. m., *Santiago Carro*.

«**Revista Vallisoletana de Especialidades**», **Valladolid**.—El Director propietario B. L. M. a sus queridos compañeros de la interesante publicación MURCIA MÉDICA y les acusa recibo a su carta y conforme a sus ruegos nos ocuparemos tan pronto nos sea posible del asunto famoso «Santa Cándida» y del cual no habló nunca esta revista ni en pro ni en contra, porque no dijeran que nos adelantábamos. El tiempo nos dió la razón.

*Mariano Fernández-Corredor y Chicote* aprovecha gustoso esta ocasión para ofrecer a V. el testimonio de su más distinguida consideración.

«**La Especialidad Práctica**», **Zaragoza**.—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Distinguidos compañeros: A su debido tiempo recibimos su muy grata 28 Abril a la que no hemos contestado por aglomeración de trabajo, hoy lo hago manifestándoles lo siguiente: Moralmente me encuentro como Director de esta revista imposibilitado para secundar la campaña que el periódico de su digna dirección, y otros colegas profesionales han seguido en contra de la Fundación Santa Cándida.

Cuando los iniciadores empezaron su propaganda en favor de dicha Fundación, si mal no recuerdo, tuve la debilidad de mandar mi adhesión cosa que no hubiera hecho si hubiera conocido los estatutos y demás organizaciones que a ustedes les ha dado margen para combatir dicha Fundación. Vea V. pues, que aun estando de común acuerdo con Vdes. y demás periódicos profesionales que secundaron su campaña, por el temor a que nunca puedan decir o criticarme poca fijeza de juicios, me veo precisado a sostenerme en esta situación neutral.

Felicitándoles por las mejoras que introducen en MURCIA MÉDICA que puede figurar a la cabeza de las revistas médicas españolas, dispongan de su afmo. atento, s. s. y compañero, *José Algora*.

«**La Información Médica**», **Cuenca**.—En su artículo de fondo titulado «El colegio de huérfanos de médicos y sus detractores» que reproduciremos en el número próximo, dice: .....simpatizamos con la campaña del colega murciano.....

El Dr. *José Codina Castellvi*, Profesor de número del Hospital Provincial y Académico de la Real de Medicina, B. L. M. a sus distinguidos amigos y compañe-

ros, los Directores de MURCIA MÉDICA, y les participa que está en un todo conforme con su criterio referente, a la Fundación Santa Cándida, al propio tiempo que aprovecha gustoso esta oportunidad para reiterarle el testimonio de su consideración más distinguida.

---



---

## Estadística

---



---

Según datos de la Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico, procedentes del Registro civil, el movimiento de la población en esta capital durante el pasado mes de Mayo, fué el siguiente:

### Población calculada 131.535

Nacimientos. { Vivos 275.—Var. 190.—Hem. 85.—Leg. 261.—Ileg. 7.—Exp. 7.  
 { Muertos 1.—Var. 0.—Hem. 1.—Leg. 1.—Ileg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 2'09.—Matrimonios, 47.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 0'36.—Mortalidad por 1000 habitantes, 1'31.

### Defunciones

Varones, 88.—Hembras, 84.—Menores de cinco años, 66.—De cinco y más años, 106.—En hospitales y casas de salud, 10.—En otros establecimientos benéficos, 6.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 3.—Tifo exantemático, 1.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 4.—Viruela, 0.—Sarampión, 0.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 9.—Difteria y crup, 1.—Gripe, 1.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 1.—Tuberculosis de los pulmones, 12.—Tuberculosis de las meninges, 0.—Otras tuberculosis, 1.—Cáncer y otros tumores malignos, 7.—Meningitis simple, 5.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 7.—Enfermedades orgánicas del corazón, 8.—Bronquitis aguda, 10.—Bronquitis crónica, 4.—Neumonía, 3.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 6.—Afecciones del estómago (menos cáncer), 0.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 19.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 3.—Cirrosis del hígado, 1.—Nefritis aguda y mal de Bright, 5.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 1.—Otros accidentes puerperales, 1.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 5.—Senilidad, 7.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 6.—Suicidios, 0.—Otras enfermedades, 41.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 0.—Total de defunciones, 172.

# Conferencia del Dr. Cortezo

En el Salón de sesiones del Ayuntamiento, se celebró el día 16 del corriente la conferencia sobre «El Colegio de huérfanos de médicos» a cargo del ilustre Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina Dr. Cortezo.

En la tribuna tomaron asiento con el conferenciante los Dres. Medina, Villalba, Albaladejo y Hernández-Ros. El amplio local fué ocupado totalmente por todos los médicos de la localidad y muchos de la provincia, que han venido con el exclusivo objeto de escuchar al Dr. Cortezo.

El Presidente del Colegio Médico hace la presentación del conferenciante en breves y elocuentes frases.

Comienza después el Dr. Cortezo a exponer su tema, haciendo previamente consideraciones encaminadas a estrechar más y más los lazos de la fraternidad de la clase médica, excitándola a salir de su apatía y dejadez peculiares.

Recuerda que la idea del Colegio de Huérfanos no es suya y sí del Dr. Pando y Valle. Él no ha hecho otra cosa que patrocinarla y prestarle su apoyo e influencia.

El Colegio de huérfanos de médicos viene a resolver una de las apuradas y tristes situaciones por que pueden pasar las familias de los médicos. Cita ejemplos con emocionante palabra que conmueve al auditorio.

Expone luego los medios de ingreso con que cuenta el Colegio, al que se ha puesto el nombre del Príncipe de Asturias, en conmemoración del patrocinio de la Real Casa.

Son dichos medios los siguientes: el importe de unos timbres o sellos que cada médico pondrá en las papeletas de defunción; el de otros sellos que se impondrán en las certificaciones de salud o enfermedad; los honorarios que los Ayuntamientos satisfagan a los médicos por las vacunaciones; el auxilio del Estado, y finalmente los donativos particulares.

Dice después las condiciones que reunirá el citado Colegio de huérfanos de médicos, que no será una Casa de Misericordia ni un Asilo, sino que se trata de un Colegio amplio, con todas las exigencias de la higiene moderna, donde se dé habitación confortable, alimentación excelente, educación exquisita e ilustración en todos los órdenes del saber.

Allí serán admitidos los huérfanos desde la edad de 5 a 21 años y podrán cursar enseñanza elemental y segunda enseñanza; habiendo además a modo de residencia escolar para los que cursen carreras académicas o artes y oficios.

Llegados a la edad de abandonar el Colegio, se entregará a los huérfanos la cantidad de mil pesetas para establecerse en su profesión.

Para todos estos fines cuenta en sus cálculos el Patronato del Colegio de Huérfanos con un ingreso de 370.000 pesetas.

Como a pesar de los Reales Decretos sobre la colegiación obligatoria y la autorización para colocar los timbres en las certificaciones, nada podía hacerse sin la cooperación de la clase médica, excita a todos a poner de su parte incondicional apoyo y protección a la idea, por la transcendencia que tiene.

Termina diciendo que la semilla está lanzada y es buena, el terreno es favorable a la siembra, pero hay que regarlo con la protección y entusiasmo de la clase; y así como además en todo cultivo para que germine la simiente, no sólo hacen falta los citados elementos sino que precisa la acción solar, resplandezca aquí el sol de la caridad cuya luz al descomponerse a través de las lágrimas de los desvalidos aparezca en sus distintos aspectos, filantropía, conmiseración, socorro, caridad.....

El auditorio tributó a la elocuente disertación del Dr. Cortezo un entusiasta y prolongado aplauso.

Por último, el Dr. Medina, en nombre de la clase médica de Murcia felicitó al ilustre exministro y le dió las gracias por su deferencia dedicando a Murcia la primera de las conferencias que piensa pronunciar por España como propaganda de tan simpático pensamiento.

## De nuestro catálogo

OBRA NUEVA.—PUBLICACIÓN IMPORTANTE: Diecinueve ediciones en Alemania y numerosas traducciones en todos los idiomas

### **Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas,**

para estudiantes y médicos, por el **Dr. Adolfo Strümpell**, Profesor y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig; con numerosos grabados intercalados y láminas en negro y colores, traducido directamente de la última edición alemana por el **Dr. Pedro Farreras**.

Puede adquirirse por cuadernos a UNA peseta, o por tomos encuadernados a pagar a plazos, dirigiéndose a las principales librerías y centros de suscripción, o a la casa editorial **F. SEIX, San Agustín, 1 a 7, (Gracia) BARCELONA**.

Hemos recibido los cuadernos del 16 al 20 de dicha obra.





Obra nueva.—Mohr y Staehelin: **TRATADO DE MEDICINA INTERNA.**—Doce tomos en cuarto, 250 pesetas.

OPINIONES DE VARIOS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA : : : :

**Madrid.**—«Felicito a usted muy entusiásticamente por la feliz idea de verter a nuestro hermoso idioma obra tan excelente y apropiada al estado actual de la Patología, y más aún por la de vestirla o presentarla con igual lujo que a la edición alemana.

»Y hago extensiva la felicitación a los traductores que se han encargado de hacer dicha versión, pues son una garantía de que la traducción ha de ser fiel y elegante, porque para traducir bien, no sólo hace falta saber a conciencia las lenguas sobre que versa la traducción, sino la materia tratada, y ambas circunstancias concurren en los traductores, y muy especialmente en mi dignísimo compañero y amigo señor García del Real.

»Que no dejen ustedes de la mano obra tan importante, pues seguramente ha de servir mucho para hacer agradable el estudio de materia tan vasta e importante. *Dr. A. Simonena*».

**Valencia.**—«Envío a usted mi más sincera felicitación por su elección al traducir la obra más completa y mejor documentada que se ha publicado de Patología médica, y por la forma de llevarla a cabo, pues la traducción es perfectísima; la presentación, inmejorable, y no dudo que la clase médica española, que ansiaba conocer la literatura médica alemana, corresponderá como debe a los sacrificios de esa Casa editorial.—*Dr. Rodríguez Fornos*».

**Sevilla.**—«Les da expresivas gracias y les felicita por la impresión del *Tratado de Medicina interna*, de Mohr, obra meritísima y muy útil para la enseñanza.—*Dr. J. Lupiañez*».

Pídanse prospectos detallados, que remite gratis la CASA EDITORIAL CALLEJA, fundada en 1876, calle de Valencia, 28, Madrid.

\* \* \*

**Los pedidos acompañados de su importe los serviremos a nuestros suscriptores con el 10 por 100 de descuento de la cantidad total.**





## Nuestro Concurso

---

---

MURCIA MÉDICA abre un Concurso entre médicos para premiar un artículo elegido entre los que nos remitan, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.<sup>ª</sup> El tema es de libre elección.
  - 2.<sup>ª</sup> Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
  - 3.<sup>ª</sup> Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
  - 4.<sup>ª</sup> Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.
  - 5.<sup>ª</sup> El trabajo premiado como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.
  - 6.<sup>ª</sup> El premio es uno, consistente en una **Medalla de oro, 100 pesetas, 100 ejemplares** del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en Murcia Médica.
  - 7.<sup>ª</sup> El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Noviembre de 1917, debiendo dirigirse a esta Administración.
- Y última. El Jurado calificador se formará por tres Académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.
- 
- 

## Noticias

---

---

Ha sido nombrado Académico Corresponsal de la Real de Medicina de Madrid, el ilustrado médico de El Algar y diputado provincial, D. Antonio Rosique.

El trabajo presentado a dicha Corporación es un magnífico estudio acerca de la triquinosis.

Reciba nuestra enhorabuena.



Con brillantes notas de sobresaliente, ha terminado la carrera de Medicina el distinguido joven D. Eugenio Alcántara Sáura, hermano político de nuestro querido Director-Fundador D. Antonio Guillamón Conesa.

Al felicitar al nuevo médico le deseamos muchos y positivos triunfos en su carrera.

El Dr. D. Fidel Fernández Martínez, colaborador de MURCIA MÉDICA, acaba de obtener un nuevo triunfo en la Real Academia de Medicina de Granada. Por unanimidad, ha sido elegido socio de número de dicha Corporación, debido a la constante labor que está realizando en pró de la Ciencia.

Reciba el querido compañero nuestra enhorabuena.

---

## Correspondencia administrativa

### con nuestros suscriptores    ::    ::

*Habiendo empezado el cobro de la suscripción de esta revista, por el año actual, rogamos a todos los señores que no la hayan abonado, se sirvan enviar a esta Administración las **cinco pesetas** importe de dicha suscripción.*

\* \* \*

D. Marino Asensio, Madrid.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

D. Oscar Piñerúa, Madrid.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.

D. Ramón Oppelt, Málaga.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.

D. José Riquelme, Beniel.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.

Dr. Cilleruelo Zamora, Valladolid.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.

D. José María Tomás, Jumilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.

D. José Bañón, Monte Arruit.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.

D. Miguel Trigueros, Jumilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.

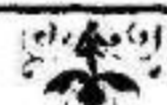
- Dr. Simancas Señán, Granada.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Fermín Muñoz Urra, Talavera de la Reina.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Diego Meseguer, La Palma.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- Dr. Serra Martínez, Barcelona.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Fernando Vallmitjana, Torredembarra.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Miguel Fernández, Granada.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Emilio Fuertes Arias, Madrid.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Pedro Caballero, Lumbreras.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Francisco Puerta, Bullas.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Pedro Legaz, Alcantarilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Antonio Rosique, El Algar.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Fermín Sánchez, Agost.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Arturo Cortés, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. José María Abenza, Albacete.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Manuel Rodríguez, La Unión.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.





# Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



Tubos y cristales de linfa-vacuna fresca y  
garantizada a 1'25 y 1'50 ptas.

Vacunas directas en dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales

DIRECTOR:

*D.<sup>F</sup> Martínez Ladrón de Guevara*

CALLE DE ZOCO

MURCIA

Análisis clínicos de orinas,  
esputos, sangre, jugo  
gástrico, heces, pus,  
exudados, líquido  
céfalo-raquídeo,  
etc., etc.



**Laboratorio Guillamón**



Reacciones  
de Wassermann,  
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

**MURCIA**