

MURCIA MÉDICA

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

AÑO III

MURCIA-ABRIL-1917

Núm. 25

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. PALAZON, *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.—DECREF, Madrid.—DEL RÍO, Zaragoza.—FERNANDEZ, Granada.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GARCÍA TRIVIÑO, Madrid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GÓMEZ, Murcia.—GONZALEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAEZ, 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: *El aspecto psicológico del demente precoz*, por el Dr. Rufo Sainz Iriondo.—PRENSA PROFESIONAL: *Cartas Médicas*, por el Dr. González Aguilar.—*Un caso curioso por lo raro*, por el Dr. Alberto Catalina Prieto.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Sociedad Española de Especialistas de Pecho*: Sesión del día 28 de Noviembre de 1916.—*Sociedad Oftalmológica de Madrid*: Sesión del día 18 de Enero de 1917.—*Sociedad Española de Higiene*: Tema del curso 1917, por F. Martí Dalmau.—SECCIÓN VARIA: *Fundación Santa Cándida. Tenemos para todos*.—*Nuestro Concurso*.—*Bibliografía*, por el Dr. S. Pascual.—*Conferencias organizadas por MURCIA MÉDICA*.—*De nuestro catálogo*.—MURCIA MÉDICA, órgano oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.—*De nuestro catálogo*.—*Publicaciones recibidas*.—*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



FARMACIA
CATALANA

DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

— Y —

Droguería

Viuda de Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

_____ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones

— — — — —

Plaza de San Bartolomé

MURCIA



NUESTROS
COLABORADORES

::: Dr. Rufo
Sainz Iriondo

Premiado en nues-
tro Concurso de 1919



TRABAJOS ORIGINALES

EL ASPECTO PSICOLÓGICO DEL DEMENTE PRECOZ

(CONTRIBUCIÓN AL PSICO-DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA PRECOZ)

POR EL

Dr. Rufo Sainz Irlondo

(Trabajo premiado en el Concurso de MURCIA MÉDICA, celebrado en el pasado año 1916)

Lema: SOBRE LA VERDAD DESNUDA, EL DIÁFANO MANTO DE LA FANTASÍA

EN la actualidad la demencia precoz no es más que un síndrome mental patológico dependiente de muy diversas causas. Definirle y precisarle, entre los restantes síndromes, posibilitando su distinción, aun en muchos de los casos en que se encuentra asociado a otros, constituye el objeto del presente artículo que hemos de desenvolver en terreno puramente psicológico.

Al ocuparse, hace unos años de la demencia precoz, decía Binet: «caos indefinido, pulpo de mil tentáculos, asunto terrible». Estas exclamaciones siguen siendo de actualidad porque frecuentemente asociado a otros síndromes que esfuman sus rasgos es empresa difícil discernir sus peculiaridades; a fin de facilitar esta tarea estudiaremos, ante todo, la tendencia precoz *simple* y después diremos algo de la *asociada* con otros síndromes.

La precoz es una demencia frecuente en tempranas edades y en toda edad de rápida aparición en el curso de las enfermedades en que se *manifiesta*. Cuando se presenta su síndrome aislado la denominamos *simple*; en cambio la denominamos «*confusional*» «*paranoide*» «*maniaco-depresiva*» etc. atendiendo al síndrome confusión, paranoia, manía-melancolía, etc. que pueda asociársele.

Habrá que distinguir por lo tanto entre sus rasgos psicológicos los que le son *comunes* con los restantes síndromes vesánicos (demenciales y no demenciales) y los que le son *peculiares* dentro de las demencias ya que la infinita mezcla de unos y otros es la que da lugar al indefinido número de *formas* clínicas.

Como ha visto muy bien Binet, en la psicopatogenia de las demencias el trastorno fundamental es la *inercia mental* o psíquica. El mecanismo mental de demente está herrumbroso y al funcionar, ciertas ruedas se *atascan* y otras se *disparan*. Las atascadas sólo muy lentamente y a costa de grandes esfuerzos, externos o internos, reanudan su marcha y por su parte las ruedas locas muy difícilmente son detenidas, dificultando e impidiendo, unas y otras, el funcionamiento psíquico. Para expresarnos este estado de cosas Revault D'Allones habla de *viscosidad mental*, pero nosotros preferimos la palabra *inercia* de más rico contenido porque ella nos dice que el demente es alguien que va siendo cada vez más incapaz de variar por sí voluntariamente el estado de reposo o movimiento de su actividad psíquica, porque ella nos recuerda que allí hay alguna resistencia material (inerte) que se opone cada vez más a la actividad personal y libre del demente y porque ella, en fin, nos indica que la lesión orgánica, el quebranto material del cerebro es amplio y hondo.

En efecto, en la demencia lo que el espíritu calificó de *inerte* refiriéndose en su negación a las fuerzas *espirituales* que creyó reconocer como propias y *exclusivas*, adquiere un predominio, sin ejemplo en ningún otro síndrome vesánico, tan inusitado que rebaja la personalidad del demente a la categoría de muñeco maquinal.

Si ahora añadimos que la *inercia* demencial es *general y progresiva*, como la enfermedad tipo en que se presenta (parálisis general), habremos expresado acertadamente el fenómeno primordial y la idea principio que, a nuestro juicio, debe regir el concepto «*demencia*».

No nos hemos de detener a detallar los signos que la precoz comparte con todas las demencias, solamente diremos lo preciso para *caracterizar psicológicamente* la demencia precoz.

La inercia demencial, general y progresiva, depende de la paulatina y gradual destrucción de las neuronas córtico-cerebrales y sus prolongaciones, de aquí que todas las demencias ofrezcan dos signos clásicos y patognomónicos que son:

1.º *Amnesia* general progresivamente invasora a partir de lo reciente y siguiendo en su marcha la *ley de regresión* de Ribot.

2.º *Descenso definitivo, total y progresivo del nivel intelectual* del paciente. Además de estos dos signos *básicos*, planteando problemas de dificultad creciente, se evidencian en los dementes los siguientes síntomas:

3.º Pérdidas o desfallecimientos en la *dirección del pensamiento* (Binet).

4.º Insuficiente *evolución* en la diferenciación necesaria a la *adaptación del pensamiento* (Binet).

5.º Empleo de *medios inadecuados y mal contractados por la crítica* en la resolución de los problemas (Binet).

6.º *Lentitud* extrema de todas las operaciones mentales y aumento de los tiempos de reacción *voluntaria* (de todo lo que exige dirección, evolución y crítica) a la vez que persiste rápido todo lo que no requiere esfuerzo voluntario por espontáneo, emocional, reflejo, provocado, fácil y automático (inercia).

7.º *Inafectividad* por falta de dirección en la actividad voluntaria y defecto de evolución en las ideas asociadas a la representación de las causas y consecuencias del hecho emocionante (inercia).

8.º *Incontinencia* de automatismos y reflejos y entre ellos los intelectuales (verbigeración) efectivos y emocionales (sensiblería). *Incontinencia mental*, ésta, *viscosa y lenta* que motiva la inestabilidad y estereotipia de las actividades involuntarias (inercia).

9.º *Extremada sugestionabilidad*, en los enfermos dóciles y en los actos fáciles y agradables, y *antagonismo mental*, en los rehacios y rebeldes aun para las actividades que se conservan al alcance de su nivel intelectual rebajado. Estas actividades son las que estereotipadas dan lugar a lo que Revault D'allones denomina *vértigos del trabajo y del entretenimiento infimos* (inercia).

10. *Embotamiento de la sensibilidad* a causa del automatismo emocional viscoso que, concentrando en sí y desviando del mundo exterior la *atención* del enfermo, motiva las deformaciones ilusionantes del exterior y la prevalencia interna de imágenes casi alucinantes, por lo vivas y aisladas. De este modo, los dementes, están en automática relación dinámica con lo externo y en pasiva expectación frente a sí mismos (inercia).

11. Todo lo antedicho transcende a su *mímica, falseada* por estereotipias de automatismos fáciles o interesantes, residuos motores de pasadas incontinencias emocionales o sensiblerías; por mezclas de residuos motores del pasado con escapes emocionales espontáneos, actos reflejos y gestos voluntarios inadecuados al fin propuesto; por neologismos e incongruencias consecutivas a la persistencia, dada su mayor viscosidad relativa, de los primeros y últimos términos de una serie mental, y asociación directa de ellos; y en fin, por ecopraxias dependientes de la hiperreflectividad y de la exageración de esa ecolalia que ya se manifiesta en la repetición que

los normales, interrogados acerca de cuestiones superiores a su alcance, hacen de las preguntas.

Todos estos síntomas que ya se esbozan en los síndromes no demenciales de un modo parcial y oscilante no sirven para caracterizar las *demencias*. Cual nos hizo saber Letamendi, son como las letras de siempre que sólo por su colocación y recíproca acentuación forman las sílabas y palabras *diferentes* o como dice Binet lo *diferencial* en los síndromes vesánicos está en la *actitud* del psicópata frente a los síntomas. Veamos por tanto cual sea la actitud demencial.

El hombre normal, cuando en su vida intelectual encuentra un obstáculo insuperable y en el que ha visto son mayores los inconvenientes que las ventajas en los intentos de superación, se *despreocupa* de él. Así, por ejemplo, hemos convenido por espíritu científico distraernos de todas las cuestiones *metafísicas* no porque no nos interesen en grado sumo sino, sencillamente, porque abordarlas es torturarse en vano sin resultado positivo alguno. Esta *actitud* normal, ante lo fatalmente inexplicable, es la que nos hace comprender la del demente.

El demente recuerda *al niño, al viejo y al imbécil*. Su actitud es la de un hombre que atontado por largas horas de preocupación sobre un problema mental cuya resolución no alcanza cayese en la tonta, pueril y absurda diversión de revolver las pigres consecuencias a que ha llegado.

Un demente se parece al payaso que *voluntariamente y por oficio* hace el tonto. La técnica del payaso sabemos que consiste, en último análisis, en reformar exageradamente la expresión de las emociones de causa fútil y en afectar indiferencia por las de fundamento evidente, todo ello de un modo parsimonioso y pasajero; en invertir los términos de un problema; en destriparlo dejando en inmediata relación una sola premisa con la conclusión; y en fin, en dejar, como por descuido, en la resolución, de un modo llamativo, un elemento incongruente y discordante. Así cuando debe llorar, berrea; usa pantalones de siete metros de largo; carga con su borrico a cuestas; saca con una espita a golpes de mazo, el vino que le bebió su compañero y por fin muere con una extremidad en rígida flexión. De un modo muy parecido, en la conducta del demente, la inadecuación cuantitativa y cualitativa de las reacciones con las impresiones y de los medios que usa con los fines que se propone, es lo que en la clínica nos hace pronunciar la palabra demencia. Si a esta inadecuación lenta de sus sucesivas actitudes intelectuales, se añade la movilidad automática de sus actitudes emocionales, y la *expresión disociada* e incongruente de sus gestos, que se siguen al azar de las impresiones internas y externas, en una mímica incoherente, disociada, saltarina y grotesca esto nos afirmará en nuestro diagnóstico a la par que nos hará caer en la cuenta que lo peculiar de la actitud del demente es la variabilidad absurda de sus actitudes borrosas. En esta serie de actitu-

des siempre que el paciente no se da clara cuenta de sus sucesivos estados de ánimo y que en cada uno de ellos, por mucho que persistan o los mantengan no llega a comprender bien del todo, ni a sentir bien en un todo, el alcance de las cuestiones que se le ofrecen o lo siente y comprende con tal retraso y tan efímeramente en su totalidad, que no sabe lo que debe buscar ni lo que debe rehuir, llorando, acaso, en un momento jocoso la antecedente situación triste, para más tarde reír, quizá, su estado actual en una circunstancia indiferente.

En esta serie de actitudes, la mengua creciente de su poder personal va ampliando el reino de las actividades reflejas y automáticas y el dominio de las personas y cosas que le rodean, las cuales acabarían por suplantar su mermada personalidad si no fuese porque el maniquí se ve—también—cada vez más agitado por el despliegue invasor de un número cada vez mayor de mecanismos emocionales incontenidos que en los variados juegos de su movilidad creciente llegan a producir lo que Bleuler, denomina *ambivalencia y autismo* o en términos vulgares que el enfermo, cada vez más divertido en sí (ensimismado) y a la par, cada vez más distraído de sí (desinteresado de sí), abstraído del exterior nada de lo de su interior le afecta personalmente. Ensimismado ante los juegos malabares de su inerte afectividad que trasmuta los valores, acaso por lo agradable que pueda ser esta *facilidad mecánica en la tortura psíquica*, cae en la *ambigüedad afectiva*. Pero mientras estos desencadenamientos no sean incompatibles con la hetero-sugestión, esta, se impone cada vez más dando lugar, en los grados extremados de amnesia o en los de acentuada dificultad en la evocación de los recuerdos, a la *ecomimia*, a la reproducción más pasiva y muscular de la actividad ambiente.

En su actitud mental disgregada la inercia estática y dinámica de lo voluntario y la movilidad mental de lo reflejo aunque aparentemente antitéticas son en realidad dos aspectos de la misma inercia de sus actitudes que recíprocamente se refuerzan llegando a cerrar un verdadero círculo patológico porque cuanto más desciende el nivel mental y con él el poder inhibitorio, tanto más aumenta la incontinencia mental: la inercia del espíritu que se mantiene en reposo o en la comodidad de una agradable estereotipia. Así puede crecer la inercia dinámica cerebral hasta llegar a ser incesante y generalizada para después, acaso irse aquietando en un definitivo reposo. Según que esta incontinencia sobrevenga en estados de excitación o de depresión del organismo y de sus concomitantes emociones, el número de ideas, sentimientos y actos *incontenidos* podrá ser mayor (*fugas* de R. D'Allones) o menor (*escapes* de R. D'Allones). Y como los escapes y fugas, dado el sentimiento de facilidad que implican, tienden a repetirse, a poco que ayuden las circunstancias externas o internas (un sencillo mandato por ejemplo), las ecomimias del presente más agradables e interesantes llegan a estereotiparse y la expresión más habitual o más seria y digna

de atención de sus estados pasados a mantenerse por tiempo indefinido. No hay que decir que las *preocupaciones* del demente, siendo por su inercia obsesiones, acaban casi todas por transformarse en estereotipias.

Estas actitudes, de *despreocupación* u *obsesión mecanizadas*, en los momentos de depresión o indiferencia, cuando los escapes son más numerosos que las fugas, la lentitud y penuria de las actividades psíquicas dan a los dementes un aspecto de simuladores tranquilos en una voluntaria apatía. Esta apatía, que no es más que indiferencia hacia lo que les excede, hizo creer en una *atimia* que llegó a darse como peculiar de la demencia precoz por exceder a todo lo que los niños y deficientes pueden manifestar por falta de inteligencia, sin pensar que estos, en su incipiente y pobreza mental, tienen una memoria global confusa pero bien tramada y no tan fácilmente desviable de su natural cauce por ideas asociadas. En efecto, si a uno de mis hijos, que tiene diez y ocho meses, le digo jovialmente que le voy a pinchar en un ojo, después de mirarme un rato y a pesar de verme risueño, cierra los párpados y se aleja de mí porque de toda la compleja situación mental en que le coloca mi broma se atiene a lo que su instinto le indica como más importante para su sensibilidad y toma la actitud más prudente y sabia ante un hecho que no alcanza a comprender por lo insólito: debido a esto, se aleja de mí por si acaso cumplierse mis amenazas.

A un demente le enseñamos la punta de una navaja y la reconoce bien. Le decimos que le vamos a vaclar un ojo y entonces interpreta y juzga que aquello, así porque sí, no puede pasar de ser una broma y que lo que pretendemos es asustarle. Le mandamos abrir los ojos y los abre de par en par «sabe y sigue sabiendo que aquello es una broma». Adelantamos la punta del cuchillo hacia la córnea con cuidado y debemos ser cautos porque no sólo mantiene los ojos abiertos sino que puede ocurrírsele avanzar la cara tratando de clavarse el ojo en la navaja, atascado en la idea de broma y al pensar que no tratamos más que de asustarle, olvidando el real peligro que corre, nos da una prueba demencial de su valentía.

Por estos y otros considerandos llegábamos nosotros a la conclusión (modificación de la de Binet) de que la *demencia* es un estado de viscosidad o *inercia* mental, general y progresiva, por el cual, el sujeto, con la suficiente capacidad o nivel mental para resolver un problema o hacerse cargo de una situación (externa o interna) permanece ante ellos tan torpemente adaptado como si fuese mentalmente *inferior a sí mismo*, a la vez que cautivado por el automatismo general y progresivo de su afectividad y la estereotipación creciente y generalizada de sus voliciones cae en la ambigüedad afectiva de un espíritu absorto en sí (autismo) o mejor dicho en el autoespectáculo del desmoronamiento lento de su personalidad. Dentro de este marco demencial hemos de señalar ahora lo distintivo de la demencia precoz sin discu-

tir el concepto de Kraepelin; ni hablar de las teorías metapsiquiátricas que acarrió la escuela de Freud; disponemos de poco espacio y todavía nos queda algo que decir para esbozar la fisonomía psicoclínica del demente precoz.

Más bien que de precoz calificaríamos nosotros esta demencia de *juvenil* no tanto por darse con frecuencia en gente joven, cuanto por las muchas pruebas de vitalidad, verdaderamente juvenil, que expresa y denota el espíritu de los que la padecen. El *precoz* es, entre los dementes, el superhombre. A él es a quien, a igualdad de estado, le pulula más el pensamiento. Él es, entre los que padecen demencia, el más capaz de sentimientos intelectuales variados y él quien mejor y con más decidido propósito conserva y fija en su memoria los recuerdos, como si en los dementes precoces memoria, entendimiento y voluntad tuvieran más vida y sus espíritus agonizasen *convulsivamente* y no paráliticamente, como los de los dementes seniles y paralíticos generales.

Acaso precisamente por esta actividad espiritual juvenil parezcan a primera vista más dementes que los *no precoces* por ser más expresa la manifestación de su deficiencia y más llamativos y tenaces sus absurdos.

El precoz conserva más *reliquias* de su pasada grandeza espiritual que los restantes dementes. Su inercia es más dinámica, su poder adquisitivo actual más acentuado y más amplia, honda y rica toda su vida psíquica. Esto contribuye a que el aspecto de *simuladores*, de todos los dementes en general, sea más manifiesto en los precoces de tal modo que, cuando en el patio de un manicomio se medita entre ellos en su trágico mal, llegamos a experimentar repentinos arrebatos de sacudirles con fuerza convencidos, en aquel momento de vértigo emocional, que sólo esa sacudida bastaría para encajar la rueda dislocada que impide la labor útil de aquella máquina que se siente trepidar a impulsos de fuerzas mentales todavía poderosas y que hacen incomprensible su lastimoso estado. Sí. La impresión que dan los dementes precoces es de que son *curables* de que en ellos lo extracerebral interviene por mucho.

Para caracterizar su actitud hemos creído conveniente hacer la presentación gráfica de algunos dementes precoces seguida de una sucinta exposición de la posible génesis de sus actitudes.

Silueta número 1.—Aquí tenemos a Luis, está de observación en un hospital militar, sospecho de simulador porque según ha manifestado a uno de los médicos de guardia, se le ha ocurrido simular una locura para eximirse del servicio. Su lenguaje, vida y entretenimientos son los de un niño. Evoca tan difícilmente los nombres de los objetos que cuando se le pregunta el de alguno mostrándoselo, en vez de responder, replica «¡decir decir!» para que haciendo nosotros oficio de diccionario parlante, pueda él manifestar con enérgicas afirmaciones realizadas con todo su cuerpo cuál

es el que corresponde el objeto mostrado, como en efecto lo hace sin equivocarse cuando pronunciamos el debido, exclamando alegre «¡eso! ¡eso!».

Consume sus ocios en el calabozo jugando con estampitas que meticulosamente ordena encima de su mesilla de noche. Cuando le amenazo el ojo con la punta de una navaja, no pestañea, en cambio un día en que de un manotazo le derribo las estampas que tiene en formación, entra en tal furor momentáneo que tengo que ponerme rápidamente a salvo para no ser agredido.

Otro de sus grandes entretenimientos ha sido el dibujo. Ha llenado las paredes de su celda con seiscientas diez figuras idénticas que representan un perfil de rostro humano con el ojo de frente. El tamaño de estas figuras es de nueve centímetros de lado en cuadro, y como general en jefe de todas ellas, ha trazado una ampliación de 35 centímetros por 20.

Hay en este enfermo, por lo tanto, inadecuación de su afectividad, manifiesto descenso de nivel mental y toda su actitud y estado se explica por la ley del menor esfuerzo. Ha adoptado una actitud de *comodidad* como lo prueba bien su modo de evocar las palabras de su repuesta; *pueril* como lo manifiestan sus juegos. Actitud pueril y cómoda a la que sin duda alguna coadyuva la viscosidad de la idea sugerida por la conciencia inicial de su estado, ya que es natural que hallándose en el servicio militar se le ocurre a fin de rehuirle aprovechar algo que puede eximirle, es decir, su propia enfermedad.

Por todo esto creemos que este enfermo vivía en la estereotipia de un pasado *interesante* (hacerse el tonto para que lo declaren inútil) de oscura finalidad, mezclada con la *ecomimia* del presente (cuando se le habla imita nuestros gestos y cuando ve el perfil que ha trazado en la pared, en un rato de ocio, lo copia y copiando, copiando, llega a trazar en diversos días seiscientas diez figuras idénticas).

Silueta número 2.—Veamos a Cordoncillo que está en el patio de un manicomio Provincial. Inmóvil y militarmente cuadrado en un rincón tiene la microcéfala cabeza abatida y una grave expresión de mansedumbre y placidez en el rostro.

Le preguntamos qué hace y nos dice dócilmente, en voz baja y humilde: «Estoy de centinela como estoy siempre». Al separarnos de él para explorar a otros enfermos, le hacemos girar una mano alrededor de otra, como si devanase y obedece hasta el punto de estarse en esta faena las cuatro horas que permanecemos en el patio, excepto un momento en que nos pide humildemente permiso para sonarse los mocos.

Este individuo siendo sargento un día que estaba de guardia en el cuartel, se le suicidó un centinela. Esto debió conmoverle profundamente. A los pocos meses uno de sus primeros actos vesánicos fué arrojarle por un balcón del mismo cuartel debiendo la vida a un toldo.

Estos dos suicidios no se le van de la cabeza, en 1912 piensa en ellos y en 1915 nos hace por señas (no habla por negativismo) su relato. Nos explicamos su estado mental por estereotipia de la expresión de su pasado emocional del que acaso ya no quede más que la imagen y su ecomimia. Respecto al mundo externo, por ley del menor esfuerzo psicológico, hace abstracción del exterior, no hace caso de nada, a todo asiente y a todo obedece, si no le es excesivamente molesto. Si se le pregunta porque no habla, se toca el pulso o la cabeza como si nos indicase que está débil. Semiconsciente de su locura se pasa la vida «haciendo el centinela» olvidado indudablemente, en muchos momentos, porque se pone en esa actitud.

Silueta número 3.—Aquí tenemos a Juan, teniente de artillería que lleva más de veinticinco años en este manicomio, gesticulando y hablando consigo mismo. La pública manifestación inicial de su vesania fué una desertión. Abandonó un fortín y se lo encontraron en pleno campo, sin caballo, al sol, sin gorra, trazando rayas en el suelo y hablando solo. Después de dos años de no vernos nos reconoce y como en otras épocas se nos aproxima sin dejar de gesticular y musitar; con breve y rápido ademán de liarlo y mirando al que tenemos en los labios, nos pide un cigarrillo. Una vez liado con él puesto en la boca y sin cejar en su continua brega, adelanta su rostro pidiéndonos lumbré. Enciende y se aleja metido en su accionado monólogo sin fin. Más de una vez nos hemos acercado a él para escuchar atentamente lo que se dice a sí mismo. Hemos podido darnos cuenta de que rememora y mima escenas del pasado; habla delante de su general y se disculpa; hace referencia a su enfermedad y a sus causas, mencionando lo difícil de los estudios en la Academia militar. Durante esta escucha hemos pronunciado palabras fuertes a su oído y no hemos conseguido sacarle de su autismo pero hemos colmado los canjilones de su eterna noria interior y le hemos visto mezclar, repitiéndola, nuestra palabra con las que expresan sus asuntos. Y es que, como hemos podido comprobar infinidad de veces, sus estereotipias se barajan con la ecolalia de las palabras que impresionan sus tímpanos y con la ecomimia de los gestos que caen en su campo visual. Estereotipia verbo-motora del pasado en interferencia con la ecomimia del presente, tal nos ha parecido ser la situación mental de este demente.

Silueta número 4.—Aquí tenemos a Eugenio que con coquetones y afeminados amaneramientos al respondernos sin despegar sus codos de los costados traga saliva y entorna púdicamente los ojos. Siendo operario del Arsenal embarcó como mecánico y a la vuelta de uno de sus viajes se encontró con que su novia, después de cuatro años de relaciones con él se había casado con otro. Es negativista; ya en los comienzos de su enfermedad daba largos paseos y los conductores del tranvía tenían que parar para sacarle de entre la vía porque él no obedecía a ninguna señal. En su lenguaje, bastante incoherente, se muestra muy aficionado a los neologismos

formados por reunión de trozos de distintas palabras y repetición de sílabas dentro de la palabra adecuada.

Antes de su enfermedad nunca fué afeminado. En cambio ahora su aspecto es el de un acabado marica. Respecto a lo externo adopta una desinteresada actitud entre despectiva, displicente e irónica. Este amaneramiento se explica perfectamente si lo estimamos como una *ecomimia* estereotipada de la imagen de la infiel.

Estos cuatro enfermos y otros muchos que pudiéramos citar tienen tres rasgos comunes: la indiferencia que muestran ante los suyos, la aparente despreocupación por su estado y las pruebas que dan de una inteligencia muy superior a la que su lenguaje y su habitual aspecto permiten suponer. La indiferencia respecto de los suyos depende de que hay otras cosas más propias e íntimas que les interesan más. Esos cuatro enfermos parece que se han dicho: «¡Ahora me voy a preocupar yo de mi familia! ¡bastante tengo yo con lo mío!».

Respecto de sí propios ni hay desinterés alguno, ni es posible que lo haya. Es verdad que aun de lo propio eluden, en lo que pueden, lo desagradable y tratan de escoger lo agradable, colocándose para ello en un plano de actividades inferiores al de sus reales fuerzas mentales y también es exacto que cuando lo desagradable se les impone procuran disminuir su obsesionante incoherencia con gestos forzados de expresión pero cuando pueden zafarse del tormento interior como se despreocupan de lo ajeno, que es precisamente cuando más atímicos parecen, entonces, en las actividades voluntariamente mantenidas no manifiestan ninguna indiferencia; así Luis se enfurece cuando le tiro sus juguetes; Cordoncillo se impone la penitencia de no hablar para no sentir la molestia del barullo interno y no oírse sandeces; Juan retira la cabeza y cierra los párpados cuando trato de pincharle la córnea sin interrumpir su indefinido monólogo y Eugenio, en una curiosísima emulación *ecomímica*, durante mis interrogatorios, trata, a su modo, de mostrarse superior, demostrando de ese modo los cuatro que sus aparentes despreocupaciones hacia su persona son defensas instintivas y que tienen más corazón y cabeza de lo que suponíamos.

Esta vivacidad mental relativa y este exceso de ingenio, dada su demencia, se manifiesta en mil incidentes de mil diversas formas. Luis lo denota cuando nos explica cómo va a vengarse del vigilante que lo ha herido en la mano con la bayoneta a través de la ventanilla del calabozo. Cordoncillo haciendo espirituales frases absurdas, diciéndonos, por ejemplo, que entró en quintas el año 1896 del siglo *posterior* o en sus comentarios respecto al centinela suicida: «Estaba de reemplazo, dice, le llamaban Reyes y era Reyes. Yo les digo «*Reyes*» a la ánimas romanas porque, éstas, son *difuntos* Reyes Católicos cuando me ocupo de ellos. Y hubiera preferido tirarme el tiro a que se lo hubiera tirado él. Tirándome de un sitio tan alto se perdió el poder de la familia». Discurso que es un sencillo simbolismo ingenioso de la ex-

presión verbal de sus preocupaciones. En Juan se muestra en su tenaz memoria y en Eugenio en respuestas del siguiente giro: le ordeno que cuente de veinte a cero y responde «ninguno» (valor del cero) «las corridas de toros» (la serie de todos los números). Yo no puedo decirle a usted (omitido «al revés»). Porque cada uno puede hacer lo que le dé la gana (porque no quiero). Del mismo modo que con perfrasis Cordoncillo nos decía que el Reyes que se suicidó era para él difunto como los Reyes Católicos y por eso le reza cuando reza a las ánimas del purgatorio porque lo sintió mucho como lo prueba el que él también se tiró, si no un tiro, desde un balcón que le hizo perder sus cualidades congénitas porque estaba muy alta.

Por estas y otras muchas observaciones análogas creemos que si la actitud del demente precoz, como la de todos los dementes, es una exageración de la universal tendencia humana al trabajo mental mínimo posible o ley del menor esfuerzo psicológico, ley que como ha visto muy bien Ribot es hija de la *apatía* manifiesta en viejos y perezosos cuyo ideal es el reposo y cuyas causas y motivos son la falta de interés, el hábito y la fatiga y cuya razón profunda es la aversión hacia el trabajo, el dolor y la pena, decimos que si lo fundamental de la actitud del demente precoz es esta *apatía extremada* (inercia demencial) lo peculiar en él es que, dentro de ella, semivoluntaria, semiinstintivamente deja reducida su vida mental al conflicto pasivo de la estereotipia verbo-motora expresiva de su pasado con la ecomimia psico-refleja de su percepción del presente, interferencia de estereotipias y ecomimias valorada por el relativamente rico pulular de las ideas y afectos que se mantienen vivos en su espíritu. Afectividad espontánea, automáticamente desencadenada y motricidad automática, mecánicamente realizada son los dos grandes factores que subrayan lo peculiar de la actitud del demente precoz, pueril, desinteresada y despectiva, respecto del no yo y despreocupada de sí mismo en todo lo posible excepto en aquellos casos en que por imposición del desconcierto interno el enfermo trata de regularizarlo y atenuarlo kinestésicamente manteniendo una actitud ecomímica del pasado o repitiendo estereotipias del presente, lo que a la par que efecto de la afección es voluntariamente utilizado como puntal del edificio interior cuyo derrumbamiento cautiva su atención.

Interferencia inerte de los residuos motores de las estereotipias del pasado con las cambiantes ecomimias psico-reflejas del presente, dentro de una impensada riqueza mental relativa es por lo tanto característico de la demencia precoz.

Pasando ahora al estudio de la demencia precoz *asociada* veamos como se suman en ella a los rasgos de la demencia precoz los de los restantes síndromes ve-sánicos.

Silueta número 5.—Aquí tenemos a Julio que siendo natural de Alcalá de los Gazules habla con un pronunciado dejo catalán. Prescindamos de los arreglos que

ha hecho de su indumentaria en el vértigo del entretenimiento ínfimo. Casi siempre está aislado y hay que acercarse a él porque aunque se le llame no sale de su sitio y una vez junto a él sólo difícil y fugazmente conseguimos sacarle de sí y ponerle en relación con nosotros. Sin embargo, en medio de su aparente aislamiento absoluto, tiene vida de relación ya que un día, sin duda le movió la emulación (ecomimia) al vernos plantear incesantemente pequeños problemas a todos sus compañeros, se nos acerca muy solemne y como sin salir de sí nos dice muy serio: «Tú te cortas los dos huevos y yo uno» y sin añadir más se aleja sin que consigamos que nos dé explicación alguna de esta inopinada proposición.

Acercándonos a él, cuando está ensimismado, hemos podido recoger sus monólogos de los que daremos la siguiente muestra: (hablando con un ser imaginario): «Vete a Alcalá!... Rayos X... Maricona!... Jodía!... Anda!... Vete!... Vete de aquí, niña! ¡Vete de aquí a los rayos verdes y verás tu borrico volar! Sinvergüenza!... Jofa!... Putilla!... Canalla! ¡Sinvergonzona, ladrona y gallina! ¡Vá! ¡En gallina la lleva y jilguero! Jilguero la lleva. Ese cuerpo que está allí (el de un recluso próximo que está sesteando) ¡La maricona judía! La madre y ella pasan allí el rato. Ana María porque vino aquí a Cádiz hizo ese niño. El cuerpo ese que está allí. Y el negro ese, se hizo en París (por otro recluso) muy bien hecho en los rayos. Sí. Doña Ramona porque son muchos cuerpos (todos los que sestean que pasan de un centenar)». Este y otros muchos monólogos no dejan lugar a duda de que en el fuero interno de Julio hay un embrollado barajeo de ilusiones con alucinaciones. Se comporta como el que está dormido. Indudablemente tiene un delirio onírico y vive en un oscuro estado semivigil. Especie de sonámbulo que vive en una relación mínima y deformada con el mundo exterior en la que los símbolos oníricos, si bien le permiten sortear los obstáculos no se los dejan comprender clara y exactamente. En una constante inquietud, dentro de su asiento, siempre está desmigajando algo entre sus dedos, generalmente, arrancándose tiras de su ropa interior y retorciéndolas después. Este automático vértigo de ínfimo entretenimiento adquiere, a veces, todo el aspecto de un trabajo de sastre o de confeccionadora de ropa blanca (perfora con los dedos los bordes de la abertura de su camisa y después los traba con una tira a guisa de pasador; deforma de mil maneras grotescas su sombrero) acaso sea un residuo motor confuso de la ecomimia de Ana María entregada a sus labores estereotipada. No lo sabemos pero podemos asegurar que su barullo mental es el propio de la confusión que con sus ilusiones oníricas y sus alucinaciones hipnagógicas enmaraña el nada escaso enredo demencial de estereotipias del pasado con ecomimias del presente. Su gran incoherencia, su desorientación casi absoluta en el espacio y en el tiempo, que le impide saber donde está y darse clara cuenta de lo que hace, no dejan lugar a duda de que este demente precoz, por achaques de la autointoxicación que motiva

su enfermedad, padece confusión mental con cierto grado de excitación. Este y los casos análogos nos hacen comprender que en Munich, Kraepelin califique de dementes precoces a los mismos enfermos que Regis en Burdeos calificaría de confusos mentales crónicos puesto que en ellos se dan ambos síndromes *asociados* en una «demencia precoz confusional». Pasemos a otra asociación.

Siluetta número 6.—Aquí tenemos a Borrada, petulante y simpático muchacho que se mantiene muy erguido delante de nosotros sacando el pecho entre los pulgares enganchados en los escotes axilares del chaleco. Nos mira fijamente y agresivo. Tiene toda la planta de un matoncete y hasta hemos podido presenciar los resultados de algunas de sus pequeñas hazañas puesto que hemos visto a un imbécil agitado y a un psicasténico con señales contundentes de la actitud del enfermo que tratamos de individualizar. Mas, a pesar de todo, podemos permanecer tranquilos frente a su amanerado ademán porque este gesto agresivo con que nos encara, así como las repetidas espuiciones despectivas lateralizadas que pudieran estimarse como signos de un próximo ataque posible no guardan relación con nuestra presencia y no son otra cosa que los sedimentos de las estereotipias de su «sistema delirante» que no comprendiéndonos entre sus enemigos hace que nos vaya respondiendo afectuoso y aun excediéndose ha de sacar del caos de sí mismo sonrisas que nos ofrenda en prueba de simpatía. Claro está que dentro de un momento, en una inopinada fuga, va a vociferar, a manotear y a golpear con sus puños de un modo alarmante por y encima de la mesa donde escribimos, pero no lo dudéis, todo su arrebató acaba en un paseito a grandes zancadas a todo lo largo del patio y braceando de alto a bajo ha de terminar a su vuelta en la modesta petición, en humilde tono, de «un piti-llo». Por otra parte es servicial y activo cuando se trata de barrer, fregar, acarrear escombros o de algo que haga referencia a limpieza del Manicomio en cuyos casos con una profunda arruga en el entrecejo se quita la chaqueta y limpia, acarrea materiales, friega o barre con tal ardor que no nos será difícil reconocer en su actividad el vértigo del trabajo ínfimo.

Le hemos interrogado muchas veces y también él, a su vez, en una imitativa emulación nos ha planteado la solución de acertijos que sabía y no siempre ni fácilmente recordaba como se acertaban. Todo esto nos ha hecho grandes amigos y en públicas confidencias y casi siempre vociferando nos ha expuesto a grandes trazos, que después hemos reunido ordenadamente como quien arregla un rompe-cabezas, su *sistema delirante* que versa acerca de su propia enfermedad pero con un altruismo mayor que el del perseguido ambicioso y sin ninguna pretensión religiosa de las que padece el místico. Lejos de vivir convencido y, como aquellos dos orgullosos, seguro de hallarse en lo cierto, al contrario, consciente en parte, de su estado, más de una vez, al vernos apuntar sus peroratas, pasando el pulpejo de su índice por las

líneas escritas, como quien borra, exclama: «Pero, en fin, vamos a ver, carajo! ¿Por qué anota V. todas esas tonteras? Yo no estoy loco! ¡Carajo! (escupe) ¡No vayamos a confundir unas cosas con otras!»

He aquí sus tonteras: Tiene hace tiempo estropeadas sus vértebras lumbares. El, yo y otros muchos de los que hay en el patio hace tiempo que estamos como no debemos de estar. En su afección vertebral lo de menos son los dolores, lo peor son las consecuencias. Le faltan vértebras y además él no está *completo*. En el Manicomio todos los locos están sometidos a fuerzas maléficas diversas que escapándose por la boca de los perjudicados, cuando hablan, se contagian a los circunstantes. Además estas fuerzas continuas, que junto con las *descargas* vienen por el cable de la luz eléctrica, exprimen, quitan los jugos, ensucian y estropean a los que alcanzan. Este mal con la permanencia en el Manicomio se agrava por contagio recíproco. Borrada, para librarse de estas fuerzas y contagios, hachea el aire con el borde cubital de la mano (corta la corriente, interrumpe la comunicación) y escupe cada dos minutos para eliminar las que ya le han ensuciado, eso sin contar que en todas las faenas de limpieza es el primero y más incansable operario. Todas estas fuerzas ensucadoras le han inutilizado. Ya no habla con la facilidad que antes por efecto de las suciedades y descargas. Si él fuese Director iría todo muy recto y no estaríamos él, otros y yo mismo como estamos, es decir, averiados.

Este delirio entrecortado por el juego automático de estereotipias y ecos, creadores—a su vez—de nuevas estereotipias, ofensivas y defensivas, tiene de particular que teniendo su dato experimental en la propia demencia, parece, a veces, un delirio hipocondríaco. Aquí el orgullo está muy lejos, lo aparta la consciencia de la propia deficiencia mental. Las consecuencias directas del déficit mental no se prestan a servir de cimiento a esa soberbia armadura edificante de los delirantes puros. Indiscutiblemente, Borrada, es un demente precoz *paranoide* pero hay sin duda, en él algo subjetivo, expresión de la consciencia de su mal, que le impide ser ambicioso y que hace que su paranoia tenga visos psicasténicos y aun hipocondríacos, más marcados aún en el siguiente enfermo:

Siluetta número 7.—Es Maximino, buena persona, más simpática aun al sentir algo de la trágica desgracia que le aflige. Es un demente precoz *paranoide*, incoherente y turbiamente consciente de su mal con reacciones emocionales y verbales tan adecuadas en algunos de sus momentos de autoconsciencia que es doloroso oírle.

Viene espontáneamente a nosotros, obturándose con el pulpejo del índice izquierdo, aplicado contra el trago, el conducto auditivo externo de ese lado y nos dice: «Yo no estoy tonto, ni loco, ni nada (corta explosión de risa motivada por una ilusión verbo-auditiva jocosa) Y me quiero ir a mi casa porque estoy perdiendo el tiempo en tonto. (en tono de pueril súplica) ¡Vamos a ver! ¿Qué daño les hago a

ustedes con estar en mi casa? (pasando bruscamente al tono humilde y resignado)
¿Tiene usted un cigarro?

Como Borrada, al vernos anotar lo que ha dicho pasa el pulpejo por nuestras cuartillas exclamando: «¡No escriba más tonterías!» Inmediatamente se pone a charlar con sus alucinaciones: «Puedo coger el canario. ¡Ahí está toda la cabeza partida en muchos aparatos. Sí. La puede recoger la Justicia. Del éter y del vacío (risa explosiva)».

Le hacemos que nos explique aquel monólogo y responde: «Nada. Es que lo estoy oyendo por aquí (oído obturado)».

Y en verdad que no hay que dejarse engañar por el aspecto incongruente de esta peroración porque ella es la expresión de sus meditaciones, sus alucinaciones, que son una parte de sí mismo, le hablan del éter y del vacío y de que con éter se hace el pan y el agua y como esta idea le parece un disparate se ríe de la ocurrencia de sus alucinaciones. Si ahora le medimos su nivel mental, veremos que no está grandemente rebajado, pero lo que más nos llamará la atención, durante el examen, es que a cada momento tratará de alejarse. ¿Por negativismo acaso? No, se marcha «porque él se va a buscar su cabeza» y como acaba por llegar a molestarle que le examinemos de gramática como a los niños, para darnos pruebas de que hace mucho tiempo que ha pasado de las primeras letras, nos va a explicar su estado haciendo uso de los términos del arte de hablar: «mire usted, mi cabeza está en todos los casos. Acusativo, genitivo, nominativo. Y oigo hablar de un modo imperativo y fuera de orden pero el sustantivo de mi ser me falta. He pasado de participio pasivo y he llegado a acusativo».

Si no fuera profundamente triste, sería gracioso este lenguaje. Este enfermo se da cuenta de su estado y de que su cabeza es una jaula, una canariera y por eso nos habla figuradamente de canarios y jilgueros.

Además nos dice que una voz le habla a ráfagas por el oído *impropio* (izquierdo) y que el dueño de esa voz gruesa es quien debe haberle quitado la cabeza. Aunque en realidad no es precisamente esto. «No. Es que yo no me gusto porque no debo de estar como ustedes, ni en su esfera». «Si a esta chaqueta se le quitan los botones, sigue siendo la misma chaqueta pero le falta algo. Y yo, no soy yo. ¿Es que no me conozco yo? Yo me conozco. Pues bien, yo digo que yo no soy yo. Porque esta voz (la imita cavernosamente) que dice «*calla tú, habla tú*» no es mía, ni lo ha sido nunca. No es que yo quiera ser como usted, ni ser otro, sino que quiero ser yo. Yo sé que soy sustantivo y yo sé que sustantivo es el verbo ser. ¿Es que no soy de correos!? (exacto) ¿Es que yo no he tenido que saber Geografía Postal!? (en tono angustioso) ¡Yo tengo que salir de aquí! ¡Que me devuelvan mi cabeza! ¡Tengo hijos!».

Es suficiente este esbozo para mostrar cómo Maximino interpreta su enfermedad todo lo sistemáticamente que puede y cómo, entre estereotipias y ecomimias, tiene frases de tristeza, crisis de agitación y verdaderas desesperaciones en las que lentamente, seguidamente, automáticamente, con el ánimo tenso y embrollado, se destroza el traje. La obsesión de su estado y los incoherentes terrores en que le sume la confusa percepción de las consecuencias de su demencia, haciéndonos entrever su fondo psicasténico, nos muestran que mucho de lo paranoideo, en la demencia precoz, depende de la atención interior mantenida por un estado enfermizo en el que hace tiempo naufragó el orgullo y que inicia los estados de absorción que, a causa del eterno entrechocar de ideas estereotipadas y ecos psico-reflejos de las impresiones externas, acaban por embotar, como las olas los guijarros, las escasas agudezas de espíritu que les restan, hasta que a fuerza de rodar por la ambivalencia llegan a esas actitudes fijas de absorción en las que, a poco que la intoxicación ayude, se aletargan durante días, meses y años con todo el aspecto de estatuas.

Además de los apuntados, pudiéramos esquematizar otros casos de demencia precoz con *manía confusional*, con *melancolía*, con estados *ciclotímicos*, etc., pero preferimos insistir en que la demencia precoz se explica por interferencia automática de estereotipias del pasado con ecomimias de lo actual y presente que dan lugar a lo que es llamado *síndrome catatónico* que, a nuestro juicio, se distingue y caracteriza por la tendencia del demente precoz a expresar plástica y simbólicamente sus imágenes mentales. Por trascender a sus músculos y expresarse y realizarse mímicamente sus imágenes, el demente precoz, recuerda al histérico aunque su finalidad nos parece muy diferente puesto que si aquel, por vanidoso, trata de llamar la atención, el demente precoz se propone, instintivamente, un fin más importante. En efecto, recordando que en el teatro las grandes emociones se expresan por gestos parecidos, hemos llegado a pensar que estos simbolismos plásticos del demente precoz debían obedecer a alguna razón de utilidad psico-física y nos ha parecido ver en ellos, aparte de su significación psicológica, un acto de sujeción y coordinación del caos mental interior dentro de la regularidad o norma conocida de la kinestesia voluntaria y forzada, pues así como el normal, en las crisis de abatimiento, se sujeta la cabeza con las manos (para que no estalle, enloquezca, desmaye o muera), y acaso más tarde se alza irónico y en un estado de impotente irritabilidad descarga su furia ecomimando satírico las excusas de su mal, así el demente precoz parece que se sujeta el desorden íntimo con la kinestesia de sus actitudes forzadas que miman irónicas las imágenes más salientes de sus pasados estados.

Sea como sea, mientras no se avance más en el estudio de la demencia precoz, podemos caracterizarla psicológicamente en la forma dicha ya que así nos ofrece un sello especialísimo y claramente discernible entre todas las vesanias como puede

verse en el siguiente cuadro bufo que nos atrevemos a exponer por estimarlo un medio mnemotécnico.

Es en el interior de una taberna, de donde acaba de salir un *psicasténico* con aguardiente en una botella bien escondida y que lleno de fobias (a que le llamen borracho, a volverse loco y hasta a morir) marcha presuroso a su casa a realizar su impetuosa dipsomanía. Entramos dentro de esta taberna en la que nos recibe un tabernero a quien no conocemos, se estableció no hace mucho y su negocio marcha prósperamente. Es este tabernero muy cuidadoso en sus anotaciones y lo tiene todo minuciosamente limpio y ordenado. Nos recibe jovial y ceremonioso. Está contento porque somos el segundo caballero que honra esta noche su establecimiento. El otro caballero, que llegó poco antes, es aquel que está sentado ante una de las mesas del fondo, bebiendo en silencio y que no nos quita ojo desde que nos ha visto entrar: un *delirante*. Apenas sentados entran ruidosamente un *psico-epiléptico*, una *histérica*, una *maníaca* y un *alcohólico* que sentándose a su vez, alrededor de otra mesa próxima, empiezan a trasegar aguardiente. A la «histérica» que no se ha fijado en el caballero «delirante» le ha colocado su subconsciencia de tal traza que el desconocido pueda apreciar toda la vistosa belleza de su cuerpo envuelto en trapos y accesorios que lo adornan; el «psico-epiléptico», que ha creído voluntaria la automática maniobra de la «pithiática», le advierte en tono hostil que no está dispuesto a soportar el ridículo. Al advertir el cuchicheo, el «delirante», receloso, se cerciora de que tiene el revólver en el bolsillo y sólo entonces se da cuenta de que el contenido de su copa es «algo abrasador» que muy bien pudiera ser un veneno y ante esta sospecha lo vierte disimuladamente debajo de la mesa. La «maníaca» dialoga animadamente con el «alcohólico» y al ver ambos a un melancólico que aparece todo encogido en el dintel y que, vacilando entre marcharse y quedarse, acaba por tomar asiento junto a la mesa del rincón más próximo a la puerta, empiezan a burlarse de él.

El tabernero satisfecho con este lleno, se desvive en el servicio.

Una gran inquietud que pasa por todos, nos anuncia que la creciente algarabía que se inicia, es expresión del período de excitación de la intoxicación que nos va a revelar la psicología de todos estos personajes. La «histérica» mira ardorosamente al delirante, el «melancólico» gimotea monótonamente, el «psico-epiléptico», en sombrío mutismo, no cesa de beber, el «alcohólico» sale por peteneras, la «maníaca» piruetea por el salón interpelando alegre a los circunstantes y el «delirante» vigila a todos. El tabernero que marcha de unos a otros tropieza con la «maníaca» y ésta, quieras que no, le hace ingerir unas cuantas copitas del ardiente licor.

La animación sigue creciendo; la «histérica» en cómica actitud de traumatizada psico-sexual, avanza con paso de opereta hacia el «delirante» que al vérsela llegar

encima tan decidida, apuntándola con el revólver exclama: «¡Si da un paso más la dejo en el sitio!». ¡Adiós Napoleón!, le chilla en inmediata réplica, la «maníaca» y la botella que ha lanzado el «psico-epiléptico», intrépidamente contenido por la «histérica», estalla contra la pared encima de la cabeza del «delirante». Entretanto el «melancólico» ulula lastimeramente y el «alcohólico» apalea el aire con la guitarra.

Hay un silencio precursor del velo que la confusión mental va a poner en la mente de los consumidores; la «maníaca» que por contigüidad ha pasado al incendio de Roma, abre sin darse cuenta la trampa de la cueva y al ver la oscuridad lanza aterrada el grito de ¡fuego! Al oírlo, todos ven llamas y más que nadie el «alcohólico» que de un salto se pone a salvo encima del mostrador en medio de un estrépito de vasos y botellas que se derrumban, con hondo sentimiento del tabernero que, sin ver incendio por ninguna parte, está viendo toda su hacienda destrozada de un vuelco.

Todos huyen: el primero, el «delirante» que, más previsor que otro alguno, estaba oliendo a quemado mucho antes de ver el *humo* que levantaron vasos y botellas al caer en el entarimado, detrás el «psico-epiléptico» va automáticamente y le sigue la «histérica» que, heroína como siempre (ha visto un grupo de gente en la calle) coge en sus caritativos brazos al «melancólico» que tembloroso musita: «El infierno merecido por infame, el infierno!» y sale triunfalmente aclamada por las vociferaciones de la «maníaca» que marcha en pos de ella mientras el «alcohólico» sigue tratando de matar los millones de ratas, que ahora ve salir por la oscura oscuridad de la cueva, con el resto de los envases.

Pero el más notable es el tabernero arruinado que silenciosamente se desnuda por completo. ¿Es que acaso no le han despojado de todo, aquellos locos? y apoyando cómodamente la cabeza y los antebrazos en el suelo, con los pies en alto, como una figura agobiada invertebrada, repite infatigable y flemático «Patatas arriba! Todo patatas arriba! Patatas arriba!» Este irónico simbolizador de sus desastres sentimentales es el demente a quien hemos querido caracterizar psicológicamente en este artículo sin estar muy seguros de haberlo conseguido.

Síndrome que se asocia con cualquier otro, la demencia precoz, es expresión de muy diferentes estados organopáticos y en la compleja realidad de la clínica es muy difícil distinguirla de la «demencia parálitica juvenil», de la «demencia vesánica» en que van cayendo casi todos los insanos, sobre todo los confusos mentales y los epilépticos, dificultad que se extrema al pensar que con ellos hacen pareja los dementes precoces simples, paranoides, confusionales, ciclotímicos e histero-psicasténicos que con gran frecuencia padecen ataques epileptiformes.

PRENSA PROFESIONAL

EL SIGLO MÉDICO
N.º 3.295.-Febrero 1917

CARTAS MÉDICAS

III.-ASISTOLIA

Al Dr. D. Francisco Huertas:

Ilustre compañero y querido amigo: Tengo la persuasión de que, entre las cuatro conferencias que constituyen su libro—tan merecidamente y tantas veces alabado—sobre *Corazón y Vasos*, es la tercera, Asistolia, aquella en que puso usted mayor empeño, aquella en que demostró más intensamente sus cualidades de profundo observador, aquella en que más necesitó remover el rico caudal de sus conocimientos, aquella que le impuso más esfuerzos de expresión y, si me apuran, aquella en que con más amor se manifestó en usted el supremo arte de la enseñanza.

No podía ser de otro modo. Estudiar una enfermedad, describirla con método y clara concisión, exponer las opiniones personales sobre ella, demostrar copiosa erudición con citas de las ajenas, amenizar si se quiere, el relato con críticas razonadas y comentarios sabrosos, relacionar tal estudio con la presentación de casos clínicos; todo ello dentro de las líneas que marcan la silueta limitadora de la enfermedad como entidad nosológica constituida..., es empresa fácilmente hacedera para quien, como usted, reúne las condiciones que mencioné en mi primera carta. Pero recoger un síndrome que, cual el descrito por Beau, no es más que un trastorno funcional consecutivo o coetáneo de múltiples lesiones o enfermedades, orillar el falso concepto que su nombre indica, enumerar los fenómenos que suelen acompañarle, relacionar éstos entre sí de tal modo que el oyente o lector forme idea genéri-

ca de lo que es poliédrica complicación, guarnecer todo ese trabajo con particularizaciones clínicas de ejemplar valía, conseguir unificar un ambiente nosogénico multiforme y englobar estudio tan interesante en el marco de una conferencia dada ante público insuficientemente preparado para escucharla, empresa es de magnates en el saber y entusiastas en el enseñar. Adelanto a usted, pues, en esta carta el tributo de admiración más sincera.

Mas como la bondad de usted se puso de manifiesto aceptando las dos anteriores, de ella formo escudo que ampare mi atrevimiento de querer *meter bacita*, como indocto aficionado, en asunto tan difícil cual es el estudio de la asistolia.

Dejo a un lado la cuestión de nombre y, siguiendo el ejemplo de usted, conformo con que se llame *asistolia* a un estado morbo en el cual *hay tendencia* a la verdadera asistolia. Es un convencionalismo que sirve para entendernos; que no quedaría enmendado si se sustituyese, como algunos pretenden, aquella palabra por *hiposistolia*, puesto que ésta lo mismo pudiera aplicarse a la disminución del número de sístoles (bradicardia propiamente dicha) que a la menor intensidad de los mismos, y que, a fin de cuentas, la exagerada significación de un nombre no merece la pena de ser protestada, cuando hasta en los órdenes más vulgares de la vida solemos cometer igual pecadillo, y así, llamamos *arruinado* al opulento que, habiendo perdido sus millones, quédale todavía un holgado pasar.

Pero, leyendo a usted y fijándose en el soberano modo con que describe el síndrome y señala las causas que lo pueden motivar, adquiere un íntimo convencimiento de que, gracias a un despertamiento brusco originado por la lectura de su conferencia, débese evitar que la vista se desparrame en busca de distintas actividades causales, para concentrarla en un punto que tal vez sirva de eje a la etiología de la asistolia. Intentaré explicarme:

Hay órganos en nuestra economía que, por su especial arquitectura y por la manera aparentemente física o química con que verifican sus funciones prácticas, padecen la condena científica de ser tratados como aparatos de laboratorio infantil o de mecánica burda. Ejemplo de ello tenemos en el ojo, del cual casi todos se ocupan para enseñarnos el número, curvatura y densidad de sus lentes, para decirnos cómo, según las leyes de refracción, el rayo luminoso se acerca a la perpendicular del punto de intersección cuando pasa de un medio menos denso a otro más denso y se separa de ella en inverso caso, para acostumbrarse y acostumbrarnos a considerar el ojo como una vulgar cámara oscura, hasta que, por fuerza de tal costumbre, cuando estudiamos sus enfermedades, tratamos siempre de relacionarlas con imperfecciones, trasiegos o descoyuntaciones de las distintas partes que componen el aparato; quedando reservado para los grandes maestros de la Oftalmología el concepto íntimo, humano, vital, del ojo, que les ha de servir para conocer las alteracio-

nes funcionales del mismo, desde las de origen lumínico exterior hasta las de percepción cerebral de las imágenes, desde el mecanismo del signo de Argil Robersson hasta las consecuencias encefálicas de una coroiditis atigrada, y desde las patosimpatías de ambos ojos hasta las derivaciones neurasténicas de una dacriocistitis. Otro ejemplo tenemos en el estómago: considerado, generalmente, como retorta de laboratorio químico, apenas si se estudian sus enfermedades más que en modificaciones de sus paredes, o en la estrechez de algún orificio (puesta muy de moda años atrás para dar lugar a operaciones más o menos fantásticas), o en alteraciones de química barata, tan barata, que hay especialistas dedicados a no explorar más que el grado de intensidad de una hiperclorhidria, para neutralizarla con tal o cual cantidad de base, sin importarles un ardite ignorar que las funciones gástricas y, por tanto, sus alteraciones, están hoy reservadas para los grandes fisiólogos, únicos química y biológicamente capacitados para ello. Díganlo, si no, Pawlou y sus discípulos.

Algo parecido ocurre, mi insigne amigo, con el corazón. Acostumbrados estamos a considerarle como una bomba aspirante e impelente, como un recipiente contráctil que expulsa su contenido por donde más facilidad encuentra, y siempre que razonamos sobre su fisiología y su patología nos inclinamos involuntariamente a buscar causas y efectos en constitución de sus paredes, distribución de sus cavidades, mecanismo pasivo y activo de sus válvulas, resistencia para el trabajo, modificaciones de sus fibras musculares, alteraciones de sus tónicas, influencia nutritiva de su propio riego, preponderancia de la inervación estimulante del simpático o de la frenadora cerebroespinal, consecuencias del cierre defectuoso de sus orificios, resultados de motilidad por degeneraciones o infiltraciones, desequilibrios de potencialidad contráctil por mayor esfuerzo del ventrículo derecho para vencer estancamientos pulmonares, suplencias de deficiente impulsión por medio de la elasticidad arterial, derivaciones de la presión auricular derecha por incapacidad ventricular del mismo lado que dan lugar al pulso venoso de las yugulares, dificultades de movimientos activos por compresión de tumores vecinos, etc., etc.

Y pasa que, cuando queremos explicarnos las asistolias (síndrome mejor o peor definido, pero de abrumadora realidad), podemos hacerlo a pleno gusto en muchas de ellas, mas quédanse otras en la penumbra dudosa o en la ignorante obscuridad.

Usted, señor Huertas, nos saca de esa habitual inercia del discurso; usted nos sacude mentalmente para impedirnos seguir inñuados por la comodidad de un pensar reglamentado según el pensar general; y usted consigue ese pedagógico triunfo, no con el *magister dixit* del engreído, sino con el esfuerzo honrado del colaborador; no con el inquisitorial palmetazo del dómine, sino con el humilde consejo en forma de indicación; no con teorizaciones sofisticadas, sino con maciza presentación de hechos.

Ahí, en su conferencia, están vivas las descripciones de innúmeras asistolias, motivadas unas por lesiones del pericardio, del endocardio o del miocardio; explicables otras por perturbaciones circulatorias del hígado o del riñón; consecutivas éstas a manifiestas uremias, dependientes aquellas de dificultades respiratorias; ligadas estas a una hiperfunción del cuerpo tiroides, derivadas estas de bruscos esfuerzos musculares; intercurrentes las más en el transcurso de graves enfermedades, acaecidas las menos en pleno estado de salud aparente. Y nos hace usted ver asistolias originadas por una fuerte emoción y ocasionadas por intoxicaciones sanguíneas, y producidas por reflejo cuya corriente centripeta es del simpático y la centrifuga del pneumogástrico, y nos señala la divergencia entre las explicaciones de Potain y de Arloing, y cita la discusión entre Traube y Lecocché sobre la modalidad renal con anasarca, y nos presenta una enferma en que la asistolia acompañó a interesante encefalopatía, y revulsiona nuestro cerebro con un caso en que el punto inicial de la asistolia se encontró en un trastorno de la visión, y... Y no acabaría nunca si pretendiera enunciar todo cuanto nos enseña usted para sugerirnos lo que voy a decir; no sin antes pedir a usted indulgencia para mis deficiencias de explicación.

Supongamos que en una nación funciona desastrosamente la vida de una provincia por improducción de su suelo; de otra, por preponderancia de raposos caciques; de ésta, por mala canalización de sus aguas; de aquella, por falta de escuelas; de la de más acá, por frecuentes epidemias, y de la de más allá, por focos de revolución social. ¿En dónde radican las causas, no las inmediatas, sino las originarias de tales desastres? ¿En la esterilidad de las tierras? ¿En la ambición de algunos hombres? ¿En la filtración de las márgenes de ríos? ¿En la carencia de maestros? ¿En la existencia de microbios? ¿En el protestante nervosismo de las clases proletarias? No. Está en el Gobierno de la nación, que no sabe o no se cuida de hacer fecundas las tierras estériles, que tolera o ampara la influencia de amigos ambiciosos, que no impermeabiliza los cauces, que se inhibe en materia de educación, que no sana las regiones y que da lugar a que le exijan por fuerza las libertades que de buen grado debió conceder. Es esto tan vulgar y tan en la mente de todos está, que, por instinto, hasta hay quien medio en serio, medio en broma, echa sobre los Gobiernos la culpa de que llueva o haya sequía; y no muy en broma debiera decirse, puesto que todos conocen, por ejemplo, la importancia de la repoblación forestal relacionada con ciertos fenómenos meteorológicos.

Pues es el organismo humano (nación de nuestro estudio) hay un corazón (provincia de nuestro actual interés) cuyos trastornos debiéramos achacar, no a las modificaciones obbles, tocables y visibles del mismo, sino al gobierno que les rige, a sus centros inervadores. Y ello fuera tanto más lógico cuanto que el corazón es pro-

vincia que, aun cuando sujeta a las direcciones del gobierno general de la nación, goza de una autonomía inervadora fuertemente estudiada aunque, no del todo conocida, interesante en extremo y olvidada con frecuencia, muestra elocuente y veraz de que la Naturaleza consideró al corazón de tal importancia, que no creyó oportuno dejarle reducido a la correspondiente parte alícuota de una dote general. Y no sólo es algo autónomo el corazón en cuanto a tener inervación propia, sino que también la estructura de sus fibras musculares posee la especialidad de tener algunas cuya anatomía y cuya fisiología están tan íntimamente ligadas con las de su singular aparato inervador, que el microscopio se niega a enseñarnos sus extremos límites, y la experimentación y el raciocinio no nos explican claramente la diversidad de sus funciones.

Es verdad que, desde que Tawara amplió la descripción del *haz primitivo* hecha por His, el joven, se demostró anatómicamente la presencia de células nerviosas ganglionares entre las fibras musculares de dicho haz; es verdad que este haz (vestigio del tubo cardíaco embrionario) tiene una conductibilidad de mandato para el conjunto del miocardio, lo cual está probado porque se transmite el orden de concentración, aunque se seccionen las demás comunicaciones, y se suspende la transmisión si éstos se conservan indemnes y aquél es el seccionado; es verdad que el motor de ese misterioso aparato de contractilidad se le supone situado en el punto donde éste tiene su principio, o sea en la pared de la aurícula derecha entre las dos embocaduras de las cavas; también es cierto que Tawara ha seguido paso a paso el haz de His desde el *seno unitivo*, le ha observado por la parte inferior de la aurícula, en donde forma los hacecillos sinoauriculares y pericoronarios, le ha visto ponerse en relación con el tabique interventricular, ha descrito prodigiosamente el *haz atrio-ventricular*, ha encontrado el entrecruzamiento nudoso, que lleva su nombre (*nudo de Taicara*), y, por fin, separándose de la opinión de otros anatómicos, ha creído que la terminación en el miocardio se realiza por dos órdenes de fibras en forma de abanico, unas cortas, que acaban en los músculos papilares, y otras largas, que bajan hasta la punta de los ventrículos y vuelven luego hacia las bases, no relacionándose con el tejido ambiente cuando descienden, y confundiéndose con las fibras miocárdicas comunes cuando retroceden. Pero, aun siendo verdad todo eso, quedamos todavía mucho por averiguar en cuanto a anatomía y fisiología del corazón y, como ejemplo de ello, bastaríanos recordar las fibras nerviosas centripetas que emite albergadas en el simpático y en el pneumogástrico, y que no se han logrado individualizar en el hombre, aunque sí en el gato y en el conejo, constituyendo el llamado *nervio de Cyon*, fibras que, probablemente, tienen acción depresora.

Sea de ello lo que fuere, lo que resulta exacto es: 1.º, que el miocardio goza de excitabilidad (*batmotropa*), conductibilidad (*dromotropa*) y contractilidad (*ino-*

tropa); 2.º, que estas propiedades, sin dejar de estar influenciadas por los sistemas nerviosos centrales y formando parte de la solidaridad armónica del conjunto, se hallan regidas particularmente, autonómicamente, por un centro motor propio; 3.º, que este centro motor debe estar situado normalmente en el *seno unitivo*, primera parte de las cuatro que forman el tubo cardíaco primitivo del embrión, y 4.º, que a pesar de los trabajos de Tawara desentrañando la constitución de la antigua red de Purkinge, permanece todavía en el misterio el mecanismo íntimo del estímulo-motor cardíaco, y aun el mismo agente estimulador, aunque se sospeche sea el ácido carbónico.

Ahora, tratando ya de cerrar el circuito de los pensamientos que sugiere su brillante conferencia sobre la asistolia, me bastará recordar a usted las modificaciones que imprimen en la sangre todas las lesiones o trastornos funcionales de órganos y aparatos que se toman como causas de la misma, para que usted me permita creer que, aun cuando sospechemos que en esas modificaciones, de orden físico o químico, está lo que vulgarmente se llama «la madre del cordero», mientras no sepamos el modo íntimo de producirse el estímulo-motor cardíaco, quedaremos sin saber cuál es el «padre» de las asistolias, por muchas leyes que nos promulgue Marey o cualquier otro neo-legislador de funciones vitales. Y si esa creencia mía fuera digna de estima, por tal dirección debieran ustedes, los maestros, encauzar sus sabias investigaciones, en tanto que nosotros, los médicos del montón, esperamos impacientes los resultados para aprender algo positivo respecto a causas de asistolia.

* * *

No puedo resignarme a dar aquí por terminada esta carta. Dedicado toda mi vida profesional al trabajo clínico, pugnan por salir de mi pluma las alabanzas que merece el aspecto práctico de su conferencia, aspecto que si de estimar es para todos, lo es mucho más para los que cuanto estudiamos o discurremos lo hacemos con vistas al arte de curar enfermos o de aliviarlos.

Sagaz en la observación, severo en sus juicios y cauto en el pronóstico, despliega usted el máximo de su potencialidad clínica cuando nos habla del tratamiento de las asistolias. Y es que en ese tratamiento figura la digital, medicamento que, por la inseguridad de sus efectos y la obscuridad de su acción, exigía de usted, médico eminente, un detenido estudio para contribuir a evitar que la mayoría de los médicos siga dando con él *palos de ciego*.

He dicho que la digital es de efectos inseguros y de acción obscura... y me quedé corto. Hasta en su química parece querer burlarse de quienes la estudian. Buena prueba de ello es la interminable serie de principios activos extraídos de sus

hojas, la fácil alteración de éstas y la diversa agrupación molecular de aquellas. Y por si no fuera bastante, aún nos encontraremos con que, mientras para la generalidad de los terapeutas, es la digitalina el principio de mayor actividad, otros de la talla de Francisco Frank, opinan ser más acentuada en la digitoxina.

Bien hace usted en puntualizar los casos en que da la preferencia a las hojas de digital sobre la digitalina. ¡Como que aquellas tienen la doble acción de los venenos sistólicos (digitalina, digitoxina, digitaleína, etc.) y de venenos diastólicos análogos a las saponinas, como la digitonina! Y honrado, y siempre maestro, nos especifica usted que cuando utiliza la digitalina, emplea la cristalizada de Nativelle, detalle muy interesante para los que ignoren que la mayor o menor toxicidad de las digitalinas no está en que sean amorfas o cristalizadas, sino en su solubilidad, y así, la digitalina amorfa clorofórmica tiene actividad enteramente igual a la cristalizada de Nativelle, circunstancia que no ha tenido en cuenta el moderno *Codex* francés al colocar aquella como sustituta de la antigua digitalina amorfa de Homolle y Quevenne, diez veces menos activa que la amorfa clorofórmica y la cristalizada de Nativelle.

Nunca emplearán ustedes, las autoridades médicas, mejor el tiempo que haciéndonos saber a todos la obligación que tenemos de estudiar bien, antes de emplearlas, las diversas digitalinas, y principalmente las alemanas, impuras casi todas. Y tampoco se perdería nada con que empleasen ustedes su influencia oficial en conseguir que nuestra farmacopea española ampliase su descripción en este asunto y no se limitara a citar únicamente, y de modo genérico, una digitalina amorfa clorofórmica y otra cristalizada; que todo es poco para facilitar el estudio de un medicamento que, si bien dirigido ha salvado muchas vidas, en inexpertas manos ha producido mayor número de desastres; medicamento cuyos efectos son tan variables como variadas sean sus preparaciones farmacológicas, y medicamento cuya acción fisiológica anda tan intrincada que puede decirse hay teorías para todos los gustos; declarando yo a usted que el mío se inclina a aceptar la de Francisco Frank, la cual, por suponer que la digital obra directamente sobre el estímulo motor cardíaco del aparato de His, anda muy en armonía con el hipotético criterio de que hablábamos en la etiología de las asistolias, y teniendo en cuenta que dicha teoría no se opone a que admitamos la acción constrictora directa en los capilares periféricos, hecho que de ser cierto no probaría más sino que «la carambola podía hacerse por tabla y de bola a bola».

Merece un aplauso sincero la severidad con que marca usted las contraindicaciones de la digital y sus derivados, las cuales, con ser muchas, pudieran condensarse en la hipertensión arterial y en la lentitud de las contracciones cardíacas (que ya habrá buen cuidado de no confundir con ciertas pseudobradicardias), fueran los que fueren las lesiones o trastornos a que esos síntomas acompañen. Igual aplauso de-

dico a su razonada defensa de los calomelanos, cuya virtualidad radica en el manejo de las dosis, pudiendo servir muy bien de tipo medio la de 30 centigramos el primer día, 20 el segundo y 10 el tercero, para mantener después su acción en forma prudencial. Y un aplauso mayor para el tono despectivo con que habla usted del estrofanto, medicamento que no sirve más que para dejar en buen lugar al médico, por las mejorías aparentes que ocasiona, a costa de... «lo que no puede decirse».

Resumiendo y confidencialmente, mi querido colega: es tan intrincado el estudio anatómico, fisiológico y patológico del corazón; andamos tan enmarañados «los hombres de ciencia» con teorías y más teorías, y son tantas nuestras vacilaciones para llegar a explicarnos la *vida* de dichos órganos, que muchas veces deberíamos preguntarnos si estará en lo cierto la poesía popular colocando en él los yacimientos de elevadas exquisiteces psíquicas.

Y por sí o por no, afirmole que en el fondo del mío, persiste el afecto y la admiración que a usted tuvo siempre su amigo y compañero,

F. GONZÁLEZ AGUILAR

Madrid, Diciembre 1916.



CLÍNICA

(Núm. 9.-Marzo 1917)

Un caso curioso por lo raro

Por D. ALBERTO CATALINA PRIETO

Alumno interno

En Septiembre del curso pasado (1915) ingresó en la Clínica Madinaveitia un enfermo, cuya historia era como sigue:

Hacia cuatro meses empezó a sentir flojedad general, y, pocos días después, estuvo unos días con colitis (deposiciones pastosas inmediatamente después de las comidas); más tarde, comenzó a notar hinchazón de vientre, que después se extendió también a las piernas; además, tuvo también inapetencia, que luego desapareció. Reconocido, se encuentra gran cantidad de ascitis, que impide la palpación profunda, y, hecha una paracentesis, se extrajo un líquido cetrino, que, analizado después, resultó ser de naturaleza inflamatoria; entonces, por una nueva palpación abdominal, se encontraron en la superficie del hígado abolladuras de consistencia blanda y dolorosas a la presión (¿hepatitis?); el borde superior del hígado, normal y en su sitio, y el inferior, también normal; no se toca bazo ni se encuentra aumentado por percusión; hay circulación colateral a ambos lados del vientre. Explorado en el sentido de sífilis, no se encontró ningún antecedente. El enfermo volvió a hincharse rápidamente (frecuente por causa inflamatoria). No tenía fiebre.

El diagnóstico, pues, descartada la cirrosis hipertrófica biliar por la falta de aumento de volumen de bazo, circulación de tipo porta, etc., oscilaba entre un proceso epitelial de hígado o gomas sífilíticas; a pesar de que no acusaba haber padecido esta afección, y como en el primer caso la terapéutica era inútil, y en el segundo podía beneficiar al paciente, se instituyó el tratamiento específico, a modo de «piedra de toque», para el diagnóstico, por medio del aceite gris, que parece da más resultado en el período terciario de la sífilis. En favor de cáncer tenía la brevedad del proceso, la inapetencia, aspecto del enfermo, los edemas (1), y en contra, la falta

(1) Los edemas de las piernas es un hecho algo en contra de la idea de peritonitis.

de aumento de volumen del hígado (muy rápida en casos de cáncer); en cuanto al análisis de jugo gástrico, en este caso, no dió hipoclorhidria, cosa, por lo demás, sin mucha importancia, pues aun en el caso de cáncer *de hígado*, como aquí se suponía, puede haber quimismo gástrico normal y aun hiperclorhidria, como hemos visto en casos confirmados por la autopsia cuando el cáncer fué primitivo de hígado; en cuanto a la sífilis, tenía a su favor la sensación de la superficie del hígado, el dolor que presentaban sus abolladuras a la presión, y en contra, el que el enfermo no acusase, ni entonces ni anteriormente, ningún trastorno inherente a ella; la reacción de Wassermann, aparte de que ya por sí misma no se le puede dar un valor absoluto, en este caso tenía menos importancia por tratarse de una afección, al parecer, hepática. En cuanto a la ascitis con su líquido de naturaleza inflamatoria, tanto dice en favor de una como de otra cosa, y la falta de infartos ganglionares, por último, va en contra de ambos procesos.

Pues bien; después de haber puesto a dicho enfermo cinco inyecciones de aceite gris de 0,10 gramos por inyección, mejoró notablemente y fué dado de alta en Abril de 1916; hasta aquí, el caso no parece tener mucho de particular; pero es que el mismo enfermo volvió a la clínica a los nueve meses, y entonces nos contó que había estado cinco meses sin ascitis, y que hacía cuatro que comenzó de nuevo a hincharse, teniendo también edemas de piernas, que desaparecían con la posición horizontal; ardores gástricos con las comidas, que se calmaban con bicarbonato; gran inapetencia y enflaquecimiento; vuelto a puncionar, también resultó líquido francamente inflamatorio (claró está que siendo la cuarta o quinta punción, tenía menos importancia que lo tuvo la primera); de nuevo se le puso tratamiento hidrargírico; pero esta vez sin resultado alguno; el enfermo seguía cada vez peor, y últimamente se quejaba de no poder estar echado más que en decúbito izquierdo, pues del derecho tenía dolor del costado, tos y expectoración (en los esputos no se encontró bacilo de Koch).

Reconocido el tórax, se encontró, en el lado derecho, estertores diseminados y algunos roces pleuríticos, y en el izquierdo, se encontraron, en su base, matidez, que, comenzando en la décima costilla por detrás, subía hasta el cuarto espacio intercostal en línea media axilar y dejaba por delante libre el espacio semilunar de Traube, con abolición de murmullo vesicular y de vibraciones vocales; además, en la inspiración fuerte, dicha matidez disminuía en línea media axilar unos cuatro dedos; por encima de la matidez, algunos roces y estertores; todo ello (la forma de la matidez, la diferencia grande que existía en la inspiración amplia y en espiración, y también a percusión superficial y profunda) hacía llevar al diagnóstico de que aquello era el bazo aumentado de volumen, y que si no se tocaba el polo inferior, podía ser debido, tanto a la existencia de ascitis como a estar rechazado por ella hacia

arriba. Este dato nos hizo pensar en el diagnóstico de cirrosis hepática. Después hubo necesidad de nuevas paracentesis; el enfermo, cada vez peor, con una inapetencia al máximo, falleció el mes pasado. Y ahora viene lo curioso; como en todos los enfermos que fallecen en la Clínica de Madinaveitia, a éste se le hizo la autopsia, y, sencillamente, con abrir el vientre, fuimos sorprendidos con lo que se presentaba a nuestra vista, pues, en efecto, todo el abdomen se hallaba materialmente lleno de un líquido amarillento gelatinoso y con gran cantidad de coágulos y masas gelatinosas con adherencias a todo el peritoneo parietal, que impedía ver ninguna otra cosa y que me hizo el efecto de lo que se ve al abrir en el quirófano de Ginecología uno de esos grandes quistes mucoides de ovarios de naturaleza glandular; evacuado todo este contenido gelatinoso, nos encontramos todo el paquete intestinal hecho un mazacote de menor tamaño que un puño y aplicados contra la columna vertebral, sin que, excepto en lo que estaba en contacto con dicha gelatina, hubiese señal alguna de peritonitis; el colon se hallaba con muchas adherencias, y el epiplón, colon transverso y estómago, muy retraídos hacia arriba y como enquistados; la cúpula diafragmática, en su parte correspondiente al hígado, también estaba vacía y ocupada por la gelatina, que todo lo invadía; lo mismo se observaba con la fosa destinada al bazo, y en cuanto al hígado, se encontraba de tamaño muy reducido y ocupando el centro y algo de la parte izquierda, junto a la masa, que formaba el estómago, colon y epiplón; el bazo también muy pequeño (la mitad o menos de su volumen normal), y también junto a esta masa, y los riñones, atrofiados y empujados a los lados de la columna vertebral. En el tórax, pleuritis serosa de ambos lados, más abundante en el lado derecho. ¿Qué podía ser todo esto? Ante todo, una afección muy rara que no se halla descrita en los libros, o sólo como de pasada, y cuya etiología, así como su evolución, se desconocen.

Comentando al otro día el caso, nuestro maestro Dr. Madinaveitia nos refirió otros dos análogos que él, en su larga vida profesional, ha tenido ocasión de observar y que cito a continuación.

En uno de ellos se trataba de una enferma joven, para la cual fué llamado en consulta el Dr. Madinaveitia, tratándose de resolver si tenía o no ascitis; al explorarla notó cierta sensación de *pastosidad*, pero no de líquido libre, en el peritoneo, ni enquistado, y se determinó la intervención, resultando un caso análogo al descrito y donde se veían, además, ciertos apéndices o vellosidades de la misma naturaleza gelatinosa, no pudiendo hacer otra cosa que cerrar el vientre.

El otro caso es del Dr. Sandoval, al cual hace poco se le presentó un enfermo que se quejaba de dolores en la espalda, y que, al reconocerle, se encontró con un vientre abultado y con circulación colateral muy grande (algunas venas, del calibre de un dedo meñique), pero que aquel enfermo dijo que aquel abultamiento lo te-

nía ya hacía siete años y nada le molestaba; decidióse también la intervención, y haciéndola el Dr. Goyanes, se encontró con todo el vientre lleno como de gelatina, con los intestinos en un mazacote a la izquierda, cerrando nuevamente el vientre; el enfermo murió poco después.

En el caso descrito por nosotros, se comprende ahora la confusión de tomar por bazo lo que no lo era (cosa que, en igualdad de circunstancias, volvería a repetirse), porque se trataba de una pleuritis circunscrita con la pleura supradiafragmática pegada al diafragma y con el *pulmón libre*; en cuanto a la sensación de masas blandas encima del hígado, pudieran ser las mismas masas gelatinosas; ¿pero quién iba a pensar en ellas?

Revisando literatura respecto al caso, poco hemos encontrado, y aun podemos decir que nada en concreto, siendo Lanceraux quien más trata de estas cosas, y en su anatomía patológica (1) describe una forma de *peritonitis vellosa o verrugosa* caracterizada por la formación de pequeños salientes pediculados o sesiles, aislados o aglomerados, que, a veces, emiten prolongaciones múltiples de forma arborescente a la manera de verdaderos quistes sacciformes multiloculares, semejantes a una mola hidatídica que pueden aumentar de volumen, conteniendo en su interior un líquido espeso, claro y viscoso, que se coagula por el calor y el ac. nítrico, con poca mucina, mientras que las células que constituyen sus paredes, se hallan en degeneración grasa o coloidea. Algunas veces estas vellosidades se recubren de fosfato y carbonato de cal, reabsorbiéndose el contenido y terminando favorablemente, distinguiéndose así de neoplasias (misomas, fibromas), con quien pudieran confundirse. La etiología de estas peritonitis es desconocida, y sólo se sabe la relativa frecuencia con que se presenta en casos de tumores o cuerpos extraños en peritoneo o epiplón, y sobre todo en las afecciones (neoplasias, quistes) de genitales femeninos. Como se ve, pues, esto no explica nuestro caso, y sólo tiene algún parecido con el referido por el Dr. Madinaveitia. También Lanceraux (2) trata del *carcinoma coloide del peritoneo*, el cual se presenta en forma de tumores del tamaño de una castaña o avellanas, algunos pediculados y pendientes del peritoneo parietal y visceral, blandos, elásticos, grisáceos y de superficie lisa y brillante, constituidos por una trama alveolar, en cuyo interior existe una materia blanda gelatinosa y viscosa, dando lugar a una caquexia sin edemas; tampoco, pues, se trataba de esta afección en ninguno de los casos descritos.

Entre las «ascitis raras», clasifica el mismo Lanceraux (3) la *ascitis gelatino-*

(1) Página 879-81.

(2) Atlas de Anatomía Patológica.

(3) Tratado de Medicina de Bronardel, Giller y Girode.

sa, cuya naturaleza desconoce, e insistiendo en su presencia en casos de neoplasias peritoneales, roturas de *quistes ováricos*, mixomas, etc., en forma de cavidades llenas de una substancia coloide amarillenta, viscosa y filante que contiene paralbúmina, y, por último, al tratar del «alcoholismo» (1), describe una forma de peritonitis en que el mesenterio se halla con sobrecarga adiposa, habiendo, además, otros depósitos grasosos, sobre todo en la parte posterior del peritoneo y por detrás de la pared abdominal, con derrames enquistados por membranas resistentes, de un líquido seroso, claro o amarillento, transparente, que precipita por el calor y por el ac. nítrico y que no se reconoce otra etiología aparte del alcoholismo.

Como puede notarse, ninguna de estas afecciones aclara nuestro caso ni el del Dr. Sandoval, tanto más interesante cuanto que hay que eliminar una de las más importantes causas etiológicas que se atribuyen a las afecciones citadas (*quistes del ovario*) por el hecho de tratarse de hombres que, además, *ni eran alcohólicos ni portadores de neoplasias*.

En fin, con esto termino, deseando que si alguien, por cierto de más autoridad que yo, tuviese noticia de algún otro caso más de esta naturaleza, contribuyese a su divulgación, puesto que creo que lo merece, y alegrándome haber co operado a ello con mi modesto trabajo.

Madrid, 8 de Marzo de 1917.

(1) Diccionario Dachambre.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sociedad Española de Especialistas de Pecho

SESIÓN DEL DÍA 28 DE NOVIEMBRE DE 1916

Asistolia en los nefríticos

DR. ALVARO GRACIA.—Siendo el problema de la asistolia complejo en su mecanismo y múltiple en sus formas clínicas, considera oportuno tratar de él aunque sólo sea en su aspecto parcial de las íntimas conexiones que tiene con los afectos renales, si bien Bright en 1827 y Rayer en 1839 señalaron la coincidencia de ambas lesiones cardíaca y renal, este último autor pensó erróneamente que la alteración del riñón era consecutiva a la del corazón. Opinión hoy abandonada desde que Traube demostró que es sobre todo la nefritis atrófica intersticial o pequeño riñón rojo la que se acompaña de una manera constante de hipertrofia cardíaca del ventrículo izquierdo, constituyendo el llamado *corazón renal o de Traube*, caracterizado en clínica por hipertensión arterial, aumento de macidez cardíaca en sentido longitudinal, pulso de alambre y pequeña albuminuria con ruido de galope. En estas condiciones la asistolia es tardía y constituye un episodio terminal de todo el proceso.

Por desviarse mucho de esta patogenia y por particularidades sintomáticas especiales cita el caso de una hermana de la Caridad, de 36 años, sin antecedentes morbosos, que hace seis años comenzó a sufrir de crisis agudas de dolores y molestias del riñón derecho con anurias que fueron calificadas de hidronefrosis pasajeras por riñón flotante. Operada de nefropepsia mejoró de las sensaciones dolorosas y de peso por espacio de dos años, pasados los cuales comenzó a notar trastornos visuales de ambliopía y ceguera transitorias, disminución de la secreción urinaria con edemas de ambas extremidades torácicas. El análisis de orina demuestra la existencia de cilindros hialinos y epiteliales, albuminuria de 6 a 8 gramos por litro, retención clorurada y ureica. En suma, caracteres de nefritis crónica hidropígena. La dieta láctea, la teobromina y el reposo llegaron a producir permanente mejoría. Brusca-

mente, hace año y medio fué acometida de un estado anasárquico con edemas predominantes en ambos brazos, disnea intensa, verdadera ortopnea y gran dilatación del corazón en sentido transversal y evidente soplo de insuficiencia tricúspide de carácter funcional, cual corresponde a la asistolia de las cavidades derechas del corazón. No se aprecian síntomas de edema pulmonar, hay oliguria, gran hígado y ligero éxtasis de ambas bases pulmonares con algún esputo hemoptoico.

Este estado asistólico se acompaña de trastornos cerebrales caracterizados por ansiedad, angustia, delirio ansioso con gran agitación y alucinaciones terroríficas. Es decir, presenta el síndrome que Merklen llama de asistolia urémica faltando sin embargo dos síntomas físicos importantes que son la miosis y la hipertensión arterial, no obstante cuidadosas observaciones oscilométricas por el método de Paclín. El tratamiento de esta enferma consistió principalmente en reiteradas inyecciones de suero de la vena renal de cabra y escarificaciones asépticas de piernas y brazos. En la fase de delirio agudo usó la morfina y el aceite alcanforado, con éxito satisfactorio.

Llama la atención respecto a la necesidad de no desesperar ante asistolias prolongadas, declarándose contrario al uso de la digital, sobre todo de las grandes dosis que considera perjudiciales.

Cita otro caso de asistolia en un enfermo de 62 años que hacía dos sufrió de infección avariósica tratada con evidente mejoría sobrevenida a partir de los tres meses de fecha del accidente inicial. Este verano fué acometido de edemas de ambas piernas con disnea continua y constitución rápida de doble hidrotórax, con alguna crisis de edema pulmonar y signos evidentes de cardio-esclerosis. El análisis de la orina verificado distintas veces demostró albuminuria considerable, cloruros y urea disminuídos, polaquiuria nocturna y aun poliuria con tensión arterial de grandes oscilaciones.

El problema terapéutico de gran interés en este caso es el de si se debe o no establecer el tratamiento antisifilítico. Cree que es imprescindible asegurar la permeabilidad renal previamente por la dieta hidroláctea de reducción y declorurante y sólo cuando el análisis de orina confirme la tara de cloruros y urea suficientemente elevada, acudir a compuestos solubles de mercurio en pequeñas dosis. Es decir, que en plena asistolia hay que hacer terapéutica funcional, no patogénica.

Un caso de fatiga por trastornos de secreción interna. (Presentación del enfermo).

DR. SOUSA.—Juzga interesante este caso por la serie de procesos en que se pensó para hacerles responsables de la fatiga padecida por el enfermo.

Es este un muchacho de 19 años, sin antecedentes familiares ni patológicos. Refiere que desde hace cuatro años sufre todas las mañanas un acceso de fatiga que a veces se le presenta con ocasión de algún ejercicio. Dice que hace cuatro meses tuvo esputos hemoptoicos una mañana y que hace dos meses presentaba un ligero tinte amarillento en la piel. Se expresa con dificultad que parece debida a un estado de infantilismo de sus facultades intelectuales. Es de mirada vaga y poco expresiva.

Reconocido de aparato respiratorio se le aprecia un soplo no muy intenso en el vértice del pulmón derecho, que interpreta como de lesión tuberculosa antigua y cicatrizada, por la ausencia de síntomas funcionales y la estima muy pequeña para hacerla responsable de la fatiga que el enfermo refiere.

Por el dato referido de sus esputos hemoptoicos y tinte amarillo, pensó en quiste hidatídico de hígado en mayor o menor participación pulmonar. Ni las investigaciones clínicas ni las de laboratorio demuestran la existencia de tal afección. Igual ocurrió al investigar el asma, bronquitis, pleuresía, etc., y en general todas aquellas afecciones que suelen acompañarse de fatiga. La exploración del corazón y grandes vasos dió el mismo resultado negativo, no obstante haber hecho una percusión y auscultación minuciosas a más de una exploración radiológica detenida.

Ya había hecho fijar nuestra atención en los sucesivos reconocimientos practicados en este enfermo un ligero abultamiento del cuello en la región tiroidea y pensábamos remitírselo al Dr. Marañón para que nos ilustrara con su gran competencia en estos asuntos.

Un detalle al parecer insignificante nos puso en el camino de hacer el diagnóstico. Observando la depilación de la axila y recordando el caso expuesto en la última sesión por el Dr. Espina, hicimos desnudar al enfermo y apreciamos una falta de desarrollo de los genitales a más de una morbidez muy pronunciada de brazos, piernas y muslos y un acentuado desarrollo de los pectorales.

No había duda de que era este enfermo de la competencia del Dr. Marañón y a este distinguido compañero se lo enviamos, teniendo la satisfacción de ser confirmado nuestro diagnóstico.

Con una deferencia que muy de veras le agradecemos ha accedido a venir a esta Academia y por ello vamos a tener el gusto de escuchar su instructiva opinión sobre el caso.

DR. MARAÑÓN.—Se trata de un caso de *eunucodismo* de tipo femenino. Se separa sin embargo del verdadero eunuco la morfología del cráneo (dolicocefalo y fuerte desarrollo de la cara). Probablemente otras glándulas de secreción interna intervienen en la sintomatología del caso, además de los genitales, recordando el proceso descrito por Rummo y sus discípulos, con el nombre de *gerodermia génito-distrófi-*

ca. Es interesante el dato de que en este proceso no hay al decir del expresado autor, persistencia anormal de los cartílagos de conjunción y en nuestro caso (como en otros análogos, observados por mí) sí existe dicha persistencia, como puede comprobarse en la radiografía.

Aparte de estos datos morfológicos, el enfermo presenta accesos de fatiga de tipo asmático, hecho curioso que concuerda con todos los datos recogidos en estos últimos años acerca de las relaciones que unen al asma con los trastornos endocrinos. Estos nuevos puntos de vista han llevado por una parte a tratar el acceso de asma por la adrenalina (Juave K) sola o mezclada con pituitrina (Werss) y, por otra parte, a apurar el diagnóstico endocrino en los asmáticos, resultando que un gran número de estos enfermos presentan síntomas de perturbaciones de las secreciones internas, principalmente tiroidea y ovárica; la opoterapia tiro-ovárica, mejora estos casos, como ha podido comprobar el comunicante varias veces.

En la literatura ha encontrado un caso casi igual al presentado, descrito por Leví.



Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 18 DE ENERO DE 1917

Embriotoxon bilateral.

DR. BASTERRA Y SANTA CRUZ.—Trátase de un caso de Teratología corneal, de opacidad corneal congénita conocida con el nombre de embriotoxon que le dió Walther.

Considero que es un caso muy interesante por lo raro que es de ver aparte de las particularidades que en este enfermo existen y que luego mencionaré. Además se trata de una lesión de la cual las obras de la especialidad apenas se ocupan, tan sólo hacen mencionarla, debido quizás a su escasa importancia, bajo el punto de vista práctico, en el sentido de que la lesión en sí, dada su situación en nada influye para la visión; en cambio su interés científico aumenta en este caso por separarse bastante de los pocos casos que hay publicados por lo menos de aquellos que yo he podido recoger con parecido al mío.

Expondré primero la historia del enfermo que en realidad no tiene nada de interesante y al final de ella describiré la lesión motivo del tema.

Historia clínica.—Se presentó el enfermo en mi clínica de la calle de la Cebada, el día 9 de Diciembre de 1916.

Dice llamarse N. G. 30 años, soltero, camarero, natural de Golpejas (Salamanca).

No tiene antecedentes familiares. Su estado general ha sido bueno, excepción de hace dos años que padeció una nefritis por la que tuvo que guardar cama quince días.

Cuando niño refiere que padeció mucho de los ojos. Actualmente se queja de cansancio en los ojos y de lagrimeo que se manifiesta con el aire, polvo, etc. No ha usado nunca cristales.

Reconocimiento externo.—Vías lagrimales, normal. Hiperemia de la conjuntiva palpebral y bulbar, más intensa de la primera. Córneas brillantes. En ambas se aprecia a simple vista y mejor con la luz oblicua una opacidad en forma de anillo incompleto, color blanco grisáceo.

Esta lesión que es la interesante la describiré detalladamente al final de la historia. Además existe en ambas córneas manchas corneales (máculas) más difusas en el O I que ocupan gran parte del campo pupilar y consecutiva probablemente a antiguas queratitis ezcematosas.

Resto del ojo, normal. En el fondo de ambos ojos se observa un conus temporal algo inferior.

<i>Agudeza visual</i>	{	Lejos	{	O D $\frac{1}{6}$ difícil
				O I dedos a dos y $\frac{1}{2}$ metros.
		Cerca	{	O D número 2.
				{
Examen con el oftalmómetro.	{			O D muy difícil de determinar al parecer 1'50 a 150 grados.
				O I imposible de determinar.
<i>Corrección</i>	{			O D—2 esf. $\frac{1}{2}$ añadiendo cilindros no mejora.
				O I—6 esf. $\frac{1}{4}$ difícil.
<i>Binocular</i>	{			O D—2 esf.
				O I—3'50 esf.

De estos datos se desprende, que si el enfermo acudió a la consulta fué debido a los trastornos de astenopia acomodativa por falta de corrección a los que hay que sumar las perturbaciones consecutivas a la impureza de las imágenes en su retina por la presencia de las manchas corneales, a las cuales es debido a su vez que el enfermo no obstante la corrección no alcance una visión más perfecta.

En consecuencia el enfermo no acudió a la consulta por su embriotoxon más aun, según afirma él, no se ha percatado de su existencia.

Mas a nosotros lo que nos interesa es su lesión congénita.

La lesión es bilateral; en el O D es una opacidad en forma de anillo incompleto de color blanco algo grisáceo, concéntrico al limbo corneal, separado de él por un milímetro de córnea transparente.

La anchura máxima es de medio milímetro. Su color es más intenso en la parte temporal, algo menos en la nasal y más tenue apenas perceptible a simple vista (mejor con la lupa) en la parte inferior y superior en cuyos sitios algo más próximo a las extremidades del diámetro corneal oblicuo interno aparecen dos interrupciones del anillo.

La inferior de un milímetro, la superior de dos milímetros. Entre estos espacios la córnea es transparente. El borde externo del anillo opaco está bien limitado, el

interno observado con la lupa se desvanece en el resto de la córnea en finos hacecillos. No se aprecia vascularización superficial ni profunda.

En el O I la opacidad corneal forma también un anillo abierto hacia arriba y un poco hacia afuera. En el punto donde el anillo está interrumpido la córnea es transparente ocupando un espacio de medio milímetro. La extremidad externa está un poco más baja que la interna. El color de la opacidad es también blanco grisáceo más intenso en la parte temporal y nasal de la córnea que en la inferior y superior. Es concéntrico al limbo corneal separado de éste como en el O D por un milímetro aproximadamente de córnea transparente, el borde exterior del anillo está bien limitado. El interno se pierde poco a poco en finas estrías en la córnea transparente. No se aprecian vasos ni superficiales ni profundos. Si comparamos este caso con dos que cita la Enciclopedia francesa de Oftalmología (tomo 2.º, pag. 365) apreciaremos algunas semejanzas y también diferencias que son las que hacen resaltar el interés de este caso.

El primer caso que cita la Enciclopedia francesa de Oftalmología es el de Landesberg, niño de 17 días, con un *gerontoxon* completo y bilateral. La madre, de 19 años, tiene la misma anomalía congénita.

El segundo caso es el de Hilbert, niño de tres semanas, con una opacidad anular de color blanco lechoso, de un milímetro de ancho, alejado un milímetro del borde corneal, interrumpida la parte inferior por un espacio de 3 milímetros. Córnea más pequeña y palidez de la pupila.

Estableciendo un parangón entre estos dos casos y el mio, llama la atención la existencia en los dos primeros de otras anomalías congénitas en el mismo individuo o en sus familias, lo cual no tiene lugar en el caso que expongo.

Hay una enfermedad con la cual una vez evolucionada puede confundirse el caso presente. Me refiero a la queratitis marginal profunda descrita por Fuchs. En estos enfermos que también son muy raros la opacidad que queda, no está separada del limbo corneal por una zona de córnea transparente sino que continúa hasta el limbo corneal confundiéndose con las fibras más superficiales de escleróticas que recubren más o menos extensamente el limbo corneal.

El paradigma fisiológico de las distrofias corneales, es decir, el *gerontoxon* tiene grandes analogías con el *embriotoxon*.

El arco senil propio de las edades avanzadas sabido es, que comienza en la parte superior, después en la inferior y por último uniéndose sus extremos se completa el anillo que queda siempre separado del limbo corneal por una zona de córnea transparente. Pero la edad del enfermo, el estar interrumpido el anillo en los sitios donde el *gerontoxon* precisamente comienza a formarse le diferencian del caso que he tenido el honor de presentar como curiosidad científica.

Sociedad Española de Higiene

TEMA DEL CURSO 1917

**Reformas beneficiosas para la vida del obrero en España
y medios más eficaces
para disminuir los accidentes del trabajo**

Como base motivativa de discusión que las mejore, reforme o sustituya, formulamos las siguientes

CONCLUSIONES

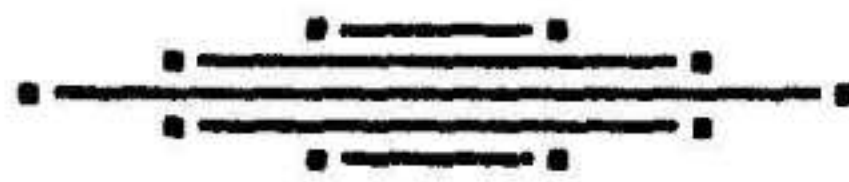
Educativas.—Perentoria celebración en Madrid de una Exposición internacional de Economía social, acompañada de Congresos, concursos, Asambleas, premios, etc., que deje instalado un Museo social nacional con ramificaciones locales y especial. Sección de prevención de accidentes del trabajo bajo el protectorado del Estado, Diputaciones provinciales y Municipios, para ser medio efectivo de progreso en la economía nacional, laborando en aumento de salarios, rebaja de jornadas, abaratamiento de subsistencias, la casa sana y barata, mutualidad y cooperación, con preferencias esenciales al menor, la mujer y el débil. Obligatoriedad de la enseñanza oficial de cartilla higiénica del obrero y su familia y de la de previsión social como últimas asignaturas de la primera enseñanza y de las Artes, Oficios e Industrias.

Legislativas.—Reforma y completación, con menos cantidad y más calidad, de la legislación social y vigente en España, prologada en las Cortes con reforma orgánica del Instituto de Reformas sociales, devolviendo primer alcance Juntas locales con posible ponderación económica-político, patronal obrera y técnica y suficiente previo conocimiento de la capacidad productiva nacional y su infortunio, aprovechando experiencias y transformaciones del trabajo por la contienda mundial. Estadística por regiones, sexos y edades y especializada. Establecimiento del seguro obligatorio social (forma alemana). Protección en lo no obrero al mutualismo voluntario (modelación francesa) y a la cooperación (forma inglesa y norteamericana).

Compensativas.—Conceder más directa intervención en organización y legis-

lación en lo económico-social a la Medicina, Pedagogía y Sociedades de higiene que pueden y deben remediar, orientar y educar en el bienestar obrero; conservando, aumentando y mejorando la mano de obra y producto nacional. Dar inusitada publicidad a hechos similares al del Conde Chabrun, fundador del Museo Social de París; al del Roel, que dejó medio admirable de divulgación de interesantes cuestiones sociales; al de Cesáreo del Cerro, que legó una cantidad a la Casa del Pueblo para educación obrera; y al de la Sra. Romero, viuda de Currel, empleando millones en el Hospital para jornaleros, para incitar a poderosos y aristócratas que en vida les sobre riqueza o a que al morir Romaguerras, Sevillanos, etc., se acuerden algo de la regeneración de raza, de utilidad en la especie y de la reconstitución patria que sus voluntades producirían con obras afectas a la higiene del productor nacional.

F. MARTÍ DALMAU



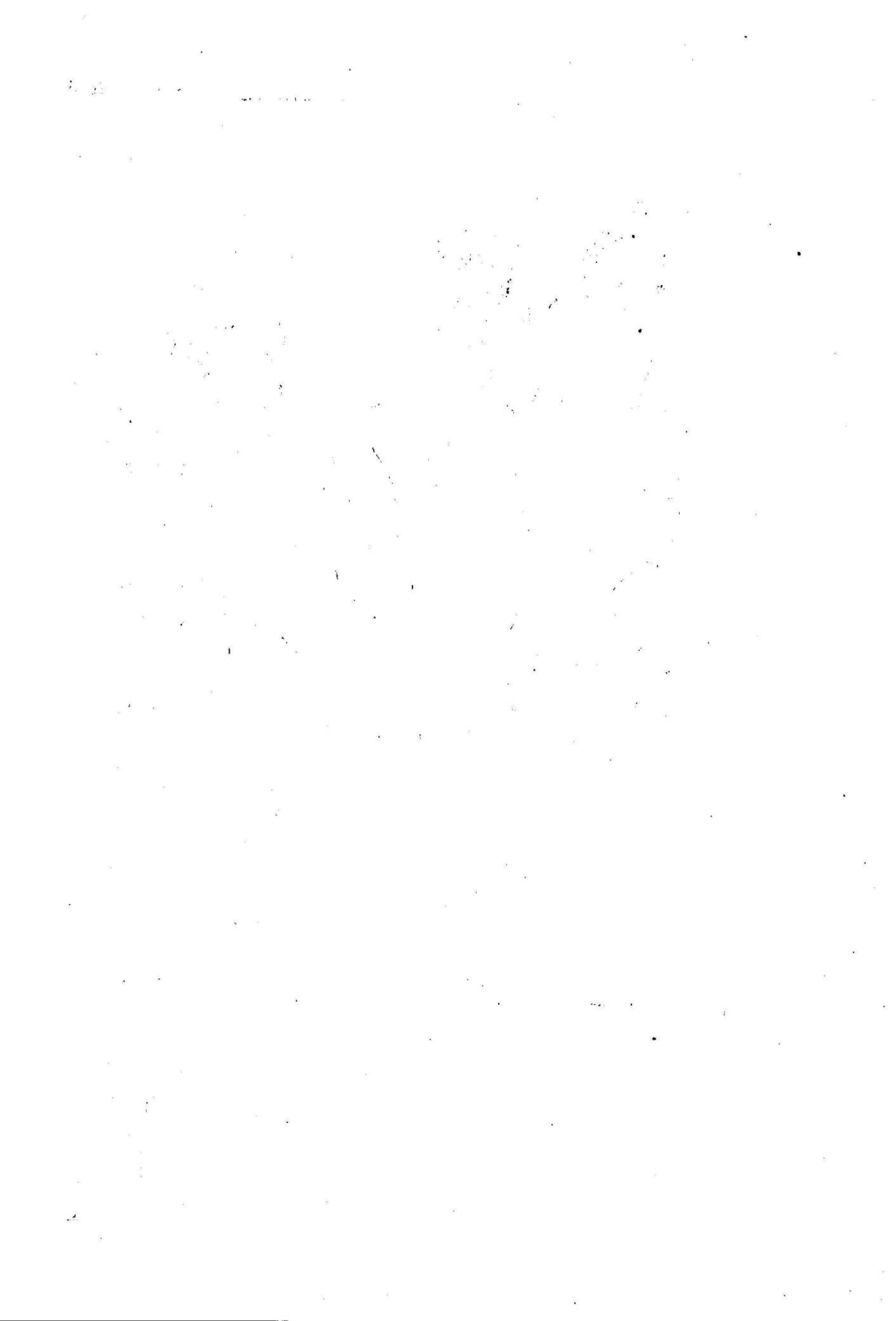
GALERÍA DE CARICATURAS



DR. SANCHEZ POZUELOS

Director-Fundador de MURCIA MÉDICA





SECCIÓN VARIA

Fundación Santa Cándida

III

TENEMOS PARA TODOS

Al Dr. Recasens, Presidente del
Patronato de la Fundación Santa
Cándida.

Dado que el órgano oficial de la Fundación deja sin contestar y rebatir los cargos y objeciones que hemos hecho a los *recursos con que CUENTA para cumplir sus propósitos* (1) y dado que la *meridiana claridad* con que ofreció contestaría a cuantos reparos y dudas sugiriese el proyecto, no aparece por ninguna parte; y en el deseo de que *nuestro razonado y sereno estudio crítico* (2) o *filípica razonada y contundente* (3) no tenga por émulo al más tenebroso silencio que no corresponde a la serenidad, razón y hasta contundencia de nuestros artículos, a V. como Presidente del Patronato de la Fundación Santa Cándida dirigimos los argumentos que llevamos expuestos en los números 23 y 24 de esta revista.

Por propia conveniencia, el aludido Patronato que V. preside no debe seguir haciendo oídos de mercader a cuanto llevamos dicho y seguiremos diciendo mientras no aparezca la *meridiana claridad*.

A ello está obligado el Patronato que naturalmente velará por *adquirir crédito benéfico* (4) condición *sine qua non* le será difícil llevar adelante su obra, ya que para

(1) Escritura otorgada por la Fundación en 19 de Enero 1917 y escritura del 11 de Marzo del mismo año por anulación de la anterior.

(2) *Gaceta Médica del Sur*—número 861.

(3) *Policlínica*—suplemento al número 49.

(4) Suplemento de *Los Progresos*—número 102.

conseguirlo no le bastará con divulgar la Institución, sino que habrá de aclarar las dudas, reparos u objeciones que le salgan al paso.

Y debe ser especial interés de V. que las objeciones queden rebatidas, ya que el cargo de Presidente del Patronato de la Fundación no nos parece el más apropiado para quien como V. *está tan en desacuerdo con los procedimientos actuales de propaganda farmacéutica y colaboración médica a ella con tanto o sin tanto por ciento*, siendo el de la Fundación uno de los actuales procedimientos de propaganda de específicos con tanto por ciento. Nosotros, Sr. Recasens, que tenemos alto honor en contarle entre nuestros colaboradores y que como tal le sabemos distinguir, sentimos decirle que sufre manifiesta equivocación ingresando en «Santa Cándida» ya que según V. mismo dice no está de acuerdo con los procedimientos que pone en práctica para conseguir sus fines. Y si no es así, debe deshacer el equívoco pues de seguro habrá quien piense como nosotros. ¿No le parece a V. que así lo habrá pensado *El Siglo Médico y Gaceta Médica del Sur* cuando reproducen la carta que V. nos dirigió sobre Santa Cándida, antes de aceptar la Presidencia del Patronato?

Porque una de dos cosas. O está V. de acuerdo con los medios de que dispone «Santa Cándida» o no lo está. Si lo primero, requiere aclarar el sentido de su carta pues de ella deducimos todo lo contrario. Y si lo segundo, la Presidencia del Patronato debe desempeñarla quien esté conforme con los procedimientos y no V.

Además, si V. revestido de su prestigio de Catedrático y Decano de la Facultad, preside una obra que aunque benéfica tiene su fundamento en una *propaganda obligada* (1) de productos farmacéuticos, contribuye a fomentar el culto al específico con innegable menoscabo de las sanas enseñanzas terapéuticas. Es el primer paso para llegar a la abolición de la asignatura de Terapéutica en el plan de estudios de nuestra Facultad, ya que el alumno irá formándose en ese nuevo ambiente que le da la fórmula hecha sin tener que preocuparse de estudiarla a la cabecera del enfermo, y que a la vez del ahorro de trabajo le produce una comisión, un corretaje. ¿Cabe más cebo? ¿Cabe más sugestión para olvidar la Terapéutica?

Ha dicho V. que no está conforme con el anuncio en periódicos médicos. Aparte de que no hay revista española alguna de medicina (incluso la que V. dirige) que no los lleve, *opinamos* que el anuncio es lícito, correcto y moral siempre que no sea en artículos seudocientíficos de reclamo, puesto que él no obliga a que se le recomiende; en cambio, cuando un específico ofrece o da un corretaje o comisión, el estímulo de las pesetas induce a prescribirlo; convirtiéndose dicho estímulo en *forzosa obligación* cuando su importe ha de constituir, casi exclusivamente, el ingreso más seguro de la *obra* a cuyo fin se destina. Puesto que si no se receta, la *obra* no vive.

(1) Propaganda obligada por instinto de conservación.

Finalmente. Tenga presente que la base de nuestros reparos está en la siguiente argumentación: ¿Es moral que el médico acepte del productor de específicos, una peseta por cada frasco que recete?—Decimos que no; y pensamos que V. también con nosotros ya que le consideramos incapaz de prescribir un producto que le ofrezca corretaje o comisión por recetarlos. Aun más, pensamos que sería bastante la indicación del tanto por ciento para que dejase de prescribirlo, si ya lo hacía con anterioridad a la oferta. Pues bien; *si esto no es lícito, si esto no es correcto y si esto no es moral*, diga V.: ¿Qué será el medio propuesto por la Fundación para allegar recursos, que consiste en ese tanto por ciento de lo recetado?—A nosotros nos parece la misma cosa, con la sola diferencia de que en vez de depositarse la comisión en el bolsillo del médico que recetó, se hace a un fondo común para realizar un fin benéfico.

El fin será altruista, simpático, caritativo, todo lo que se quiera, pero el medio es reprobable. No es bastante con que el fin sea benéfico si los medios son ilícitos, que nunca aquél justifica a éstos.

Para el Dr. Ortega Morejón, Presidente de la Comisión ejecutiva del Patronato y Presidente de la Asociación de la Prensa Médica Española.

Un hecho.

Recientemente ha celebrado la Asociación de la Prensa Médica Española varias sesiones para tratar de la Fundación Santa Cándida. De los acuerdos tomados en dichas reuniones, *Revista Médica de Sevilla* dice: (1) «sin ser absolutamente conocidos es seguro que son contrarios a los medios que proyectaba emplear dicha Fundación» y *Extremadura Médica* (2) «acuerdos cuyo espíritu coincide con el criterio expuesto por Vds. en el número 23 de la estimable revista que tan dignamente dirigen». Y no más testimonios. Con uno de los dos apuntados nos bastaba, pero a mayor abundamiento ambos demuestran que la Asociación de la Prensa Médica Española se ha pronunciado en contra de los procedimientos de la Fundación; al menos, «no se vió a nadie que se atreviera a cargar con los pañales ensuciados por la pública murmuración» según dice *Boletín de la Asociación de Médicos titulares* (3).

Otro hecho.

En el suplemento número 99 de *Los Progresos* aparece definitivamente constituido el Patronato de Santa Cándida. En él aparece como vocal del mismo y Presi-

(1) En su número 818.

(2) En carta que al final publicamos.

(3) Número 336—4.ª época.

dente de la comisión ejecutiva D. Luis Ortega Morejón que a su vez es Presidente de la repetida Asociación de la Prensa Médica Española.

Estimamos incompatibles las dos presidencias ya que la Asociación se ha pronunciado contra los procedimientos del Patronato.

El Sr. Ortega Morejón será visto en la Asociación como afecto a «Santa Cándida»; y en el Patronato, siempre será el Presidente de la Asociación de la Prensa Médica opuesta a los medios de la Fundación Santa Cándida,

Conceptuamos su situación un tanto crítica. Y créalo, debe dimitir una de las dos presidencias que el asunto no tiene otro arreglo.

Al Patronato de la Fundación Santa Cándida.

Dice el suplemento número 100 de *Los Progresos* «Anulada la escritura que otorgamos el 19 de Enero, la hemos modificado en esta forma» (aquí la escritura).

En el capítulo referente a los medios para allegar recursos, aparece el 4.º en que se mencionan los *donativos seguros* de los fabricantes de específicos, cuyo texto es idéntico al publicado en la anterior escritura. En este punto no ha habido variación.

En el suplemento número 99 de la misma revista se dice «que la Fundación no había expuesto otra cosa que su finalidad y una enumeración de las fuentes de ingreso posibles» y que «los procedimientos para obtener recursos se desconocen todavía porque corresponde proponerlos y aprobarlos a una junta del Patronato».

Nosotros hemos demostrado (1) que dichos procedimientos se llevaron a la práctica sin el referido requisito, sirviéndonos de prueba que el órgano de la Fundación anunció en varios de sus suplementos «productos recomendados por la Fundación Santa Cándida» y nos sirve de contraprueba la rectificación de dicha ligereza, no volviendo a publicar más la hoja de la recomendación de específicos, sin duda porque al ver la polvareda levantada con el 4.º de los procedimientos, era conveniente calificar lo hecho hasta entonces como ENUMERACIÓN y cargar el mochuelo al Patronato.

Y por último, en el suplemento 102 aparece el estudio que ha hecho el Patronato del modo de regular la admisión de los donativos de los autores de especialidades. Hemos leído la referida ponencia que *en nada se diferencia* del procedimiento expuesto y llevado a la práctica con anterioridad por *Los Progresos*.

Vamos a demostrarlo.

La Fundación concede el título de socios protectores y honorarios a los produc-

(1) MURCIA MÉDICA, número 24, pág. 166.

tores y dueños de especialidades farmacéuticas que no tengan inconveniente ni temor alguno en someter sus productos a una fiscalización de personas competentes, y que además destinen UNA PARTE DE SUS BENEFICIOS a los fines de la Fundación. Hasta aquí, todo es igual a como se había hecho la ENUMERACIÓN de medios con su CUENTO ORIENTAL y todo.

De modo que, para ser socio protector, no basta con pagar el *tanto por ciento de la utilidad*, sino que además el aspirante habrá de dejar fiscalizar su específico. Y esto ¿para qué?—Para que dictaminen sobre su bondad. Y ¿para qué dictaminar sobre su bondad?—Eso no lo dice la ponencia; pero es lógico suponer será con el fin de recomendarlo, ya que para admitir donativos no creemos haga falta más que voluntad en el donante.

¿Para aceptar un donativo de un señor particular, se le exige someta sus obras, su industria o sus operaciones a una fiscalización, para que probada la bondad de ellas pueda admitirse su donativo? Y sino es para recomendar el específico ¿por qué se establece un capítulo aparte para los fabricantes de específicos, en vez de incluirlos en el de donativos de médicos, farmacéuticos o particulares? Repetimos que la ponencia no dice el por qué de esos requisitos para aceptar un donativo, pero se comprende que sólo sea como garantía para hacer una recomendación del producto adherido.

Es pues, la misma cosa puesta ya en práctica con anterioridad y presteza por *Los Progresos*, aunque con algunas ligeras diferencias que afectan al ropaje del asunto. Así por ejemplo: ya no es suficiente, como antes, la garantía de la Real Academia de Medicina; ahora se exigen análisis de laboratorios, certificados de experimentación clínica, informes de Academias, literatura científica y cuantos elementos de juicio sean precisos para juzgar con severidad. Además, es hasta gracioso el giro que quiere darse a este proceder. Se ha dicho (1) que la acción fiscalizadora de selección y bondad de los medicamentos ejercida por la Fundación, quizá tenga más importancia social que los socorros a las familias de los médicos pobres, con ser este fin tan magnífico y el primordial de la «Santa Cándida». Y si no es graciosa esta interpretación será para tomada en serio y entonces..... fuese caso de proponer a la Fundación Santa Cándida para la Cruz de Beneficencia y suprimir de una plumada los elementos oficiales encargados de velar por el cumplimiento de las ordenanzas de farmacia.

En resumen. Siendo el procedimiento para allegar recursos el mismo *literalmente* ahora que antes, pues la nueva escritura de la Fundación no difiere en ese punto de la anterior, y el mismo en *esencia* que el llevado a la práctica por *Los Pro-*

(1) Suplemento de *Los Progresos* número 102.

gresos antes de someterlo a la aprobación del Patronato, según acabamos de demostrar, nuestros argumentos expuestos en números anteriores quedan en pié, probando permanentemente, mientras no se demuestre lo contrario, lo ilícito del medio.

Para *dejar de serlo* habían de hacerse los donativos prescindiendo del reclamo, en cuyo caso huelga la inspección de productos; habían de ser subvenciones voluntarias en cuanto a la cantidad y no tanto por ciento o parte de utilidades de los frascos recetados; en una palabra, los donativos de un fabricante de específicos deben reglamentarse como si de los de un señor particular o farmacéutico o médico se tratase (medios 1.º y 2.º que aparecen en la escritura de fundación).

Para «Hojas Médicas»

Dos palabras al estimado colega agradeciendo su atención por contestar a nuestro requerimiento para que emitiera su opinión en el asunto «Santa Cándida» y hacerle a la vez una aclaración sobre punto capitalísimo, cual es la calificación de inmoral que hemos dado al *procedimiento más lógico y seguro*.

No hemos dicho que la Fundación sea inmoral, ni sus elementos inmorales, ni los médicos inmorales y finalmente, ni los farmacéuticos inmorales. Sólo hemos dicho que puede haber algún fabricante que lo fuese y esto no lo decimos solamente nosotros. Lea el colega el suplemento de *Los Progresos* número 102 «.....pues tal vez sea posible lleguen a evitarse los verdaderos delitos que a diario se cometen por algunos fabricantes de especialidades, con notorio engaño del público.....» y se convencerá.

Afirmamos lo de inmoralidad porque *el tal recurso no es una subvención a voluntad del fabricante, sino que se trata de un tanto por ciento por cada frasco*; por ejemplo, peseta por frasco. Nos remitimos a la argumentación hecha sobre este particular al Dr. Recasens, al principio de este artículo.

Y por tanto, habiendo peseta por frasco, habiendo ese convenio, esa ligadura, ese compromiso, ese estímulo, esa *obligación*, en fin, que adquieren los médicos adheridos a recetar los productos de «Santa Cándida», *porque con sus prescripciones aumentarán los fondos sociales y sin ellas desaparecería la Fundación por carecer de recursos* ¿no hay motivo para pensar que la codicia del corretaje hará olvidar la bondad del producto y hasta su acertada indicación? Por eso es inmoral.

Hagan en buena hora los productores sus donativos, pero sin estímulo, sin compromiso, sin reclamo; subvención voluntaria en la cantidad, ya se le recete o no; prescídase de la recomendación de los productos que hagan donativos; trátase a los productores como a los particulares o como farmacéuticos o médicos

y entonces, sin reclamo, sin estímulo, sin compromiso, sin obligación alguna, el medio será lícito y moral. ¿Está entendido?

Para "Los Progresos de la Clínica,"

No debíamos contestar las insidiosas preguntas que el órgano de Santa Cándida nos dirige, puesto que el hecho de ocultarse el firmante con el seudónimo indica falta de *hidalguía* para suscribirlas y de *valor cívico* para hacerlas con el propio nombre.

Nuestros escritos los firmamos con nuestros propios nombres y aquí estamos para defenderlos.

Las insidias encubiertas con el seudónimo no pueden empañar nuestra honradez. La insidia es rastrera; la hidalguía está a cien codos por encima. Los salivazos del insidioso caen en su propio rostro; no pueden llegar a mancillar nuestra honorabilidad. Tal es el desnivel.

Pero para dar ejemplo al órgano de Santa Cándida que, dicho sea de de paso, nos ha retirado el cambio (¿¡!?), vamos a contestarle, pero a condición de que él a su vez ha de responder a las preguntas que a continuación le haremos.

Y empezamos a contestar las que nos hizo:

¿A quién interesa?—A algunos fabricantes que en beneficio de sus intereses, no pudiendo enriquecerse por la benevolencia de los médicos, o no pudiendo dar a conocer sus productos por falta de medios, sienten la *altruista* necesidad de socorrer a «Santa Cándida» para que ésta les haga enriquecer y los cacarée.

¿Por qué ofende MURCIA MÉDICA a toda la clase médica española suponiéndola capaz de recetar medicamentos en casos que no estén indicados?—No sabemos qué entenderá *Los Progresos por toda la clase médica española*. Si las adhesiones con que cuenta su benéfica obra suman el total de *doce mil* médicos, tendría derecho a hablar así. Pero bien sabe que no llegan *al diez por ciento* de la cantidad total y eso porque las pidió y obtuvo antes de publicar los procedimientos.

Nosotros tenemos valiosas adhesiones de sólido prestigio a nuestra campaña y no les negará el colega el derecho a pertenecer a la clase médica española.

La preguntita tiene un fin y no loable por cierto, con intento de malquistarnos con la opinión. Tales *procedimientos* son contraproducentes. ¿Cuándo hemos supuesto tal cosa?. Lo que decimos es que la peseta por frasco recetado, mejor dicho, la codicia del corretaje hará olvidar hasta la verdadera indicación. Y es motivo suficiente para pensar así. Eso no es ofender a la clase médica. A nuestro modo de pensar, es lo mismo que si dijera el colega, refiriéndose al legista que previó el adulterio y lo incluye en el código penal, que ofende a la mujer española.

¿Por qué ha emprendido MURCIA MÉDICA esta campaña?—Esta pregunta capciosa

del colega, que por no llevar firma alguna cargamos a la responsabilidad de los Directores de *Los Progresos de la Clínica*, deja entrever una falsa y mal intencionada sospecha.

Porque nuestros anunciantes no hayan ingresado en «Santa Cándida», no es motivo bastante para suponernos influidos por ellos en nuestra campaña. Es bastante garantía de lo que afirmamos, *nuestros nombres* estampados al pié de *nuestros artículos*. A quien no merezcamos tal crédito, le suplicamos se atreva a suscribirlo. Cuando se dicen verdades, no debe haber inconveniente en reconocer su paternidad.

Y conste que no nos salimos de los límites de la *serenidad* y de la *razón*. Siempre criticaremos con ellas por norma. Así daremos ejemplo y enseñanza, que buena falta le hace, al *colega del couché*. Por lo demás, tenemos dicho y repetido el por qué de nuestra campaña.—Por el buen concepto, por el prestigio de la clase. Y no somos nosotros solos. Vea el colega las adhesiones que publicamos y seguiremos publicando.

¿Tiene alguna relación MURCIA MÉDICA con algún conocido fabricante?—Con varios; y entre ellos, con algunos que después de estar en «Santa Cándida» se han ido a su casa y nos contarán cosas de allá. ¡Qué inocente y cómo se pasa de listo el colega! Las demás revistas anticandidistas, los patronos dimisionarios, etc., todos deberán, según el colega, ser amigos de fabricantes. Los dedos se le figuran enemigos. ¡Qué candidez!

Y ahora querido colega, ahí van las preguntitas, para que las conteste (si puede y quiere).

Si tan moral es el 4.º procedimiento ¿por qué no refutan nuestros argumentos?

¿Por qué anunciaron (cuando no había más que ENUMERACIÓN) «Productos recomendados por la Fundación Santa Cándida», y luego sin más explicaciones dejaron de hacerlo? ¿Fué un ensayo o es que alguno se retiraba.

El órgano de Santa Cándida, para que no nos enteremos de la campaña que con tan *meridiana claridad* viene realizando, nos priva del placer de saborear sus escritos. ¿Temen nuestra crítica? ¿Por qué concepto nos han retirado el cambio? Como antítesis de esa descortesía, en este mismo número damos por nuestra parte una buena prueba que el colega sabrá hallar y no aclaramos por el respeto y admiración que nos merece la persona aludida; y conste que no hemos aumentado gratuitamente nuestra biblioteca.

¿Tiene alguna relación *Los Progresos* con algún conocido depositario de específicos?

Sres. de *Los Progresos*: Si Vdes. no contestan, no les extrañe que empecemos a *darles avisos*.

Adhesiones de Prensa

Para demostrar que no estamos solos, que son muchos y de calidad los que piensan como MURCIA MÉDICA, empezamos a publicar las adhesiones que hemos recibido de estimados colegas a quienes agradecemos la cortesía contestando a nuestra indicación, para conocer el juicio que les merece la Fundación Santa Cándida:

«**Extremadura Médica**», Badajoz.—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Distinguidos y estimables compañeros: La Dirección de *Extremadura Médica* que se honró en sumar su modesta cooperación a la Fundación Santa Cándida antes de conocer los recursos con que contaba, se adhiere a los acuerdos tomados por la Asociación de la Prensa Médica en las sesiones celebradas en Madrid los días 13 y 15 de Febrero último, acuerdos cuyo espíritu coincide con el criterio expuesto por ustedes en el número 23 de la estimable revista que tan dignamente dirigen.

Les es muy grato reiterarse de ustedes afectísimos compañeros ss. ss. q. les e. sus manos, *Rafael Salazar, Mario G. de Segovia y Mateo de la Villa.*

«**Gaceta Médica del Sur**», Granada. Director: *Dr. Velázquez de Castro, Catedrático de Terapéutica.*—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Muy Sres. míos y distinguidos compañeros: Felicito a ustedes en nombre de esta *Gaceta Médica del Sur*, por su razonada y enérgica campaña contra esa Fundación habilísima explotadora de específicos y de anuncios en una revista.

Esta publicación está cooperando a la obra de dilucidación emprendida por la Asociación de la Prensa Médica, que, a la vez, es obra de saneamiento.

También, el Dr. Simancas Señán, antiguo Secretario de la Redacción de esta *Gaceta*, lleva publicados en la Prensa diaria de Granada dos briosos artículos, en los que, por su parte, procura desenmascarar a la «Santa Cándida» de un modo sereno y razonado.

Creemos que ese engendro no puede en modo alguno ser aceptado por los Médicos y los Farmacéuticos españoles.

¿Cómo los que lo tenían pensado buscaron los centenares de adhesiones (yo mismo me adherí) antes de darlo a conocer?

Con este motivo, quedo de ustedes muy afmo. compañero s. s. q. l. e. l. m.,
S. V. de Castro.

«**La Clínica Moderna**», Zaragoza. Directores: *Dr. Royo Villanova, Catedrático de Patología Médica; Dr. Lozano Monzón, Catedrático de Patología Quirúrgica.*—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Mis distinguidos compañeros: En

contestación a su atenta, tengo el placer de comunicarles, que los Directores y propietarios de nuestra publicación, están conformes con el juicio que a ustedes sugiere la Fundación Santa Cándida.

Incondicionalmente quedo de ustedes afmo. amigo s. s., *Felipe Saenz de Cenzano*.

«**Revista Médica Barcelonesa**».—**A MURCIA MÉDICA:** En su número de Febrero este apreciable colega se ocupa en la «Fundación Santa Cándida» requiriendo el parecer de la Prensa profesional respecto al punto capital de los ingresos. Estamos de acuerdo con su criterio. Además han llegado a nuestra noticia otros detalles que, a ser ciertos, desvirtuarían el valor de una obra que nació tan hermosa y simpática. No queremos decir más hasta tener datos fehacientes.

«**El Eco Médico-Quirúrgico**», **Valladolid.** *Director: Dr. G. Clavero del Valle.*—Sres. Directores de MURCIA MÉDICA. Mis distinguidos colegas: He tenido el honor de recibir su atenta carta en la que me pide mi opinión acerca de la Fundación Santa Cándida, de la cual me entero *ahora como periodista*, extrañándoles de seguro esta ignorancia.

Como *El Eco Médico-Quirúrgico* es una publicación muy modesta, no tiene cambio con *Los Progresos de la Clínica*, así que nada he sabido directamente de dicha Fundación.

Por la Prensa médica llegaban hasta mí noticias del proyecto y me pareció muy digno de alabanza por el fin altruista que persiguen y aplaudía con entusiasmo la idea de las mentalidades que laboran en la supradicha revista, pues nuestra clase carece de instituciones benéficas que sirvan de amparo a los huérfanos, a las viudas y a los compañeros desvalidos.

Pero llega a mis manos el último número publicado de MURCIA MÉDICA y en él se expone y se discute este asunto y cambio mi opinión, no acerca de la bondad de la Fundación, la que como he dicho me parece excelente, sino que no creo muy efectivos los recursos con que contarán (no como dicen, cuentan) para cumplir sus propósitos, sobre todo el 1.º, el 2.º el 4.º, el 5.º y el 6.º.

Respecto al 4.º ingreso estamos en un todo conformes con el criterio que sustenta esa apreciable revista porque se trata de imponer dos obligaciones: una a los fabricantes de específicos de que contribuyan al sostenimiento de la Fundación y otra a los médicos para que formulen de determinados preparados. Resultando que nosotros sostendríamos la competencia entre los farmacéuticos adheridos a la Fundación y los que no les pareciese conveniente auxiliarla y el público sensato opinaría acaso muy desfavorablemente de estas alianzas médico-farmacéuticas.

Como ven, mi criterio es idéntico al sustentado por Vdes.; así que concluyo esta carta enviándoles un afectuoso saludo y ofreciéndome afmo. s. s. q. e. s. m.,
Gerardo Clavero del Valle.

LOS DIRECTORES DE MURCIA MÉDICA

* * *

A punto de terminar la confección del presente número, llega a nuestro poder la siguiente circular que publicamos sin comentarios. Dice así:

Por la honradez de los Médicos españoles

CÓMO SE HUNDE UNA FUNDACIÓN

...«Y aquella tarde la pasó Sancho en hacer algunas ordenanzas tocantes al buen gobierno de lo que él imaginaba ser su insula»...

(Don Quijote, parte segunda, cap. LI).

Pero Carracido, Cortezo, Tapia, Grinda y otras personalidades no debieron considerar como buenas las ordenanzas dictadas, e impidieron la constitución del Patronato de *Santa Cándida* tal como fué concebido en un principio por los organizadores. Surgió la lucha y tras prolongada incubación aparecieron en el suplemento número 100, *Los Progresos*, estas ingenuas líneas: «*Desgraciadamente el éxito no ha correspondido a nuestras esperanzas*». Yo considero feliz esta desgracia, porque el principal motivo de discusión continúa vigente: *los fabricantes de especialidades farmacéuticas y los propietarios de aguas medicinales harán donativos a la Fundación Santa Cándida* y véase de qué manera hemos de corresponder a tan noble merced. «Es de suponer que los señores médicos que tan desinteresadamente nos han ayudado hasta ahora a acreditar nuestros productos *continúen haciéndolo con mayor gusto, pues hoy no perseguimos ya solamente nuestro negocio, sino que aspiramos (!) a engrandecer a la Fundación, a ellos y a sus familias dedicada*».

Claro está el juego: el fabricante hace los donativos; el médico, la propaganda; y este convenio, origina un indigno corretaje, un bochornoso tanto por ciento; y el previo acuerdo transformará las oficinas de farmacia en expendedurias de específicos, los cuales serán de elaboración más o menos esmerada, pues que la venta quedó garantida; y el cliente, el infeliz cliente al que se le prescriba un específico, leerá entre líneas lo que dice aquella receta.

El ilustre doctor Cortezo prometió dejarse cortar su mano derecha, antes que suscribir con su firma lo que consideraba un acto inmoral. «Cándido cubileteo con

específicos» ha sido el título empleado por *Gaceta Médica del Sur*, para encabezar algún escrito relativo a la discutida Fundación y los valientes Directores de MURCIA MÉDICA, opinan que no prosperará la idea, confiados en la HIDALGUÍA de los médicos españoles.

Si la clase médica siente anhelos de redención, si quiere dignificarse aún más, no es posible que consienta, no consentirá el desinteresado donativo de los fabricantes de específicos, aunque su viuda y sus huérfanos queden en una miseria honrada, preferible al relativo bienestar que le ofrecen a cambio de su dignidad: los médicos, más dignos y más fuertes que el padre de Galdo, sentirán el dolor con más intensidad que el hambre.

Decía el doctor Maestre, con razón, que el honor profesional es el único medio de redimirnos.

Ya ves, lector, cómo muere una fundación, apenas nacida; cómo los nobilísimos fines representados por el socorro a las viudas y a los huérfanos, se estrellan ante un medio equivocado; cómo un fatal *tanto por ciento* desmorona una obra que pudo ser grande y buena, porque la honradez profesional no puede salir a pública subasta. — *Dr. Simancas Señán.*

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.ª El tema es de libre elección.
- 2.ª Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
- 3.ª Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
- 4.ª Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.
- 5.ª 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.ª 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.º 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.

Bibliografía

Tratado de autopsias y embalsamamientos.—El diagnóstico médico-legal en el cadáver, por el Dr. Antonio Lecha-Marzo, Catedrático de Medicina legal de la Universidad de Granada.—Madrid, 1917.

He aquí un libro cuya necesidad se dejaba sentir vivamente, y quizás nadie más autorizado que Lecha-Marzo para escribirlo.

Dice Lecha en el prólogo de su libro: «Uno de mis compatriotas, antes de la publicación de este libro, me advirtió que, en Norte América, había aparecido la obra de Wadsworth». Ese compatriota soy yo, y si le hacía tal advertencia era temiendo un fracaso de su obra porque me parecía que era punto menos que imposible superar al médico de Filadelfia.

La obra de Lecha-Marzo no es ni mejor ni peor que la de Wadsworth; no es comparable; es cosa completamente distinta.

Desde nuestro especial punto de vista de la Medicina forense, la obra del autor español aventaja a la del americano, pues mientras en ésta sólo se destina una parte de ella (de la página 475 a la 547) a las cuestiones médico-legales, la obra de nuestro compatriota tiene, desde la primera página, un sabor médico-legal inconfundible y que la hace más sugestiva.

El libro americano es inmejorable en lo que se refiere a diagnóstico anatómico-patológico en el cadáver; la obra de Lecha-Marzo es insustituible en lo que se refiere a autopsia médico-legal.

Se me objetará que el diagnóstico médico-legal en el cadáver está exclusivamente basado en la anatomía patológica de los órganos, y si bien esto es cierto en términos generales, hemos de reconocer que la autopsia médico-legal tiene una porción de detalles, abarca algunos problemas que no se tienen en cuenta al hacer las autopsias desde un punto de vista clínico.

El que quiera convencerse prácticamente de ello no tiene más que ir al departamento de autopsias de la Facultad de Medicina y al depósito judicial de cadáveres. En uno y otro sitio se hacen las autopsias de un modo inmejorable; en la Facultad, desde un punto de vista clínico (el nombre del Sr. Ruiz Arcaute, encargado del Departamento, es la mejor garantía); en el Depósito, desde un punto de vista médico-legal. Y aunque unos y otros se basen, en último término, en el análisis de las lesiones, para descubrir la causa de la muerte, la manera de hacer, y la técnica misma, varían en uno y otro caso.

La autopsia médico-legal tiene carácter propio. «No basta que se trate de un anatómo-patólogo para que sepa evaluar y coordinar los resultados de la autopsia para los fines de la justicia; muchas soluciones sólo puede encontrarlas el médico-legista».

La obra está dividida en dos partes y un apéndice.

En la primera parte, los cuatro primeros capítulos (excepto el 1.º destinado a historia) se ocupan de fenómenos cadavéricos, con una extensión mayor que los manuales corrientes de Medicina legal.

El capítulo destinado a diagnóstico de la muerte es completo. Conocida de todos es la competencia del autor en estos asuntos, así como su signo de muerte cierta (prueba de la acidez del globo ocular).

Dedica una parte no pequeña al diagnóstico del modo rápido o lento de la muerte, describiendo con detalles, además de la docimasia hepática, de Lacassagne y Martín, la docimasia suprarrenal de Cevidalli y Leoncini, método no muy extendido en los manuales corrientes.

El capítulo diez es francamente médico-legal. Se ocupa del cadáver en relación con los lugares del crimen y de la identificación (obtención de la ficha dactiloscópica del cadáver, toilette, examen de los vestidos, retrato hablado, tatuajes, talla, peso y edad aproximada; fenómenos cadavéricos, estado de los tegumentos; equimosis, cicatrices, otras lesiones; diferenciación de las heridas en el vivo y en el cadáver, etc.

Se ocupa después de la autopsia propiamente tal, describiendo la autopsia completa, con los diferentes cortes de los órganos para estudiar a fondo las lesiones. Esta parte está ilustrada abundantemente con fotografías y dibujos, que hacen más fácil y comprensiva su lectura.

Y termina esta parte con dos capítulos dedicados al aparato genital, en los casos de violación, y al cuello, en los ahorcados, estrangulados y degollados.

La segunda parte se ocupa de autopsias especiales en los casos de envenenamiento, cadáveres despedazados, carbonizados, práctica de la docimasia pulmonar y embalsamamientos, autopsia del recién nacido, etc.

Termina con un estudio completo de los métodos de laboratorio concernientes a la práctica forense, capítulo uno de los más interesantes del libro.

En el apéndice, da un modelo de informe y trae la parte legislativa de defunciones e inhumaciones.

Toda la obra está profusamente editada, con fotografías, dibujos, esquemas, etc.

Será un libro utilísimo, no sólo para los médicos forenses sino para todos los que practican el ejercicio de la medicina y que, por cualquier circunstancia, pueden verse obligados a actuar en cuestiones de Medicina legal. Con tanto mayor motivo para los médicos un poco alejados de los grandes centros de población, que se ven requeridos constantemente para auxiliar a la administración de justicia.

S. PASCUAL

Madrid

Conferencias organizadas por MURCIA MÉDICA

La del Dr. Gómez Ocaña

En nuestro constante deseo de ir ampliando la obra de cultura médica iniciada con la aparición de nuestra publicación y continuada en mayor escala con las reformas que sucesivamente se le han ido introduciendo, tócanos hoy sentirnos victoriosos en la nueva empresa soñada, ya que podemos anunciar la realización de ella a toda la clase médica.

MURCIA MÉDICA ha organizado una serie de conferencias a cargo de sus colaboradores y éstas tendrán su inauguración el día 16 del próximo mes de Mayo, en el local de la Real Academia de Medicina de Murcia, estando encargado de esta primera el eminente Catedrático de Fisiología de la Facultad Central, D. José Gómez Ocaña.

El tema elegido por el conferenciante es *El reposo, la actividad muscular y la dieta como agentes terapéuticos*.

Dada la altura científica del distinguido profesor y lo sugestionable de su tema, MURCIA MÉDICA invita a toda la clase médica y no duda que asistirá a dicho acto, dando con su presencia pruebas de su amor al estudio y a la cultura.

La segunda conferencia estará a cargo de nuestro paisano y colaborador el sabio Catedrático de Medicina Legal D. Tomás Maestre, el cual nos ha prometido fijará fecha y dará tema para la misma dentro de breve tiempo.

MURCIA MÉDICA ratifica desde sus páginas sincero agradecimiento a los Doctores Gómez Ocaña y Maestre por el alto honor que nos han dispensado y por las molestias que originamos a tan esclarecidos maestros de la ciencia médica.

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 11 al 15 de dicha obra.

MURCIA MÉDICA, órgano oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, en sesión de gobierno celebrada el día 16 del corriente, ha acordado declarar a **MURCIA MÉDICA** su órgano oficial, en atención a la publicidad que viene dándose en nuestra revista a los trabajos de la Corporación.

Nosotros agradecemos por lo mucho que vale la distinción honrosa que se nos hace, deseando que la intensa labor de la Academia con la modesta ayuda de nuestra publicidad sirva de estímulo para el estudio y contribuya a que se eleve el nivel cultural de la clase médica de nuestra región.



De nuestro catálogo

Obra nueva.—Mohr y Stachelin: 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. Lupiáñez*».

Pídanse prospectos detallados, que remite gratis la CASA EDITORIAL CAL'EJA, 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.

Publicaciones recibidas

Compendios Quirúrgicos: Tuberculosis. (Texto y atlas), por el Dr. D. Ricardo Lozano Monzón.

—*Formulario-Guía de Terapéutica de urgencia*, por el Dr. D. José Hernández Ibáñez

—*La locura de los niños*, por el Dr. D. Juan Barcia Caballero.

—Trabajos publicados por el Dispensario de Enfermedades del Aparato Digestivo del Instituto Rubio.

—*Roentgenterapia en el Tratamiento de los Miomas del Útero*, (Tesis de Doctorado), por el Dr. D. Miguel Fargas y Raymat.

—*Vacunoterapia en la Tos Ferina*, por los Dres. Carlos S. de los Terreros y Luis R. Illera.

—*Juicio crítico y valor efectivo actual de la Bacterioterapia*, por el Dr. Don Joaquín Aznar Molina. (Memoria laureada por la Real Academia de Medicina de Zaragoza, con el premio Gari).

—Discurso leído en la Sesión inaugural de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el año 1917, por el Dr. D. Pedro Ramón y Cajal, precedido de una Memoria por el Secretario de dicha Corporación Dr. D. Augusto García Burriel.

—*Contribución al tratamiento de la Viruela*, por el Dr. D. Francisco Reig, (trabajo laureado con el premio de la Real Academia de Medicina de Valencia).

—*Hipnotismo, Magnetismo y Sonambulismo*, por el Dr. N. Suárez.

—*Crítica de la Operación de Alvarez contra la úlcera de estómago* (contestación al Dr. López Fanjul), por el Dr. González Campos.

Noticias

Con motivo de las suntuosas fiestas de Semana Santa que con tanta solemnidad se celebran en esta capital, hemos tenido el gusto de recibir la visita de los Dres. de Madrid D. José Gómez Ocaña, Catedrático de la Facultad de Medicina; D. Blas Lázaro e Ibiza, Decano de la Facultad de Farmacia; D. José García del Mazo, Profesor del Instituto Oftálmico, y la del Dr. D. José María Abenza, médico de la Prisión de Albacete.

Aprovechamos esta oportunidad para ratificar nuestra sincera amistad a tan distinguidos huéspedes.



Prensa Médica Gaditana, reproduce el artículo *La difteria, el suero antidiftérico y tratamiento complementario en el estado actual*, por el Dr. Gallego Alcazar; *Los Progresos de la Clínica, Neurosis cardíacas*, por el Dr. Cañizo; *Policlínica Sevillana, Terapéutica de las prostatitis agudas blenorragicas*, por el Dr. Sánchez de Rivera; y *Policlínica*, de Valencia, y *Notas Médicas*, de Salamanca, *Sobre tuberculoterapia*, por el Dr. Martínez Ladrón de Guevara. A dichos colegas agradecemos la reproducción de los referidos artículos publicados en esta Revista.



La Real Academia Nacional de Medicina, ha nombrado Académico correspondiente de la misma a nuestro paisano y colaborador Dr. D. Salvador Pascual.

Y la *Revista Médica Barcelonesa* ha concedido el premio del pasado año al Dr. D. Fidel Fernández Martínez, también colaborador de esta Revista.

Nuestra enhorabuena a ambos jóvenes doctores que han merecido tales distinciones.



En el número anterior de nuestra Revista, en el artículo del Dr. Velázquez de Castro, titulado *La química del sarampión y la escarlatina* (página 151, renglones 6 y 7), hay una pasada de imprenta que desvirtúa el sentido y anula toda la fuerza del razonamiento. Donde dice: «...desconocidos a pesar de los grandes adelantos de la microbiología y del empleo del microscopio», debe decir: «...desconocidos, a pesar de los grandes adelantos de la microbiología y del empleo por ésta del ultramicroscopio».



Los Dres. Pando y Valle, Tolosa Latour y Cortezo llevan muy adelantados sus trabajos en pro de la institución de un Colegio de huérfanos de médicos, bajo la protección del Estado.

Asimismo, gracias a las gestiones de dichos señores no tardará en aparecer el ansiado Real Decreto referente al pago de los titulares por el Estado.



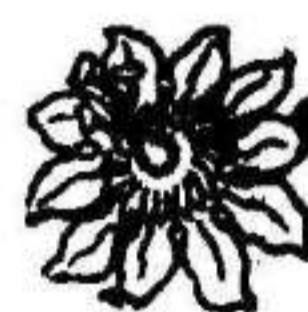
Correspondencia administrativa
con nuestros suscriptores » » »

- D. Manuel Barragán, Madrid.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Belarmino Rodríguez, Madrid.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Antonio Pavía, Aspe.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. José Cordero, Almería.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Antonio Bañón, Jumilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Aurelio Díaz, Sevilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. José Pantoja, Mula.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. M. Rodríguez Portillo, Barcelona.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. José García del Mazo, Madrid.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Gabriel Medina, Pétrola.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.
- D. Maximiliano Alloza, Castellón.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1917.





**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