

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO CIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospital.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
J. CORDINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Semiideas. Los portadores de gérmenes, por C. M. C.—Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por los agentes naturales, por Ramón Villegas.—Conferencia dada en la Facultad de Medicina, por el Dr. Sauerbrück.—El riñón y las glucosurias, por Justo Caballero y Fernández.—Saneamiento é higienización de España, por el Dr. Luis Muñoz Antuñano.—Bibliografía, por el Dr. A. Pulido Martín.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Agape íntimo.—La enfermera, por el Dr. Angel Pulido.—D. Alfonso X, el Sabio, por el Dr. D. Nicasio Mariscal.—Curso de Ginecología por el profesor Jean Louis Faure.—La aplicación del ceor-to de autonomía.—Sociedades científicas: Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Semiideas. Los portadores de gérmenes.

Mucho tiempo hace que tenemos aprendido y muchas veces hemos dicho, que la peor manera de ignorar las cosas es saberlas á medias, y se comprende esto, porque el que se reconoce como ignorante ó indocto en un asunto, no habla de él, y, por tanto, no se pone en ridículo ni contribuye á propagar falsos conceptos, o bien busca modestamente quien sobre ellos le informe; pero el poseedor de una semiidea, como la tiene por completa y acertada, se lanza á predicarla á su manera y á sacar de ella consecuencias, que ni la más remota relación con ella tienen, determinando fatales resultados entre los cuales no suele ser el menor el de juzgar que es cosa fácil de aprender, lo que requiere una lenta serie de conocimientos y una experiencia sistemáticamente adquirida.

Ejemplo al canto. Entrando de lleno á emitir una opinión sobre asuntos para hablar de los cuales se cree sin duda muy capacitado por su manejo de los logaritmos en la pizarra, del balduque en la oficina y del areolito en el campo, se lanza un señor ingeniero á dar su opinión acerca de la forma de propagación de la fiebre tifoidea, y, claro está, resbala y desbarra que es un consuelo... pero, eso sí, se queda con una satisfacción ingenieril, tan satisfecho como si acabara de explicar el hundimiento de una construcción por la dila-

tación de los materiales en una madrugada de primavera, cuando la construcción es de creer que estaba calculada para los calores del estío y los fríos del invierno.

Ha leído el buen señor que hay unos portadores de gérmenes, y sin esperar á más se lanza al público diciendo: «aquí está la inconsecuencia de los señores higienistas que atribuyen á las aguas el ser el vehículo de la propagación. ¡No señor, los propagadores son los portadores de los gérmenes! ¡Esos médicos no saben nada!»

Si la cosa no tuviera mayor trascendencia que la de una... ligereza, nos contentaríamos con lo que nos divierte y no nos tomaríamos el trabajo de llamar sobre ella la atención. Pero es el caso que el público tiene todavía el fetichismo del ingeniero, y cuando uno de los señores que lleva título de tal habla... ¡boca abajo todo el mundo! y boquiabierto todo su público.

Pues bien; si ese precipitado señor supiera lo que eso de portador de gérmenes significa, comprendería que ni ha descubierto ninguna novedad, pues no ha hecho más que aceptar un nombre nuevo de una cosa vieja ya, para un hecho vulgarísimo; ni tiene nada que ver la tal teoría de los portadores de gérmenes con el origen hídrico de las epidemias... de origen hídrico. Con efecto, con sólo una *mijita* de lógica, y otra de conocimiento del valor de las palabras (aun del valor vulgar), comprendería que un portador de gérme-

nes es un individuo que lleva á otro punto de aquél en que la adquirió la semilla de una infección. Lo que la teoría de los portadores de gérmenes presenta de interesante, desde el punto de vista epidemiológico, es que el portador no aparece como enfermo, es decir, que es un peligro para el contagio que puede pasar inadvertido, por no ofrecer síntomas de la enfermedad que en sí lleva con peligro de los demás. Ejemplos sencillos, para procurar ser bien comprendidos: un individuo que ha sufrido la fiebre tifoidea, pasa su convalecencia, entra en su vida normal, y durante un período de tiempo, que aún no se ha podido fijar y que probablemente varía en cada individuo, lleva en su intestino bacilos de Eberth, que para él no son ningún peligro, por estar inmunizado ó vacunado por la enfermedad misma, pero que lo son para otros mediante vehículos que pueden transportar los dichos gérmenes á los sanos y entre los cuales vehículos es el agua el principal y casi el único; otro sujeto que, por haber pasado en otra ocasión la enfermedad ó por causas más ó menos conocidas, es inmune respecto á ellas, puede portar gérmenes que ha bebido ó comido y parecer sano é inocuo y ser, sin embargo, un portador de gérmenes.

Ahora bien, ¿qué tienen que ver con esto los medios ó vehículos de transmisión del germen? Lo que afirman los partidarios del origen hídrico de la fiebre tifoidea (reduciéndonos al caso actual) es que para pasar del portador al sano, el germen portado se vale del agua potable... eso es lo interesante. Eso es lo que todos los higienistas de Europa y América están hoy conformes en afirmar y eso es lo que honrada y humanitariamente debemos sostener los que estamos de ello convencidos y no tenemos ningún interés de amor propio que nos haga buscar textos mal interpretados y aducir citas mañosa ó malamente entendidas para sostener la falsa confianza que tantas vidas cuesta á la población de Madrid.

Si los portadores de gérmenes llevasen éstos directamente de ellos al hombre sano, entonces tendría algún valor el argumento de aficionado de que el aludido ingeniero se vale; pero, pregunte ese señor á los médicos de su amistad, cuántos casos de contagio *directo* de fiebre tifoidea han comprobado en su práctica, y seguros estamos de que le dirán lo que á nosotros nos han dicho los libros más reputados escritos en todos los idiomas desde hace sesenta años, es decir, desde que se ha deslindado bien la entidad patológica de fiebre tifoidea ó tifo abdominal; le dirán lo que nos dicen los clínicos más serios y afamados que ejercen en Madrid en hospitales y grandes masas de enfermos y es: «que la fiebre tifoidea es tan escepcionalmente transmisible directamente del hombre al hombre, que los casos raros en que parece que esto ocurre, podían sin riesgo ser tenidos por dudosos».

Seamos, pues, juiciosos y pensemos en lo trascendental del asunto que se discute. Lo que el Sr. Murillo dice de los portadores de gérmenes no está en contraposición de lo que afirmó respecto á la polución de las aguas de Madrid. El portador vierte con sus deyeccio-

nes los gérmenes, y si ellas se ponen en contacto con las aguas (en las márgenes del Lozoya, en las del Manzanares ó en las filtraciones de los pozos negros y alcantarillas con los viajes antiguos) entonces multiplicado el germen en el medio del agua la infecta en el grado necesario para producir la epidemia. El origen de ésta ha sido, pues, el agua, por lo menos en su relación con la población sana á la que infecta.

Y este agua infectada, lavando las legumbres, regando las hortalizas, añadida á la leche, ó lavando las manos y la boca, infecta á los individuos como tal agua, así como ella fué infectada por el portador de los gérmenes.

No sabemos si esto será claro como el agua del Lozoya... cuando es clara; pero lo que sí sabemos es que esto es lo acreditado en la Ciencia actual y que lo demás es hablar del arquitrabe de la famosa anécdota del estudiante y Felipe II.

**

El concepto moderno del *portador de gérmenes*, no ha hecho más que especificar y reducir á un caso, que hasta ahora no se explicaba, el hecho común y generalizado de los vehículos ó los contagios mediatos.

La semilla de la infección es llevada por insectos (mosquitos, parásitos), que no sufren, que se sepa, los efectos infectantes del virus, agente infeccioso ó ponzoña que inconscientemente llevan consigo; que han tomado de otros organismos enfermos, de los medios nutritivos, de las aguas, del aire, según los casos, y que ellos conducen y depositan en otros organismos sanos, en otros medios de nutrición y de vida hasta entonces sanos, indemnes, en otros cursos de aguas hasta entonces puras.

Esto ha sido siempre cosa sabida, siquiera se le haya da lo otro nombre, el de contagio mediato ó indirecto.

Lo que constituye la novedad de la actual teoría es el haber pensado primero y comprobado después, que el hombre puede ser vehículo inconsciente y no infectado (en apariencia al menos) por estos gérmenes patógenos de que es portador, bien porque el *individuo-vehículo* esté inmunizado por un ataque reciente ó remoto del mal, bien porque sus resistencias y defensas orgánicas individuales lo consientan sin darse cuenta de los efectos morbosos de la infección y consientan, sin embargo, la pululación del agente infeccioso. Pero esto nada tiene que ver, en cuanto á excluirla ó negarla, con la teoría de la polución de las aguas y del desarrollo ulterior de la epidemia.

Al hablar de estas cosas hay que proceder con conocimiento de ellas y con *buena fe*. El apoderarse de un término mal comprendido y digerido á medias para deducir consecuencias que puedan determinar una falsa confianza en el público indocto y en las autoridades aún más indoctas y perezosas, puede llevar sin querer á extremos perniciosos. Hay más; lejos de producir ciertas insanas confianzas, la teoría de los portadores de gérmenes lo que hace es reforzar la idea de la necesidad de *esterilizar* los medios lo más próximamente posible al hombre sano.

Un ejemplo para terminar: un individuo sano bebe en una comarca infestada por el cólera, un agua contaminada. ¿Qué es lo que puede ocurrir? 1.º, que adquiera la infección y muera en su consecuencia; 2.º, que la contraiga, cure y continúe teniendo en su intestino, sin trastornos del resto de su organismo, bacilos *coma*, que siguen encontrando allí excelente medio de cultivo y siguen también siendo un peligro para todos menos para su portador; 3.º, que contraiga una forma abortiva (benigna para el *sujeto-vehículo* y peligrosa para los demás) como las diarreas premonitorias coléricas y la colerina, siempre consignadas en todos los tratadistas sin llamarlas portadoras de gérmenes, aunque se las señalara como peligro y se les someriera á las prevenciones mismas que los casos graves ó sospechosos; 4.º, que el sujeto que bebió el agua infectada no experimente ningún trastorno y sea, sin embargo, un peligro para los demás que no tengan sus condiciones individuales de inmunidad.

Todos estos casos menos el primero, pueden comprenderse en el grupo de los portadores de gérmenes; todos ellos merecen ser tenidos en cuenta por el epidemiólogo y siquiera sean muy variablemente frecuentes y á veces muy difíciles de descubrir, deben inspirar las defensas personales y colectivas que desvían del modelo clásico, con arreglo á tales casos particulares é innegablemente estudiados.

El sistema de inspección que desde la Conferencia de Venecia de 1892 vino á sustituir á las antiguas cuarentenas lazaretos, tendrá que ser á su vez variado, si se cree posible comprender en él toda la casuística de la propagación, pero siempre quedará como verdad inconcusa: 1.º, que el vehículo hídrico se infecta por los portadores de gérmenes como por las deyecciones del enfermo mejor declarado y más aparatosamente mortal, y 2.º, que la profilaxia más eficaz será racionalmente la que más aproxime la esterilización ó purificación del vehículo (hídrico en el caso actual) al hombre sano que ha de servirse de él para su vida y su sustento; es decir, que el agua debe esterilizarse en sus últimos depósitos, y si posible fuera, á domicilio.

Buena es la sedimentación en las grandes presas y embalses, pero desde ellos á la boca del ciudadano que bebe ó á las manos de la lavandera que lava, hay centenares de peligros que pueden provenir hasta de los mismos guardianes de los depósitos y de los cursos del agua.

Es todo esto tan racional, tan claro y tan convincente, que para nosotros no tendría perdón de Dios quien por amor propio ó por orgullo profesional se resistiera á aplicar las que son sus naturales consecuencias y contraiga una responsabilidad futura que desde luego les señalaremos los que de tales cosas tenemos el deber de entender, siquiera entendamos poco.

Y al decir esto del amor propio técnico ó profesional no nos dirigimos exclusivamente á los señores ingenieros á quienes respetamos y admiramos, siquiera ciertos momentos de la polémica parezca otra cosa; no, nos dirigimos á ellos cuando se creen capacitados por sí solos para proceder en estos asuntos y nos dir

gimos á los hombres de Laboratorio cuando muestran igual presunción; y á los clínicos cuando se aíslan en su criterio exclusivo; porque el epidemiólogo, y éste es el que debe ser escuchado, no es un micrografo, ni un ingeniero, ni un clínico; cada uno de éstos son aportadores de datos que sirven á la formación del juicio de conjunto que es el del epidemiólogo ó del sanitario; y si cada uno de ellos pudiera ser persuadido á limitarse á su importante, pero parcial gestión, se evitarían los espectáculos que con general detrimento de nuestro prestigio se sostienen ante el público por los que todo se lo quieren saber desde su sala de Hospital, su Laboratorio ó su gabinete de estudio.

Resumiendo: hay que defender y purificar las aguas del modo más próximo posible á su consumidor vigilando los cursos después de los embalses, filtrándolas si es posible antes de los depósitos, clorificándolas en éstos, y considerando limitada á esto la defensa colectiva, reforzar (en caso de epidemia) la individual hirviendo el líquido en el domicilio y vacunando al sujeto si se tiene fe en la eficacia de este procedimiento.

Y hasta por hoy.

C. M. C.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por los agentes naturales ⁽¹⁾

por

RAMÓN VILLEGAS

II

REPOSO

Técnica del reposo general.

Lo expresivo del término general hace innecesaria una descripción extensa. Pudiera prescindirse de toda explicación si no tuviera empeño en puntualizar todos los detalles á fin de que este estudio resulte comprensivo para todos.

Una vez determinados los casos en que el enfermo necesite ser sometido á un general reposo: tuberculosis con caquexia, con taquicardia permanente que pase de 120 pulsaciones por minuto, fiebre constante ó vespertina que llegue ó pase de 38º, el enfermo permanecerá constantemente en el lecho, en una alcoba suficientemente —permanentemente— ventilada y bien soleada. El enfermo permanecerá en el lecho; pero, además, dentro de él limitará sus movimientos hasta el extremo posible, no agitará sus brazos ó piernas, ni hablará sino lo indispensable, quedando proscrita toda agitación nerviosa, tal como conversaciones animadas, y con mucho mayor motivo, discusiones ó controversias. El enfermo tiene que reducir su vida de actividad hasta el máximo extremo posible.

Dificultades prácticas de la aplicación del reposo general

Esto con frecuencia es muy difícil de sostener en la práctica, tanto por parte del enfermo que padece

(1) Véase el número anterior.

este rigor, como de parte de las personas allegadas que rodean al paciente. Pero es absolutamente indispensable, sobre todo en aquellos casos en los que las indicaciones del reposo general van acompañadas de cierto optimismo respecto al resultado definitivo de la cura. En aquellos otros en los que por lo avanzado é irremediable de las lesiones, por la extensión y difusión del proceso no se conciben esperanzas lógicas de curación posible, resulta cruel é innecesario un plan tan extremado; pero siempre deberá implantarse con las suavidades de que se ha hecho mención, porque, en el peor caso, en aquel en que no puede esperarse una curación, siempre se conseguirá un alivio sintomático y una remisión de las molestias más penosas.

Mal pronóstico que se deriva de un fracaso del reposo general.

En aquellos casos en los que, después de cierto tiempo de practicada la cura del reposo general, no se haya conseguido ningún efecto útil apreciable, puede desde luego formarse un pronóstico francamente pesimista. No queda por hacer en tales enfermos sino un tratamiento sintomático con el propósito único de convertir en más llevadero el tiempo de vida que pueda restarles. Aquí me parece necesario hacer la declaración de que «no se conocen medicamentos ni recursos terapéuticos para tratar con éxito á ningún enfermo en el que haya fracasado la cura de reposo absoluto». El pneumotórax artificial puede todavía conseguir algunos éxitos; pero téngase en cuenta que este procedimiento no es sino un sistema de conseguir más absolutamente el reposo como veremos más adelante.

Indicaciones de atenuar el régimen de reposo.

Cuando, por el contrario, gracias á este general reposo, hemos conseguido una apreciable remisión en los síntomas que determinaron nuestro ánimo á prescribir tan riguroso sistema, cuando hemos podido lograr que la temperatura—que antes llegaba á 38°—no sobrepase de 37° ó 37,5 como maximum por las tardes, cuando se ha conseguido contener algún tanto la aceleración del pulso y que el enfermo recobre un poco sus pérdidas energías y algún aumento de peso, está indicado atenuar el rigor del régimen y limitar la intensidad del reposo. En este caso también se encuentran todos los que, al ser sometidos á nuestro examen, no presentan trastornos tan graves y manifiestos como los señalados, pero que no dejan, sin embargo, de tener algunos otros de intoxicación no menos evidentes, aunque sean de menor gravedad. Lo enfermos con taquicardia que sobrepase de 96 pulsaciones por minuto ó con fiebre vespertina superior á 37° se encuentran en este caso y ofrecen la indicación de un reposo relativo.

Técnica del reposo relativo.

Estos enfermos permanecerán en cama hasta muy cerca de mediodía. Se levantarán para comer en una habitación próxima, reposando en un chaisse-longue ó silla de extensión un par de horas sin dormir ni leer y pudiendo después entretenerse otro par de horas en

pequeñas ocupaciones que no requieran una atención exagerada. Por supuesto que sin salir de la habitación—siempre bien ventilada—ni realizar esfuerzo alguno. Al anochecer, lo más tarde, el enfermo deberá volverse á la cama.

Más adelante, y teniendo en cuenta la mejoría apreciada en el enfermo, se le permitirá salir, estas horas del centro del día que se le consiente estar levantado, á un jardín, monte ó pinar que esté próximo, con la rigurosa prohibición de que vaya á él por su pie, siendo llevado, bien en brazos ó por otro procedimiento análogo, y permaneciendo al aire libre, siempre quieto y echado en su silla de extensión.

Continuando la mejoría, podrá dar algunos ligeros paseos—con observación siempre de las temperaturas y del pulso,—paseos que serán insignificantes al principio (de algunos pasos), y que podrán aumentarse progresivamente si los efectos son satisfactorios. Para persistir en este tratamiento, es preciso que el enfermo no acuse la más insignificante elevación térmica después de cada una de sus pequeñas excursiones. En caso de que no fuera así, deberá volver inmediatamente á su régimen de reposo. Si el ejercicio no le provocara fiebre ninguna, está en condiciones de ser tratado de una manera más activa y resulta indicado, desde luego, un plan de inmunización tuberculínica á fin de preservarlo contra futuras contingencias de intoxicación.

PROCEDIMIENTO DE PATTERSON

Resultados que pretende.

El llamado procedimiento de Patterson no me parece sino una aplicación pretenciosa de este sencillo método desintoxicante. En resumen, se reduce á practicar un ejercicio graduado con el fin—dice—de inmunizar progresivamente al organismo con las toxinas elaboradas por los propios bacilos infectantes. Puesto que la difusión de las toxinas se realiza más abundantemente con el ejercicio, graduando la intensidad de éste, podremos graduar también la absorción de las toxinas tuberculosas. Influidos por esta concepción teórica, ciertos médicos teóricos han dado todo un detallado plan de cura que, de ser verdadero, haría innecesario el tratamiento por la tuberculina, porque cuanto que los enfermos se irían inmunizando progresivamente con la autotuberculina que el ejercicio pusiera en circulación. Pero estos médicos teóricos se contradicen al recomendar como complementario otro tratamiento inmunizante más activo.

Resultados que consigue.

Y no podía ser de otro modo. Dado el carácter especial de la infección tuberculosa—que no intoxica de una manera constante sino por descargas irregulares—no es posible pretender que se absorba ninguna tuberculina (substancia inmunizante) en aquellos momentos de pausa en que los tubérculos cerrados están sin comunicación con la sangre del individuo afecto. Entonces será muy pintoresco que el enfermo dé hoy diez pasos y mañana quince y al otro día veintidós; pero sin ninguna eficacia, porque ni con los diez, ni con los

quince, ni con los veintidós, absorberá la más pequeña cantidad de toxina. En cambio, puede darse el caso que, cuando el enfermo haya logrado andar sin manifestar reacción alguna un kilómetro, se produzca la descarga tóxica, y al intentar con fiada mente realizar un paseo de kilómetro y medio, se le presente una reacción inesperada sin que hayan sido capaces de evitarla los inofensivos paseos anteriores.

Síntesis de las indicaciones del reposo.

Lo lógico, lo científico, es que se someta al reposo general al enfermo cuando esta descarga tóxica se produzca—con el objeto de limitar en lo posible la absorción de venenos—y realizar luego, cuando los efectos de ésta hayan desaparecido, un ejercicio graduado (sin pretensiones inmunizantes), con el objeto de estimular suave y progresivamente el funcionalismo íntimo de defensas no específicas tan perturbado por la irregularidad desconcertante de las agresiones tóxicas del bacilo de Koch.

(Continuará).

Conferencia dada en la Facultad de Medicina de Madrid

POR EL

PROFESOR DR. SANERBRUCH

De la Facultad de Medicina de Berlín.

Señores:

Actualmente en que la tuberculosis amenaza á la salud pública de una manera progresiva y creciente, debe merecer la atención de los médicos un tratamiento que puede hacer recuperar la vitalidad y las energías para el trabajo á un gran número de enfermos; me refiero al tratamiento operatorio de la tuberculosis pulmonar.

Los comienzos de la época quirúrgica de la tuberculosis se remontan bastante lejos en el tiempo. No puedo incluirlos en los estrechos límites de una conferencia. Permitidme que nombre sólo los métodos que vienen á ser la base de nuestros modernos ensayos y que tienen una importancia fundamental. Los médicos Quinke y Spengler llamaron la atención ya en el año 1888 sobre el hecho de que un gran número de tuberculosos pulmonares unilaterales, presentan una tendencia extraordinaria á la retracción cicatricial y á la curación, sólo dificultada por factores mecánicos. Se trata de las llamadas formas fibrosas de la tuberculosis, en las cuales las superficies pulmonares corrientemente se adhieren á la superficie de la pared torácica y en los que en el curso de la enfermedad se produce una considerable retracción del tejido conjuntivo neoformado. Cuando la superficie pulmonar está adherida á la pared torácica es elástica y puede seguir al órgano en su camino de retracción. Pero esto es sólo posible, por lo general, en casos de individuos muy jóvenes; en las edades avanzadas en mucho menos proporción.

El plan consiste en extirpar las zonas costales correspondientes, con lo que la pared torácica se hace elástica y se moviliza, favoreciendo de esta manera la tendencia retráctil del pulmón. Es lógica idea fundamental, porque á consecuencia de la imperfección técnica operativa y de otros defectos que hoy conocemos perfectamente, los enfermos estaban expuestos á serias complicaciones. Se comprende,

pues, que los pocos éxitos entonces logrados se olvidaron y permanecieron ocultos y prácticamente sin importancia.

Unos diez años después, el médico general Spaet, luego el médico italiano Forlanini y después el americano Murphy, llamaron la atención sobre el hecho de que los pulmones tuberculosos que están comprimidos y rechazados por un exudado adoptaban un curso favorable en su dolencia. La consecuencia natural que de éstas observaciones se desprende fué el proponer en los casos adecuados una retracción artificial y una compresión del pulmón por insuflación de aire en la cavidad torácica.

Ya es de ustedes conocido cómo se desarrolla poco á poco la neumoterapia y cuán gran importancia ha adquirido. La acción favorable del neumotórax puede explicarse: por la posición de reposo que toma el pulmón, por las modificaciones que imprime á la circulación y al pulmón, porque se evita la absorción de toxinas y, sobre todo, por la retracción de todo el órgano á consecuencia de la disminución de la cavidad. Por lo regular se desarrolla en el pulmón colapsado abundante tejido conjuntivo que conduce á la retracción cicatricial del órgano y facilita su curación automática.

Sobre la técnica del neumotórax no puedo entrar en detalles. Consiste este procedimiento en que por medio de una aguja y comprobando la presión correspondiente, se introduce en la pleura una determinada cantidad de nitrógeno, cuyas porciones absorbidas se reemplazan por nuevas cantidades del gas, insufladas á intervalos regulares. Se ha de procurar una escrupulosa y asidua vigilancia del enfermo, un perfecto conocimiento de la presión y tensión intratorácica, para evitar las complicaciones que se presentan mucho más frecuentemente de lo que se cree. Pero hoy no hay duda de que la neumoterapia ha venido á ser un arma poderosa en el tratamiento de la tuberculosis.

Este juicio, sin embargo, requiere una gran restricción. Es necesario que sólo se sometan á la neumoterapia los enfermos adecuados y para los que está verdaderamente indicado el método, es decir, aquellos enfermos principalmente que tienen un proceso fímico pulmonar localizado en un lado, que presentan el espacio pleural correspondiente libre de adherencias, con lo que se permite la retracción completa del pulmón. En los casos en que existen esas adherencias pleuropulmonares que representan un serio obstáculo para el colapso neumoterápico, este método tiene grandes limitaciones y restricciones. En los casos en que por las adherencias fijadoras del pulmón sólo se consigue obtener un neumotórax artificial, parcial, pequeño, el procedimiento fracasa por completo.

Para conseguir la suspensión funcional y el colapso total del pulmón, recoge Brauer las antiguas ideas de Quinke y Spengler, de la resección costal.

Propone Bauer extirpar, no zonas separadas de la pared torácica como hacían éstos, sino practicar para hacer toda la pared torácica blanda y elástica, amplias resecciones costales. Así se llegó á los comienzos de la toracoplastia extra-pleural.

Excusadme, señores, de referir aquí todo el proceso evolutivo de la toracoplastia extensa desde estos comienzos al momento presente, en que la reconocemos segura y suficiente. Ante todo debo declarar que por la extirpación de las costillas se consiguen en la tuberculosis unilateral, crónica, fibrosa, cavernosa, resultados tan espléndidos, que en un número considerable de casos se llega á la mejoría, y en un tercio de los mismos á curaciones duraderas.

Estos resultados se alcanzan porque en el lado del tórax en que se han extirpado las costillas, se obtiene un colapso pulmonar completo. Las cavernas son comprimidas y por

consiguiente disminuyen de tamaño. La expectoración y el exudado también disminuyen. Se impide el desarrollo de toxinas. La circulación se modifica, y tras una abundante formación de tejido conjuntivo se produce una considerable retracción del mismo que convierte al pulmón en una masa de tejido cicatricial duro con encapsulación de los focos tuberculosos. Esto que la naturaleza consigne espontáneamente en muy pocos casos, se provoca en mucha mayor medida por un medio artificial y es la base del proceso de curación.

Quien haya visto cómo enfermos con gran cantidad de esputos, con fiebre alta, con mal estado general y pérdida de la capacidad para el trabajo, reviven después de tales operaciones, no puede dudar de que este procedimiento está llamado a representar un papel considerable en la lucha contra la tuberculosis. La operación, tal como hoy se ejecuta, sobre el fundamento de la experiencia acumulada, es una intervención de mucha monta y técnicamente no exenta de dificultades. Pero la mortalidad operatoria, a pesar de esto, si se guardan y observan todas las precauciones, es extraordinariamente pequeña, representa un 2 a un 3 por 100. A veces se presentan todavía diez, hasta doce casos de muerte tardía, después de semanas, meses o años de la operación, y hay que achacarla en la mayoría de los casos, más a una incorrecta indicación, que a la ejecución de la intervención misma. Hemos de llamar la atención sobre el hecho de que la elección de los casos adecuados es un requisito indispensable para el éxito, y para este objeto hemos de recomendar encarecidamente la más estrecha colaboración del cirujano con un internista experto. Con el consejo de un médico internista, buen conocedor de la tuberculosis, que diagnostique y pronostique correctamente, el cirujano puede tener una base sólida para medir los alcances y resultados de la intervención.

Lo mejor es conseguir la compresión extrapleuraleal del pulmón por la resección desde la primera hasta la undécima costilla. Si en una tuberculosis del lóbulo superior, el lóbulo inferior es movable por completo, la resección puede circunscribirse a la parte alta del tórax sobre el lóbulo superior y completar la reducción pulmonar del lóbulo inferior por el neumotórax. Esta asociación de resección parcial y neumotórax representa un gran progreso en el tratamiento de las tuberculosis cavernosas de los lóbulos superiores. Pero en los casos de extensas adherencias pleuro-pulmonares debe recomendarse fundamentalmente la resección desde la undécima costilla hasta la primera. Se tratará de terminar la operación en la mayoría de los casos en una sola sesión. El cirujano experto sabrá resolver las dificultades en que tropiezan otros.

Se comienza siempre por la plastia sobre el lóbulo inferior y se evita que el superior se retraiga y colapse antes de que el inferior esté libertado y se comprima.

Además de neumotórax y de la reducción operatoria de la caja torácica, disponemos de otro método, la neumolisis intrapleuraleal. Una de las causas más frecuentes de la neumoterapia insuficiente son las adherencias del lóbulo superior y del vértice pulmonar con la pared torácica. Precisamente la zona de localización más frecuente del proceso neumofímico no se puede reducir y retraer por las adherencias fijadoras y queda por consiguiente fuera del radio de acción y de la influencia terapéutica del neumotórax.

Jacobäus ha combatido al método la disección intrapleuraleal. El la sustituye de la siguiente manera: con la ayuda de un toracoscopio busca las bridas y las secciona por medio del asa galvánica. Estas bridas contienen vasos y frecuentemente bronquios que con la neumolisis pueden producir he-

morragias é infecciones de la cavidad pleural. Por eso recomendamos sustituir la disección intrapleuraleal por la asociación del neumotórax y la resección costal.

En lugar de la disección intrapleuraleal puede hacerse la extrapleuraleal asociada al neumotórax ó a la resección costal. Ella no puede decir si después de la retracción operatoria de la pared torácica permaneció sin retraerse alguna zona pulmonar, especialmente el lóbulo superior. Se le libera y se disecciona el muñón de sus alrededores. La cavidad fraguada se tapon a presión. Por lo general el pulmón se hace elástico a los ocho ó diez días, y va retrayéndose y alejándose de las compresas que le rechazaban; por este medio llega a conseguirse una reducción suficiente de las zonas pulmonares cavernosas.

Es verdaderamente notable cómo desde una estrecha hendidura llega a producirse una ancha cavidad.

La neumolisis, según propone Baer, se puede asociar al plombaje. El plombaje puede estar indicado cuando se trata de conseguir una retracción pulmonar parcial. Puede realizarse asociado al neumotórax incompleto para rechazar el lóbulo superior. También puede aplicarse para reforzar el colapso del lóbulo superior en una reducción insuficiente de la pared torácica. Nosotros preferimos la reducción operatoria de la caja torácica al plombaje. El plombaje conduce a desagradables complicaciones; acaba por ser eliminado, causalarga y prolongada supuración de la cavidad, perfora é irrumpe en el neumotórax ó en el árbol bronquial y puede ocasionar serios y peligrosos trastornos. Una de las pocas indicaciones del plombaje, es su aplicación parcial en los enfermos cuya tuberculosis está curada y han quedado todavía cavernas.

En determinadas formas de la tuberculosis pulmonar cavernosa no bastan los recursos y medidas operatorias citadas. En efecto: hay cavernas de paredes rígidas que no se pueden hacer retraer por la ya citada compresión mecánica del pulmón. En su interior existe, por lo general, una abundante colección de exudado frecuentemente en descomposición pútrida y fétida; en estos casos también puede alcanzarse la detención y la curación del proceso específico neumofímico. Escalofríos que se presentan á intervalos largos, disminución de las fuerzas orgánicas por la toxemia existente y abundante expectoración: este es el cuadro clínico de tales enfermos, en los que sus cavernas pulmonares purgadas tanto parecido clínico les da con los enfermos de absceso pulmonar crónico. El estado del enfermo nos lleva á la apertura quirúrgica de las cavernas. Esta intervención, con la experiencia que ha aportado el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, es una operación perfectamente justificada. Tal apertura de las cavernas no debe reservarse como un «ultimum refugium». Un importante requisito para el éxito es la reducción operatoria del pulmón por la resección costal. Especialmente en las grandes cavernas, que clínicamente simulan un neumotórax, es indispensable la abertura previa del tórax. Según la localización de la caverna, se seguirán distintos caminos. Ha dado buen resultado la abertura por delante, por detrás ó por el hueco axilar. Llama la atención lo rápidamente que disminuye la exudación y la expectoración.

A los dos ó tres meses, lo más pronto, en la mayoría de los casos á los seis ú ocho meses, puede cerrarse en una segunda operación la fístula resultante por medio de una plastia de tejidos blandos.

Ante estos métodos del tratamiento operatorio de la tuberculosis pulmonar la parálisis artificial del diafragma merece considerablemente como operación independiente. La suspensión funcional del pulmón y la compresión del

tejido no tienen importancia cuando se trata de conseguir curaciones considerables, definitivas y completas. La frenicotomía la empleamos nosotros frecuentemente como medio diagnóstico, como prueba funcional. Se trata, por ejemplo, de un caso de focos sospechosos viejos en el pulmón dado por sano. Después de la exploración clínica no sabemos cómo se comportará este pulmón con el aumento de función que recaerá sobre él cuando se suspenda terapéuticamente la del otro. Si después de la frenicotomía de este lado se presenta fiebre y aumento de los síntomas físicos, hay que desistir, desde luego, de una gran intervención.

Todavía nos debemos ocupar, aunque sucintamente, del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis incipiente, tal como lo han recomendado Freund, primero, y Hart y Harras, más tarde. Se comprende que hoy se rechacen los fundamentos anatómicos y patológicos de la doctrina de Freund en la patogenia de la tuberculosis apicular, y también, por consiguiente, ha perdido mucho valor el fundamento clínico para su intervención. Sólo profilácticamente puede tener algún valor la resección de la primera costilla.

Cuando hace catorce años fueron conocidos los primeros resultados de la cirugía en la tuberculosis pulmonar unilateral, se produjo un movimiento de incredulidad y desconfianza respecto a sus resultados remotos ó tardíos. El multiforme cuadro clínico de la tuberculosis y la incertidumbre de su curso explican aquel movimiento de crítica negativa. Pero hoy, ante la vista de los resultados hasta ahora conseguidos, debía ser otro el juicio que mereciera el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. También los médicos más cautos y prudentes deben reconocer la importancia que han adquirido los métodos quirúrgicos. Se debe admitir que sobre la base de modificaciones anatómicas y biológicas del pulmón y del organismo se consiguen considerables mejorías y también curaciones duraderas. Ciertamente es arriesgado hablar, sin reservas, de «curaciones duraderas» cuando de los tuberculosos graves se trata. Pero hoy, después de ocho ó diez años en que venimos observando curaciones clínicas y recuperación de la capacidad para el trabajo en gran número de tuberculosos graves, podemos aceptar, sin escrúpulos, esta expresión, dándole el valor de curación clínica.

Algunos objetarán que los tuberculosos cavernosos graves curan espontáneamente alguna vez. También he visto yo tales enfermos. En el organismo predispuesto el achicamiento y retracción del pulmón crea condiciones anatómicas tan favorables que la enfermedad se detiene. Precisamente tales observaciones hablan en apoyo y justificación completa de los recursos quirúrgicos. Lo que en tales casos se presenta espontáneamente, de una manera excepcional y en condiciones mecánicas especiales, es lo que hemos de provocar y facilitar en muchos casos por medio de la operación. Sobre todo, en los que hay tendencia natural a la curación que fracasa por la rigidez y resistencia de la caja torácica se dan las condiciones más adecuadas para la consecución de los mejores éxitos después de la movilización operatoria de la pared torácica.

La importancia del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis aumenta todavía si a la cifra de los curados unimos la mucho mayor de los «considerablemente mejorados».

En un resumen que publiqué en 1919 presenté una estadística de 381 enfermos tuberculosos tratados quirúrgicamente. De ellos curaron 134, es decir, el 35 por 100. Hay que hacer resaltar que en estos enfermos fué aconsejada la operación por un internista. Siempre precedió a la intervención un tratamiento climático dietético de algunos años. Eran formas crónicas graves en los que no se esperaba curación.

El número de mejorados asciende al 40 por 100. Hoy dispongo de más de 100 observaciones nuevas, que poco más ó menos han obtenido el mismo resultado favorable.

La importancia del resultado en conjunto está en perfecta relación con el procedimiento empleado. Quien pretenda conseguir la solución del gran problema de la curación de la tuberculosis con pequeños recursos, fracasará y se colmará de desengaños. Por esta razón no se debiera continuar empleando en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis los métodos llamados «inocuos», por los internistas. Quien, por la falta de experiencia suficiente, no pueda aceptar la responsabilidad quirúrgica de una gran intervención, técnicamente no siempre sencilla, no está llamado para practicar la cirugía pulmonar.

El internista debe ayudar el trabajo técnico del cirujano en la precisión del diagnóstico y en la explicación de las manifestaciones clínicas. El servicio de aquél no es menos importante que el de éste. Sólo así puede perfeccionarse el método y excluirse los peligros operatorios.

Debemos hacernos cargo de una objeción que se ha dirigido a los métodos quirúrgicos diciendo que la neumoterapia es más sencilla y consigue los mismos resultados. No se puede admitir comparación alguna entre la neumoterapia y el tratamiento quirúrgico. Ambos procedimientos no se pueden sustituir ni reemplazar mutuamente. El procedimiento operatorio se aplica en los casos en que el neumotórax es imposible ó peligroso, aunque se hayan autorizado, por otro lado, ensayos de la neumoterapia. Los fracasos de estos ensayos han redundado en perjuicio de la neumoterapia. En general, puede decirse que en los enfermos en que la toracoplastia extrapleural está indicada la enfermedad se encuentra más adelantada. Ambas clases de tratamiento tienen indicaciones peculiares.

Todavía hemos de rebatir otra objeción. Se oye decir frecuentemente que el tratamiento operatorio sólo está indicado para los enfermos pudientes ó de la clase media, porque sólo a tales enfermos les es posible alcanzar el reposo y la tranquilidad después de la operación. Casi se podía afirmar lo contrario. Los éxitos más brillantes los alcanzamos nosotros en gentes de posición modesta, que continúan trabajando en sus ocupaciones ó necesitan volver a ellas. También el resultado del tratamiento operatorio de los combatientes habla en favor del método operatorio. Curan independientemente de aquella situación de reposo post-operatorio. De esto se deduce que el Estado debe tener gran interés en que se generalice la práctica de estos métodos operatorios.

La lucha contra la tuberculosis adolece de un defecto fundamental. Los sanatorios sólo acogen, por lo general, a los tuberculosos incipientes, llamados curables; los enfermos incurables con cavernas y expectoración abundante y que representan un gran peligro para los que están a su alrededor por su contagiosidad, quedan con sus familias. No hay duda de que muchos podían recuperar la salud y su capacidad para el trabajo con la práctica de las intervenciones necesarias. Sería una tarea provechosa para estos enfermos el que se cuidaran como los tuberculosos benignos. No se nos ocultan las dificultades y obstáculos que supone la realización de este plan. Sólo se podría conseguir si iban de acuerdo los médicos prácticos, los internistas y los cirujanos. Los médicos debían confiar en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis más de lo que ahora confían. Pero, por su parte, también los cirujanos se debían preocupar de la parte clínica de la enfermedad tanto como de las cuestiones quirúrgicas.



EL RIÑÓN Y LAS GLUCOSURIAS

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
EN MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

JUSTO CABALLERO Y FERNÁNDEZ

A mis queridísimos padres:

Recibid, padres amantísimos,
este modesto trabajo, prueba
final de los estudios académicos,
como pequeña muestra del
inmenso respeto, cariño y agra-
decimiento de vuestro hijo

JUSTO.

I

Cuando en los albores de mi vida médica empezaba á vislumbrar las importancias anatómicas y fisiológicas de los órganos que forman nuestra economía, comenzaron á dibujarse en mi espíritu determinados problemas acerca del papel desempeñado por algunas partes del humano ser. De aquí que tratara, desde luego, de inquirir el significado de ciertas funciones, y con preferencia precisar el valor de glándula tan interesante como la hepática. Aunque en ésta existen, sin duda alguna, actividades fisiológicas mal conocidas y peor explicadas, se llega á formar un concepto bastante claro del fundamento cardinal de la misma, después de maduras reflexiones comparativas de su comportamiento en variedad de circunstancias.

Esa obscuridad no es exclusiva en los tratados de Anatomía y Fisiología humanas. Por el contrario, hay una parte del cuerpo en los animales un tanto elevados en la escala zoológica, que permanece en algo ignorada, pues para que sobre ella y sus funciones se proyecte un rayo de diáfana luz, es preciso desgarrar el tupido velo de prejuicios equivocados con la hermosa cuchilla de la investigación. En efecto, el riñón con ser, según el sentir unánime de fisiólogos y patólogos, uno de los que pudiéramos llamar centros vitales, pues sin su actividad *continua y enorme* sería totalmente imposible se mantuviera en los seres de alguna complicación ese equilibrio inestable que llamamos vida, queda científicamente rodeado de incongruencias cuando no de misterios.

Y este órgano, que resulta tan necesario para el desenvolvimiento del individuo, es quizá el peor conocido, seguramente por el escaso número de investigaciones de que ha sido objeto. No es extraño, pues, que una inteligencia habituada á discurrir por cuenta propia, se rebele contra la teoría simplista de considerar que, sobre todo, el riñón es un filtro á través del cual el plasma circulante se desprende de las sustancias que le son inútiles ó perjudiciales. ¿Cómo admitir que por una sencilla filtración se origine la orina, líquido de mucha mayor concentración y presión osmótica, así como de Δ más elevado, que el de la sangre que lo origina?

Aceptar esto sería negar eficacia á las indiscutibles leyes físicas de los líquidos. Si el riñón fuera un filtro tal y como los antiguos suponían (y en la actualidad hay quien copia afirmaciones tales), la orina cedería productos á la sangre, y ésta agua á la primera, para restablecer el equilibrio entre ambas soluciones; y nadie podrá defender seriamente semejante aserto.

Pero si el riñón tiene una función árdua y compleja, desarrolla un trabajo enorme é incesante por pocos órganos superado en la economía, ha de dar necesariamente por

resultado el consumo de una cantidad grande de energía. Y como este fenómeno lleva aparejado el gasto de una respetable porción de sustancias destinadas á alimentar las combustiones, se llega á la conclusión de que debe ser el riñón uno de los órganos que consume mayor cantidad de *carbón humano* (permítase tal forma de expresar las ideas).

Pero hay más: la Química Biológica, de acuerdo con la Fisiología, nos enseña que para producir todos ó la mayoría de los actos funcionales, se consume casi exclusivamente el más interesante de los hidratos de carbono, la glucosa; y que tanto este hidrocarbonado como las grasas y los albuminoides destinados á la combustión, desdoblan todas ó algunas de sus moléculas de modo tal, que obedezca á la fórmula empírica de $C_6H_{12}O_6$.

Este razonamiento nos lleva como por la mano á afirmar que el riñón debe ser uno de los órganos de la economía que gasta más glucosa.

Supongamos que el llamado filtro, y que mejor podría denominarse retorta, recibe por la arteria renal una riqueza en glucosa superior á la que necesita para el desempeño de sus funciones; ó bien que, llegando á él una cantidad normal del repetido hidrato de carbono, se encuentre, bien de una manera transitoria, ya de un modo definitivo, en hipofuncionalismo; ¿qué ocurrirá con el exceso de dextrosa? Que será eliminado por la orina, dando lugar á la *glucosuria*.

Explicada así la glucosuria, sin necesidad de meterse en la cuestión de si el riñón deja *pasar*, y en qué condiciones, al carbohidrato, tenemos la interpretación racional del por qué se encuentra azúcar en la orina de los hiperglicémicos, y también cómo puede hallarse en los sujetos que tienen una cantidad normal de glucosa en su sangre.

Esta moderna teoría sobre las glucosurias es debida en su mayor parte al eminente catedrático de Química Biológica de la Universidad Central, Dr. D. José Rodríguez Carracido.

A éstos quedan reducidos, en resumidas cuentas, los asuntos que se desarrollarán en esta tesis. Se procurarán exponer con claridad los resultados de los trabajos propios. Ni por asomo hay que pensar en conclusiones definitivas, pues nunca con menos motivo podría intentarse sentar doctrinas cerradas. Este modesto escrito lleva como única y exclusivo objeto aportar microscópico grano de arena á la hermosa montaña que los sabios (investigadores y biólogos) están levantando al parecer con sólida base.

II

LIGERAS NOCIONES DE FISIOLÓGIA DEL RIÑÓN PARA INTERPRETAR «A PRIORI» EL PAPEL QUE PUDIERA DESEMPEÑAR EN LAS GLUCOSURIAS.—Batlles, en su *Anatomía Descriptiva*, define los riñones diciendo que «son dos glándulas tubulosas compuestas, asimétricas, situadas á los lados de la región lumbar de la columna vertebral, de figura parecida á una judía, y destinadas á la secreción, producción ó, mejor, filtración de la orina».

Laederich dice: «Los riñones son dos órganos encargados de elaborar orina.»

Testut es muy discreto al afirmar que «son órganos glandulares y muy vascularizados, á los cuales incumbe la importante función de elaborar orina».

Entendido así el riñón, precisa indicar, lo más someramente que dable fuere, el mecanismo íntimo de la secreción urinaria. No hay inconveniente en admitir, con el anatómico francés citado, que en el órgano que nos ocupa existen dos funciones distintas, desempeñadas por diferentes porciones. El agua, ó, mejor aún, la solución que ha de disolver las materias producidas por el metabolismo renal, la toma el

glomérulo del plasma circulante, aunque no por un simple fenómeno de diálisis, sino más bien mediante una actividad específica secretora; y las materias extractivas de la orina tienen su origen simultáneo en la rama larga de Henle, en los tubos contorneados y en el tubo intermediario.

Pero si queremos descender á los fundamentos de las diversas y múltiples teorías fisiológicas, expuestas con el objeto de explicar el fenómeno ó conjunto de fenómenos que dan por resultado la producción de orina, nos encontraremos con hechos diferentes y experimentos contradictorios; discutiéndose, no sólo el modo y manera de obrar de las células renales, sino también, y como derivado obligado, el del órgano en cuanto glándula secretora.

Si nos detuviéramos en consideraciones acerca de las teorías explicatorias del papel que desempeña la célula renal, de su secreción, de si es figurada (y en este caso merocrina ó holocrina) ó afigurada (por diálisis, acción mecánica ó por vacuolas), del tema interesantísimo de la concentración de la orina por reabsorción intrarrenal de agua; si expusiéramos al detalle la teoría mecánica de Ludwig (en manifiesta contraposición con nuestros actuales conocimientos) y la vitalista de Bowman; si fijásemos la atención más de lo que nos es dable en la circulación renal, en los elementos histológicos de esta maravillosa glándula, y en tantas y tantas importantes cuestiones con ella relacionadas, no podríamos dar cima á nuestro empeño en este modesto trabajo, ni quizá en otro que reclamase le dedicáramos la vida entera.

Encerrando en campo un tanto estrecho esta tesis, no podemos tocar más que incidentalmente los problemas que no le afectan de un modo directo.

Mas como, por otra parte, nuestro propósito, al tratar de demostrar la importancia funcional del riñón en las glucosurias, es también desvanecer antiguos errores, nos es grato transcribir las siguientes palabras de nuestro gran compatriota Albarrán, escritas en 1903: «El riñón no es, pues, un simple filtro, sino una glándula capaz de formar principios nuevos. Esto es evidente, por ejemplo, para la síntesis del ácido hipúrico, que lo forma el mismo riñón, como es bien sabido, con ácido benzoico y glicocola».

Parece definitiva la opinión del célebre urólogo sobre la naturaleza fisiológica del riñón (idea compartida por gran número de biólogos), siendo de lamentar que en este siglo haya autores, como Tinot, Pigeaud, Sanz, etc., que duden del papel químico de la glándula renal. Hedon, sugestionado por el hecho de que todas las substancias de la orina se encuentran en la sangre, ó cuando menos la inmensa mayoría, dice que «puede considerarse el riñón como un filtro, haciendo reserva sobre el carácter fundamental de esta filtración, donde intervienen otras condiciones que las que presiden á una simple filtración física».

Grijns, en otro orden de consideraciones, y fundándose en hechos experimentales, afirma que durante el trabajo renal hay exotermia; es decir, que aumenta la temperatura de la orina.

El riñón es, pues, indudablemente, un órgano de gran actividad metabólica y desempeña todas y cada una de las funciones químicas que tienen lugar en las demás glándulas de la economía. De tal suerte que, según Lelievre, tiene propiedades oxidantes, reductoras, deshidratantes, etc., debidas á otras tantas diastasas.

Volviendo á nuestro asunto, consignaremos, con Grasset, que la eliminación de azúcar, por la orina, depende no sólo de la cantidad que contuviere la sangre, sino también del funcionamiento del riñón.

Este órgano se comporta, empero, de modo diferente se-

gún las distintas clases de azúcar, ya que sólo en ciertos casos elimina los hidratos de carbono directamente asimilables, como glucosa y levulosa, y, en cambio, la lactosa y la sacarosa inyectadas subcutáneamente se encuentran en su casi totalidad en la orina.

Y esto es lógico y fácilmente concebible si tenemos en cuenta que estos últimos hidrocarbonados sólo sirven de alimento á las combustiones orgánicas cuando previamente sufren un proceso de hidratación (absorbiendo cada molécula una de agua), para desdoblarse en los dos monosacáridos que en ellas se encuentran combinados.

Al tratar más adelante de las teorías propuestas para explicar las glucosurias, nos detendremos examinando lo que aquí queda incompletamente expuesto y que es el objeto principal de este trabajo, ó sea, el papel del riñón en las glucosurias.

III

LA GLUCOSURIA Y LA DIABETES. ENUMERACIÓN DE LAS CAUSAS DE LA GLUCOSURIA.—Es necesario, antes de continuar por el camino emprendido, y con el fin de evitar torcidas interpretaciones, decir por qué nos ocupamos de la glucosuria y no de la diabetes, y hacer una sucinta y clara separación de ambos y diferentes términos.

Podemos definir la *glucosuria* diciendo, por ejemplo, que es la presencia de glucosa en la orina en cantidad superior á la normal, ó, mejor aún, en cantidad apreciable clínicamente. Luego será del caso estudiar con alguna calma las llamadas glucosurias fisiológicas y tendremos ocasión de ver que hoy es indiscutible la presencia de glucosa en la orina normal; pero en tan pequeña cuantía, que son precisos para descubrirla y dosificarla procedimientos delicados, que sólo puede verificar el que se haya dedicado con alguna asiduidad á los trabajos de laboratorio.

Por eso el clínico, el médico práctico, que sólo dispone en la mayoría de los casos del líquido de Fehling, y que no posee la especialización de un analista, tiene que afirmar que *clínicamente* el hombre en estado hígido no presenta azúcar en su orina.

He aquí la explicación de por qué definimos como lo hemos hecho á la glucosuria.

La *diabetes* (pasar á través) es una enfermedad, por desviación de las normales funciones de nutrición, caracterizada, según la mayoría de las obras de Medicina Interna, sintomáticamente por glucosuria, poliuria, polifagia, polidipsia y autofagia.

Admitiendo nuestra definición, se separan de esta enfermedad otras diabetes que en modo alguno deben, á nuestro juicio, considerarse como tales.

Muchos autores nos hablan de la diabetes insípida, que no es más, á fin de cuentas, que una verdadera poliuria esencial. Creemos, con Grasset, que no hay motivo que obligue, ni siquiera justifique, á adoptar el nombre de diabetes insípida; y este concepto nosológico, compartido, por otra parte, por eminentes internistas, es combatido por algunos, que, como Osler, hacen el diagnóstico diferencial entre esta, para ellos, enfermedad y la poliuria.

Es dable emplear el mismo razonamiento abogando por que sean suprimidas las voces de diabetes fosfatúrica, oxalúrica, azotúrica, etc., usando en su lugar las denominaciones más claras y apropiadas de fosfaturia, oxaluria, azoturia. ., como se ve en algunos tratados.

Después de la separación y distinciones que acabamos de hacer, es legítimo suponer que se considerará lógico aplicar simplemente el nombre de *diabetes* á la clásica diabetes sacarina.

Mas ahora nos encontramos con un nuevo problema, con una duda que aumenta el número de discusiones y controversias que doquiera y sin excepción se hallan en las cuestiones biológicas, y muy especialmente en nuestra ciencia; disensos doctrinarios que, si bien son á menudo causa de luminosos trabajos y pacienzudas experiencias, base de sublimes descubrimientos, suelen ocasionar una mayor complicación, una gran incertidumbre, que aumenta la que siempre agobia á quienes intentan buscar en la selva virgen el camino más corto y transitable para llegar al fin propuesto, á la demostración de una indiscutible verdad científica.

El problema queda así planteado: ¿Es la diabetes una enfermedad? ¿Puede y debe ser considerada como un síndrome?

Richardière y Sicard, Merklen, Castaigne y Rathery, Osler, etc., creen que la diabetes no es una entidad nosológica y, por tanto, la describen como un síndrome. Otros autores, como Balthazard y Grasset, sostienen que la desviación del metabolismo de los hidratos de carbono tiene categoría suficiente é individualidad clínica muy marcada, y que, en su vista, debe incluirse entre las enfermedades.

Nosotros consideraríamos el asunto de poca monta, si no fuera por ser ardientes partidarios de una minuciosa revisión de valores en Medicina, y de la adopción inmediata de una norma definitiva y racional para depurar, y en su caso substituir, los términos científicos; de todos modos, é ínterin esto se realiza, consideraremos la diabetes, con nuestros antiguos maestros, como una individualidad nosológica, como una enfermedad.

La diferenciación entre *glucosuria* (no debe usarse, á nuestro entender, la voz *glicosuria*, pues lo que tratamos de denominar es la salida de dextrosa, que se llama también glucosa, y no glicosa, en nuestro hermoso idioma de Cervantes y Lope de Vega) y *diabetes* es sumamente fácil. La primera no es más que un síntoma que se presenta en múltiples enfermedades y á consecuencia de variadas causas, y en cambio la segunda es una enfermedad que ostenta como una de sus más importantes manifestaciones morbosas la presencia de glucosa en la orina.

Tenemos así, pues, perfectamente deslindados los campos, y aclaradas ideas que pudieran dar lugar á errores y falsas interpretaciones, siéndonos dable continuar nuestro estudio empezando por las causas, que, según los autores, son capaces de ocasionar glucosuria.

La presencia de azúcar en la orina es común á la mayoría de las enfermedades infecciosas, aunque nunca tiene la tal glucosuria la importancia pronóstica que se deriva del hallazgo, en el curso de una dolencia febril, de una albuminuria. Y es que, indudablemente, ésta indica á las claras la existencia de lesiones renales, mientras que la dextrosuria sólo puede hacer diagnosticar una alteración del metabolismo, ó quizá, como dice Hirschfeld, una afección de hígado y páncreas.

Se citan en la literatura casos de glucosuria en la fiebre tifoidea, paludismo, escarlatina, difteria, meningitis cerebrospinal, tos ferina, erisipela, ántrax, sifilis, tuberculosis, neumonía, roséola, cólera, paperas, infecciones locales de la nariz, la boca, el aparato digestivo, etc.

Es á nuestro juicio, perfectamente lógico colocar tras las dolencias microbianas las intoxicaciones capaces de provocar glucosuria, pues ambos grupos de enfermedades obran á favor de venenos, elaborados por los microorganismos en unos casos, ingeridos directamente en otros. Por la misma razón deben incluirse aquí las glucosurias medicamentosas.

Citaremos como más importante los agentes siguientes: ácidos clorhídrico, sulfúrico, fosfórico y láctico, la estricnina,

el fósforo, el curare, el opio y, mejor, la morfina, el éter, el cloroformo, el cloral, el óxido de carbono, el trional, el veronal, las sales uránicas, el sublimado, la diuretina, la cafeína, el nitrobenzol, el ácido ortonitrofenilpropiónico, la acetona, la hipofisis, el cuerpo tiroides, las cápsulas suprarrenales, la adrenalina, las materias fecales, la orina diabética fermentada, los ioduros, bromuros y cloruros de sodio, la floridzina, el nitrito de amilo, la trementina, el ácido prússico, el mercurio, etc.

Los trastornos del aparato digestivo, sobre todo las mal llamadas, á nuestro modo de ver, dispepsias gastrointestinales, y gran número de alteraciones de hígado y páncreas son también capaces de ocasionar glucosuria.

Existe asimismo azúcar en la orina de los afectos de distrofias crónicas, tales como diabetes, artrismo (?), gota, obesidad, etc.

Entre las enfermedades nerviosas citaremos: el histerismo, la epilepsia, la corea, la enfermedad de Parkinson, la apoplejía, la encefalitis, la tetania, las tabes dorsal, los tumores encefálicos (principalmente de bulbo, protuberancia y cerebelo; raramente los de cerebro y más aún los de médula), la ciática, la neuralgia del trigémino, la parálisis facial, las lesiones del vago, etc.

Y, por fin, para terminar esta lista de glucosurias en enfermedades generales, diremos que acostumbra á presentarse en la atrepsia, enfermedad de Basedow, heladuras, en dolencias cutáneas y pulmonares, epitelomas, etc., así como también en traumatismos de cráneo, páncreas, hígado, riñones, etc., en fracturas (como en el caso de Cruchet y Lautier, en el que se trataba del cuello del fémur), en grandes operaciones quirúrgicas y aun en intervenciones tan pequeñas como la paracentesis (Marañón).

Hoppe-Seyler cita casos de glucosurias pasajeras observadas por él en vagabundos y que desaparecían en cuanto ingresaban en el hospital y se les sometía á alimentación metódica sin hidrocarbonados.

Perujo describe dos casos de glucosurias emotivas, y Worms afirma que esta afección es más común en los trabajadores de la inteligencia que en los manuales.

Cazzaniga ha hecho una serie de observaciones para comprobar la presencia de azúcar en la orina de los moribundos, y llega á la conclusión de que si la cesación de la vida se verifica repentinamente no se presenta glucosuria; pero, en cambio, si hay agonía se halla casi siempre. Cree el autor que se trata de glucosurias renales (pues no hay hiperglicemia), debidas á hipofuncionalismo de los órganos metabólicos, lo mismo que ocurre en los convalecientes y depauperados.

Le-piau, en 1848, y después de numerosos experimentos, estableció la teoría de que la orina normal contenía de 27 á 50 centigramos de glucosa por litro, colocando la primera piedra de la glucosuria fisiológica.

Sus trabajos dieron lugar á muchas críticas y discusiones, y aun no todos los autores están completamente de acuerdo acerca de este punto. Es presumible que las cifras dadas por Lespiau son exageradas, en razón á que se consideró unidos á la glucosa la pentosa y el ácido glucurónico, que deben separarse de ella; por otra parte, cuando en el capítulo VI de esta tesis se describan los estudios experimentales propios, se dará el resultado obtenido y se indicará cómo se llegó á demostrar la presencia de azúcar en la orina normal. Pero sin dejar por esto de reservar la voz glucosuria para los casos patológicos en los que la orina presenta una cantidad de glucosa bien dosificable por el Fehling, ó como quiere Grasset, para «cuando el azúcar urinario alcanza ó pasa de 10 centigramos por veinticuatro horas».

Las embarazadas nos proporcionan un notable ejemplo de glucosurias, que podríamos considerar como intermedias entre lo normal y lo patológico, del mismo modo que el agente etiológico que las ocasiona. Nadie se atreverá a negar que el embarazo sea un hecho perfectamente fisiológico; empero, no nos parece discutible que la mujer preñada se comporta como un ser que sufre una alteración tal en su economía que, sin estar enferma, tampoco puede servir como tipo de normalidad.

Blot afirma que presentan azúcar en la orina todas las parturientes y las de período de lactancia, y casi la mitad de las mujeres encintas. Lo mismo ocurre en la mayoría de las hembras de los mamíferos. Se discutieron mucho estas conclusiones, y también la naturaleza del azúcar que en la orina se encuentra; pero hoy puede afirmarse que existe lactosuria unas veces, glucosuria otras y las más, juntas ambas.

Cuando una persona normal ingiere grandes cantidades de glucosa (300 á 400 gramos) preséntase la llamada glucosuria alimenticia. Cabanes sostiene que habrá glucosuria en un hombre sano que tome más de 650 gramos de hidrocarbónados en veinticuatro horas.

Lo mismo ocurre después de beber considerable cantidad de vino blanco (Sauvages), champafia (Magainelle), dulces, jarabes, etc. Este hecho ha servido para intentar medir clínicamente la función glucogénica del hígado, aplicando la fórmula de Mongour: «la aparición de azúcar urinario (según exámenes de hora en hora durante las doce siguientes á la ingestión), después de tomados 200 gramos de jarabe ó de 125 á 150 de azúcar por un individuo en ayunas, es indicio de una alteración del hígado». Esta prueba es poco práctica y muy discutida entre los internistas.

Cuando se trata de obtener resultados exactos debe operarse siempre, y únicamente, con glucosa, pues Lépine ha demostrado que si se administra levulosa aparece antes en la orina que al ingerirse dextrosa, y ésta es la explicación del por qué induce á errores y á cifras discordantes el uso de sacarosa.

Según Richardière y Sicard, la glucosa es siempre asimilable en un individuo sano, y no pasa á la orina cuando se le administra por inyección intravenosa. En cambio la sacarosa, la lactosa y la maltosa, en las mismas condiciones, no son, según ellos, asimilables, y se eliminan en seguida; la levulosa es en parte asimilable y en parte no, cuando se introduce en las venas. La cantidad tóxica de glucosa es de 15 gramos, en inyección, por kilogramo del animal.

(Continuará.)

Saneamiento é higienización de España ⁽¹⁾

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

En 1902, los habitantes del Imperio alemán eran 57.030.000, los cuales estaban asegurados: contra los accidentes, 17.582.000, y contra la invalidez, 13.380.000; y en 1901, las Sociedades de seguros poseían un capital de marcos 1.298.404.000.

La obra del seguro social contra la enfermedad, la invalidez y la vejez de Alemania está juzgada solamente con los datos anteriores; pero para darse cuenta de todo cuanto la obra representa y de los recursos sanitarios que puede desarrollar, no podemos resistir á la tentación de consignar

(1) Véase el número anterior.

aquí los siguientes datos de las tres ciudades hanseáticas: Bremen, Lübek y Hamburgo, y que, aun á trueque de alargar este capítulo, damos á continuación.

En el libro del Dr. Bielefeldt, «Veinte años de funcionamiento del seguro contra la enfermedad y de la asistencia de inválidos en las villas hanseáticas», relata las serias dificultades con que tropezó la obra en sus primeros tiempos.

Desde 1891 al 1892, solamente 15 personas recibieron los auxilios de la Sociedad de seguros.

Hasta el año 1897 no se pudo construir el primer sanatorio antituberculoso, que fué en Saint Andremsberg, para 115 hombres, empleando en ello 200.000 marcos.

El éxito obtenido en este primer sanatorio hizo continuar la obra, y en 1898 se construía otro en Pyrmont, para 10 lechos, y otro en Budüm, para 40 enfermos, que fueran mujeres ó jóvenes; y en 1899, otro para cien lechos.

En 1900 se erigió una casa de convalecientes para 116 hombres y 260 mujeres. Sin embargo, siendo insuficientes estos sanatorios, los enfermos eran enviados á sanatorios particulares por cuenta de la Caja de Seguros.

En 1907, el primer sanatorio que se construyó se amplió hasta 180 camas. Además, la Sociedad se hizo dueña de las aguas termales de Salzuflen, que por esta razón pertenecen á los asegurados.

Desde 1909, los alcohólicos son tratados (curas de seis meses) en un sanatorio especial.

En 1910 se crean los servicios de prótesis y mecanoterapia, y se envían 42 personas á los baños de mar.

Las cifras de la obra son más elocuentes que todos estos trabajos, que sólo sirven de demostración del sucesivo desarrollo y ampliación de aquélla. Estas cifras son las siguientes:

En veinte años la Sociedad ha pagado 31.064.401 marcos de subsidios (renta) y 7.542.286,12 por tratamiento de enfermos.

Los ingresos, por cuotas, ascendían á 89.846.580 marcos, solamente en el año de 1910, y se trataron 6.218 personas de las cuales 5.476 habían terminado su tratamiento á fin del año.

Ha contribuido además la Sociedad á grandes obras sanitarias, dando dinero á préstamos del siguiente modo:

	Marcos.
A la Sociedad de construcciones de Hamburgo.	5.323.000
A la ídem íd. de Lubek.	516.900
A la ídem íd. de Bremen	500.000
A la ídem íd. de Cuxhaven	166.500
A la ídem íd. de Geethacht.	54.000
A la Asociación de carpinteros de Hamburgo.	1.060.000
A la Sociedad de Socorros de mujeres de Hamburgo.	100.000
A la íd. de habitaciones de Lubek.	60.000
A la ídem íd. baratas de Bremen.	225.000
A la ídem íd. para los funcionarios de Hamburgo.	70.000
TOTAL.....	8.075.400

Además, después de 1909, ha fundado 545 jardines obreros, y se preocupa de prestar cuidados á los hijos de los asegurados, fundando Gotas de Leche, escuelas obreras de aprendices, facilitando el cambio de oficio á todos aquellos que, médicamente, no les conviene el que han seguido por su propia elección, ó ya por enfermedad anterior ó adquirida, ó por predisposición á alguna otra enfermedad incompatible con el que desempeñaran.

Los datos anteriores prueban mejor que cuanto pudiémos decir lo que son y representan para Alemania los seguros de la enfermedad.

La obra social de esta nación ha sido previsorá hasta

con los presos y los soldados, los cuales, por leyes especiales de 30 de Junio de 1900 y 18 de Junio de 1901, disfrutaban también de seguros contra la enfermedad, comprendiendo también a los funcionarios públicos la última de las leyes citadas.

Todo trabajador, que lo sea en Alemania, sin distinción de nacionalidad, está comprendido en el seguro obligatorio, por virtud del cual, en caso de enfermedad, recibe, sin gastos efectivos, una serie de auxilios muy necesarios y convenientes en tal situación.

¿No es esto, preguntamos nosotros, cien veces más moral que esas innumerables clínicas, policlínicas y Sociedades benéficas, sin prestigio ni fiscalización alguna, en las que por cantidades irrisorias, por no calificarlas de otra manera, el obrero ó el funcionario modesto son acaso explotados y nunca atendidos en las condiciones que una fuerte Sociedad, con garantía del Estado, puede hacerlo?

Pero no es esto sólo; lo más importante del asunto estriba en que con el seguro obligatorio contra la enfermedad, contra la invalidez y contra la vejez ingresan en el Estado muchos centenares de millones que, aplicados rectamente, concienzudamente, para el objeto con que han sido recaudados, pueden y deben destinarse á realizar una magna obra sanitaria que al fin y al cabo beneficiará enormemente á los asegurados. Ello salta á la vista. La construcción de casas higiénicas, baratas; la ampliación del número de camas en los hospitales y asilos; la creación de otros nuevos; la de sanatorios generales y especiales; la de escuelas para obreros y atrasados, y otra infinidad de instituciones que si son benéficas son todavía más sanitarias, y que hoy no puede emprender el Estado su ejecución porque las cifras de un presupuesto de esta naturaleza asustarían, sería bien factible, y con la realización de la obra de esta naturaleza vendría como de la mano la desaparición de las enfermedades evitables, el saneamiento higiénico de viviendas y edificios públicos, el sostenimiento de muchos más centenares de lechos en los hospitales; todo lo cual redundaría, como es lógico, en beneficio directo y positivo del asegurado y de su familia.

Y en esto debe fundarse principalmente la moderna organización de la sanidad pública; porque ni al Estado, ni al Municipio, ni á la caridad privada se le puede pedir dispendio de tan crecido número de millones como pueden dar, en cantidades insignificantes, unos cuantos millones de asegurados obligatoriamente.

No es de ahora cuando se ha hablado ó escrito ya en España acerca de este asunto respecto á los seguros sociales obligatorios, establecidos en Alemania. Recién organizado el Instituto de Reformas Sociales, ya se habló en la Prensa, hacia el año 1900 (1), de esta cuestión, y hasta se detallaba la forma ó formas de cómo se cobraban en Alemania á obreros y patronos, á criados y á amos, en sellos, desde algunos céntimos hasta uno, dos ó tres marcos semanales esta clase de seguros; cómo funcionaban las diferentes Cajas que, dependientes del Ministerio de Hacienda, llevaba por separado cada uno de los tres seguros: el de la enfermedad, el de la invalidez y el de la vejez. Pero en aquella época no había ambiente en España para estos asuntos; y solamente Canalejas y algún otro muy contado, á quienes quizá se calificaba de ilusos, tomaban en serio y se ocupaban de tales cosas, que, como se ve, no son delirios ni ilusiones, sino realidades de millares de millones efectivos y, por lo tanto, de crédito más que suficiente para emprender la obra sanitaria y de higienización que requiere el país, complementando

tando la acción social que demandan los tiempos actuales.

Recientemente, el ilustre inspector de Sanidad D. Manuel Martín Salazar, en una notable conferencia que dió en el Instituto Rubio durante el último Congreso Nacional de Medicina y en otras varias ocasiones, ocupóse también con su reconocida competencia del asunto de los seguros sociales, y ha procurado en artículos de prensa, y hasta en un folleto, hacer la propaganda de ellos, aunque, dicho sea con verdad, tampoco creemos haya encontrado mucho ambiente.

Pero ahora los tiempos cambian con una rapidez vertiginosa, y lo que ayer no tenía ambiente hoy lo imponen las circunstancias, y observamos con gusto que las corrientes van por ese camino, y muy bien encaminadas por cierto, de lo cual debemos felicitarlos, porque él es el camino seguro y firme para llegar á conseguir lo que tanto se necesita y todos deseamos.

Además de Alemania, y también de Inglaterra, Italia, por ley de 18 de Junio de 1899, creó la Caja nacional de previsión para obreros, ancianos é inválidos.

Suecia y Noruega, desde 10 de Junio de 1889, tienen el seguro obligatorio de accidentes, y en 1.º de Julio de 1890 crearon la inspección sanitaria de fábricas.

Bélgica, por disposiciones legislativas de 1889, ordenó que las cantidades que hubiesen de emplearse en festejar el 25 aniversario de elevación al trono del Soberano se destinaran á formar el capital de una caja de previsión de los accidentes del trabajo; y en 10 de Mayo de 1900 dictó la ley de Pensiones á la vejez.

Y, por fin, otros Estados, cuál más, cual menos, se han ocupado todos de esta legislación social sobre los seguros.

LAS MINAS

I

Lejos muchas veces de todo centro de población, con condiciones especiales de un trabajo, quizá el más rudo entre todos los trabajos, produciendo su fatigosa existencia rendimientos exorbitantes como ningún otro trabajo produce, y además, penetrados los obreros de estas condiciones que los separan del resto de los trabajadores, es, sin duda alguna, el problema social minero de los más interesantes y dignos de estudio.

Por otra parte, no es el grupo obrero menos numeroso; los datos estadísticos nos dan una idea de la importancia que en España ha ido teniendo, y tiene actualmente, la industria minera.

Según estos datos, puede observarse que el número de obreros mineros de España, que ha ido sucesivamente creciendo, oscila entre 100 á 130 000 entre hombres, mujeres y niños, y es lo suficientemente considerable para que preocupe el problema que constituye la higiene del minero.

Desde los tiempos en que Sebastián Faure en el *Dolor Universal* escribía sus célebres y tristes párrafos describiendo la vida del minero, hasta hoy, puede decirse que todo ha cambiado completamente.

Los constantes desvelos de los ilustrados ingenieros de Minas, propicios en toda ocasión á cuanto pueda representar mejora de la situación higiénica del minero, han sido tantos y tan interesantes para obtener una situación menos mala dentro de la rudeza del trabajo minero, que puede decirse que las condiciones del obrero de las minas han cambiado totalmente.

Sin embargo, es difícil cambiar lo que no puede ni podrá nunca cambiarse. El minero de una mina de carbón tendrá siempre que trabajar en una galería húmeda fría, á bastantes metros del nivel del suelo, y estará siempre expuesto,

(1) Seguros sociales benéficos.—*Heraldo de Madrid*, núm. 8.615, —17 Octubre 1900.—Dr. A. Muñoz.

por mucho que se trate de evitar, á las combustiones espontáneas, á las explosiones extemporáneas de los explosivos que se utilicen y, en una palabra, á los accidentes del trabajo, que en una mina son siempre considerables.

Es más de considerar este problema de las minas de carbón, porque en ellas las condiciones del trabajo y la naturaleza especial del mineral, que hace que algunas veces se produzcan explosiones de grisú, dan mayor número de accidentes del trabajo, según se desprende de todas las estadísticas de España y del extranjero.

La producción de carbón, en España, durante estos últimos años de la guerra europea ha sido enorme, habiendo duplicado, triplicado y alcanzado cifras exorbitantes comparadas con las de años anteriores. Desde 450.000 toneladas que se producían en 1865, se ha llegado á 7.000.000 en el año 1920.

No somos financieros, y, por lo tanto, no podemos deducir del estado actual si esta producción disminuirá como parece probable, ó seguirán manteniéndose estas últimas cifras; pero de todos modos, el haber llegado á ellas prueba que algún día, si no inmediatamente, dentro de poco, se volverá probablemente á alcanzar en la minería de hulla las mismas y aun quizá superiores cifras á las actuales.

Y por tal razón, añadida á las que hemos apuntado anteriormente, es necesario y urgente ocuparse de la salud de ese infinito número de mineros que en tan gran cantidad han aumentado, y cuyas condiciones de trabajo son tan especiales.

Las minas de carbón son, sin duda, de las más importantes de España; pero, además, nuestro país tiene varios núcleos mineros bien conocidos de todo el mundo.

Entre dichos cotos mineros sobresale el de Almadén, por ser sus minas de mercurio la más rica explotación del mundo entero. No hace mucho tiempo, siendo ministro de Hacienda el malogrado hombre público Sr. Besada, se creó un Consejo de administración á fin de que reorganizara y mejorara los servicios de dichas minas; y más recientemente todavía, siendo ministro de Hacienda el Sr. La Cierva, se creyó en el caso de visitar en persona dicho coto minero, sin duda con el fin de adoptar toda clase de disposiciones encaminadas á su mejoramiento.

Además de las ricas minas de Almadén, tenemos en España los importantes yacimientos de mineral de cobre en Huelva y Sevilla, las minas de hierro de Bilbao, la zona de Cartagena y Almería, y la no menos importante de Linares y La Carolina, que son todos ellos lugares en que, separados y en conjunto, núcleos numerosos de obreros reclaman la atención de los Gobiernos que tienen el deber de preocuparse en mejorar cuanto puedan las condiciones de su vida y de su trabajo.

(Se continuará).

Bibliografía.

ELEMENTOS DE PATOLOGÍA GENERAL, por el profesor Michelean.

El profesor Michelean, catedrático de la Facultad de Medicina de Argel, ha escrito un precioso tratado de Patología general que publica la casa Doin, de París. Es una obra que merece llegar al público médico porque en ella resplandecen las cualidades que han hecho de los escritores médicos franceses los más dignos de ser leídos entre los que de nuestra ciencia se ocupan. La claridad, el método descriptivo, la difícil facilidad en la exposición de doctrinas las más complejas y de métodos los más enrevesados, son las características de este libro del profesor Michelean, quien revela

una enorme erudición general, un buen gusto literario y un sano criterio médico, amigo del progreso, pero afianzado en el conocimiento de la historia y en el respeto á las sanas tradiciones.

Como aquí no se engaña á nadie, diré que este libro del profesor Michelean, este admirable libro del profesor Michelean es una profesión de fe espiritualista. Sus páginas «han sido escritas y pensadas con la convicción, que la vida no es una propiedad esencial de la materia, que la vida interviene siempre en todas las manifestaciones de la materia animada para hacerla reaccionar ante las mismas causas de excitación, de un modo distinto á como reacciona la materia inerte... y más adelante, al tratar de las condiciones inherentes al organismo afirma «son infinitamente variables... si podemos coger algunas, hay muchas más que nos escapan y hacen dudar que las leyes del determinismo puedan ser aplicadas con rigor á la biología en general y á la medicina en particular, haciendo dudar todavía más de la verdad de las fórmulas matemáticas en las cuales se ha intentado encerrar los fenómenos biológicos... El kilogramo de animal vivo no es comparable en cada especie, no siempre lo es de animal á animal ni aún en el mismo animal es idéntico á sí mismo, según los distintos momentos...»

Al hablar de la luz dice: «El beduíno, el árabe, se vanaglorian de soportar el hambre y la sed, tanto como el habitante del Norte se enorgullece de su capacidad gástrica, y aquella sobriedad no les impide realizar largas, muy largas marchas de 50 y 60 kilómetros á un paso extraordinariamente rápido. En estos pueblos ¿qué es de las tablas científicas donde están dosificadas matemáticamente las cantidades de agua, de nitrógeno, de carbono necesarios para suministrar las calorías indispensables al funcionamiento de la máquina humana?» Y más adelante: «Entre la duración de los solos actos digestivos y el trabajo realizado, hay una diferencia que no permite referir éste á aquellos... Si conocemos el tiempo que tarda en realizarse la digestión, ignoramos totalmente lo que tarda la elaboración que hace de la molécula alimenticia, la molécula de glucosa, á la combustión de la cual se refiere hoy la energética animal.»

Expone ideas originales de tanta trascendencia como la siguiente, al tratar de la uremia: «Los cloruros y la urea son por sí mismos inofensivos. Por lo tanto, no es á ellos á los que se deben referir los accidentes observados, sino á las toxinas, distintas sin duda en los dos casos. La retención de la urea y de los cloruros nos parece debe ser considerada como una retención *testigo* de la retención de toxinas diferentes. Creemos que esta retención de un producto inofensivo es un acto de defensa del organismo. La urea y los cloruros mantienen estas toxinas en un estado físico-químico en el que son menos nocivas al organismo... Esta teoría se apoya en los accidentes que siguen algunas veces á la reabsorción de los edemas después del paso á la circulación general del líquido edematoso existente hasta entonces en el tejido celular donde mantiene las toxinas de que está cargado, accidentes que la eliminación iniciada parecería deber alejar en vez de producir.»

La obra, como tratado de Patología general, es muy completa, sus 500 páginas son de una lectura amena, tanto como puede serlo la de una novela interesante, avalorada por acotaciones profundas ó ingeniosas, todo el libro está así esmaltado, por ejemplo, al decirnos que la pigmentación de la piel es un procedimiento de defensa contra los rayos luminosos; afirma que los negros no conocen la insolación; según la frase de P. Manson, *el negro camina á la sombra de su piel*, y muchas más que no copio para no hacer interminable este artículo.

Al exponer los orígenes de la bacteriología, vindica la gloria de Davaine, el modesto y genial observador, médico de aldea que descubrió en 1850 los bacilos de carbunco...

Al llamar la atención de los médicos españoles sobre este libro de Michelean entiendo servir á mis compatriotas proporcionándoles la ocasión de un aprendizaje agradable. Conozco lo que vale este profesor, sus condiciones morales y su caballerosidad; al saber que había publicado un libro que se leerlo y lo pelí; tanto me gustó que lo recomiendo con entusiasmo, antes de que los mismos críticos franceses se ocupen de este trabajo.

DR. A. PULIDO MARTIN.

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Colectomía por enfermedad de Lane.**—El Dr. Máximo Castro ha presentado á la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires el siguiente é interesante caso: En Abril de 1918, vi por primera vez esta enferma por accidentes dolorosos de la fosa ilíaca derecha. Se trataba de una estreñida crónica (de edad treinta y ocho años), que sufría casi desde su niñez, habiéndose exagerado en este último tiempo, las dificultades de mover el vientre, los fenómenos dolorosos, la demacración, fatiga y el cansancio.

Examinada, se aprecia un ciego distendido; dolor en el punto de Mc Burney y un tumor que presenta peloteo renal. Se manda hacer una radiografía que muestra el ciego completamente distendido. Al nivel del codo hepático, se ve que el bismuto no pasa sino con mucha dificultad; en un trayecto de 5 á 6 centímetros, el resto del intestino se llena poco á poco normalmente.

Con estos datos, se piensa en una apendicitis crónica, con un riñón móvil, teniendo una duda acerca de la naturaleza de la estenosis intestinal que muestra la radiografía; temiendo que se pueda tratar de una neoplasia del colon, se hace una intervención, que consiste en una incisión de Jalaguier, grande, que permite explorar el ciego y el colon ascendente. Se extirpa el apéndice, que presenta lesiones banales de apendicitis crónica; se seccionan numerosas adherencias, especialmente algunas muy fuertes que estrechaban el colon á unos 20 centímetros por encima de la válvula ileocecal. Se cierra la pared en tres planos sin drenaje.

No hubo ningún accidente; la enferma se curó rápidamente.

Al principio su estado mejoró, pero más tarde reaparecieron los fenómenos dolorosos y las dificultades de movimiento de vientre.

En Septiembre de 1921 la vuelvo á ver, encontrándola en peores condiciones; los fenómenos dolorosos persistían y el movimiento del vientre aún más difícil, habiendo agotado todos los tratamientos imaginables. En la fosa ilíaca se palpaba un tumor movable, que aumentaba y disminuía de volumen según el movimiento del vientre; se confundía con el riñón móvil, pero en la orina no había ninguna alteración que hiciera pensar que se produjeran crisis de hidronefrosis; se veía evidentemente que la mayor parte del tumor lo constituía el ciego, dilatado con materias fecales. El doctor Lanari hace una nueva radiografía que nos muestra el ciego enormemente distendido y con dos estrangulaciones: una primera, como á 20 centímetros arriba de la válvula, y la segunda, á 10 centímetros más arriba, en dirección al ángu-

lo hepático. El resto del colon se ha llenado más difícilmente.

Esta radiografía se ha obtenido por ingestión de pasta bismutada y la primera con un enema bismutado.

Se resuelve una nueva intervención, acompañado por el Dr. Barbieri y ayudado por el Dr. Sobrecasas y practicante Maldonado. Anestesia con aparato Roth-Dräger, con la mezcla de cloroformo, éter y oxígeno. Incisión supra umbilical. Se explora el vientre y se aprecia el ciego enormemente distendido, adherido á la pared anterior de la fosa ilíaca; en el ángulo hepático hay fuertes adherencias. Se hace el desprendimiento del epiploon, y siguiendo la técnica de Panchet-Lan, secciona los vasos cólicos, tomándolos casi aislados, para hacer pedículos poco voluminosos; no hay ninguna dificultad en el desprendimiento del colon transversal; se moviliza el ángulo esplénico; con alguna mayor dificultad se continúa con el descendente hasta llegar á la S ilíaca; entonces se aísla todo esto con compresas y se pasa á desprender el ciego y el colon ascendente.

Las adherencias del ciego no son muy fuertes, lo que permite movilizarlo, ligando los vasos en pedículos pequeños; se secciona el mesenterio para desprender 15 centímetros del ileon; se aplasta la pared intestinal con la pinza Doyen y se secciona con el termocauterio el intestino entre dos series de pinzas Kocher, fuertes. La misma operación se hace con la S ilíaca. Se afronta el mesenterio al mesocolon con dos puntos de catgut; se ponen dos puntos seroserosos sobre el ileon y la S ilíaca; se reemplazan las pinzas Kocher por pinzas elásticas para hacer la coprostasis; se toma con pequeñas pinzas de intestino la mucosa del ileon y de la S ilíaca para afrontarlas. No hay una diferencia de calibre que haga necesario ninguna maniobra especial, para hacer la sutura extremo á extremo, lo que se hace en tres planos; uno de catgut y dos de seda.

Toilette del peritoneo. Se lava con éter; se sutura la pared en tres planos.

Durante la operación se ha inyectado un litro de suero.

Duración de la operación: una hora y cuarto. La pieza muestra el ciego, que ha perdido su aspecto normal, han desaparecido las franjas. Su pared está muy adelgazada y presenta una primer estrangulación á 12 ó 15 centímetros de la válvula, después vuelve á dilatarse, y más ó menos á la misma distancia, hay otra estrangulación que viene á estrechar al calibre del intestino. A nivel del ángulo hepático, está estrechado por fuertes adherencias. En el colon transversal también presenta numerosas lesiones. Recién en el colon descendente recobra el intestino su aspecto normal.

El ciego está completamente lleno de materia fecal, á pesar de los repetidos purgantes antes de la operación, lo que prueba que el vientre se movía por regurgitación.

La anterior operación de extirpación del apéndice y sección de las adherencias, no había dado otro resultado que la fijación del ciego al peritoneo parietal y la desaparición de las franjas cólicas; las estrecheces que existían antes se habían exagerado y agravado.

Consecuencias operatorias.—Los tres primeros días fueron normales; pero entre el quinto y sexto día aparecieron fenómenos de oclusión, que cedieron á las inyecciones de hipofisina, lavados de estómago y lavados intestinales. Durante quince ó veinte días, los movimientos de vientre fueron siempre líquidos, pero al mes esto se regularizó, y hoy lo mueve dos veces diarias, ayudándose con agar agar ó amesol. Hubo algunas crisis dolorosas, que han cedido con los enemas. Su peso ha aumentado 2 kilos y se encuentra con gran bienestar. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 24 de Noviembre de 1921.)

2. **Hernia diafragmática traumática.**—El Dr. Carlos J. Allende publica la siguiente historia clínica:

Núm. 461-50, año 1920, del archivo personal.—Hospital Durand, Servicio de Cirugía del profesor Palma, Sala II, cama núm. 26. G. S., boliviano, veintiocho años, mecánico. Ingresa al servicio el 30 de Noviembre de 1920. Sale de alta, curado, el 3 de Febrero de 1921.

Antecedentes personales.—Ha tenido en la infancia viruela y escarlatina. Tuvo hace diez años una blenorragia que se curó después de un largo período de cronicidad. Le apareció hace siete años un chancro seguido, al parecer, de accidentes específicos (alopecias, sífilides cutáneas, placas mucosas, cefaleas), que fueron tratados solamente con mezquinas dosis de jarabe de Gibert durante un breve tiempo. Hace también siete años que sufrió un fuerte traumatismo, de cuya consecuencia resultó con la fractura de la bóveda craneana y una fuerte entorsión del cuello del pie derecho, habiendo quedado desde entonces muy «débil de cabeza» —según propia manifestación— y perdiendo muy fácilmente el conocimiento.

Enfermedad actual.—El día 10 de Abril del corriente año (1920) recibió tres puñaladas, de las cuales dos en el tórax, una en el noveno espacio intercostal izquierdo, en la línea escapular posterior y otra en el séptimo espacio intercostal izquierdo en la línea axilar anterior y la tercera en la cara interna del brazo izquierdo (pared externa de la axila). Como consecuencia de las puñaladas recibidas en tórax, tuvo hemoptisis y después expectoración purulenta, temperaturas muy altas acompañadas de delirio, inspirando su estado serios cuidados durante un período de un mes; sólo al cabo de tres meses se encontró restablecido y salió de alta del hospital en que se asistía, en Oruro (Bolivia).

Sin embargo, su restablecimiento era sólo aparente, pues al poco tiempo empezó a sentir fuertes dolores en la región del hipocondrio izquierdo, espontáneos, pero que recrudecían cuando ingería alimentos, los que eran vomitados casi en seguida, con lo cual sus dolores se atenuaban. Cualquier esfuerzo le fatigaba hasta impedirle continuarlos, le producía palpitations y aumentaba los dolores del hipocondrio, los que se propagaban al hombro y brazo izquierdos.

Como a los siete meses de iniciada su dolencia no se hubiese aún repuesto de ella, resuelve venir a Buenos Aires. Aquí, el Dr. A. De Nucci le hace una radiografía que muestra claramente la existencia de una hernia diafragmática, con cuyo diagnóstico ingresa al servicio.

Estado actual.—Sujeto de tipo mestizo, bien desarrollado; se nota que ha enflaquecido mucho; piel muy pigmentada con numerosas manchas de coloración aún más oscura; mucosas de color normal.

Lengua húmeda, poco saburral.

Pupilas regulares, acomodan bien a la luz y a la distancia.

Motilidad, sensibilidad, reflejos, normales.

Pulso regular, igual, rítmico, poco amplio, poco tenso, frecuencia muy disminuida, variando ligeramente, alrededor de 46 pulsaciones por minuto, cada vez que se examinó su pulso en diferentes días y horas.

Tórax: A la inspección se advierten dos extensas cicatrices, una en el noveno espacio intercostal izquierdo, en la línea escapular posterior y otra en el séptimo espacio intercostal izquierdo en la línea axilar anterior y se nota también una disminución en la excursión respiratoria del hemitórax izquierdo.

Corazón: A la percusión, matidez disminuida; a la auscultación, los tonos cardíacos se perciben muy alejados y de ritmo muy lento.

Pulmón derecho: Aumento de sonoridad a la percusión y aumento también del murmullo respiratorio a la auscultación, que no revela ningún ruido agregado. Movilidad normal de la base derecha.

Pulmón izquierdo. A la percusión, sonoridad aumentada, algo timpánica; a la auscultación, disminución del murmullo vesicular, sin que tampoco se perciban ruidos agregados a no ser uno que otro gorgoteo de timbre metálico, en la base y por delante. Hay manifiesta disminución de movilidad pulmonar en la base izquierda, más marcada en el costado que hacia atrás.

Area sonora de Traube, agrandada hacia arriba y hacia atrás, donde se confunde con la sonoridad ligeramente timpánica del resto del hemitórax izquierdo.

Abdomen, normal a la inspección; la palpación es dolorosa en el hipocondrio izquierdo.

Intervención.—Noviembre 30, 1920. Una hora antes se le hace una inyección de 0,02 centigramos de clorhidrato de morfina.

Anestesia local con solución al $\frac{1}{2}$ por 100 de novocaína, empleándose en total 0,75 centigramos de ésta.

Toracectomía temporaria en colgajo de base posterior (Terrier y Raymond), coincidiendo dicha base con la línea axilar media y que comprende las quinta y sexta costillas izquierdas, que se seccionan subperióticamente en las dos extremidades del colgajo, cuya extremidad anterior libre coincide con la unión de ambas costillas con sus cartílagos correspondientes, y cuyo bordes superior e inferior siguen el inferior de la cuarta y el superior de la séptima costilla, respectivamente.

En seguida se hace en la pleura parietal un pequeño orificio por el cual se deja establecer lentamente el pneumotórax, y a continuación se secciona la pleura como el colgajo cutáneo, con lo cual queda constituida una ventana tegumento-costopleural de charnela posterior, que hacemos girar hacia afuera y atrás, con lo que se nos expone ampliamente la cavidad pleural izquierda. El enfermo no acusa ningún trastorno debido al pneumotórax y apenas si respira con un poco de más frecuencia.

Hay que tener en cuenta que de antemano estaba muy reducida la función del pulmón izquierdo por las causas que vamos a relatar. En efecto, dentro del hemitórax izquierdo vemos en el fondo, hacia adentro y arriba, el pulmón atelectasado; por debajo y fuera de éste, una porción de intestino como de 30 centímetros de longitud que reconocemos como el ángulo cólico izquierdo, que ha arrastrado también parte del epiploon, y por detrás y por dentro del estómago, su gran curvadura, la gran tuberosidad y casi toda la pequeña tuberosidad gástrica, lo que a su vez recubre al pericardio, que se ve latir agitado por lentos latidos cardíacos.

Con alguna dificultad y desprendiendo adherencias laxas que los fijan a la cara superior del diafragma, se consigue reducir en el abdomen los órganos subdiafragmáticos mencionados, a través de un orificio de bordes fibrosos, de unos 6 centímetros de diámetro, redondeado, al que adhieren también dichos órganos y que presenta el diafragma en su parte anterolateral. Con una compresa introducida por el orificio, se mantienen los órganos reducidos en el abdomen y con pinzas de Kocher se separan los bordes de dicho orificio; estos bordes ceden a una ligera tracción, lo que nos hace concebir la posibilidad de imbricarlos, para efectuar el cierre del mencionado orificio en dos planos, según el procedimiento de Mayo para la hernia umbilical, a objeto de obtener una oclusión segura del anillo herniario.

Conseguimos realizar nuestro intento con tres puntos de

seda en U, cuyas asas correspondían á la cara peritoneal de la mitad anterior del orificio, y cuyos nudos correspondían á la cara pleural de la mitad posterior del mismo. Así nos quedó libre el borde del orificio diafragmático, que correspondían á su mitad posterior, y á expensas del cual, suturándolo con puntos separados de catgut á la cara superior de la mitad anterior del diafragma, conseguimos el segundo plano.

Una vez que hubimos dispuesto nuestro primer plano ó de puntos en U y al anudarlos, retiramos la compresa que mantenía las vísceras reducidas en el abdomen. Hasta no haber anudado el segundo plano de suturas, no quedamos convencidos de haber obtenido un cierre perfecto y sólido del orificio herniario del diafragma.

Reponemos en su sitio el colgajo tegumentariocostopleural, fijando con un punto de catgut las extremidades anteriores de ambas costillas á sus cartílagos costales correspondientes. Sutura con puntos de catgut de la pleura y músculos intercostales, con lo cual se obtiene el cierre hermético de la cavidad pleural. Sutura de la piel con crin á puntos separados. No se deja drenaje.

El enfermo ha tolerado perfectamente la intervención; su estado general es muy bueno.

Al día siguiente (1.º de Diciembre) el sujeto tiene 37º,3 de temperatura, 132 pulsaciones y 42 respiraciones por minuto. Vomita abundantemente y se aprecia un enfisema de la pared torácica izquierda y del abdomen, hasta el nivel del ombligo. Se le hacen inyecciones de aceite alcanforado, enema de Murphy, etc.

El día 6 de Diciembre el estado general ha mejorado, pero tiene 38º de temperatura, disnea y acusa dolor intenso en el hemitórax izquierdo, que se propaga muy fuerte al hombro del mismo lado, como ocurría antes de la intervención; la percusión del hemitórax izquierdo es mate en la parte inferior; el enfisema ha desaparecido casi por completo. Se retiran las suturas; el colgajo parece cicatrizado por primera intención en toda su extensión. Por la parte anteroinferior de la incisión, se introduce una pinza de Kocher á la cavidad pleural, y por ahí un delgado tubo de goma, por el que se evacúan unos 500 gramos de líquido muy sanguinolento, con lo cual el enfermo se siente muy aliviado y desaparece el dolor del hombro izquierdo.

11 de Diciembre: Desde el día 6, por el tubo de drenaje sale secreción sanguinolenta, pero la temperatura que había descendido á 36º,4, vuelve á ascender hasta 38º y la secreción se convierte en purulenta.

El ángulo anteroinferior del colgajo se ha gangrenado; es una gangrena seca de la piel que se transforma en una escara, la que se elimina unos días después, y los tejidos por debajo de la piel se esfacelan en parte, dejando á descubierto la extremidad anterior de la sexta costilla. Por debajo de ésta, la pleura está abierta y en la profundidad se ve el diafragma.

En los días siguientes, y tratando la herida con antisépticos, la secreción disminuye y la cavidad va cerrando por brotes carnosos que vienen profundamente desde el diafragma y por los costados del borde de la herida.

El día 24 de Enero (1921), la cavidad pleural está completamente cerrada y no hay más secreción. El enfermo se levanta ya y expone diariamente al sol su herida, que va cicatrizando lentamente.

La temperatura ha desaparecido por completo.

Desde el 12 de Enero se ha comenzado un tratamiento de inyecciones semanales, á dosis progresivas, de novoarsenobenzol, intravenosas, empezando por 0,15 centigramos, hasta 0,95 centigramos; se le practican en total 3,90 gramos

de novoarsenobenzol en siete inyecciones; este tratamiento parece activar la cicatrización de la herida operatoria, la que al fin es completa el 27 de Febrero.

El estado general del sujeto es excelente; ha engordado varios kilos; sus dolores han desaparecido en absoluto, lo mismo que la fatiga; se alimenta abundantemente, sin que se le reproduzcan los trastornos que ello le ocasionaba antes de la intervención.

En esta fecha se obtiene una radiografía que muestra, previa ingestión y enema de bismuto, que los órganos abdominales que estuvieron herniados ocupan ahora su sitio; muestra también que el seno costodiafragmático izquierdo está libre y sólo se ve una adherencia que subsiste del diafragma á la pared costal.

El día 9 de Marzo, el sujeto sale de alta, perfectamente curado. (*La Prensa Médica*, Habana, 30 de Octubre de 1921).

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Directivas clínicas y terapéuticas de las infecciones, por L. Audain.**—Dos grandes corrientes se dividen, hoy en día, la terapéutica de las infecciones: la pasteuriana y la metchnikowiana, las cuales quizá se confundan en una sola cuando sea mejor conocido el modo de acción de los sueros curativos, por lo que deben prestarse mutua ayuda y asistencia en vez de combatirse sin razón.

El autor parece inclinarse por la última, pues opina que la leucoterapia será la medicación del porvenir y la que debe preferirse, hoy por hoy, en todas las infecciones, sea cual sea su asiento y el microbio que las determine.

El médico, en presencia de una infección, debe tener una línea de conducta invariable y obrar según un método racional á tenor de las siguientes reglas:

Examínense cuidadosamente todos los órganos, por los procedimientos clínicos habituales, á fin de establecer el diagnóstico rápidamente si es posible, lo que tiene, algunas veces, gran importancia, desde el punto de vista terapéutico.

Cuando se esté en disposición de hacer análisis de sangre, háganse todos los días para seguir paso á paso la marcha de la leucocitosis y poder, en la medida exigida, sostener y levantar las fuerzas de la naturaleza.

En el caso contrario, que es el más frecuente, será necesario apoyar nuestra conducta en la curva térmica, á cuyo efecto se recomendará á la persona encargada de cuidar al enfermo, que le tome la temperatura con toda regularidad cada tres horas durante el período ascendente, y cada hora hacia el fin probable del período descendente.

En todos los casos, evítese al principio una medicación precipitada, brutal, ciega, con frecuencia intempestiva y perjudicial, prefiriendo que sea lo más sencilla posible, á menos que se trate de una de esas enfermedades que, por decirlo así, no retroceden jamás ellas mismas. Salvo este último caso, déjese que los acontecimientos se desarrollen naturalmente, durante las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, sin intentar vanamente cortar la enfermedad con medicamentos (quinina, analgésicos ó antitérmicos) cuyo único efecto cierto será oscurecer el diagnóstico.

Si durante este período expectante la fiebre no ha desaparecido completamente por sí sola, es decir, si la naturaleza ha sido impotente para detener ella misma la enfermedad, examínese detenidamente la curva térmica y véase el tipo adoptado por la fiebre, que podrá ser: intermitente, remitente, continua baja ó continua alta.

1.º Si en el curso de la jornada la temperatura se hace normal, pero se remonta de nuevo para volver á caer, tendréis

que habérselas con una microbiana intermitente, pero está sin temor, cualquiera que sea la altura del grado térmico, pues tenéis tiempo y la hematología demuestra al efecto que las fiebres de largas oscilaciones no son peligrosas. No obstante, si los accesos tienden á repetirse más de tres días, haced una inyección leucógena y todo entrará en orden. (El autor ha descrito una forma de fiebre intermitente de origen intestinal, clínicamente confundible con el paludismo, que al examen hematológico da una formidable leucocitosis y muy fuerte mononucleosis sin que se ponga, claro es, de manifiesto ningún hematozoario de Laverán).

2.º Si al cabo de las veinticuatro horas notáis una fiebre remitente, observad todavía á vuestro enfermo durante veinticuatro horas más, sin apresuráros á emplear una medicación heroica, pues quizá la naturaleza se encargue ella sola de la curación. Pero si al día siguiente (cuarenta y ocho horas después del principio de la enfermedad) llegáis á observar en la curva térmica una ascensión, por débil que sea en la temperatura *mínima*, no esperéis ya más, pues es preciso obrar é instituir la medicación leucógena. Comportándoos de este modo en presencia de esas afecciones que como la fiebre tifoidea por ejemplo se encaminan progresivamente hacia su acmé, podréis hacerlas abortar, con mucha frecuencia, atacándolas vigorosamente desde los primeros días.

3.º Si se trata de enfermos negligentes, que han tardado en acudir á vosotros y os encontráis ante una fiebre continua, baja ó alta, instituid seguidamente la medicación leucógena. Con la primera inyección notaréis ya al día siguiente, de ordinario, que la temperatura *mínima* es menos elevada que la del día anterior, lo cual es un signo incontestable de progreso y una prueba manifiesta de que con una inyección diaria tenéis suficiente.

Continuad á esta dosis y al cabo de tres ó cuatro días veréis que la continua alta se hace baja, la baja se hace remitente y la remitente se encamina con rapidez hacia la normal. No os preocupéis de la temperatura máxima, que habrá de ser muy alta para que la toméis en cuenta, pues cuanto más largas sean las oscilaciones, más os deben satisfacer.

Si al día siguiente de vuestra primera y única inyección leucógena la temperatura *mínima* no ha disminuido, estad ciertos de que se trata de un caso serio y de que la medicación es insuficiente, por lo que instituiréis la medicación leucógena intensiva durante dos días seguidos.

Siendo vuestro guía la temperatura, durante estos dos días os quedáis sin brújula, pues bajo la influencia de las inyecciones leucógenas repetidas, la temperatura se eleva artificialmente, á cada inyección, por lo que no podréis precisar la *mínima* verdadera.

Al cabo del tercer día no hagáis más que una sola inyección, para daros cuenta de lo que ha pasado. Si el resultado es satisfactorio, desde el punto de vista de la *mínima*, continuad con una sola inyección diaria, hasta obtener la temperatura normal, y aun en los últimos días podréis, sin inconveniente, disminuir la dosis de leucógeno. Pero si dicho resultado no es satisfactorio, reinstituid la medicación leucógena, en la forma dicha, hasta completa satisfacción. Si es preciso, aún os queda el recurso de provocar un absceso leucogénico.

Siguiendo metódicamente estos consejos evitaréis las temibles complicaciones de las pirexias (hemorragias, degeneraciones orgánicas, enflaquecimiento exagerado, escaras, etcétera), y veréis frecuentemente neumonías francas agudas curar en cuatro días (con persistencia de los síntomas físicos), así como bronco-pneumonías é infecciones gripales, y fiebres tifoideas clínicamente muy graves que evolucio-

nan favorablemente en una quincena. (*Concours Medical*, número 38, 18 de Septiembre de 1921.)

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Algunos pequeños signos de la litiasis biliar, recientemente descritos por Félix Ramond, Ch. Jacquelin y H. Borrien.—En la litiasis frustrada, los síntomas habituales son tan atenuados, que el diagnóstico resulta difícil casi siempre: la proximidad anatómica y el sincronismo fisiológico de la vesícula y de la región píloro-duodenal, hace que se confundan muchas veces las litiasis frustradas con las diversas afecciones pilóricas. El quimismo gástrico y la radioscopia son impotentes para vencer esta dificultad diagnóstica; hay que recurrir forzosamente á buscar los pequeños signos, que si bien aislados, no tienen quizá un valor muy considerable; cuando se reúnen adquieren una importancia suficiente. Entre los pequeños signos, ya conocidos, están el signo de Murphy, el dolor de la base derecha irradiado ó no al hombro, y sobre todo el dolor del punto cervical inferior derecho ó signo de Chauffard. Entre los signos todavía poco conocidos hay tres, sobre los que los autores llaman particularmente la atención. El punto xifoideo no falta casi nunca en el curso de la litiasis biliar; aislado tiene poca importancia, porque se le encuentra también en procesos dolorosos del cardias, en la gastritis superior, en el enfisema y en la dilatación del corazón derecho, en la pericarditis. Pero cuando este punto va asociado al punto vesicular, puede tenerse una presunción fuerte en favor de la existencia de una litiasis biliar más ó menos latente. Con el nombre de *signo respiratorio*, los autores describen el fenómeno siguiente: el murmullo vesicular está claramente disminuido en la base derecha, sobre todo á nivel de la línea axilar posterior, en el curso de la litiasis biliar; á veces, esta obscuridad respiratoria se observa en la parte media y hasta en la parte superior del pulmón derecho; persiste durante muy largo tiempo y hay litiasis en los que este síntoma ha continuado varios meses después de la crisis de cólico hepático. La interpretación de este fenómeno es bastante delicada; podía creerse en que, bajo la influencia del dolor, el diafragma derecho era menos móvil que el izquierdo; sin embargo, esto es posible durante la crisis de cólico, pero resulta excepcional una vez terminada. Podría acusarse á una acción refleja que partiera del hígado y siguiera los esplácnicos á lo largo de las fibras grises de Remak y de las fibras blancas de Kölliker, que van directamente desde los ganglios á los nervios intercostales, inhibiendo así más ó menos la acción respiratoria de los músculos intercostales. Más verosímil parece la acción refleja sobre los músculos bronquiales, cuya contractura puede disminuir la ventilación pulmonar; su punto de partida es siempre la vesícula, el de reflexión, el plexo solar y la vía de conducción hacia los centros respiratorios, el neumogástrico derecho, nervio respiratorio bronquial por excelencia. Indudablemente, este síntoma no es específico de la litiasis biliar; existe, por ejemplo, en la ictericia catarral; pero en esta última es menos pronunciado y, sobre todo, de una duración menor; los autores no la han visto persistir más allá de siete á ocho días y con frecuencia desaparece á las cuarenta y ocho horas. De suerte, que en una ictericia cuya naturaleza litiasica ó catarral sea discutible, la persistencia del síntoma respiratorio habla claramente en favor de una ictericia por retención calculosa. Finalmente, este síntoma no existe en las afecciones pilóricas ó duodenales que no interesan á la vesícula biliar. También han observado los autores en algunos casos de litiasis biliar frustrada, un dolor reflejo al nivel de la emergencia de las ramas

perforantes de los nervios intercostales derechos; este dolor es raramente espontáneo, siendo lo más á menudo provocado por una ligera percusión. Sin embargo, este dolor no es constante, sino más bien excepcional. Cuando existe, tiene un cierto valor diagnóstico; pero esta sensibilidad de los perforantes puede existir también en las úlceras de la curvadura menor del estómago. La litiasis biliar se acompaña muy á menudo de trastornos vasomotores periféricos del tipo del síndrome vasomotor simpático; y como semejante asociación no existe más que excepcionalmente en los procesos dolorosos pilóricos ó duodenales, el diagnóstico diferencial entre la dispepsia litíásica y la úlcera del píloro queda así bastante facilitado. Conviene recordar también que la litiasis biliar despierta á menudo un dolor apendicular puro, sin apendicitis. (*Bull. et. Mem. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, núm. 31, 10 de Noviembre de 1921).—LUENGO.

SIFILOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La vía subcutánea en la administración del novarsenobenzol.**—El Dr. Patiño Mayor en un interesante trabajo presentado á la Asociación Médica Argentina, acerca de la conveniencia de la administración del novarsenobenzol por la vía subcutánea, establece las siguientes conclusiones:

1.^a La vía subcutánea significa una gran simplicidad de técnica en la práctica corriente de administración del 914.

2.^a Con ella es posible el empleo y buena absorción del compuesto arsenical, en enfermos en que no se podía hacer uso de la vía endovenosa.

3.^a Con la inyección subcutánea se pueden emplear pequeñas dosis de 15 y 20 centigramos diariamente ó día por medio, aún dosis en forma de creciente intensidad.

4.^a Conviene usar como vehículo, una solución de novocaina al 2 por 100, concentrando la solución, é inyectando poco líquido, á medida que se usan dosis más elevadas de 914.

5.^a Con las inyecciones subcutáneas si se emplean dosis pequeñas y cotidianas, ó dosis elevadas más ó menos próximas, llegamos en pocos días á las fuertes cantidades del medicamento.

6.^a La administración subcutánea del 914 aleja los accidentes que es posible observar por la vía endovenosa, dado que el contacto con los tejidos es gradual y no tan brusco como cuando se inyecta en las venas.

En el primer caso el medicamento pasa al medio circulante después de haber sido absorbido; en el segundo, la absorción no existe desde que el medicamento se inyecta en la sangre.

Las reacciones de Herxheimer son menos frecuentes, como lo observa también Trossarello al usar de la técnica de Wechselmann.

7.^a La vía subcutánea, como hemos visto en nuestras observaciones, permite el uso del 914 en dosis débiles y aun fuertes para enfermos delicados, en quienes sería peligroso hacer uso de la vía endovenosa, dado su estado general ó la forma en que se hallan tomados ciertos órganos (nefritis, miocarditis, mitroaórticos, etc.).

8.^a Sin pretender que la administración subcutánea del 914 llegue á sustituir en todos los casos la vía endovenosa, es un procedimiento que debe hacerse camino en la práctica corriente y al cual será necesario apelar en aquellos casos en que no sea posible hacer la inyección en la vena.

Deben sustituir á las inyecciones intramusculares, que son muy dolorosas, por otra parte; aquí la absorción es más difícil que en tejido subcutáneo.

9.^a Con tejido subcutáneo poco infiltrado de grasa es difícil que se presente dolor ó induración.

Si en alguna ocasión ocurre, la fomentación repetida los hace desaparecer fácilmente.

10. Las inyecciones subcutáneas pueden ser empleadas en adultos y también en niños, y dada su simplicidad de técnica ser puestas en mano de personas no médicas, porque no se requiere un conocimiento especial ni mayor habilidad.

11. En los casos que he tratado nunca hubo accidentes ó inconveniente alguno que pudiese ser desagradable y hacer rechazar el procedimiento.

12. No se necesita en las inyecciones subcutáneas, como para las endovenosas de 914, preparación previa del enfermo. La inyección se puede hacer en cualquier momento.

Tampoco, una vez efectuada la inyección, se necesita reposo por parte del enfermo, pudiendo entregarse en seguida á cualquier ocupación.

13. Las inyecciones subcutáneas de 914 permiten el uso de dosis que se pueden repetir con frecuencia haciendo series más ó menos numerosas. Esto es más difícil cuando se emplea la vena, pues ésta se endurece y se dificulta la inyección. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 24 de Noviembre de 1921.)

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de los corizas de los niños de pecho por vía lagrimal, por M. Chatin.**—Este autor viene empleando con gran éxito, desde hace más de diez años, tanto en las formas benignas, como en las graves, de coriza de los niños de pecho, la siguiente fórmula:

Despáchese:

De Argirol 1 gramo.
Agua 10 —

Disuélvase.

De este colirio, hace dos ó tres instilaciones al día, en cada ojo del niño, á beneficio de un cuentagotas, en los casos benignos, siendo las instilaciones más frecuentes en los casos graves.

Cualquiera que sea la intensidad del coriza las vías lagrimales dejan filtrar gota á gota el colirio á las fosas nasales á cuyas secreciones comunica su color obscuro.

Al cabo de dos ó tres días de este tratamiento, el coriza agudo se alivia sensiblemente, desapareciendo con rapidez los síntomas mecánicos y curando sin dejar tras sí esas complicaciones tan temidas como la otitis y la broncopneumonía.

El colirio de argirol al $\frac{1}{10}$ es absolutamente bien tolerado por la conjuntiva y produce una sensación de frescura, sin dolor ni escozor alguno.

La medicación se ha mostrado particularmente eficaz, en las formas agudas de los corizas llamados á *frigore*: poco eficaz, ó de efectos pasajeros, en los corizas de los niños adenoides: y sin eficacia alguna, en los corizas de los niños heredo-sifilíticos.

El autor considera este procedimiento como una de las mejores armas á emplear para la profilaxia de las bronquitis y de las broncopneumonías de los niños de pecho. (*Lyon Medical*, 10 de Octubre de 1921.)

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. —Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. —Independencia y retribución de la función forense. —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorros.

Boletín de la semana.

Año nuevo... vida vieja. —El seguro de enfermedad.

Con el número de hoy llega EL SIGLO MÉDICO al TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS de su no interrumpida publicación desde el año 1853, es decir, entra en el año 69 de su laboriosa vida, y si como lógicamente debe hacerse, se le suman los de su predecesor *El Boletín de Medicina*, pueden contarse en más de ochenta y ocho años los de su edad.

No por ser cosa que tan de cerca nos atañe; más, con toda imparcialidad, estudiando el hecho aparte de toda consideración de conveniencia ni proselitismo, nadie negará que es fenómeno digno de reflexión. ¡Contar más de ochenta años de existencia en la prensa médica española y llegar á ellos al propio tiempo que al mayor estado de prosperidad, de vitalidad y de confianza en el porvenir, nadie podrá negar que es cosa digna de ser anotada por lo poco frecuente y de ser estudiada por lo que á todos pudiera servir de lección para lo futuro.

Y, sin embargo, para nosotros el hecho tiene una sencilla y natural explicación, si se atiende á dos condiciones en que se ha movido la actividad constante de nuestro periódico: la una de índole espiritual, de orden táctico ó de conducta, la otra.

Es la primera y más eficaz causa de esto el que nunca, entiéndase bien, nunca ha cambiado en su esencia nuestro sencillez y convencido Credo; el programa que venimos hace años publicando al frente de nuestras dos principales secciones, hubiera sido seguramente suscrito, sin variarle una tilde, por las manos venerables que fundaron esta Revista, por las sabias y amadas que la depositaron en las nuestras, como por las nuestras ya viejas, pero no cansadas ni vacilantes todavía. Cuatro lemas tuvieron nuestros predecesores esculpidos ante sus ojos en cada momento por accidentado que apareciese. Esos cuatro lemas son y serán los que nos inspiren en todo momento: Patria, Ciencia, Humanidad y Dignidad médica.

La otra razón, la de índole de conducta, puede ser comprobada como la anterior en el desarrollo de nuestra modesta historia y ha sido, que cualesquiera que hayan sido las diferencias, las polémicas ardorosas y aun las luchas empeñadas á que se nos haya llevado ó en que nosotros nos hayamos comprometido, nunca ha dejado de encontrar fraternal

acogimiento el adversario de ayer, cuando por cansancio, por desfallecimiento ó por propia voluntad ha querido sumarse con nosotros y nos ha confiado la continuación de su tarea, si diferente de la nuestra en los medios preferidos y en los detalles, coincidente en el espíritu de inspiración en beneficio de la Ciencia y de la Medicina española.

De este modo, abierto nuestro corazón á todo progreso científico y á toda efusión fraternal, hemos podido contar siempre con una legión desinteresada y animosa que ha encontrado abiertas nuestras columnas á la publicación de sus trabajos y á la propaganda de sus actividades, y hemos contribuído gozosos á la consolidación de reputaciones científicas que nos enorgullecen como propias y hemos procurado imparcial palenque á quienes hayan creído conveniente utilizarle.

¿Cuál será, pues, la vida nueva que, obedeciendo al adagio, nos proponemos emprender? Ninguna; nosotros modificaremos el popular proverbio y diremos: *Año nuevo, vida vieja.*

El ministro de la Gobernación facilitó el día 3 á mediodía, la siguiente nota oficiosa:

«El Real Consejo de Sanidad aprobó, en su última reunión, un proyecto que dentro de su aparente modestia significa el progreso social y sanitario de mayor transcendencia, entre los varios importantes que han llegado á implantarse en esta época de activas reformas, encaminadas á favorecer, principalmente, á las clases trabajadoras

Se trata del seguro obligatorio contra la enfermedad, mediante el cual, las familias pobres y las de posición modesta tendrán, á cambio de un reducido sacrificio pecuniario, asistencia médica inmejorable y un socorro diario, poco inferior al jornal que disfruten. Con esta institución, que tan brillantes resultados proporciona á otros pueblos, se contrarresta la miseria de los hogares humildes y se rompe la cadena de servidumbre que á través de los siglos mantiene la pobreza y la enfermedad.

El ministro de la Gobernación, altamente interesado en este proyecto, lo pasa al Ministerio del Trabajo, para que sus centros técnicos lo adapten y acomoden á las condiciones peculiares de nuestra legislación social.»

Como ven nuestros lectores, el año se inaugura con una enorme novedad. No queremos dejarnos

llevar por una impresión improvisada, pues siquiera el asunto no sea para nosotros nuevo y conozcamos su aplicación á otros países, no nos atrevemos, sin ser ridículamente pretenciosos á emitir una opinión cerrada respecto á la posibilidad de su adaptación en nuestro país, á las ventajas que el nuevo proyecto represente para las clases modestas ni á los beneficios que pudieran redundar ó á los perjuicios que se pudieran seguir para la clase médica en el ejercicio de su alta misión.

Deseosos de no proceder por el sistema de *palo de ciego* y de que nuestros lectores resulten debida y sólidamente informados, abrimos desde luego una información en nuestras columnas, que se inaugurará en el número próximo por un trabajo expositivo de lo que pueda ser conocido del pensamiento de los señores ministros y que continuará por la publicación de nuestros propios juicios y de las informaciones que se nos quieran enviar por las personas que estén ó puedan creerse interesadas.

Los que más directamente pueden juzgarse en este caso son los médicos titulares, los municipales de las grandes urbes y los de las Sociedades cooperativas de servicios médicos. A ellos toca dar su opinión sobre un proyecto que podrá tardar más ó menos tiempo en llegar á realizarse; pero acerca del cual conviene ilustrar al público y á las autoridades por si pudiera, como alguna vez ha sucedido, llegarse á una rápida implantación de lo que se juzga como difícil.

¿Es el seguro de enfermedad la manumisión de los médicos respecto á los cacicatos locales y á todo orden de cacicato? ¿Es la garantía segura del pago de los emolumentos con aumento proporcional de éstos y subjeción al trabajo con que se gana? ¿Queda garantizada en el nonnato proyecto la dependencia de los médicos hasta hoy municipales del organismo del Estado?

Sobre todo esto sería prematuro por hoy ni romper en aplausos ni prorrumpir en censuras y pesimismos; pero lo que no puede hacerse de modo alguno es permanecer indiferentes ante un pensamiento en el que puede estar encerrado el porvenir favorable ó adverso de nuestras clases médicas más dignas de ser atendidas.

DECIO CARLAN.

AGAPE ÍNTIMO

Agape y no banquete decimos, que más fué fiesta de amor que de aparato y circunstancias.

Invitados por la dirección de EL SIGLO MÉDICO se reunieron el lunes 2 de los corrientes en el Fornos Palace los colaboradores y redactores de esta Revista para

celebrar con un almuerzo la entrada del año nuevo, número sesenta y nueve de la vida de EL SIGLO MÉDICO y ochenta y ocho de su real existencia como continuador de *El Boletín de Medicina*.

Nuestro venerado director, que sabe poner en todos los actos por él organizados, junto á la importancia de lo que los mueve, el calor de su afecto y la sencillez de lo espontáneo, dió á esta comida un carácter encantadoramente familiar, sobre cuyo fondo resaltaba aun más la importancia del hecho festejado: la larga y fecunda vida de nuestro querido SIGLO MÉDICO, obra de los que allí reunidos en presencia real ó en exaltado recuerdo, guardaron, sostuvieron, mantienen y conservarán bajo el glorioso nombre de EL SIGLO MÉDICO, el credo de pureza, honestidad, liberación y engrandecimiento científico y profesional de la clase médica española.

En el momento de sentarse á la mesa, nuestro director Dr. Cortezo dirigió la palabra á los presentes para darles gracias por su asistencia, haciéndolo en tal momento por desear suprimir con los brindis finales este aspecto protocolario á la reunión.

La mesa estaba elegantemente adornada con claveles de Niza y Valencia, dispuesta en una sola línea, ocupando las presidencias, centrales, nuestro director doctor Cortezo y frente á él el Dr. Pulido, director honorario de EL SIGLO MÉDICO. Los demás comensales se colocaron en el orden siguiente: derecha del Dr. Cortezo, ministro de Gracia y Justicia, Dr. Francos Rodríguez, Dr. Huertas, Dr. Calleja, impresor Sr. Alvarez Naya, Dr. Pulido Martín, Dr. Manzaneque; izquierda del doctor Cortezo, Dr. Conde de Gimeno, Dr. Goyanes, doctor Mariscal, Dr. Pittaluga, Dr. Pascual; derecha del doctor Pulido, inspector general de Sanidad Dr. Martín Salazar, Dr. Hernández Briz, Dr. Marín Amat, Dr. Luengo, Dr. Sampelayo; izquierda del Dr. Pulido, Dr. Navarro Cánovas, en representación de su padre político el doctor Serret, por tantos años director del periódico, Dr. Espina, Dr. Valle Aldabalde, Dr. Marañón, Dr. Cortezo (Francisco Javier), Dr. López Prieto, Dr. Fernández. Las cabeceras estaban ocupadas por el Dr. Cortezo (Victor María) y D. Alfonso Cortezo y Collantes, redactor jurídico.

Disculparon su ausencia, con sentidas cartas, los Dres. Cajal, Fernández Sanz, Sarabia, Codina, Yagüe y Villaverde.

El almuerzo fué servido exquisita y delicadamente con arreglo á la siguiente minuta:

Entremeses variados.
Huevos Florentine.
Langosta Cardinal.
Penache de legumbres.
Tournedos Rossini.
Choude-foi soufflé.
Frutas del tiempo.
Vinos:
Rioja Paternina.
Chablis.
Champagne.
Café, Licores.

Durante el servicio, la orquesta Marchette ejecutó el siguiente programa:

Agua, azucarillos y aguardiente.

Reverie de Schumann.

Las golondrinas.

Los maestros cantores.

Al tomar el champagne, el Dr. Palido, con su lucido y elocuente verbo, supo recoger en sentido recuerdo y acertada evocación de hechos, el tributo de agradecimiento y veneración latente en todos los ánimos, hacia los manes de EL SIGLO MEDICO, los inolvidables Delgrás, Méndez Alvaro, Nieto y Serrano, y Tejada y España, y recordó intervenciones en la Prensa médica de algunos de los presentes, siendo muy elogiada la oportunidad y sentido de sus palabras.

Complicados, y, por qué no decirlo, orgullosos, consignamos al hacer esta reseña, que el cuadro de tantas notables é históricamente señaladas figuras médicas reunidas como familia de EL SIGLO MEDICO, es algo que explica bien y mucho promete de cuanto y lo que supuso y supone EL SIGLO MEDICO entre la clase médica española.

LA ENFERMERA

(PRÓLOGO)

Con sinceridad declaro, que cuando dos gentiles y muy inteligentes señoritas, que pertenecen á la Secretaría del *Instituto de la Mujer que trabaja*, solicitaron de mí, — en la mañana del 4 de Noviembre de 1921, y con ocasión de visitar sus dispensarios,—que les escribiera el prólogo para este librito, y pusieron para ello en mis manos las capillas de sus 15 pliegos, sentí verdadera satisfacción y noble orgullo, porque entendí que me dispensaba señalado honor el que creyeran, adorables representantes de una institución tan culta y bienhechora, que mi modesta pluma podía servir de presentador autorizado, para garantizar á público tan culto como el catalán, la bondad y la utilidad de su interesante Tratado. Y es que ha de tenerse por evidente, aun á trueque de producir, á veces, esa pequeña molestia que, oral ó escrita, toda labor puede llevar consigo, que quien solicita colaboración de esta índole, ya sea para presentar el conferenciante á un auditorio, ó un libro á una sociedad, atestigua rendir una estimación alta á la persona solicitada; y esto acredita implícitamente una positiva distinción, que compromete al servicio y mueve á la gratitud.

La «Introducción» que sigue á este prólogo, realmente hacía innecesaria tal demanda, porque dice con perfecta concisión y claridad, bien capacitado juicio y simpático estilo, donde la prudencia y el acierto brillan, la razón y bondades de su texto, y el por qué de su publicación; y tributa de modo insuperable el debido homenaje á la señorita doña Dolores Sert, profesora selecta, que hubo de completar enseñanzas fisiológicas fundamentales, con un precioso cursillo práctico de varias lecciones sobre «Arte culinario y régimen nutri-

tivo con aplicación á enfermos y convalecientes». Y es tema éste, que ha sido, es y será siempre de naturaleza tan delicada, que constituye uno de los capítulos más importantes de esa vasta rama de la Medicina que se llama la *Preceptiva terapéutica*, en su sección de la «Dietética», ó régimen nutritivo: mostrándose á veces tan transcendente, cuando no más, de lo que puedan serlo los capítulos que tratan de la prescripción farmacológica. Por ser ello así, la literatura médica y fisiológica sobre «el régimen y los alimentos» forma una de las secciones más interesantes y copiosas en las bibliotecas de Medicina.

De un tirón y en viaje hecho desde Barcelona á Madrid, leí todo el libro, y parecióme digno de aplauso por su método, su claridad, su estilo impecable y su doctrina excelente. Y después de reconocer, en conciencia, que el autor y autora son personas bien impuestas en la materia, prácticas en el arte de enseñar, cuidadosas y bien atildadas en el de dar forma á sus exposiciones, llegué al convencimiento de que holgaba mi refrendación, supuesto que la doctrina se recomendaba y enaltecía por sí misma; y así, ó había de dar por terminado mi cometido con esta sencilla manifestación de aplauso, ó, caso de mayor servicio, había de orientar ya mi prólogo por nuevo orden de consideraciones, examinando otras tesis, por ejemplo, la génesis y oportunidad de este tratadito; si es que había de corresponder al ruego, con la devoción que las señoritas Mateu y Albó esperan, y yo, con verdadero amor, quisiera cumplir. Como que al indicarles habría de servirles con muy contados párrafos, me significaron, riéndose, su deseo de que atestiguase mayor prolijidad y copiosa atención. Entendían, tal vez, que quien tantos años viene consagrado á tareas sanitarias, no podía despachar con tan liviana salida.

Este librito viene, según mi ver, no á llenar un vacío—frase ya de cliché, y que se aplica á toda literatura que busca mercado—sino a enriquecer ese acervo de textos, creciente en grado asombroso, que se publican y se dedican á procurar elementos instructivos y educativos necesarios, con el fin de que la mujer se prepare, se *entrene* y cumpla á la perfección el nuevo destino social que, á costa de grandes esfuerzos y con méritos heroicos, venía persiguiendo hacia años y ha conquistado por fin, ya de modo definitivo, con ocasión de la terrible Gran Guerra; destino que la realza, la coloca en el puesto que debe ocupar por sus cualidades, y ensancha con nuevas energías y poderosas actuaciones, tan necesarias como fecundas, el campo de las luchas y de las conquistas, en orden á la civilización y al progreso.

Estos nuevos desarrollos y avances de los ejércitos combatientes, en las epopeyas heroicas de la humanidad, luchando contra la barbarie y el sufrimiento, han demostrado que la mujer tiene allí un puesto no menos esforzado y admirable que el del hombre; y en él ha probado sus aptitudes, sus hechos y sus títulos al uso y al goce de aquellos medios de existencia, que no solamente la ponen al abrigo de la miseria, sino que la revisten de «los atributos» y de «el derecho», formula-

do en las leyes, con que poder vivir decorosamente, independiente, y con el rendimiento que sus exquisiteces femeninas y las cualidades propias de su sexo pueden dar, en todas partes, hasta donde el hombre acredite sus más heroicas y abnegadas acciones. De todos estos sentimientos, el que mejor cuadra á sus gracias, solicitudes, resistencia y heroísmos admirables, es el de «alta y egregia enfermera». Y este puesto hermoso lo ha conquistado con sus hechos sublimes durante la guerra europea, donde sus huestes organizadas han recorrido la gama más completa de los heroísmos, y han probado su valor y arrojo, en las ofrendas más abnegadas de los sacrificios y de los desprendimientos.

En nuestro libro recién publicado *Vae Inventoribus Magnis!*, dedicado á estudiar una de las más grandiosas conquistas de la Medicina en la guerra, y los efectos maravillosos de sus organizaciones sanitarias, hemos señalado esta transformación asombrosa de la mujer; y no ya en los cuidados y heroísmos con los heridos, sino hasta en su coparticipación y convivencia en los horrores de la gran tragedia, hemos señalado su intervención; y de ella hemos dicho lo siguiente:

«Lo hemos presenciado, lo hemos convivido, lo han visto nuestros ojos y nos cuesta trabajo creer en su realidad: no salimos de la idea de que todo fué una pesadilla. La mujer, conjunción adorable de encantos, delicadezas, gracias, ternuras y bondades; bella compañera en quien las civilizaciones todas habían acumulado, como tesoro intangible, las exquisiteces de la cortesía caballeresca y del dechado más amoroso y seductor, ha renunciado ya, y ha abdicado, todas sus conquistas en bien de la gracia, la voluptuosidad y la molición elegante, sólo por reclamar su puesto varonil en la lucha. Ha cortado la preciosa cabellera que formaba su busto y magnificaba su cabeza: el irresistible casco de Venus; se ha desvestido las ricas y vaporosas telas que cubrían sus carnes seductoras y los cinturones de seda que ceñían su esbelto talle, para vestir la blusa y la gorra del obrero; ha anestesiado su exquisita sensibilidad; refrenado sus siempre inquietos nervios y ha dado gran vigor á sus músculos, para que su aristocrática y blanda condición cediera todos los derechos y dominios en beneficio del trabajo rudo, por cumplir un esfuerzo sostenido y soportar el insomnio y la fatiga. Ha empuñado las armas, y—resolución más inesperada todavía,—uniformándose con espartanas vestiduras, ha hecho el ejercicio militar, ha aprendido á combatir, y ha luchado en las trincheras, recibiendo en sus finas carnes, como formadas con blancos copos de nieve y pétalos de olientes rosas, la metralla que destroza horriblemente los cuerpos, y con ella la muerte. Ha trabajado en las fábricas de todas clases, hasta en las de armas y municiones; como lo ha hecho en los hospitales y frentes, cuidando heridos y enfermos; ha verificado las siegas y recogido las cosechas de los campos; ha conducido vehículos de transporte; ha sustituido, en todas partes, en fin, al hombre, demostrando su capacidad, su firmeza, su resistencia, su pundonor en el cometido que desempeñaba, su heroísmo nunca inferior al de su compañero, y á veces, si cabe, alardeando todavía de

propósitos más varoniles y realidades más abnegadas, acreditando, de una vez para siempre, que sus aptitudes son universales, sus alientos poderosos, su voluntad soberana y su valor del temple del de las antiguas matronas griegas y romanas, y el de aquellas Walkyrias, Amazonas y diosas de la mitología, verdaderas Dianas y Belonas invencibles, peleando también con los ardores que Ercilia pinta

«.....
El rostro airado, la color teñida
Toda de fuego bélico encendida.»

Sí, el rasgo más hermoso que la mujer ha conquistado en esta terrible Apocalipsis de la humanidad, durante los cuatro años; el mejor acondicionado á sus cualidades naturales; á ese conjunto seductor de adorables, delicadezas, mimos y primores, fruto de una mentalidad fina y culta, y de almas sufridas y abnegadas; de virtudes piadosas y evangélicas, es el de «enfermera»; pero no enfermera á la antigua, sino tal y como se ha formado en los luctuosos y dramáticos escenarios de las ambulancias, los hospitales, los dispensarios, los sanatorios, etc., etc. Así apreciada, esta figura bienhechora resplandece como luz divina que acompaña al médico y al cirujano, completándoles y dando realidad eficacísima al sagrado ministerio de Hipócrates: porque endulza amarguras ineludibles de las dolencias, calma sufrimientos y angustias ocasionados por las cruentas intervenciones, y vive en incesante faena, defendiendo al herido y al enfermo, á toda hora, y en las ocasiones más diversas, para prevenirles complicaciones, accidentes y peligros, como solamente una solicitud y desvelo maternos los pueden evitar y combatir, pero que existen siempre abundantes en el lecho del paciente y en el medio hospitalario que le rodea.

La Gran Guerra ha producido daños y desastres, inmensos, sí, pero ha mejorado, conseguido y resuelto progresos que hubieran necesitado muchísimos años, de no haber sobrevenido una sacudida tan horrible y mundial, y también un esfuerzo defensivo tan extraordinario como el que se ha realizado. Es la compensación que arrojan las tremendas crisis de la Humanidad. Por vez primera en la Historia—plagada siempre de espantosas guerras—el número de muertos por enfermedades y epidemias, compañeras inseparables del guerrero en los campos de batalla, ha sido siete veces menor que el causado por los medios destructores que acumularon los combatientes.

Antes sucedía siempre todo lo contrario (1) y en la suerte final de las campañas, muchas veces ejercía una influencia más decisiva la peste, el cólera, el tifus, etc., que los ejércitos, la estrategia y los grandes generales. En la guerra actual la acción sanitaria ha sido admi-

(1) Es un deber de justicia y gratitud recordar que la más intensa, mortífera y frecuente de las epidemias, la del cólera asiático, fué siempre abortada con la vacuna que inventó en 1885 el Dr. Ferrán, de Barcelona. La humanidad y la ciencia le son deudores de este grandioso adelanto y de otros semejantes; y ya hasta resulta punible la ingratitud y la oposición de que es víctima esta figura incomparable de la Medicina española.

nable y la prensa gráfica nos ha presentado casi siempre la figura bienaventurada de la enfermera, con su fisonomía bella, dulce y serena; su tocado cefálico limpiísimo y bendecido por la santa Cruz; con sus albas y purísimas vestiduras, formando celestial contraste, cuándo con las actuaciones violentas, agresivas y feroces de la lucha, cuándo con las dramáticas, conmovedoras y horripilantes escenas y cuadros de sus estragos y el aparato de guerra.

(Concluirá.)

DR. ANGEL PULIDO

Presidente del Real Consejo de Sanidad

DON ALFONSO X, EL SABIO, considerado como impulsor de las Ciencias Médicas en España. (1)

DISCURSO LEÍDO ANTE SS. MM. Y AA. RR. EN LA SOLEMNE
SESIÓN QUE LAS REALES ACADEMIAS CE EBRARON,
EN EL SALÓN DE ACTOS DE LA ESPAÑOLA
EL DÍA 23 DE NOVIEMBRE DE 1921, PARA CONMEMORAR
EL VII CENTENARIO DEL NACIMIENTO DE DICHO REY

POR EL

ILMO. SR. DR. D. NICASIO MARISCAL

En representación de la Real Academia Nacional de Medicina.

NOTAS DE LA PRIMERA PARTE DE ESTE DISCURSO

(1) El marqués de Mondéjar, que, muy indignado, consagra un apéndice de sus *Memorias históricas del Rey D. Alfonso el Sabio* á desvanecer lo que él supone fué una calumnia de D. Pedro IV, aunque declara que no lo ha hallado en la *Chronica* que escribió en Lemosin, dice haberse hecho Zurita eco de ella y cita el fragmento de los *Anales* de este gran historiador aragonés, en que la recoge. En efecto; eso es lo que escribe Zurita; pero yo, que he hallado en la *Crónica* de D. Pedro el del *punyalet* el hecho acriminado, he visto que no se refiere á D. Alfonso, sino á un Rey don Fernando, que por las señas, parece ser el *Emplazado*, y más tiene cuenta, el supuesto dicho de éste, á las cosas que Dios crió y que no debiera, según él, haber criado, que á «los monimientos de los cielos» y á «las revoluciones y posturas de los signos y planetas», cual apunta Zurita, y de los que, añade éste, tuvo el Rey Sabio tanta noticia de ellos. Sucede, pues, con esto, lo que con las duras frases que, en sentir de muchos, dedica Dante Alighieri á nuestro D. Alfonso X, y de las que se manifiesta, en la excelente edición comentada que yo poseo del famoso poeta florentino, que aunque *i più intendono di Alfonso X, como si tratta di principi che nel 1300 erano viventi*, es á Fernando IV, *chiamato* «El Emplazado», á quien se refieren.

Por otra parte, el marqués de Mondéjar copia pasajes enteros en que se narra la conseja completa, ó sea con la tempestad nunca vista que arrostra el Rey de Castilla, la intervención de un piadoso ermitaño, que, cual el profeta Natán á David, le amonesta y le explica el celestial fenómeno, etcétera, etc., tomados aquéllos del obispo de Palencia, D. Rodrigo Sánchez de Arévalo; del arcipreste de Santibáñez y capellán de D. Juan II de Castilla, Diego Rodríguez de Armeila; del historiador Diego de Colmenares; de Fray Alonso de Espina, etc., sin referirse para nada ni á D. Pedro IV ni, como es natural, á Zurita, posterior á algunos de ellos en varios siglos. Luego han sido escritores castellanos quienes

más han comentado esa frase y, lo que es peor, quienes la han desnaturalizado al comentarla.

Y ya una observación, que estimo no es aquí impropia. Más adelante se suscitará en este discurso la cuestión de la herencia psicofisiológica materna del Rey Sabio, esto es, de lo mucho que influyó en su destino la gran cantidad de sangre suaba que corría por sus venas. Pues he aquí una prueba más de ello, ó mejor dicho, una nueva concomitancia con sus antepasados por línea materna: el emperador Federico II, primo carnal de doña Beatriz de Suabia, madre de Alfonso X, y también dado como éste al cultivo de las letras, pero poco respetuoso, según parece, con las manifestaciones de la revelación divina, condujo, como es sabido, la sexta cruzada, no obstante su escasa fe religiosa, y cuando al llegar á Palestina vió lo árido y poco feraz de la Tierra Santa, se lee en una crónica medievoal que dijo al amir de Jerusalén, en cierta controversia filosófico-religiosa que con él sostuvo, que «á conocer Jehová el reino de Nápoles, no hubiera hecho de estas estériles peñas la tierra de promisión del pueblo elegido».

(2) «Compuso otras muchas obras musulmicas y curiosas—dice, refiriéndose á Abulfaragi, D. José Antonio Conde—, y la historia de los califas Omeyas, así de Oriente como de los que reinaban en España; había enviado de secreto esta obra al rey Alhaken, siendo príncipe, y había recibido de él muy preciosos presentes, y grandes quantías de escudos de oro.» Según se deduce de lo apuntado por este historiador, el libro era otro—la *Historia de los califas Omeyas*—, y quien habría dado á Abulfaragi los mil escudos de oro por «el libro de las canciones» sería el soldán de Alepo, «escusándose de su corta dádiva»; pero, en lo que toca á Alhaken, el hecho es cierto, y lo mismo da que sea un libro que otro. *Kiteb el Agani* era, según explica Conde, un libro de cantigas ó canciones, con la música y modo de cantarlas.

(3) J. A. CONDE: *Historia de la dominación de los árabes en España*, tomo II, capítulo IX: *De cosas notables del gobierno del rey Alhakem, y de su muerte*.—Barcelona, 1844.

(4) No fué Almanzor el primero ni el último que hizo auto de fe con esos venerables monumentos de la sabiduría humana. Cuando la toma de Alejandría por los árabes, la magnífica biblioteca fundada por Ptolomeo Filadelfo, compuesta de más de 800.000 volúmenes, á la que se había incorporado la de Pérgamo, su rival (1), amoroso regalo del triunviro Marco Antonio á una reina, Cleopatra, que poseía, con encantos físicos tan celebrados, una gran inteligencia y una superior cultura, debida, en gran parte, á la esmerada educación literaria que recibiera de su padre Ptolomeo Auletes, la cual biblioteca, que ya en las guerras civiles de César y Pompeyo sufrió un incendio casual que devoró gran parte de los tesoros literarios en ella contenidos, fué destruída, no obstante las súplicas y estratagemas empleadas

(1) Habiendo muerto sin sucesores el tercero de los Atalos, reyes de Pérgamo y émulo de los Ptolomeos de Egipto, instituyó por heredero al pueblo romano. Así pasó á ser propiedad de éste la famosa biblioteca rival de la de Alejandría, de la cual dispuso más adelante Marco Antonio en favor de su amada Cleopatra. La rivalidad, á este respecto, entre Atalos y Ptolomeos fué tanta, que, según refiere Galeno, nacido en Pérgamo, como es sabido, en cierto libro suyo, uno de estos últimos, para dificultar el enriquecimiento de la biblioteca pergamenense, prohibió la exportación del papiro, que era el papel que se usaba entonces, lo que excitó la industria de los pergamenenses, los cuales encontraron el modo de preparar las pieles de carnero para escribir sobre ellas. Y así nació el que, por este motivo, recibió el nombre de «pergamino», que vino en lo sucesivo á substituir al papiro con ventaja, y en el cual se continuó escribiendo hasta fecha relativamente moderna.

(1) Véase el número 3.550.

por Juan el Gramático para salvarla (1), repartiendo tanto precioso libro como poseía en los 4.000 baños públicos que contaba la ciudad, donde se utilizaron en calentar el agua de los mismos durante seis meses, acto de salvajismo, ordenado por el bárbaro califa Omar (2) y ejecutado por su general Amrú Ben Alás, que ha merecido la execración unánime de la humanidad, herida en sus más vivos afectos (3).

A poco de conquistarse Granada por los Reyes Católicos, el cardenal Cisneros también hizo algo parecido con un número de libros árabes, que unos hacen subir á más de un millón de volúmenes y otros á 80.000; pero que, según graves historiadores, no pasó de 5.000 (4); mas los libros que mandó quemar el gran cardenal que tanto hizo en su gloriosa vida por el progreso de las ciencias y las letras patrias, sólo fueron ejemplares del Alcorán y de controversia religiosa, digan lo que quieran nuestros seculares adversarios extranjeros, que siempre andan buscando pretextos para hablar mal de España, y muchos nacionales que les hacen coro; de los cuales libros, eso sí, no quiso aprovechar ni las ricas encuadernaciones primorosamente guarnecidas de oro y perlas; los libros de ciencia, principalmente los de Medicina, tuvo buen cuidado de recogerlos y enriquecer con ellos la biblioteca de su naciente Universidad complutense. No hay razón, pues, para que el Sr. Hernández Morejón, en su ferviente progresismo (5), anatematice á tan grande figura histórica por este hecho, perdonable en un ministro del Señor que llevó su celo religioso hasta la santidad, y, lo que es más extraño, no tenga una frase de elogio para el cuidado que puso en recoger los libros árabes que trataban de Medicina, sino que, por el contrario, llegue hasta censurarlo por excepción que él estaba obligado á ensalzar, diciendo que si condenó al fuego los libros que bajo uno ú otro aspecto se enlazaban con la Teología, «porque habían sido instrumentos de aquella maldita secta», «por la propia causa debieron los excluidos haber acompañado á los demás», pues «no tenían por cierto más derecho á salvarse». ¡Vaya! No hay que olvidar que ésta era la moda entonces, importada, como tantas otras cosas buenas y malas, de la vecina Francia; poner de pelo de conejo á los más claros varones que ha concebido España, tildándoles de fanáticos, ignorantes *et ejusdem furfuris*.

(1) Juan el Gramático, cuya generosa conducta hacia la biblioteca de Alejandria le ha inmortalizado, á pesar de no haber sido coronada por el éxito, debía de ser médico también, pues en la biblioteca de Oxford, llamada «Bodleyenne», por haberla fundado Sir Tomas Bodley en 1597, existe un manuscrito sobre cirugía, citado por J. H. de Vigiliis von Kreutzenfeld en su *Bibliotheca Chirurgica*, que se le atribuye.

(2) Este feroz califa terminó mal; tras un reinado de dos lustros, murió asesinado en el año 643.

(3) Sólo conozco uno que haya tributado alabanzas á este acto de barbarie del califa Omar. El satirico escritor francés, abate Lenglet-Dufresnoy, jugando á la paradoja, se permitió decir que hizo bien Omar en dar tan vil uso á los libros de la biblioteca formada por los Ptolomeos, pues qué se iba á hacer con tanto libro, hoy que se publican muchas obras que merecen igual destino. Pero este juicio no obstó para que dicho abate acreciese el número de las publicaciones con 80 volúmenes.

(4) ALVARUS GÓMEZ DE CASTRO: *De rebus gestis Francisci Ximenii S. R. E. Cardinalis Archiepiscopi Tolitani*.—COMPLUTI, apud Andream de Angulo, 1761.

(5) Uno de los más graves defectos de los hombres que pertenecían á este partido político español, que tantas virtudes cívicas atesoraba y en el que militaron casi todos mis mayores, era su facilidad en dar crédito á tanta patraña como los extranjeros han escrito en menoscabo de nuestra limpia ejecutoria, y falseando con ellas los hechos y las figuras más brillantes de la historia patria. En testimonio de esto que acabo de expresar, véase lo que dice Quintana en algunos de sus poemas, la Historia de Felipe II de D. Evaristo San Miguel y otros muchos textos que podríamos citar.

También cuando la toma de Túnez por el emperador Carlos V, la desenfundada soldadesca, entregada al pillaje y al saqueo, incendió la librería del rey Muley Hacen, en la que se cree existían los restos de la famosa biblioteca de Ptolomeo Filadelfo. Pero posteriormente tuvimos un gran hallazgo con la presa de dos naves, hecha por nuestros barcos de guerra, que, entre otras cosas, contenían la recámara y la librería de Muley Zidan, príncipe de Marruecos, compuesta de más de 3.000 volúmenes escritos en árabe y tratando de Medicina, Filosofía y buen gobierno. Este tesoro bibliográfico es el que se conserva en la Biblioteca del Escorial, algo mermado ya por dos ó tres incendios ocurridos en dicho Real Sitio. Por cierto que estas bibliotecas no debieran tenerse en lugares donde tan poca utilidad reportan, como no sea á los padres de la Comunidad que tiene á su cargo tan preciado monumento, sino traerlas á enriquecer las colecciones de la Biblioteca Nacional, en la cual se hallarían más al alcance de todo el mundo.

(5) Familia de médicos célebre por muchos conceptos, entre los cuales no es el de menor importancia lo acendrado de su fe cristiana, que supieron conservar en la floreciente corte de los primeros Califas, no obstante los halagos con que el poderoso Almanzor trató de hacerles abrazar el islamismo.

Se ha escrito de muchos modos su nombre; nosotros adoptamos la lección de D. Andrés Piquer, por parecernos la más conforme con el genio de nuestra lengua. Según el erudito Alberto von Haller, las diversas maneras con que aparece transcrito este apellido en los varios autores que le mencionan, son formas corrompidas de un primitivo nombre familiar indo ó persa, *Bokt Hesu*, sinónimo de *Servorum Jesu*, lo cual indica lo antiguo y arraigado de su fe.

Entre otras innovaciones que les debe la Medicina, se cuenta de ellos que fueron los inventores de las juntas ó consultas de médicos para los casos graves ó dudosos.

(6) De su fama es también un indicio la variedad que se observa en la manera de escribir su nombre, cosa que, debido á diferentes causas, se ve asimismo en la mayoría de los apellidos de los grandes médicos árabes, por lo que me parece una excelente idea el haberles dado en nuestras lenguas modernas nombres sencillos y de fácil pronunciación. Rasis, Avicena, Avenzoar, Averroes, Albucasis, etc., sin tomarse la molestia de añadirles todo ese cortejo de patronímicos y apelativos á que la pompa y la magnificencia orientales nos tienen acostumbrados, y ante el cual Isis Mirionima apenas se llamaba Pedro.

Por lo que toca á nuestro botánico malagueño, he aquí algunos de los nombres con que se le conoce: Beitharides, Dialheldin, Ebn al Beithar, Ibnu el Baitar, Ibn Beitar, Ben Bitar, Ben Beithar, Eben Bitar, Embitar, Hiaeddin Abdala ben Ahmed al Magrebi al Maleki, etc., pues no acabaríamos si fuéramos á escribir todos.

(7) Abu Osbaia, en su vida de Gabriel Bachtisua, y Abulfaragi, en sus *Dinastías*, refieren en qué consistió. Al efectuar una pandiculación *concubinam khalife*, como escribe Haller, distendida su mano, quedó abierta sin poderla cerrar. Siendo inútiles los linimentos y ungüentos que le aplicaron los médicos de la corte de Rashid, llamaron á Gabriel. Pidió éste licencia al califa para emplear un procedimiento algo atrevido, y concedida, se aproximó alegremente á la favorita y fingió querer levantarle la falda. Alarmado el natural pudor de la odalisca, hizo esfuerzos para impedirlo, y su mano se contrajo y cerró, como si nada tuviera en ella, y así continuó utilizándola en lo sucesivo, como estamos viéndolo todos los días en las parálisis histéricas de nuestras mujeres.

(8) Tanta importancia daba á ésta que, según Freind, dice Albucasis, no debe operar quien no está instruido en Anatomía y sepa el sitio de los nervios, tendones, venas y arterias, por ser cosa de mucha consideración (1). Se le censura por su audacia al emprender las operaciones más crueles «en lo que le imitan—observaba D. Andrés Piquer—los cirujanos del tiempo presente»—siglo XVIII—, y los del XX, añadiremos nosotros. Contrasta este atrevimiento con la declaración de otro médico hispano-árabe, el gran Averroes, el cual, penetrado de la responsabilidad que asume el que trata á un enfermo, manifestaba sinceramente que á un hombre honrado le podría agrandar dedicarse teóricamente á la Medicina; pero que su conciencia le prohibiría siempre llegar á la práctica, por grandes que fueran sus conocimientos. *In medio virtus*, concluiremos nosotros por único comentario.

(9) De una manera ostensible tal vez no las hubiera practicado, pero muy enterado estaba Albucasis de la anatomía de las regiones para no haber hecho autopsias. Además tanto en Albucasis como en Rasis y en Mesué, se hallan métodos para embalsamar; luego abrían los cadáveres, sin tener para nada en cuenta los preceptos alcoránicos.

(10) Los otros dos eran el latino Celso y el griego Pablo de Egina.

(11) Traducción latina de su nombre árabe: *Elkavi, Elhavi ó Helchavi*.

(12) ALBERTO von HALLER: *Bibliotheca Medicinæ Practicæ*, tomus I, liber secundus: ARABES, § CXXXV.—*Rhazeus*.—BERNE & BASILEÆ, MDCCLXXVI.

(13) LIBRO DE LAS VIDAS DE DOZE PRÍNCIPES DE LA MEDICINA Y DE SU ORIGEN. Por Fray Estevan de Villa Monge de San Benito en el Real de San Ioan de Burgos, y Administrador de su Botica. DE LA VIDA DE RASIS, Cap. VIII.—EN BURGOS: Por Pedro Gómez de Valdiuieso, año 1647.

(14) Así lo consigna Freind, quien dice haberlo tomado del historiador árabe Abu Osbya ó Abi O-baia, añadiendo que diez de ellos fueron dedicados á su gran amigo Almanzor (2).

(Se continuará.)

Cursu de Ginecología por el profesor Jean-Louis Faure.

Invitado por la Facultad de Medicina de Zaragoza, el profesor de la Clínica Ginecológica de la Facultad de París, Jean-Louis Faure, dará un curso de Ginecología, que tendrá lugar los días del 23 al 23 del corriente mes de Enero, con sujeción al siguiente programa:

1.^a conferencia.—Técnica é indicación de la histerectomía abdominal subtotal, de la histerectomía total y de la histerectomía vaginal. (Con proyecciones cinematográficas.)

2.^a conferencia.—La histerectomía subtotal por anexitis (La táctica de la histerectomía). (Con proyecciones cinematográficas.)

3.^a conferencia.—Fibromas uterinos ¿Es conveniente operar ó irradiar? (¿Radioterapia ó radiumterapia?)

4.^a conferencia.—Cáncer del cuello del útero. La operabilidad. La utilidad de la aplicación del radium; la técnica operatoria. (Con proyecciones cinematográficas.)

5.^a conferencia.—Técnica de las operaciones por tumores de la cara y del cuello.

6.^a conferencia.—Demostraciones cinematográficas.

(1) *Neque ab ullo ea adhivari vult qui non penitus Anatomia sit instructus, neque nervorum, tendinum, venarum, arteriarumque positum accurate cognoverit: ideoque in hac re multi cum cautione incidendum ait.*—JOHANNIS FREIND: *Historia Medicinæ*, pars secunda: *Alchazaravius, sive Albucasis*—Lugdani Batavorum—Leiden—, MDC XXXIV.

(2) *Libros ducentos viginti & sex numerat Abi Osbya a Rhaze compositos, inter quos decem illi sunt ad Admansorem inscripti.*—JOHANNIS FREIND: *Obra y parte citadas: Rhazes*.

La figura científica del profesor Faure y su personalidad de cirujano es bien conocida de los ginecólogos y médicos españoles. Hace poco fué la Facultad de Medicina de Madrid la que tuvo el honor de recibirlo y aplaudirlo por una interesante conferencia. El profesor Faure sucedió al inolvidable profesor Pozzi en el servicio de la Clínica Ginecológica del Hospital Broca y en la enseñanza oficial de la Ginecología. Antes de especializarse en la cirugía ginecológica trabajó con pasión en los grandes problemas de la cirugía general y contribuyó personalmente á su progreso, simplificando y precisando la técnica de las operaciones de la cara y del cuello y describiendo procedimientos propios para la extirpación de los tumores de la lengua, faringe, amígdalas, maxilares y parótida. En 1898 dió á conocer un delicado método de anastomosis espino facial para reparar las perturbaciones de la parálisis facial, y en 1902 describió y ejecutó un audaz procedimiento de ablación del esófago torácico en los casos de cáncer de este órgano.

En cirugía ginecológica son hoy día clásicos sus procedimientos de hemisección del útero y de ablación. En 1906 publicó su interesante libro sobre la «histerectomía», dando las reglas á seguir para hacer una operación simple y rápida, lo que él llama la táctica de la histerectomía. En 1911 apareció su importante *Tratado de Ginecología*, escrito con Siredey, que está traducido al español, y del que una nueva edición está a punto de aparecer.

El interés de los temas que explicará el ilustre profesor de París en la Facultad de Medicina de Zaragoza hará que se congregue al í un escuadrón público de cirujanos españoles.

ASAMBLEA UNIVERSITARIA

La aplicación del decreto de autonomía.

El día 3 se reunió en el Ministerio de Instrucción Pública la Asamblea de Universidades convocada, como ya hemos anunciado, para que delibere y proponga al ministro de dicho departamento la forma en que haya de aplicarse el decreto de autonomía universitaria.

El ministro de Instrucción Pública presidió la sesión inaugural de la Asamblea, indicando los puntos más interesantes de la reforma que deben merecer preferente atención por parte de los asambleístas.

Según dijo el ministro, si en el decreto quedan sin resolver las cuestiones se debe á que se ha dejado á las Universidades amplias facultades para que rijan su vida libremente.

No es dudoso, á juicio del ministro, que económicamente está asegurada la vida de la Universidad española.

Por último, el ministro de Instrucción Pública expuso á los asambleístas la conveniencia de que apresuren sus trabajos para que la sesión de clausura pueda celebrarse el lunes.

Terminado el discurso del ministro, fué elegido presidente de la Asamblea el decano de la Facultad de Medicina de Barcelona, Sr. Martínez Vargas, y presidentes honorarios, los Sres. Silió, Zabala y Ramón y Cajal.

La Mesa quedó constituida por los catedráticos señores Martínez Vargas, Rocasolano, Bonilla, Borobio, Sánchez Mata y Casares, y comenzaron los trabajos de la Asamblea.

Sociedades Científicas.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESION DEL DÍA 24 DE NOVIEMBRE DE 1921

Doble catarata extraída de un solo ojo.

Dr. Márquez.—La extraordinaria rareza del caso de cuya pieza anatómica hago la presentación, justifica ésta, pues me parece ser el tercer caso que del asunto se publica. Al menos en la extensa bibliografía por mí consultada,

no he encontrado sino los otros dos que más adelante se describirán. Trátase, por lo demás, de un caso vulgar de extracción de catarata que no merecería ser especialmente citado á no ser por la circunstancia mencionada. He aquí dicho caso:

El día 2 de Diciembre de 1920 fué operada por mí en el Instituto Oftálmico, la enferma Victoria Ortega, de cincuenta y siete años, natural de Veguillas (Guadalajara), de catarata en el ojo izquierdo. Extracción simple.

Al hacer presión sobre la parte inferior de la córnea sale la catarata muy oscura, casi negra, observando que la pupila sigue aún ocupada por algo opaco que creímos ser masas lenticulares. Hacemos nuevas presiones, y con gran sorpresa nuestra sale otra catarata semejante á la anterior. Examinadas más detenidamente puede observarse que se trata de dos lentes plano convexas que estaban aplicadas por la cara plana. Esta división en dos medias cataratas se había hecho precisamente por un plano frontal en dos porciones: anterior y posterior. Puede observarse en la pieza anatómica que una de ellas, la posterior, es un poco más grande en diámetro que la anterior. Igualmente se ve que la curvatura convexa de la posterior es más acentuada que la de la anterior. Por lo demás, la enferma fué dada de alta el día 17 de Diciembre en el estado más satisfactorio.

Revisada por mí toda la literatura que ha estado á mi alcance, sólo encuentro dos casos muy semejantes, mencionados por Hess, en el tomo «Pathologie und Therapie des Linsensystems», en el Handbuch der gesamten Augenheilkunde, de Graefe Soemisch, 1911, pág. 78, á los cuales dedica tan sólo las breves líneas que voy á transcribir (traducidas).

«Yo añado aquí algunos datos sobre más raros y en parte no suficientemente explicados hallazgos de cataratas seniles. Repetidamente ha sido descrita la salida de dos lentes en un ojo en la operación: primero, por A. V. Graefe (1854), y más tarde, por Erwin.

En el caso de Graefe, al hacer la extracción de una catarata senil, al parecer normal, salieron dos núcleos lenticulares aplanados de $3\frac{1}{2}$ milímetros de diámetro por un milímetro de grosor, los cuales estaban acoplados uno á otro, solamente el uno algo más aplanado y obscuro que el otro. La investigación cuidadosa demostró una disposición normal de las fibras. Von Graefe se inclinaba á la hipótesis de una anomalía de formación del sistema lenticular.

En el paciente de Erwin, de setenta y ocho años de edad, que había sido repetidamente iridectomizado por glaucoma, tenían ambos núcleos, de forma normal, 8 centímetros de diámetro por 3 centímetros de grueso. Erwin creía poder ser debida esta apariencia á una herida de la cápsula de la lente en una anterior iridectomía.»

Sigue después la descripción de otro caso de Logetschinoff, que ya no se parece á los dos anteriores, en el cual «se trataba de una catarata observada (antes de ser operada) con una suficiente dilatación pupilar, y en la cual se encontraban dos partes separadas por una hendidura vertical y antero-posterior: una temporal, más gruesa, y otra nasal, más pequeña, saliendo la primera durante la extracción, y reabsorbiéndose después la segunda».

La verdad es que esta hendidura frontal de nuestro caso se explica difícilmente, dado que el examen de múltiples cristalinios normales y patológicos nos muestra siempre la estructura laminar en curvas concéntricas á la superficie de la lente. Por otra parte, se ve muy claro en nuestro caso que las dos superficies de contacto son perfectamente planas. El profesor Suchs, á quien comuniqué el caso, no ha tenido, con toda su vasta experiencia, ocasión de observar otro semejante. Me dice, sin embargo, que en su colección de preparaciones microscópicas conserva una de éstas en la que se ve una hendidura semejante en sentido frontal.

Yo renuncié, desde luego, á hacer hipótesis, que serían todas arbitrarias, limitándome á dejar consignado el hecho, que parece ser el tercero descrito hasta la fecha, ya que se parece mucho á los otros dos de Graefe y de Erwin, anotando que en mi caso se trataba evidentemente de una catarata muy oscura, casi negra, y muy dura, hasta el punto de que sólo muy ligeras masas salieron á la vez que las dos partes mencionadas. Además, es una disposición absolutamente indistinguible antes de ser extraída. Se trata, pues, de un hallazgo postoperatorio.

En el esquema del profesor Vogt, que he tenido la ocasión de examinar en su clínica por habermele enseñado amablemente este verano, antes de ser publicado su Atlas

(que aparecerá de un momento á otro), se ve indicado ese espacio intermedio entre las dos mitades del núcleo embrionario del cristalino. Si es la persistencia de ese espacio ó es otro, accidentalmente producido, yo no sabría decirlo, y por eso me he abstenido de hacer hipótesis alguna.

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Anunciado, con fecha 28 de Octubre último, concurso de las vacantes de director médico de la Estación sanitaria del puerto de San Esteban de Pravia y de médico bacteriólogo de la del de Mahón, por pase á otros destinos de D. Ignacio Casares Aramburu y D. Francisco Borja Martín, respectivamente, entre los médicos activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior, con arreglo á lo preceptuado por el art. 14 del vigente Reglamento del ramo, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, dándose un plazo de diez días para la presentación de solicitudes:

Resultando que dentro del plazo marcado en la convocatoria han concurrido D. Juan Novoa Couto, D. Francisco Borja Martín y D. Teófilo Morató Cárdenas, oficiales de primera clase de Administración civil, sin que ninguno de ellos ni ningún otro del expresado Cuerpo hayan solicitado la plaza de médico bacteriólogo de la Estación sanitaria de Mahón:

Vistos los arts. 14 y 23 del expresado reglamento y Real decreto de 8 de Febrero del año corriente:

Considerando el orden de preferencia que establece en su párrafo segundo el art. 14 del propio reglamento, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, así como el de los cargos que solicitan los aspirantes á las vacantes de que se trata:

Considerando que, según lo dispuesto en el citado artículo 14 del reglamento y Real decreto mencionado de 8 de Febrero último, los referidos cargos deben ser precisamente desempeñados por individuos de la clase de oficiales de primera clase ó superior; y

Considerando que D. Teófilo Morató Cárdenas es el primero de los dos últimos que fueron promovidos al empleo de oficial de primera, y que el (1) ción sanitaria del puerto de Castro Urdiales, que actualmente ocupa, no consiente su continuación en el mismo por la circunstancia de tener este cargo asignada la categoría de oficial de segunda clase,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y con lo propuesto por esa Inspección general, ha tenido por conveniente disponer el nombramiento de D. Juan Novoa Couto, oficial de primera clase de Administración civil, para el cargo de director médico de la Estación sanitaria de San Esteban de Pravia, y el de D. Teófilo Morató Cárdenas, también oficial de primera clase, para el de médico bacteriólogo de la del de Mahón.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 23 de Noviembre de 1921.—Coello.—Señor inspector general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Anunciado, con fecha 28 de Octubre último, concurso para la provisión del cargo de auxiliar intérprete de la Estación sanitaria del puerto de Mahón, vacante por pase á otro destino de D. Ricardo Quadrado Alberti, entre los secretarios intérpretes activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior, con arreglo á lo preceptuado por el artículo 18 del vigente reglamento del ramo, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, dándose un plazo de diez días para la presentación de solicitudes:

Resultando que dentro del plazo marcado en la convocatoria únicamente ha concurrido D. Gabriel Conforto Thomas, oficial de Administración de tercera clase:

Vistos los arts. 14, 18 y 23 del reglamento vigente de Sanidad exterior; y

Considerando que dicho interesado reúne todas las condiciones determinadas por el art. 18 del supradicho reglamento,

(1) Hay una errata en la Gaceta que no podemos subsanar.

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y con lo propuesto por esa Inspección general, ha tenido por conveniente disponer el nombramiento de D. Gabriel Conforto Thomas, oficial de tercera clase de Administración civil, para el cargo de auxiliar intérprete de la Estación sanitaria del puerto de Mahón.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 23 de Noviembre de 1921.—Coello.—Señor inspector general de Sanidad.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

SUBSECRETARÍA

Como aclaración al plan de enseñanzas mínimas de las Facultades de Medicina, publicadas en la *Gaceta de Madrid* de 8 de Octubre último, debe tenerse en cuenta que en el epígrafe «Terapéutica» comprendense dos asignaturas independientes: la Terapéutica quirúrgica u operatoria, con su clínica, y la Terapéutica farmacológica, con la suya.

Madrid, 12 de Noviembre de 1921.—El subsecretario, Zabala. (*Gaceta* del 13 de Noviembre.)

En cumplimiento de lo prevenido en el artículo 3.º del Real decreto de 14 de Abril de 1916 y Real orden de esta fecha, esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad al turno de oposición libre entre veterinarios y licenciados ó doctores en Medicina, las plazas de profesor auxiliar de Histología normal, Patología general y Anatomía patológica, Patología especial médica de enfermedades esporádicas, Terapéutica farmacológica y Medicina legal, vacantes en las Escuelas de Veterinaria de Zaragoza, Córdoba, León y Santiago, dotadas con el sueldo anual de 1.500 pesetas, ó la gratificación anual de 1.000 pesetas.

Para ser admitido á estas oposiciones se requieren las condiciones siguientes, exigidas en el artículo 6.º del Real decreto de 8 de Abril de 1910:

Primera. Ser español, á no estar dispensado de este requisito con arreglo á lo dispuesto en el artículo 167 de la ley de Instrucción pública de 9 de Septiembre de 1857.

Segunda. No hallarse el aspirante incapacitado para ejercer cargo público.

Tercera. Haber cumplido veintidós años de edad.

Cuarta. Tener el título de veterinario ó licenciado ó doctor en Medicina, ó certificado de aprobación de todas las asignaturas de la carrera; pero entendiéndose que el opositor que obtuviere la plaza no podrá tomar posesión de ella sin la presentación del referido título académico, cuyas condiciones habrán de acreditarse antes de terminar el plazo de la convocatoria.

La apreciación de estas condiciones corresponde exclusivamente al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio en el improrrogable plazo de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el artículo 7.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

A los aspirantes que residan fuera de Madrid les bastará acreditar, mediante recibo, haber entregado dentro del plazo de la convocatoria en una Administración de Correos, el pliego certificado que contenga su instancia y los expresados documentos y trabajos.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tableros de anuncios de los establecimientos docentes, lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique sin más que este aviso.

Madrid, 30 de Noviembre de 1921.—El subsecretario, Zabala.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,5; ídem mínima, 707,9; temperatura máxima, 9,4; ídem mínima, 0,3; vientos dominantes, NNE. N. O.

Se han presentado, en considerable proporción, las afecciones catarrales agudas del aparato respiratorio de tipo gripal. Continúan disminuyendo las infecciones intestinales febriles y aumentando la mortalidad en los padecimientos crónicos de los aparatos circulatorio y respiratorio.

Crónicas.

Curso de farmacodinamia en Santiago.—La Facultad de Farmacia de la Universidad de Santiago, por iniciativa de su catedrático de Farmacia práctica, D. Carlos Puente, ha organizado un curso libre de Farmacodinamia sintética, esto es, de elaboración de medicamentos sintéticos, que se dará durante los meses de Enero a Abril.

Este curso se compondrá de una serie de conferencias bisemanales, en las que se expondrán los procedimientos generales de síntesis química y los conceptos fundamentales de la Farmacodinamia, y de trabajos prácticos, en los que se prepararán los principales medicamentos sintéticos, dedicando a estas prácticas cuatro horas diarias de laboratorio. El número de alumnos será limitado.

El Sr. Puente ha trabajado en Síntesis orgánica con el químico español D. Obdulio Fernandez, aquí en España, y con el químico francés M. Fourneau, descubridor de varios medicamentos sintéticos y una de las primeras figuras de la Química actual en París.

El rector de aquella Universidad y el decano de la Facultad han apoyado y dado facilidades para la realización del plausible esfuerzo.

Medicamentos para Africa.—En vista de un escrito dirigido al Ministerio de la Guerra por el director del Laboratorio Central de Sanidad Militar, proponiendo, para atender las crecientes necesidades sanitarias en nuestra zona de Protectorado en Africa, con la posible economía para el Erario, que se acumule la mayor suma de medicamentos en los depósitos de Meilla, Ceuta y Larache, creados por Real orden circular de 22 de Octubre último, el Rey se ha servido aprobar lo propuesto, disponiendo que los jefes de las farmacias de hospitales de la Península remitan al Laboratorio de medicamentos de Málaga, mediante guías valoradas por el intrínseco, aquellos artículos que lo merezcan por su calidad y cantidad y que consideren innecesarios, para las atenciones del servicio, durante un semestre, justificándolo en cuenta general con las guías, avaladas por el expresado Laboratorio, el que á su vez remitirá al Central relación total valorada de los medicamentos que reciba por tal concepto, para el oportuno cargo al presupuesto de Marruecos.

La opinión de un farmacéutico aragonés.—(Zaragoza, 31 (12 m).—La actual situación farmacéutica me sugiere la idea, que propongo á las Universidades autónomas, de que estudien la conveniencia de la revocación de la Real orden reguladora de los servicios, para que, ajustándose á la redacción de nuestro título, se nos autorice á ejercer libremente la profesión desde las ocho de la mañana á las ocho de la noche, con dos horas intermedias para poder cerrar con tranquilidad.—*Aguilar* (De *El Sol*).

La viruela en Zaragoza.—Comunican de esta capital que mejora bastante la situación creada por la epidemia variolosa, que se había extendido de forma alarmante en Zaragoza. Se debe la mejoría á las enérgicas campañas realizadas por la autoridad, que ha impuesto la vacunación bajo pena de multa máxima y, en varios casos, con el empleo de la Guardia civil.

Una nota que ha entregado la Junta de Sanidad es mucho más optimista que la facilitada últimamente.

La epidemia presenta ya buen aspecto, y la Junta ha aprobado un reglamento que se refiere á los establos, expendurias de leche, etc.

Son dignas de alabanza las autoridades por su energía, que en estos casos es beneficiosa.

Muerte del profesor Sims Woodhead.—Comunican de Leafeld que ha fallecido Mr. Sims Woodhead, profesor de Patología en la Universidad de Cambridge. Se dió á conocer principalmente como inventor del procedimiento de tratar por el cloro el agua para beber que se destinaba á las tropas inglesas durante la guerra.

Envío de material de Sanidad Militar.—En vista de un escrito del director del Parque de Sanidad Militar, de 17 del actual, en el que solicita autorización para remitir todo el material sanitario directamente á los parques sanitarios de campaña, aunque la orden la reciba á la consignación de otras autoridades, fundándose en los retrasos que sufren las expediciones de dicho material enviadas á Africa con distintas consignaciones, se ha dispuesto por Real orden que todo el material sanitario que se solicite para los territorios de Africa sea remitido directamente á los parques sanitarios de campaña correspondientes, los cuales lo entregarán con urgencia á los cuerpos, centros ó dependencias que lo hubiesen solicitado.

Médicos forenses, vacantes y nombramientos.—La *Gaceta* del día 3 publica cuatro Reales órdenes anunciando haberse producido las vacantes de médicos forenses y de las prisiones preventivas con categoría de entrada en los Juzgados de primera instancia de Solsona, Andújar, Villalpando y Calamocha, por defunción de D. Antonio Majo, renuncia de D. Gregorio Morón y promoción de D. Nicanor Pérez Arapiles y otro compañero que las desempeñaban, respectivamente.

Estas plazas deben proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el artículo 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 19.5 y los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial correspondiente por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Nombramientos.—Han sido nombrados los siguientes médicos forenses:

De la prisión y Juzgado de primera instancia de Albocácer, D. Francisco Aguilar Castelló; del de Villanueva de los Infantes, D. Fernando Vicente Salto; de Pego, D. José Basquerchea; de Ayora, D. Manuel García Reigla; de Priego (Cuenca), D. Octavio Hernández Vázquez, y de Yeste, don Manuel Bonifacio Sáiz.

El MICROSCOPIO de regalo.—Habiendo sido el último de los números distribuidos á nuestros suscriptores el 4.570 y resultando agraciado con el premio mayor del sorteo del 2 de Enero de la lotería nacional el número 5.320, resulta que el

Microscopio

ofrecido á nuestros suscriptores y que continúa expuesto en el Colegio de Médicos de Madrid, no ha correspondido á ninguno de ellos. Pero como nosotros hemos querido hacer un regalo efectivo, los números ya distribuidos (hasta el 4.570) y los que se distribuyan hasta el 28 de Febrero próximo, tendrán derecho al nuevo sorteo que se celebrará el 11 de Marzo, según indicábamos en las condiciones que para la adjudicación exponíamos en nuestro último número.

Todos los señores que se pongan al corriente del pago adelantado de 1922, antes del referido 28 de Febrero, recibirán las correspondientes papeletas.

Si alguno de los que las hayan recibido se han deshecho de ellas, pueden reclamarlas á la administración, que se le servirá el mismo número que anteriormente tuviese.

La huelga de encuadernadores, ocasionando un enorme retraso en la distribución de nuestros números, ha impedido que muchos suscriptores tengan conocimiento del importante obsequio que les dedicábamos y han venido retrasados con respecto al sorteo. Por esto y para indemnizarlos de un perjuicio de que ni ellos ni nosotros somos culpables, repetimos el dicho sorteo hasta que resulte beneficiado un suscriptor anual, como fué nuestro propósito desde un principio, teniendo que atenernos á los sorteos oficiales, para garantía de todos y por estar así ordenado por disposiciones gubernativas.

Un donativo importante.—Se ha reunido la Comisión provincial de Sevilla el día 31 del pasado, y se ha dado lectura de una carta del abogado D. Ramón Grau, á la que acompaña copia del testamento otorgado por D. Juan Santos Catalán, natural de Orbes (Cádiz), que deja 200.000 pesetas para el Hospicio de Sevilla.

Ofrecimiento plausible.—El director del Hospital provincial de Valencia ha puesto á disposición del gobernador una de las salas para albergue de los atacados de enfermedades contagiosas, mientras el Ayuntamiento busca local adecuado para el servicio.

Se ha dado orden á la Policía para que ejerza especial

vigilancia, á fin de evitar que sean asistidos en sus casas los atacados de enfermedades que puedan ser difundidas por el contagio.

Avances estadísticos.—La Secretaría general del Ayuntamiento de Madrid ha remitido á la Prensa el avance al resumen anual del *Boletín de Estadística demográfica*.

He aquí los datos resumidos: nacimientos, 19.223; defunciones, 15.198, con diferencia en menos, en relación con el año 1920, de 1.937.

La mortalidad de 1921, añade el avance en sus observaciones, ha sido inferior á la de los tres últimos años, hay baja en los once primeros meses, sufrió un aumento considerable en Diciembre por afecciones agudas del aparato respiratorio y enfermedades crónicas.

La cifra de natalidad es la mayor de todo el decenio.

El balance del año 1921 es en Zaragoza el siguiente: nacimientos, 3.968; matrimonios, 1.654; defunciones, 2.940.

Ha ganado, conforme á lo que acusan estos datos, cerca de un millar de ciudadanos.

Indice.—Al presente número acompañamos el correspondiente al año último.

Curso sobre Bacteriología, Inmunodiagnos y Vacunas.—Desde el día 19 de Enero al 6 de Marzo de 1922, dará el Dr. Calvín en su Laboratorio particular (Plaza de Santa Catalina de los Donados, núm. 3) un curso sobre «Bacteriología, Inmunodiagnos y Vacunas», en 40 lecciones y con sujeción al programa que hemos publicado en el núm. 31 de Diciembre de 1921.

El autor del **FIRMUGENOL** desea á Vd. muchísimos triunfos profesionales en el año 1922.

Bioplastina Sereno.—Al presente número acompañamos una tarjeta del Instituto Nacional Medico Farmacológico, de Roma (representante en España: Luis Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona), cuya lectura recomendamos.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, número 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MEDICO.

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