

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 GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO 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 Hospitales.	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.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
	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: Datos para el tratamiento del paludismo agudo, por Sadi de Buen.—Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por los agentes naturales, por Ramón Villegas.—Acción biológica y curativa de las radiaciones secundarias obtenidas por medio de la ionoforesis argéntica, por Prof. F. Ghilarducci.—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.—El lenguaje médico, por El Maestro Cirueta.—Bases para un proyecto de ley de seguro obligatorio contra la enfermedad.—La enfermera, por el Dr. Angel Pulido.—D. Alfonso X, el Sabio, por el Dr. D. Ni asio Mariscal.—Real Academia Nacional de Medicina.—Curso abreviado teórico-práctico de Patología del aparato digestivo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Datos para el tratamiento del paludismo agudo,

POR

SADI DE BUEN,

Ayudante de la Brigada Sanitaria Central, encargada de los trabajos antipalúdicos dirigidos por el Prof. Dr. Pittaluga.

Durante el primer año de campaña hemos tenido ocasión, junto con nuestros compañeros los Dres. Luengo, J. Azúa y Gutiérrez, de dirigir el tratamiento de 1.185 casos de paludismo (con resultado positivo al examen de la sangre).

Lo primero que se ve, al tratar palúdicos, es que casi todos lo hacen insuficientemente.

Es tal la costumbre de pasar «calenturas» en las personas de estas zonas palúdicas, que muchas veces sin consultar al médico toman unas cuantas dosis de quinina «para cortar la fiebre», y conseguido este objeto, abandonan toda medicación hasta que repiten las calenturas; y así se pasan meses, y á veces años, conservando *cuidadosamente* su paludismo, pues no otra cosa consiguen con este método de administración. Son también algunos los médicos que tratan insuficientemente á sus enfermos.

Como en el transcurso de nuestros trabajos hemos visto que muchos paludismos son rebeldes á un tratamiento intenso, publicamos esta nota deseando llevar al convencimiento de los médicos que no lo tuvieron, que para curar bien el paludismo es necesaria una administración metódica y continuada por un largo lapso de tiempo, de la quinina en dosis suficientes. Claro es, que sabemos de sobra que hoy los médicos rurales, aunque pongan su voluntad en ello, no po-

drán en muchos casos conseguir el ideal por múltiples causas, entre las cuales cuentan dos principales: la indiferencia de muchos enfermos ante su propio paludismo, y la imposibilidad de adquirir la cantidad suficiente de quinina por parte de los pobres.

En nuestra campaña procuramos llevar al convencimiento de los enfermos la necesidad de tomar la quinina tal y como les ordenamos, y lo conseguimos en muchos casos porque les entregamos el medicamento gratis.

Por las razones antedichas somos partidarios de que el Estado tome medidas para el abaratamiento de la quinina, y creemos que el medio mejor sería seguir el método empleado en Italia, donde el Estado ha intervenido en la venta de la quinina, preparándola en envases especiales, que se venden á precio de tasa. Así la medicación resulta barata y la pureza del fármaco está asegurada.

Nuestros enfermos pueden agruparse en tres clases (á todos se les analiza previamente la sangre):

- Vistos en consulta. Se les entrega la quinina en dos veces; al diagnosticarlos y á los quince días de esta fecha.
- Enfermos á los que se administra la quinina diariamente por empleados subalternos, pero que terminadas las faenas agrícolas á que vinieron, se vuelven á sus pueblos y dejamos, por tanto, de vigilarlos.
- Personas vistas de continuo y á las que se administra la quinina cada día, haciendo que la tomen delante del encargado.

Nos valemos solamente de este último grupo para apoyar nuestro trabajo, porque estos enfermos llevan ya trece meses de vigilancia, durante los cuales se les han hecho repetidos análisis de sangre á la menor sospecha de paludismo y

muchas veces sólo por fiebres ligeras. Así tenemos un criterio lo más próximo posible á la perfección, superior, en este caso, á la práctica hospitalaria.

Por tratarse de una campaña profiláctica era necesario seguir una pauta común para todos los casos, pauta que sólo se modificó en aquéllos en que la marcha de la dolencia lo hizo absolutamente necesario.

Esta pauta, derivada de la experiencia de otros autores y de la nuestra anterior, fué la siguiente: quince días de tratamiento intensivo y otros quince de tratamiento atenuado. A la menor sospecha de paludismo después de terminado el tratamiento, se hacían repetidos análisis de sangre y nuevo tratamiento si estaba indicado. A veces veíamos que los parásitos no desaparecían de la sangre periférica al cabo de un cierto número de días de tratamiento y prolongábamos éste, ó lo hacíamos más intenso.

En cuanto á las horas de administración recomendamos, salvo casos contados, la toma de la dosis diaria por la mañana, en ayunas y de una sola vez.

En los adultos dábamos como mínimo, un gramo quince días y 0,50 gramos otros quince. En muy pocos casos dimos 0,90 como dosis intensiva. En cambio, en los niños hemos subido la dosis, dándoles, á los menores de un año 0,30 gramos, á los de un año 0,45 á 0,60 gramos, y subiendo así hasta llegar en los de diez años á las dosis de los adultos. Aun elevando mucho las dosis en los niños, apenas si se han presentado casos con molestias, siempre ligeras, y ninguno de intoxicación.

En la consulta vimos un caso de anafilaxia química; á los pocos minutos de administrar el medicamento por la boca se erigió el niño de una erupción morbiliforme generalizada que desapareció en seguida. Desgraciadamente, no hemos podido seguir este interesante caso.

Hemos empleado casi siempre pequeñas píldoras con una capa dura azucarada y de la siguiente composición:

Clorhidrato de quinina	15 centigramos.
Arseniato sódico...	1 miligramo.
Lactato ferroso.....	1 centigramo.
Extracto de genciana	aa c. s. para una píldora.
Idem de ruibarbo...	
Jabón medicinal....	

En algunos casos rebeldes pusimos inyecciones, pero volviendo, en cuanto desaparecían los parásitos de la sangre, á la administración por la vía digestiva.

Al principio, ante lo difícil que se hace á veces dar la quinina por la boca á los niños, empleamos la euquinina en polvo á dosis dobles, como mínimo, de las de las sales corrientes; pero bien pronto nos convencimos que aun en los niños de pecho el método de elección (salvo rarísimos casos) son las píldoras, siempre que éstas tengan muy poco volumen y sean de superficie resbaladiza y dulce.

Las inyecciones, por la índole de nuestros trabajos, las dejamos para los casos en que eran absolutamente necesarias. Hemos empleado de varias clases y procedencias, no siempre con buenos resultados.

Aunque sea cosa muy sabida, insistiremos aquí sobre la necesidad de que las inyecciones sean absolutamente neutras. Si son ácidas, producen á menudo escaras muy difíciles de curar. A nosotros mismos nos ha ocurrido alguna vez, sobre todo al principio, con un lote de ampollas de clorhidrosulfato, que hubo de ser desechado por completo.

Veamos ahora los casos tratados del grupo c):

Ponemos la cantidad de quinina dada, entre paréntesis (la primera cifra marca la dosis de los primeros quince días,

la segunda, la dosis de la otra mitad del mes), y si no indicamos lo contrario, á ella van asociados el arsénico y el hierro.

Tercianas.—Ceden á un tratamiento según la pauta corriente, y el enfermo no vuelve á padecer paludismo mientras le observamos.

Niños, 29; adultos, 20.

Entre ellos sólo cuatro niños presentaban gametocitos en la sangre, y un caso de diez y seis años, tratado con (1,05 — 0,75).

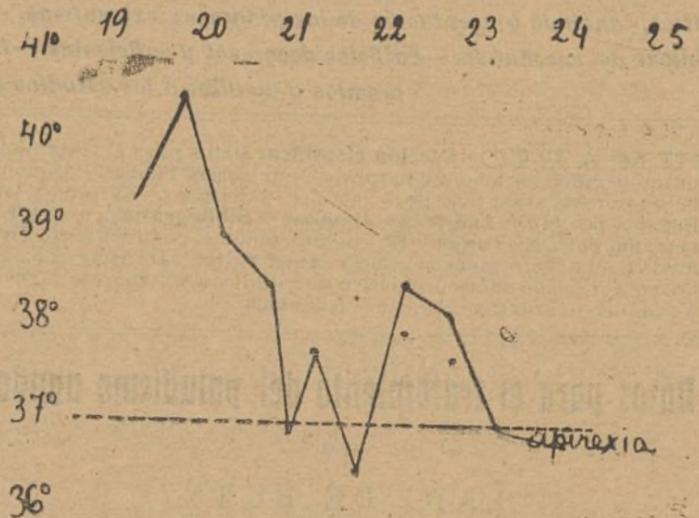
Los niños con gametocitos en la sangre periférica eran de cuatro meses (tratado con 0,30 — 0,15), de dos años (0,45 — 0,30), seis años (0,75 — 0,45) y seis años (0,90 — 0,45).

Entre las tercianas hay un caso típico de resistencia: la niña Saturnina Gómez, de dos años, que tuvo cuartanas á los nueve meses. Desde entonces temporadas bien, y otras con calenturas. El 2 de Junio de 1921, bazo normal.

El 1 de Enero de 1921, monontes jóvenes y gametos de terciana en la sangre; tratada con 0,30 — 0,15. Diez y siete días después de terminado el mes de tratamiento, se observan en la sangre aultos y gametocitos de terciana; tratada con 0,60 — 0,30. (A los dos días de tratamiento no habían desaparecido los parásitos.)

Nada más terminar este nuevo tratamiento (el 19 de Marzo de 1921), vuelven á observarse anillos y adultos y game-

MARZO - día:



citocitos de terciana. El acceso (ver gráfica) se presentó acompañado de ligeras convulsiones, algo de dilatación pupilar y postración (probable mente esta recidiva fué provocada por la vacunación contra la viruela). Se le trata con 0,60 dos días; luego tres días inyección, después con cuatro píldoras y dos comprimidos de quinina sola (total, 0,85) durante catorce días, y 0,60 durante otros quince.

En este caso, por la proximidad de unas fiebres á las otras, y por la constante presencia de gametocitos, puede asegurarse que se trató siempre de recidivas. La enfermita tardó, por tanto, tres meses en curarse, con muy ligero intervalo entre los dos primeros tratamientos; entre el segundo y el tercero puede decirse que no medió tiempo (un día).

En la lista que ponemos al final, hay varios casos de terciana parecidos á éste, aunque en algunos pueda tratarse de nuevas infecciones.

Cuartanas.—Ceden al primer tratamiento:

Niños, 6; de ellos solo uno tiene gametocitos (de cinco años tratado con 4 inyecciones, luego 0,90-0,45).

Adultos, 8; dos con gametocitos (0,90-0,45) (1,05-0,60).

Entre los niños hay uno, María Jiménez, de ocho años,

que á los siete días de tratamiento (0,90) seguía con parásitos en la sangre; en vista de esto se le pusieron diez días inyecciones y luego se siguió con 0,45. Cinco análisis hechos en los dos meses siguientes y uno bastante después, fueron negativos. El bazo, de difícilmente palpable se hizo normal.

Diarias.—En 4 niños tratados normalmente no se ven recidivas y en cuatro adultos ocurre lo mismo. (En dos son necesarias varias inyecciones por síntomas graves, pero el tratamiento no se prolonga más de un mes.)

En los enfermos de laverania son muy frecuentes los casos de persistencia de los parásitos á pesar del tratamiento. Hemos visto los siguientes:

Zacarías Rodríguez, de cinco años, que conserva los parásitos (gametocitos) en la sangre durante ocho días. Un tratamiento intenso, al principio con inyecciones, de cuarenta días de duración, hace que las fiebres no se repitan.

Obdulia Blázquez, de veintisiete años. A los veintiocho días de tratamiento (1,35 0,60) tiene todavía semilunas (gametocitos) en la sangre periférica. En vista de ello, inyecciones cuatro días hasta desaparición de los parásitos y otro mes de tratamiento por boca. Por ahora no ha vuelto á tener calenturas.

Romualda Herrera, de treinta y tres años. A los seis días de tratamiento con 1,20, tiene todavía semilunas. Desaparecen con inyecciones y se sigue el tratamiento por boca. No recidiva.

Juana Martín, de treinta y seis años, que á los diez y siete días conserva gametocitos. Un tratamiento intenso por inyecciones los hace desaparecer.

Como se ve por estos casos, es frecuente que los parásitos tarden muchos días en desaparecer, lo cual prueba sobradamente la necesidad de una administración continuada.

Por último, tenemos otro grupo de treinta niños y tres adultos altamente instructivos; comprende los casos en que el paludismo ha repetido:

Niños menores de catorce años (uno de diez, otro de nueve, los demás menores).

<i>Terciana dos veces</i>	8
<i>Idem tres veces</i>	4
<i>Idem cuatro veces</i>	2
<i>Terciana, laverania</i>	3
<i>Terciana dos veces, laverania</i>	1
<i>Terciana tres veces, laverania</i>	1
<i>Terciana, mixta terciaria laverania, laverania</i>	1
<i>Cuartana dos veces</i>	2
<i>Cuartana tres veces</i>	1
<i>Cuartana, terciaria</i>	1
<i>Laverania dos veces</i>	1
<i>Laverania tres veces</i>	1
<i>Laverania, terciaria</i>	1
<i>Laverania, terciaria dos veces</i>	1
<i>Laverania dos veces, terciaria</i>	1
<i>Laverania dudosa, terciaria dudosa</i>	1

Adultos:

<i>Terciana dos veces</i>	2
<i>Terciana, laverania</i>	1

Es muy difícil asegurar en muchos de estos casos, cuando repite la misma forma, si se trata de primitivas ó recidivas.

Siguiendo un criterio muy riguroso, que nos hace dejar seguramente muchas de las recidivas, podemos considerar como tales

<i>Terciana</i>	10	fiebres.
<i>Cuartana</i>	3	—
<i>Laverania</i>	1	—

Estos son otros tantos casos de tratamiento insuficiente á pesar de seguir la pauta de un mes reseñada al principio.

Complemento de esta nota hubiera sido investigar si la quinina no es aprovechada en igual intensidad por los niños que por los adultos. Si los niños la absorben bien, deberemos explicarnos la resistencia de los parásitos en ellos, pensando en que el niño es un terreno más adecuado que el adulto para su desarrollo y probablemente ocurrirá así, como parece demostrarlo el tanto por ciento tan elevado de casos (fiebres una sola vez, fiebres varias veces) en los niños, en relación al de los adultos. Este hecho sirve de base para considerar la existencia de una inmunidad relativa en los adultos.

Talayuela, 14 de Diciembre de 1921.

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

POR

RAMÓN VILLEGAS

III

REPOSO

El más riguroso reposo general no es absoluto para el pulmón.

Absoluto reposo local.—Por grande, por exagerado y estricto que quiera practicarse el reposo general, éste no será nunca absoluto puesto que, aunque el cuerpo pudiera reducirse á una total inmovilidad, no se traduciría sino en una relativa quietud para el pulmón enfermo, ya que en el reposo general más completo el pulmón sigue funcionando.

Generalización del tratamiento de las tuberculosis locales.

Se ha pensado en procurar la inmovilización pulmonar por medios mecánicos que actuarán directamente sobre el pulmón afecto, á fin de procurar á este órgano el mismo mecanismo curativo que se pone en práctica en las artritis tuberculosas con el tratamiento por la inmovilización de las articulaciones lesionadas.

El método del reposo local tiene su origen en la observación.

Sin embargo, debe advertirse que este procedimiento no fué consecuencia derivada de un concepto teórico, sino una resultante del efecto beneficioso observado, casualmente primero, y experimentalmente después, en ciertos enfermos.

Observaciones sugeridas.

Las observaciones de Spengler y Friedrich, sobre la tendencia del pulmón enfermo á retraerse en los individuos jóvenes cuya cavidad torácica es todavía susceptible de modificaciones anatómicas (que se manifiestan por una depresión ostensible de los espacios intercostales), fué estimada como un proceso natural defensivo contra la tuberculosis. Forlanini, Spengler, Brauer—entre otros—han hecho constar que la producción casual de un pneumotórax provoca una retracción del pulmón y una reducción de la cavidad de las cavernas

(1) Véase el número anterior.

tuberculosas, de cuyo resultado pudieron comprobar beneficios estimables. (En EL SIGLO MÉDICO hemos publicado nosotros hace varios años, la historia clínica de un enfermo tuberculoso que obtuvo una remisión muy expresiva de su afección consecutivamente á la producción de un pneumotórax espontáneo).

Interpretación de estos hechos.

Fué interpretada esta favorable acción, pensando que la reducción de la caverna impedía que los productos sépticos se acumulasen y, por lo tanto, la reabsorción de éstos, que son la causa de la intoxicación hética. Pero hoy se cree más bien que, aun siendo muy estimable tal acción defensiva, se debe principalmente á la supresión del funcionalismo respiratorio el mayor efecto beneficioso. Gracias al reposo absoluto del pulmón, se reduce la circulación linfática—como ha hecho notar Brauer—de un modo considerable, por hacerse más pequeño, con el colapso pulmonar, el campo de reabsorción de la linfa y quedar suprimida la aspiración respiratoria que ejerce el pulmón en cada una de sus dilataciones fisiológicas.

No es indispensable la actividad de los dos pulmones.

Estando, como está, comprobado que no es indispensable para la vida el funcionamiento constante de los dos pulmones—siendo posible, sin trastorno apreciable, la supresión de uno de estos dos órganos, gracias á una compensación vicariante que se establece en el otro—, surge fácilmente la idea de contener la actividad respiratoria del pulmón enfermo, que no sólo es necesaria, sino que resulta perjudicial.

Efectos beneficiosos del reposo local.

Con la inmovilización del pulmón se pretendía por lo tanto: Suprimir el acúmulo de los productos tóxicos contenidos en las cavernas, que al ser comprimidas se las hace desaparecer virtualmente. Facilitar con este mecanismo la cicatrización consecutiva de las paredes de las cavernas, poniéndolas en contacto y librándolas de la irritación producida por los productos sépticos, al mismo tiempo que se las mantiene en un reposo favorable para su formación fibrosa. Disminución de la absorción linfática y consecutivamente de la difusión tóxica al suprimir todo movimiento respiratorio en el pulmón enfermo y, por lo tanto, la aspiración mecánica, que tanto influye en la circulación de la linfa.

Distintos procedimientos para conseguir el reposo local.

Varios fueron los caminos emprendidos para comprimir y forzar al pulmón á retraerse en busca de este absoluto reposo local. Unos, imitando el natural procedimiento del pneumotórax espontáneo, han tratado de provocar el pneumotórax artificialmente; otros buscaron el mismo fin por medio de las resecciones costales en la toracoplastia.

Objeto que se propone el pneumotórax.

Pneumotórax artificial.—El procedimiento consiste esencialmente en introducir en la cavidad virtual de la

pleura un gas, que al ocupar cierto espacio entre las dos serosas, obligue por presión á retraerse al parénquima pulmonar hasta dejarlo convertido en un muñón incapaz de todo movimiento é inútil para todo funcionalismo respiratorio.

Condiciones necesarias para su mayor eficacia.

Para que la eficacia de este procedimiento sea satisfactoria se necesita que el gas inyectado no se absorba con demasiada rapidez al objeto de que sus efectos sean lo más duraderos posible. Es preciso inyectar un volumen de gas bastante grande para que la compresión ejercida sobre el pulmón sea suficiente á reducirlo ó inmovilizarlo del todo. Y se necesita por último que la inyección se practique con bastante lentitud con el objeto de evitar una compresión violenta y rápida que pudiera acarrear trastornos considerables.

Gas que debe preferirse.

El gas que tarda más tiempo en reabsorberse es el nitrógeno y por eso debe ser preferido.

Necesidad de una observación constante.

Para saber si la reducción del pulmón es suficiente se necesita observar minuciosamente al enfermo en el curso del tratamiento, valiéndose para ello además de la auscultación, del procedimiento radiográfico de gran valor en este caso.

La inyección no debe ser brusca.

Para evitar una compresión demasiado brusca es preciso no practicar ninguna inyección sin la guía del manómetro que en cada momento nos indica la presión intrapleuraleal.

Antecedentes del método.

Los franceses demuestran mucho empeño en recabar para Potain el honor de haber sido el descubridor de este método. Este glorioso autor, sin embargo, no hizo sino vislumbrar de una manera vaga la acción favorable que el reposo del pulmón podía tener sobre la curación definitiva de las lesiones tuberculosas. Fué Forlanini quien en 1882 demostró por vez primera que no siempre el pneumotórax consecutivo á una tuberculosis resultaba desfavorable como venía considerándose generalmente. En 1894 publicó sus primeras observaciones sobre este procedimiento, describiendo minuciosamente la técnica de su aplicación, y algunos años después publicaba el resultado de sus observaciones confrontadas y rectificadas por el tiempo.

Trabajos más importantes realizados en el extranjero.

Los más fundamentales trabajos sobre este procedimiento se deben á los italianos, entre los que descuellan Riva-Rocci y Fontana. En Alemania Brauer, Welmann, Schmidt, von Mural, Schreiber y otros aportaron á la técnica y el estudio científico del asunto indicaciones valiosísimas. Murphy, en Chicago, realizó al mismo tiempo estudios numerosos que avalora una experiencia nutrida. En Francia este método no ha sido objeto

de una gran atención debiendo citarse, sin embargo, los nombres de Dessirier, Dumarest, Lenormand, Tuffier, entre algunos otros.

Trabajos más importantes realizados en España.

En España, y hacemos esta cita con la satisfacción con que siempre mencionamos á todo compatriota, han hecho estudios muy interesantes y dignos de público elogio los Dres. Sayé y Raventós, de Barcelona, y Gutiérrez Gamero, de Madrid.

Técnica de aplicación.

Aunque posteriormente se han introducido modificaciones—unas realmente prácticas, otras puramente industriales—al aparato primitivo de Forlanini, nos parece útil describir éste, porque dada su sencillez fácilmente se adivinan todas las modificaciones posibles y de otra parte permite mejor que ninguno una interpretación fácil.

Aparato de Forlanini.

El aparato de Forlanini para introducir el nitrógeno en la pleura está constituido sencillamente por dos tubos comunicantes, uno de los cuales contiene el nitrógeno y el otro un líquido cualquiera. El vaso que contiene el líquido está relacionado en su parte superior con un insuflador de termocauterio, que tiene por objeto impulsar el líquido hacia el otro vaso, con lo cual el gas contenido en el primer depósito se hace pasar á un tubo de goma provisto de una aguja que es la que penetra en la cavidad pleural. Un manómetro agregado al aparato indica en cada momento la presión del gas que se inyecta.

Cómo debe realizarse la punción.

Para puncionar la pleura debe montarse previamente el aparato é introducir luego la aguja en un espacio intercostal. Se dará cuenta el operador con facilidad del momento en que penetra en la cavidad de la pleura porque en aquel instante el manómetro acusa una sensible presión negativa. Entonces se inyecta suavemente el nitrógeno hasta la cantidad deseada.

Cantidad que debe inyectarse.

Según Murphy, las inyecciones deben ser grandes y poco frecuentes, aconsejando la dosis de uno á tres litros cada tres ó cuatro semanas. Forlanini, por el contrario, recomienda inyectar 200 ó 300 c. c. cada dos ó tres días, vigiando el efecto producido sobre el pulmón y suspendiendo las aplicaciones cuando se ha conseguido una retracción completa de éste. Brauer representa un término medio y suele inyectar de cada vez un litro ó litro medio de nitrógeno.

Las modificaciones son muchas y sin trascendencia.

Dada la sencillez del aparato apenas si ha habido autor que no se haya creído en el caso de establecer algunas modificaciones. La mayor parte de éstas se han reducido á proponer una aguja más larga, ó unos depósitos más cortos ó un tornillo de más ó un tubo de

menos. Modificaciones sin trascendencia ni utilidad de las que no he de ocuparme, por tanto.

Aguja de Kuss.

Sólo me parece práctica la aguja utilizada por Kuss que no es sino un trócar provisto de su mandril correspondiente. Una vez atravesada la pared costal el trócar es retirado. El mandril presenta una ranura que al coincidir con la cánula se convierte en un conducto, pudiendo entonces comunicar con el tubo que contiene el nitrógeno. Esta comunicación puede abrirse o interrumpirse á voluntad con sólo hacer girar al mandril y gracias á ello pueden evitarse las heridas pulmonares y la obstrucción de la cánula que es también posible con una aguja no protegida.

Modificación de Brauer.

Murphy aconseja practicar previamente una incisión en el 5.º ó 6.º espacio intercostal, incisión que llega hasta la pleura parietal y luego fácilmente penetra en la cavidad pleural con un trócar. Brauer y Tuffier son también partidarios de este procedimiento, siendo el 7.º espacio intercostal de elección para el primero y eligiendo Tuffier el espacio comprendido entre la línea axilar posterior y la línea escapular.

Ventajas é inconvenientes de los dos métodos.

Según el método de Brauer y Murphy, podemos ver la pleura y, por lo tanto, se evita el procedimiento ciego de la punción que obliga á adivinar este momento tan interesante. Puesto que utiliza una cánula obtusa, no cabe la posibilidad de perforar el pulmón. Y permite, finalmente, la disolución de las adherencias pleurales por cuanto es posible introducir un catéter por la incisión practicada y sondar la cavidad serosa. Ofrece como inconvenientes que, á través del orificio producido por la cánula, puede escapar nitrógeno á un golpe de tos del enfermo y producir el desagradable accidente del enfisema; que la herida tarda algunos días en cicatrizar y no podemos practicar en el mismo sitio una segunda inyección, con lo cual ésta nos ofrecerá los mismos inconvenientes que la primera; sin contar todos los accidentes que dependen de cualquier intervención quirúrgica por sencilla que sea.

Ventajas del método de Forlanini.

El método de Forlanini tiene la fundamental ventaja de su gran sencillez. Por lo demás, todos los inconvenientes que trata de obviar el método de Brauer pueden fácilmente subsanarse también en éste sin más que algunas precauciones bien sencillas.

Manera de obviar los inconvenientes del método Forlanini.

Aunque con el procedimiento de la punción *no vemos* la pleura, podemos tener la seguridad de haber llegado á ella sin más que advertir cómo baja rápidamente la presión—denunciada por el manómetro—en este mismo momento. Mientras esto no ocurra, la presión en el manómetro permanecerá invariable. En el caso

de penetrar en el pulmón, se observarán oscilaciones manométricas, pero siempre insignificantes, y nunca veremos la depresión brusca que caracteriza la penetración en la pleura. Por lo demás, las heridas del pulmón y la obstrucción de la aguja—principales inconvenientes de este método—pueden evitarse perfectamente con el empleo del trocar de Kuss antes descrito, con cuyo aditamento parece preferible el procedimiento de Forlanini á la operación de Brauer y Murphy.

(Continuará.)

IX Reunión de la Sociedad Italiana para el Progreso de las ciencias

SECCIÓN DE ANATOMÍA, FISIOLÓGICA Y PATOLOGÍA.
TRIESTE 8-13 SEPTIEMBRE 1.21

Acción biológica y curativa de las radiaciones secundarias obtenidas por medio de la ionoforesis argéntica.

CONFERENCIA DEL PROFESOR F. GHILARDUCCI

(11 Septiembre 1921) (1)

(Traducida por E. Luengo.)

Resumen.

El estudio de las radiaciones secundarias encierra un alto interés biológico y clínico, teniendo en cuenta sus propiedades cualitativas y no solamente las cuantitativas, como se acostumbra en general. En la acción biológica, la calidad de las radiaciones es tan importante como su cantidad, aun en las aplicaciones superficiales. Este concepto se desprende de mis numerosas aplicaciones, algunas de fecha lejana. En 1908 presenté á la Real Academia de Medicina de Roma, cuatro cobayas con radiodermatitis ulcerosa gravísima del dorso, obtenida con rayos muy penetrantes, mientras que las radiaciones blandas no habían producido ningún efecto. (*Archives d'Electricité médicale*, 1908, pag. 400). En 1910 obtuve en cobayas tuberculosos, esclerosis de los ganglios peritoneales é inguinales, empleando rayos de dureza media («Azione dei raggi X sulle artriti ed adeniti tubercolari», *Policlinico*, vol. 17). En 1912 recomendé como las más eficaces en el tratamiento de la tuberculosis cutánea el empleo de radiaciones más bien duras («L'insegnamento della Elettrotterapia e della Radiologia nella Università di Roma», Roma, tipogr. de la Concordia, año 1912). En 1913, en un trabajo experimental («Azione del radium sulle culture di bacillo tubercolare», *R. Acad. Med. de Roma*, Mayo, 1913), concluía que los efectos observados (tuberculosis principalmente esclerosa, en lugar de la forma claramente caseosa obtenida en los testigos) se debían atribuir más á la calidad que á la duración y á la intensidad de la irradiación. Este concepto fué desarrollado ampliamente por mi ayudante Dr. Milani en su trabajo experimental que completa y extiende mis investigaciones («Azione del radium suye culture di bacillo tubercolare, specialmente in rapporto alla qualità dei raggi», *R. Acad. Med. di Roma*, Junio 1914). El trabajo del Dr. Milani se inspiró en la hipótesis, que análogamente á lo que acontece con las radiaciones luminosas, se tendría también con los rayos Roentgen y Becquerel, una acción biológica

(1) La conferencia fué repetida por invitación de la presidencia de la Asociación Médica de Trieste, la noche del 15 de Septiembre en el Hospital Civil de Trieste.

diversa en armonía con la mayor ó menor rapidez de los impulsos, que es lo mismo que decir, con la longitud de onda. Se anunció así sobre base experimental, como bastante probable, la doctrina de la especificidad biológica de los diversos rayos del espectro Roentgen, como la definió felizmente Bertolotti (comunicación al XII. Congreso internacional de Electrología y Radiología médica, Lyon, Julio 1914). Resulta, por tauto, que otros me habían precedido en este camino. A la comprobación de esta hipótesis dediqué gran parte de mi actividad con trabajos experimentales sobre el estómago del conejo irradiado desde el exterior («Interno ad alcune vedute recenti sull' azione biofisica dei raggi X», *R. Acad. Med. di Roma*, fasc. 7-8, 1918; ídem, *Radiologia Médica*, vol. VI, fase 4-8; «I fondamenti biofisici della radioterapia», discurso inaugural del II Congreso Italiano de Radiología Médica, Génova, 1919). En estos trabajos demostré que en el estómago del conejo se obtienen alteraciones diversas en la calidad, intensidad y en el sitio (flogógenas, necróticas, distróficas), según la calidad de los rayos empleados, manteniéndose en cambio en iguales condiciones cuantitativas. Pero los argumentos más convincentes en favor de la doctrina así bosquejada se desprende del estudio de las radiaciones secundarias. Este argumento ha sido objeto en nuestra escuela de numerosos trabajos experimentales desde 1912 (Ghilarducci, «Azione biologica y curativa de las substancias fluorescentes asociadas á los rayos X», *R. Acad. Med. di Roma*, Marzo, 1912; ídem, VII Congreso internacional de Electrología y Radiología, Praga, 1912; ídem en colaboración con el Dr. Milani, *Policlinico*, sección médica, 1912; Ghilarducci, «Ulcera gástrica experimental provocada con los rayos X sin lesión de la piel», *R. Acad. Med. di Roma*, Mayo, 1914; «Acción de los rayos X sobre el estómago del conejo; ídem 7 Marzo 1916; «La radiogastritis ulcerosa del conejo con especial relación á los rayos secundarios del bismuto», ídem 7 Marzo 1916).

Pero la prueba más decisiva en apoyo de la actividad biológica específica de las radiaciones la ofrece el estudio de la acción antibacilar de los rayos secundarios. El concepto y la iniciativa de estos estudios pertenece á nuestra escuela. Hacia el fin del 1914 conseguí obtener y quedar completamente estériles cultivos muy virulentos de carbunco irradiados en presencia del electrargol («Acción de los rayos secundarios sobre los bacilos del carbunco», *R. Acad. Med. di Roma*, 20 de Diciembre de 1914). Sucesivamente, mi ayudante, el Dr. Milani, obtiene resultados positivos irradiando cultivos del bacilo prodigioso en presencia de varios metales coloidales (*La Radiologia Médica*, año 1920, fasc. 7-8).

Todavía más convincentes son mis experiencias sobre las radiaciones secundarias emitidas por las láminas ó por los polvos metálicos. En este grupo de experimentos, el metal no está en contacto con el terreno de cultivo, formándose los rayos secundarios en el lado de incidencia de los rayos primarios. He hecho experiencias sobre el bacilo prodigioso y sobre el bacilo piocianico; la acción es evidentísima y tanto más enérgica cuanto más elevado es el peso atómico del metal (Ghilarducci, «Azione antibatterica dei raggi secondari», *Policlinico*, sección práctica, 1919, fasc. 29-30; ídem, II Congreso italiano de Radiología médica, Octubre de 1919). El fenómeno es de los más evidentes irradiando al mismo tiempo dos metales, poniendo como testigo un metal pesado (oro, plomo, platino); mientras el terreno de cultivo en correspondencia con el metal pesado queda casi completamente estéril, el que corresponde al metal más ligero presenta desarrollo de colonias, que apenas se señalan con la plata y con el estaño, haciéndose cada vez más abundantes á medida que el peso atómico disminuye, hasta que el que corres-

pónde al aluminio se diferencia poco del cultivo que se desarrolla en el terreno no expuesto á la acción de los rayos secundarios. Este fenómeno ha sido confirmado por nuevas investigaciones, recopiladas por mi ayudante, Dr. Milani, que son expuestas en una monografía actualmente en prensa. Esta estrecha relación entre el peso atómico del metal y los efectos observados, demuestra que los rayos eficaces en mis experimentos son los rayos de fluorescencia, puesto que la emisión de los rayos beta ó corpusculares es independiente de la naturaleza del metal. Y puesto que la cantidad de las radiaciones secundarias depende en parte de la naturaleza del metal, pero sobre todo de la intensidad de la radiación primaria, y los efectos observados han sido notables también cuando la radiación primaria era de una intensidad mínima ($\frac{3}{10}$ de MA) y no inferiores á los obtenidos con intensidades mayores (2 MA), no podemos atribuir la diferencia de los resultados observados, á diferencias cuantitativas de las radiaciones secundarias, sino que debemos atribuirla á diferencias cualitativas, dependiendo estrechamente de la naturaleza del metal, ó sea con la longitud de onda de la radiación secundaria; por otra parte, la física nos enseña en esto que los rayos de fluorescencia son tanto más penetrantes cuanto más elevado es el peso atómico del metal que los emite (Voltz; «Die physikalischen und technischen Grundlagen der Messung und Dosierung der Röntgenstrahlen», 1921). Y así mis experimentos constituyen una prueba experimental de las más convincentes en favor de la doctrina de la actividad biológica específica de los rayos X.

La observación clínica parece confirmar los resultados del experimento biológico. En el transcurso del año 1919 expuse á la acción de los rayos secundarios emitidos por láminas y polvo de plomo y de plata varios casos de lupus, obteniendo buenos efectos, que fueron, en parte, comunicados por mí á la R. Acad. Med. de Roma («Azione biologica e curativa delle radiazioni secondarie», 28 de Diciembre de 1919) y por mis ayudantes, Dres. Milani y Attili, al III Congreso italiano de Radiología médica (Roma, Octubre de 1920).

Sin embargo, por ser muy blandas las radiaciones secundarias, pensé que su acción sería mucho más enérgica si se produjeran en la intimidad de los tejidos en contacto inmediato de los elementos anatómicos; en vista de los fracasos obtenidos por otros autores con las inyecciones subcutáneas ó intravenosas de metales coloidales, me propuse introducir los metales por medio de la ionoforesis. Hice un gran número de experimentos sobre la piel, sobre las mucosas de perros y de conejos y sobre la piel humana, empleando electrodos de fieltro empapados en solución de protargol al 0,80 por 100, en conexión con el polo positivo de la corriente galvánica, durante veinte á sesenta minutos; intensidad, 3-20 miliamperios. La plata se revela en las preparaciones histológicas en forma de finos gránulos situadas á una profundidad por lo menos de 2 centímetros; los gránulos se disponen á lo largo de los haces conjuntivales, pero prefieren, sobre todo, los núcleos celulares, de modo que aun con pequeño aumento, se pone de relieve de manera evidente la estructura del tejido como si estuviera coloreado. Estos resultados, unidos á los obtenidos sobre el bacilo piocianico con los rayos secundarios fueron comunicados por mí á la R. Acad. Médica de Roma («Nuovi esperimenti sull'azione antibatterica dei raggi secondari», 27 Febrero 1921). En la misma sesión preconicé la utilidad de las radiaciones secundarias obtenidas con la ionoforesis argéntica en la terapéutica de las dermatosis, especialmente del lupus

y de los tumores. Durante el presente año apliqué el nuevo método en 11 casos de epitelomas, en 24 casos de lupus, en un caso de actinomicosis y en tres casos de osteoperiostitis tuberculosa. Los efectos fueron casi siempre óptimos, manifestándose á veces con una rapidez sorprendente. Particularmente interesante fué el caso de un epiteloma infiltrante en un viejo de setenta años. El tumor ulcerado ocupaba la mejilla izquierda, el ala izquierda de la nariz, en gran parte destruída, el dorso y parte del ala derecha; de la ulceración brotaba continuamente una secreción abundantísima de suero sanguinolento, extraordinariamente fétido; los ganglios láterocervicales izquierdos estaban infartados. El resultado del tratamiento fué sorprendente; después de una sola irradiación (3 Marzo 1921) precedida de una aplicación de ionoforesis con protargol, de tres horas de duración, la secreción disminuyó rápidamente, perdiendo su carácter fétido, la masa neoplásica se redujo y desaparecía, transformándose en una úlcera granulosa de bonísimo aspecto y sucesivamente en una cicatriz rosada y elástica sin vestigios de nódulos neoplásicos; también desaparecieron los infartos glandulares. Hacia los últimos días de Junio fué practicada una segunda aplicación con fin profiláctico; visto nuevamente el enfermo en los últimos de Agosto, no presentaba señales de recidiva. Este enfermo, ya en vías de curación, fué presentado por mí á la R. Acad. Médica de Roma en la sesión del 24 de Abril de 1921, al mismo tiempo que las preparaciones histológicas que documentaban la naturaleza carcinomatosa del tumor («Acción de la ionoforesis argéntica asociada á la irradiación en un caso de carcinoma ulcerado de la mejilla y de la nariz»). En la misma sesión expuse los experimentos emprendidos para aclarar en modo concreto el mecanismo mediante el cual se verifica una esterilización del tumor tan rápida, puesto que además de la radiación secundaria podía haber influido la acción del ión plata por sí. Estos experimentos recayeron sobre cultivos de bacilo piocianico, de estafilococo y de carbunco. Los resultados fueron los siguientes: el ión plata inhibe el desarrollo de los cultivos de las tres especies bacterias y mata el cultivo ya desarrollado del piocianico y bastante más lentamente el del estafilococo y del carbunco. Pero si á la ionoforesis se asocia también la irradiación, mueren rápidamente («Acción de las radiaciones secundarias»). En el caso antes descrito debe haberse conseguido la desinfección del tumor por la acción de la plata de por sí, más por sus radiaciones secundarias.

Como he indicado anteriormente, en los casos de lupus, los efectos fueron casi constantemente óptimos y tanto más demostrativos, en cuanto se trataba de muchos casos de forma gravísima, tenaces y rebeldes á los otros medios de tratamiento. Las lesiones gruesas desaparecieron rápidamente, á veces después de una ó dos aplicaciones no se apreciaban más que pocos nódulos por radioscopia. Por tanto, los resultados han sido notables y sobre todo enormemente más rápidos que los obtenidos con otros métodos, incluso con la fototerapia. Por lo demás, es posible que perfeccionando la técnica y empleando otros metales se obtengan resultados todavía más radicales.

Los casos de osteoperiostitis tuberculosa fueron curados después de dos ó tres aplicaciones; el caso de actinomicosis mejoró sensiblemente.

En conclusión, yo creo que el método propuesto por mí está destinado á tener una gran aplicación en la clínica, especialmente en las enfermedades de la piel (lupus), y de las mucosas, así como en los epitelomas ulcerados. Teóricamente, creo haber demostrado con mis experiencias, que la teoría de la actividad biológica específica de las radiaciones es apli-

cable á las bacterias; la considero probable, pero no demostrada para los tumores, puesto que en los casos de epiteloma referidos por mí, no puede excluirse que los buenos efectos observados no puedan atribuirse también en la cantidad de las radiaciones secundarias. Claramente se comprende el interés que tendrá la solución de este problema para la radioterapia de los neoplasmas malignos. En realidad, la acción de la radioterapia está fatalmente limitada por la radiosensibilidad de los elementos normales, la cual no consiente atacar al tumor con dosis eficaces sin grave daño para la salud y aun para la vida del enfermo (hemolisis, necrosis del intestino, etc., etc.).

Estos perjuicios podrían eliminarse exponiendo el tumor á radiaciones específicamente eficaces para los elementos neoplásicos y aun ningún efecto sobre los elementos normales, del mismo modo que los elementos de la retina son impresionables exclusivamente por las radiaciones luminosas comprendidas entre una longitud de onda bien determinada.

(La conferencia fué ilustrada con numerosas proyecciones).

EL RIÑÓN Y LAS GLUCOSURIAS (1)

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

POR

JUSTO CABALLERO Y FERNANDEZ

Admitamos, pues, con Brucke, que el hombre sano elimina una cantidad, aunque sea pequeña, de azúcar por su orina, y que este azúcar, según nos indican los trabajos de Iwanoff, Pavy, Abelons, Bence, Jones, Moritz, etc., no es otro que la glucosa ó dextrosa.

Y, por fin, acabaremos este capítulo, dedicado al estudio etiológico de las glucosurias, agregando las llamadas por algunos glucosurias fisiológicas, y que son producidas: por inanición (Hofmeister), por contención (Böhm y Hoffmann) y por frío (Böhm y Hoffmann). No llegamos á concebir la causa de que á estas glucosurias se las denomine *fisiológicas* (¿no serán ganas de embrollar más el lenguaje médico?). Las de inanición quedaron comprendidas en el párrafo dedicado á los vagabundos, convalecientes y depauperados. Con la calificación de contención quieren indicarse las consecutivas á sondajes uretrales, traqueotomías, etc. También las mencionamos, pues dijimos que ocasionaban glucosuria las grandes intervenciones quirúrgicas y aun las pequeñas, y por último, las de frío fueron descritas en su lugar.

IV

TEORÍAS MÁS CONOCIDAS PARA EXPLICAR LA PATOGENIA DE LA GLUCOSURIA. GLUCOSURIA EXPERIMENTAL.— Hemos ya visto los factores etiológicos que al parecer intervienen en la producción de glucosuria, y es llegado el momento de estudiar la causa íntima, por qué puede aumentarse, de un modo anormal, la cantidad de glucosa en la orina. Pero debe observarse que en este importantísimo y transcendental asunto no se ha dicho la última palabra.

Se conocen muchas y variadas teorías, y el solo hecho de su gran número (preferidas unas ú otras según los autores) nos indica bien á las claras que ninguna ha recibido la definitiva consagración de la Clínica ó del Laboratorio.

(1) Véase el número anterior.

Las teorías más conocidas para explicar la patogenia de la glucosuria son las siguientes:

a) *Teoría infecciosa*.— Feletti defiende que se debe considerar la diabetes (lo mismo que la glucosuria) como de origen real y claramente infeccioso. Se funda, para llegar á esta conclusión, en haber transmitido la enfermedad haciendo ingerir á perros y conejos sanos materias fecales, desleídas en caldo estéril, de hombres afectos de diabetes, y que en la contraprueba de administrar materias fecales de individuos sanos, no se ha presentado en los animales ningún signo morboso.

Aisló un microbio que se aproxima al estreptococo piógeno de Koosing, y cree es el agente responsable de la enfermedad.

Franck, Leo, etc., sin admitir ni negar la existencia y especificidad del anterior germen, aceptan como cosa indiscutible la existencia de un virus diabético.

Paderi cree que la acción glucolítica de los tejidos se debe única y exclusivamente á la acción bacteriana.

Estas hipótesis tienen la ventaja de explicar los casos observados de diabetes conyugal; pero nosotros, con casi todos los autores, creemos que la alteración del normal metabolismo de los hidrocarbonados obedece á una distrofia ó, si se quiere, á una discrasia, en íntima relación con las dolencias que se agrupan en los tratados de Patología interna para constituir el grupo de las enfermedades artríticas. Además, el agente infeccioso no ha sido comprobado por otros, y sus experimentos no están al abrigo de la crítica: tanto menos cuanto que emplea las materias fecales, en que hay gran cantidad de seres vivos, y, sobre todo, enorme variedad de compuestos químicos; resultando la existencia del virus diabético una suposición indemostrada.

Por estas razones, no puede hoy admitirse la afirmación de que sea una enfermedad más, del ya dilatado capítulo de los morbosismos infecciosos.

b) *Teoría tóxica*.— No procede repetir lo consignado anteriormente sobre intoxicaciones y glucosurias, y sí sólo indicar la opinión de Kössa de que el azúcar de la orina es originado por una intoxicación de las exosas ingeridas por un organismo que está en determinadas condiciones de anormalidad.

Esta teoría no es más que un expediente dilatorio que retarda el fin, puesto que no menciona cuáles son y cómo se presentan dichas condiciones de anormalidad.

c) *Teoría hepática*.— Fué el gran Claudio Bernard el primero que indicó el papel que el hígado debía desempeñar en las transformaciones digestivas de los hidratos de carbono, y su primitiva concepción vióse coronada más tarde por el descubrimiento del glucógeno.

Resumiendo lo que hoy se acepta acerca de la importancia del hígado en la producción de glucosurias, diremos que existen dos escuelas que admitiendo de consuno que son las alteraciones funcionales de este órgano las responsables de la presencia de dextrosa en la orina, defienden dos puntos de vista totalmente opuestos. Así, mientras una cree que es debida al aumento de las funciones hepáticas (hiperhepatía), que ocasiona una mayor cantidad de glucógeno que, convertido en glucosa, pasa á la sangre, dando lugar á hiperglicemia, la otra opina, con Gilbert, Glenard y sus discípulos, que esta hiperglicemia tiene su origen en un hipofuncionalismo del hígado (anhepatía, aunque quizá fuese mejor llamarle hipohepatía), incapaz de almacenar glucosa bajo la forma de glucógeno.

Esta teoría hepática es combatida, entre otros autores, por Bouchard y Lépine; fundan su oposición en que no es verosímil sea gobernada por la glándula hepática, ni derivada

de su función, la gran cantidad de glucosa que se elimina por la orina en algunos casos, además de la que necesariamente ha de consumirse en las normales actividades del organismo.

d) *Teoría pancreática.*—Hoy día se admite por los fisiólogos que el páncreas tiene una secreción interna, y que en el producto de esta secreción hay un fermento glucolítico, que es el encargado de destruir, ó, mejor aún, de oxidar, la glucosa existente en el plasma circulante, ó depositada en los tejidos, y destinada á la combustión.

Esta teoría se funda en hechos experimentales demostrados por Mering y Minkowski, Hedon, Lépine, Lanceraux, Pi y Suñer y Turró, etc., que consisten en patentizar la presencia de glucosuria en los perros que han sufrido una total extirpación del páncreas.

A primera vista parece resuelta, con los anteriores hechos, la cuestión de la patogenia de la glucosuria y, como consecuencia de ello, que se debía admitir sin más discusiones la teoría pancreática. Pero analizando las cosas con detención, y fijándose en hechos clínicos y experimentales de otra índole, veremos que se pueden oponer muchas objeciones.

En efecto, si esta teoría fuese evidente *en sí*, los glucosúricos se curarían indefectiblemente administrándoles extractos pancreáticos, y la Clínica nos demuestra los inconstantes resultados de la opoterapia pancreática, ya que, si bien Laffite afirma haber observado casos de curación, Cereville, Vanne, Gilbert y Carnot, entre otros, aseguran, por el contrario, que es siempre inútil y á veces perjudicial. Por otra parte, Pi y Suñer ha demostrado que un perro al que se le haya practicado la pancreatectomía total puede no ser glucosúrico si se le somete á un régimen carnívoro.

Existen, pues, hechos innegables que si no quitan todo el valor á la teoría que nos ocupa, ya que el papel del páncreas es en algunos casos importantísimo, por lo menos le restan la generalidad que sus defensores tratan de otorgarle.

e) *Teoría duodenal.*—Defendida por Pflüger, principalmente, se funda esta doctrina en que la resección del duodeno, ó del mesenterio entre intestino y páncreas, produce siempre glucosuria.

Ha sido comprobada por los trabajos de Herlitzka en las ranas, y Renzi y Reale en los perros. Según Gaultier, Eichler, Silber y Herlitzka, se obtienen idénticos resultados, así con la extirpación como aplicando localmente cáusticos químicos.

La Clínica ha observado casos que parecen dar fuerza á la anterior teoría; pero carece en absoluto de seria confirmación, sustentándola reducido número de partidarios.

f) *Teoría nerviosa.*—Derivada del conocido experimento de Claudio Bernard, consistente en la glucosuria consecutiva á la picadura del cuarto ventrículo, es admisible en algunos casos.

Frerichs cita un ejemplo de dextrosuria permanente derivada de una neoplasia encefálica. Además, la Clínica demuestra que se produce glucosuria en los traumatismos del cráneo, en algunas lesiones del sistema nervioso y aun, como admiten Castaigne y Rathery, en afecciones de carácter puramente psíquico.

Justo parece indicar, sin embargo, que fuera de innegables hechos experimentales, todo resulta insuficiente para formar sólido cuerpo de doctrina. Además, la teoría nerviosa sólo tiene de su parte la explicación de la mitad del fenómeno, pues habría que admitir que las lesiones del eje cerebroespinal ocasionaban alteraciones en hígado ó páncreas, ó desviaciones metabólicas en general.

g) *Teoría renal.*—Es la primera de las propuestas para explicar las glucosurias. Dejando aparte la primitiva concepción, que cifraba su valor en determinadas comparaciones, considerando que eran debidas á alteraciones renales, tanto la presencia de azúcar en la orina como la albuminuria, lo cual es inaceptable, existen autores que, bajo el nombre de diabetes renal, agrupan las glucosurias sin hiperglicemia. Y así como dichos internistas suponen que, cuando la tasa de dextrosa en la sangre es superior á la normal, las lesiones que en el riñón se observan (en la autopsia) son secundarias y no primitivas, no desempeñando en la patogenia de la enfermedad ningún papel importante; en cambio, se citan casos en que el riñón tiene «una permeabilidad especial para el azúcar» que da lugar á glucosurias.

Lépine y Klemperer son los defensores más ardientes de esta teoría, fundada en hechos empíricos, y sobre todo, en los trabajos de Zuntz acerca de la glucosuria experimental floridzínica.

Leven, Paderi y Teissier creen que la glándula renal sería capaz de elaborar azúcar con elementos tomados de la sangre: una verdadera función química, dependiente quizá de la secreción interna de este órgano. Linossier hace notar que «la intervención renal en las diabetes es cada vez menos dudosa».

Nuestro estudio se dirige única y exclusivamente al objeto de demostrar la importancia del riñón en la glucosuria; por esto dejaremos para más adelante la crítica y el concepto que nos merecen las concepciones de Lépine.

h) *Teoría suprarrenal.*—Se funda en el hecho experimental de la glucosuria adrenalínica y en algunos datos clínicos.

Lépine, en efecto, ha observado un caso de glucosuria que duró dos años y terminó con la muerte. La necropsia demostró la existencia de un sarcoma de la cápsula suprarrenal derecha. Esto unido á las célebres experiencias de Blum con la adrenalina, constituyen la base de que algunos patólogos no juzgen descaminada la suposición de que dichas glándulas de secreción interna desempeñan un papel asaz importante en la patogenia de las glucosurias.

Realmente, las anteriores observaciones son indiscutibles; pero para poder sentar conclusiones acerca de este interesante asunto, son necesarias nuevas investigaciones que lo aclaren en el grado preciso.

i) *Teorías tiroidiana y pituitarias.*—Algunos autores, fundándose en el hecho de que hay glucosuria en ciertas afecciones dependientes de alteraciones de la glándula tiroidea (como en la enfermedad de Basedow) y de la pituitaria (como en la acromegalia), han supuesto que estos órganos podían tener alguna relación con las causas que originan el paso del azúcar á la orina.

Si admitimos que la glucosuria depende de la alteración de alguna secreción interna, es también dable suponer, dada la estrecha relación que existe entre todas las glándulas endocrinas, que puede obedecer á lesiones de una cualquiera de ellas, la que originará desequilibrios en todas las demás.

j) *Teoría de la insuficiencia glucolítica.* Es, en pocas palabras, la que supone que la glucosuria depende más de ineptitud de los tejidos para consumir el azúcar, que de exceso en la producción de este hidrocarbonado.

Defienden esta hipótesis gran número de autores de varias, como Bouchard, Minkowski, Luciani, Lépine, Néstor Tirad, etc.; pero cuenta también con impugnadores de la categoría de Robin, que niegan realidad á esta teoría, en razón á que en los glucosúricos las combustiones, lejos de estar disminuídas, resultan, por el contrario, aumentadas.

Pflüger, Harley, Kossa, etc., admiten:

1.º Que el azúcar ingerido facilita la formación de glucosa con una intensidad desconocida.

2.º Que los glucosúricos fijan la misma cantidad de oxígeno que el hombre sano.

3.º Que la formación de acetona, ácido acetalacético y oxibutírico en esta enfermedad, revela que las oxidaciones no están disminuídas.

Chauveau y Kaufmann, por otra parte, han observado que el azúcar desaparece de la sangre con la misma rapidez en los animales sin páncreas ni hígado que en los sanos.

En cambio Lépine cree que la disminución del poder glucolítico es el elemento esencial en las glucosurias de los artríticos, en las ocasionadas por trastornos nerviosos, y aun en las derivadas de lesiones del páncreas.

V. Noorden afirma, y Pi y Suñer lo corrobora, que las combustiones no están disminuídas en los glucosúricos, los que consumen las mismas calorías que los individuos sanos, y que la teoría que estamos estudiando está en contradicción con la ley de la conservación de la energía.

Lanceraux, Paulesco, Huchard, etc., preconizan el empleo de las lecitinas en el tratamiento de la dextrosuria, por aumentar este medicamento las combustiones orgánicas y poder así los enfermos elevar su poder glucolítico.

Es en nuestro concepto un problema arduo y de gran trascendencia el que se plantea con esta teoría de defecto de la glucolisis, por las derivaciones y generalización que admite, que comprendería, desde luego, á otros morbosismos cuya patogenia está en litigio.

Parece lógico aceptar que la hiperglicemia será consecuencia principalmente de un exceso en la producción de glucosa; pero tampoco es disparatado suponer que si el organismo tuviera aptitudes para consumir toda la dextrosa que fuera produciendo (y es innegable que en múltiples ocasiones la cantidad de azúcar sanguíneo en los glucosúricos es poco superior á la normal), no llegaría nunca á presentarse hiperglicemia, ni existiría en la orina este hidrato de carbono en cantidad apreciable clínicamente.

k) *Teoría química.* Pavy defiende que la glucosa que circula con la sangre va, en los casos normales, en combinación con moléculas proteicas, y que cuando anormalmente se deshace, esta combinación pasa por el riñón á la orina.

Según dicho autor, la glucosuria obedecería:

1.º A exceso en la sangre de sustancias del tipo de secreción suprarrenal (cloruro sódico, urato sódico, etc.).

2.º A falta ó insuficiencia de sustancias del tipo de secreción interna pancreática (sales solubles, de cal, etc.); y

3.º A presencia de venenos que obren sobre los centros nerviosos diabéticos.

Esta teoría, muy ingeniosa por cierto, parece el resumen de las anteriores hipótesis; pero no es posible admitir que todo el azúcar que se halla en el plasma circulante esté combinado con albuminoides, y los notables experimentos de Lépine y Barral sobre el azúcar virtual (ó combinado) de la sangre, nos parecen suficientemente demostrativos.

Aun cuando en el capítulo siguiente expondremos la teoría químicobiológica que consideramos más racional como explicativa de la causa de la glucosuria, veamos ahora de un modo sucinto los hechos experimentales más conocidos y sancionados.

Glucosurias experimentales.—A la cabeza de todas deben colocarse las originadas por la ingestión ó inyección de azúcar. Ya antes, al tratar de las clases de glucosurias, se ha dicho algo de la llamada alimenticia y de la diversa acción que realizan las diferentes exosas. Sólo es dable mencionar aquí, si hemos de evitar ser excesivamente pesados, que se llama límite de tolerancia del azúcar la cantidad de hidra-

tos de carbono que se puede ingerir sin que se presente glucosa en la orina; dicho se está que este límite será mayor en las personas sanas que en las que sufren alteraciones en el metabolismo azucarado. Esta glucosuria experimental constituye una prueba que se practica en la Clínica, y sirve para indicar que al aumentarse la glucosa de la sangre de un modo tan rápido que no pueda ser transformada en glucógeno, la economía se encuentra con una sustancia en mayor cantidad de la que le corresponde y la elimina por la orina.

La glucosuria tóxica puede reproducirse experimentalmente por alguno de los agentes ya mencionados.

Merecen nuestra atención algunos hechos que no dejan de ser importantes. Cuando se inyecta á un animal estricnina, en las dosis convenientes para este objeto, se presenta una glucosuria que tiene caracteres muy semejantes á los que resultan cuando existen lesiones en el sistema nervioso. Si se administra por vía hipodérmica alcanfor á un perro, se encuentra en su orina ácido cánforoglucorónico, y un hecho análogo ocurre cuando se emplea tenol, timol, etc.

(Continuará.)

Saneamiento é higienización de España ⁽¹⁾

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

En la pasada legislatura, después de haber rodado algunos años por las mesas de despacho de directores generales, ministros y presidentes del Consejo, quedó sobre la mesa del Senado un importantísimo y voluminoso Código minero, en el que, al modificar la vigente legislación de minas, suponemos que consagrara la necesaria atención á los interesantes problemas en relación con la salubridad y la higiene de los obreros de las minas. Acaso por haber sido confeccionado dicho Código hace algunos años, no se haya prestado la atención debida á estos problemas; pero es de esperar que, tanto en el Senado como en el Congreso, donde hay ilustres personalidades competentísimas en estas materias, recabarán en la discusión del proyecto de ley las adiciones y modificaciones oportunas, á fin de poner dicho Código á la altura de los conocimientos y progresos científicos modernos.

Siquiera sea brevemente, algo de estos problemas diremos. El oficio del minero, ó, mejor dicho, los oficios de los mineros son varios, y de distintas naturalezas sus ocupaciones. Estos son entibadores y picadores, que son los verdaderamente mineros en todo el sentido de la palabra, y otros, más ó menos secundarios, que pueden considerarse como auxiliares, y que son los llenadores, vagoneros, mecánicos, maquinistas, etc.

En Almadén, á los entibadores, y sin duda por reminiscencias moriscas, se les llama alarifes.

Además, en el exterior hay ocupados en diferentes empleos hombres, mujeres y niños, pudiendo decirse, en una palabra, que en una agrupación minera toda la familia del obrero trabaja en la mina en unas ú otras ocupaciones.

El trabajo actualmente reglamentario en España es oficialmente de ocho horas; y siendo siempre costumbre de que el del interior sea más corto que el del exterior, en algunas explotaciones, sobre todo en las de hulla, quieren que sea sólo de siete horas, lo que, en efecto, se ha conseguido, pues al escribir estas líneas se ha dictado una Real orden en este sentido.

(1) Véase el número 8,550.

No es en España donde está en peores condiciones el asunto, puesto que en otros países, y en el nuestro hasta hace poco tiempo, se trabajaba en algunas minas doce y catorce horas diarias.

En Prusia reglamentó la ley de 8 de Marzo de 1905 las horas de permanencia en las minas, teniendo en cuenta la temperatura del interior de las galerías; solución la más racional y científica del problema. Este número de horas se ha dividido en dos jornadas de trabajo al día, en algunas ocasiones con un descanso intermedio, ó bien se ocupa á los obreros alternativamente y por equipos, que van renovándose en el interior y en el exterior.

Otra importante condición del trabajo en las minas es la relativa á la edad y al temperamento de los mineros.

En España, la ley Dato, de 13 de Noviembre de 1900, reglamentando el trabajo de mujeres y niños, limita la edad de éstos y prohíbe se les emplee hasta los diez y seis años en el interior de la mina: prohibiendo también que la mujer trabaje en el interior.

Según datos de 1915, en las minas españolas había ocupados un total de 14.437 menores de diez y ocho años.

Dadas las especiales condiciones del trabajo en ciertas minas y trabajos, la edad de diez y seis años es una edad muy temprana, siquiera estos muchachos estén empleados como vagoneros, burreros y otros oficios secundarios, para exponerlos á las contingencias de la vida en el interior de la mina.

En realidad, no es España una excepción en lo referente á la edad en que los adolescentes pueden emprender el trabajo minero en igualdad de condiciones que los adultos; antes, por el contrario, en nuestro país la edad que para ello se exige es más elevada que en otros, como puede apreciarse en los datos siguientes:

PAISES	Edad de admisión a trabajo.	Edad á la cual bajan como los adultos.
Suecia y Noruega.....	12 años.	18 años.
Bélgica.....	12 —	16 —
Italia.....	12 —	15 —
Rusia.....	12 —	17 —
Dinamarca.....	12 —	18 —
Francia.....	12 —	18 —
Inglaterra.....	12 —	16 —
Alemania.....	13 —	16 —
Austria.....	14 —	16 —
España.....	14 —	18 —

Debe ser tenida en cuenta la edad temprana con que algunos obreros, por el interés natural de lucro y el de hacer que sus hijos sigan su misma profesión, les procuran hacer entrar en el trabajo minero.

En una edad en que sus funciones y desarrollo normal ha de favorecerse cuanto sea posible, no son las condiciones del trabajo minero, de temperatura, de humedad, de falta de ventilación, etc., las más apropiadas, por saneadas que estén las galerías de la mina á que se les destine.

Las mismas Compañías mineras deben tener mayor interés en el asunto, para evitarse indemnizaciones por enfermedades y accidentes del trabajo, más posibles y frecuentes en los menores de diez y ocho años que en los adultos, ya con más resistencia física que aquéllos, por cuya razón deberán hacerlos reconocer á su admisión por el médico que toda Compañía ó Empresa minera debe tener, conforme á lo dispuesto en la vigente legislación de minas. Verdad es que el precepto no se cumple sino en muy contadas minas,

El verdadero peligro está en la predisposición que ciertos niños, ya por herencia, ya por condiciones especiales de su temperamento, puedan tener para contraer determinadas enfermedades, que no cabe dudar que el medio minero favorece considerablemente. Por lo tanto, deben desecharse y tener un especial cuidado en no permitir el trabajo de los escrofulosos, linfáticos, etc., que, al empezar en edad temprana á trabajar en las minas, pueden muy pronto ser, por lo menos, candidatos á la tuberculosis ú otras enfermedades graves ó adquirir vicios y costumbres que hagan su organismo abonado terreno para ello, pues colgado el que todavía es un niño en el medio ambiente social de la población minera, acaso demasiado pronto adquiera sus hábitos, y ya es conocido el refrán que dice: «Día de pago, día de trago».

Quien haya leído las hermosas páginas que escribiera el gran literato francés Daudet en su novela «Jak» comprenderá en toda su verdadera importancia la desgraciada situación de los obreros que empiezan á trabajar antes de la edad debida. Por eso debe evitarse y prohibirse.

La naturaleza del trabajo minero es tan distinta de todos los demás trabajos, que, no sólo requiere una legislación especial, sino una higiene también especial.

En la mina todo es distinto del medio en que se desenvuelven otros trabajos de otros obreros: temperatura, presión atmosférica, humedad, ventilación, todos son problemas á que la higiene debe aportar sus conocimientos para mejorar las condiciones de salubridad en todo lo posible.

No todo ha de ser desfavorable al minero, y, por lo tanto, el Estado y las Compañías deben velar por su salud y su robustez, ya que casi todas las condiciones en que tiene que trabajar le son perjudiciales.

Las altas temperaturas, añadidas á la humedad y á otras causas, influyen indudablemente á predisponer á los mineros para ciertas enfermedades, sobre todo las del aparato respiratorio.

Nuestra legislación de minas, en sus artículos 56, 57 y 71, se ocupa de la ventilación de las minas; pero no da reglas especiales para el modo que ha de llevarse á cabo ésta, pues dice solamente que con ella se asegure la entrada de un volumen de aire regulado según las circunstancias. Esto, como se comprende, es muy elástico y permite las alteraciones más perjudiciales para el obrero. Otras legislaciones extranjeras determinan el volumen de aire que debe corresponder á cada minero, y en tal sentido, si no se ha hecho, debe reformarse nuestra legislación, porque, además, actualmente existen aparatos muy útiles é ingeniosos para conocer la cantidad de aire y su cubicación dentro de las galerías.

Otro asunto que tiene en cuenta la higiene minera, y que es interesante por ser causa de graves accidentes en las minas de hulla, es el gas llamado grisú. Siendo conocidas sus propiedades ú origen, no nos entretendremos en describir sus fatales consecuencias y las precauciones hoy adoptadas gracias al inmortal y útil descubrimiento de Davy y de los sucesivos perfeccionamientos de su lámpara de seguridad.

Las causas de la mayoría de estas explosiones, debidas á la imprudencia, son desconocidas porque la primera víctima suele ser el obrero imprudente. Cada vez van siendo, sin embargo, de menor frecuencia estos accidentes gracias á las precauciones adoptadas.

Respecto del trabajo en general de las minas, la legislación es muy extensa y suele llenar todos los detalles necesarios.

Regula el empleo de picos, el de ciertos explosivos; prohíbe los polvorines en ciertos sitios, regula el relleno y vigilancia de las galerías abandonadas, el empleo de señales luminosas en las vagonetas, etc.

Otras medidas aunque no tan esenciales, sería de desear que se aceptaran y reglamentaran debidamente, como, por ejemplo, el establecimiento de señales de comunicación de los obreros entre sí y con el exterior por medio de timbres, tubos neumáticos, colocación de aparatos de seguridad para conocer el estado del aire de la mina (aparatos especiales marcadores del grisú y del óxido de carbono).

Por último, conviene facilitar las condiciones de entrada y salida de los obreros en las minas, suprimiendo las antiguas escalas y estableciendo jaulas para ello.

Mucho habría necesidad de escribir si hubiéramos de ocuparnos de cuanto se refiere á la higiene del interior de las minas.

Es preciso evitar que el polvillo flote en la atmósfera haciendo húmedas las labores, y cambiarse rigurosamente de vestido, siendo esto de tal importancia, como se comprenderá con los siguientes ejemplos, que transcribimos de una revista. En la chaqueta de un obrero alfarero de Hungría, oficio en el que, como se sabe, se usa el plomo, se encontró que, pesando la prenda 574 gramos, eran de plomo 390; y en la gorra de un aprendiz, que pesó 67 gramos, eran de plomo 14,4.

Deben establecerse lavabos, baños y duchas.

Debe exigirse que trabajen calzados los mineros, y, en general, deberán ocuparse de estos asuntos los médicos de las minas, aunque nosotros somos de opinión que debía organizarse por el Estado una inspección médica minera para garantía de la salud de estos obreros (1).

Fuera de la mina, el minero es un obrero rural en gran número de casos, y, en este sentido, todo cuanto decimos acerca del campo y de las viviendas rurales, en especial de las colonias agrícolas, les corresponde á éstos del modo más exacto. Son varios los patronos, sobre todo en Alemania, que facilitan á sus obreros un mejoramiento del jornal, haciendo que éstos dispongan además de pequeñas casas rurales y de pequeñas extensiones de terreno donde puedan cultivar hortalizas, frutas, etc.

En España, una Sociedad, en Villanueva del Río (Sevilla) que, si no estamos mal informados, es la Compañía del ferrocarril de Madrid á Zaragoza y á Alicante, que explota las minas próximas, tiene un economato donde se paga los días 6 y 9 de cada mes, que son los de cobro. Este economato tiene panadería, carnicería y hasta una pequeña cámara frigorífica; y en el año 1910, los obreros, particularmente los solteros, podían comer allí por 1,35, 1,10 y 0,90 pesetas. Hoy seguramente será esto imposible.

En el Reino de Prusia, según un resumen del año 1906, había en todo el reino varias cantinas y comedores populares funcionando en las minas y salinas del Estado.

En 24 minas había instalados 12 comedores y 46 cocinas para 7.600 obreros, á los que se facilitaba un suplemento de salario ó se les vendían artículos de buena calidad á precio de coste, pudiendo hacerlo así por haberlos adquirido al por mayor.

Funcionaban también 32 Sociedades de consumo con 23.000 socios, cuyas operaciones anuales representaban un beneficio de 7.059.000 marcos.

Entre los mineros se han construído 8.636 casas, ocupadas por 18.962 habitantes. Además había 32 casas de dormir, con 5.000 camas, para solteros, siendo el distrito minero de Saarbrücken el mejor organizado, pues en él funcionaban 27 albergues con 4.689 camas.

(1) Legislado está que todas las minas tengan un médico; pero no se cumple el precepto en bastantes casos.

Hay 68 establecimientos de baños, á los que acuden diariamente 31.000 obreros.

En Bélgica, ya decimos en otro capítulo lo mucho que se ha hecho en este sentido, y nada tan importante como el cuidar de que el minero se instruya algo en su oficio mediante escuelas de aprendizaje, procurar que esté bien alimentado y que tenga una casa sana.

Solamente de este modo se alejará de su lado el negro fantasma de las enfermedades que por su especial trabajo le asedian por todas partes.

II

ANQUILOSTOMIASIS

Generalidades.

Derivado ó, si se quiere, conjuntamente con la patología é higiene de las minas, puesto que mineros són los que, si no exclusivamente la padecen, los que dan el mayor contingente de casos, existe en el mundo y en España (por no ser una excepción) una endemia importantísima, cuyos estragos—demostrado actualmente que son perfectamente evitables—no se ha hecho casi nada por evitar; es decir, se ha hecho más, si debemos ser claros y escribir estas líneas con honrada y científica convicción, pues se ha estorbado, en nuestro modesto entender, la iniciativa y gestiones desinteresadas y bienhechoras de aquellos pocos que en España, después de dar la voz de alarma, se han ocupado y preocupado del asunto y conseguido de quien debía y podía la base de una legislación sanitaria racional y positiva del problema.

Nos referimos á la anquilostomiasis.

Aunque no muy largas disquisiciones, por no desviarnos del objeto principal de la obra, no tenemos otro remedio que escribir unas cuantas líneas para exponer aquí el origen y la naturaleza de la enfermedad en cuestión.

En varios países cálidos, la anquilostomiasis es una enfermedad propia de ellos; en Egipto se la llama «clorosis de Egipto»; en el Brasil, en el golfo de Méjico, así como en las Antillas y en los Estados Unidos, es frecuentísima, hasta el punto de que en Puerto Rico ha demostrado una información hecha por los yanquis después del cambio de dominación, cuando España perdió la isla, que padecían dicha enfermedad el 20 por 100 de la población rural.

En Europa se ha querido probar científicamente su marcha y propagación más ó menos probable, y se ha supuesto que de Egipto vino á Italia, pues parece que á principios del siglo pasado se encontraba ya infectada la alta Italia de modo muy considerable. De allí partió la epidemia y el contagio al resto de Europa. En 1879-1880 se perfora el San Gotardo, y al ponerse en contacto los obreros de ambas partes, penetra en Francia y se propaga á Alemania y á Bélgica, apareciendo en estos países sucesivos brotes epidémicos, sin que se pueda determinar fecha fija.

Entonces es cuando empieza el verdadero estudio científico de la enfermedad.

Varios autores identifican con gran número de casos que antes eran tenidos por *anemia de los mineros*.

Tal es, al parecer, la marcha probable y la interesante historia de esta enfermedad.

¿Y á España por dónde vino? No lo conocemos, porque no estando estudiada del todo todavía su completa distribución geográfica, aunque muy bien pudiera señalarse, suponiendo, como cosa muy probable, la infección de las minas de Almería, que ésta fuera la puerta de entrada, siendo su origen análogo al del paludismo de esta provincia, que, en gran parte, es de importación argelina. Sea el que quiera su

origen, lo evidente es su existencia en España como endemia bien definida y perfectamente demostrada, aun cuando no en muy lejanos días fuera negada ó puesta en duda por algunos ingenieros de Minas, que después tuvieron la desdicha de padecerla.

¿Qué es el anquilostoma y la anquilostomiasis?

La anquilostomiasis es una afección especial causada por el parásito intestinal que le da nombre. Ahora bien: ¿en qué consiste la enfermedad? Esta consiste principalmente en una anemia profunda, en una depauperación orgánica considerable, debida á causas no bien conocidas; pues si es evidente que la principal é indispensable es la presencia del anquilostoma en el intestino, el modo de comportarse éste con respecto al individuo invadido por él, el modo de producir los síntomas de la enfermedad ó, hablando científicamente, la patogenia de la afección, son problemas que todavía no están suficientemente dilucidados.

Sea de ello lo que quiera, pues en nada afecta al objeto principal de este trabajo, lo cierto es que en el individuo que padece la enfermedad se perturba lentamente la nutrición, produciéndose poco á poco una anemia considerable, acompañada de cefalalgia, síncopez, palpitaciones, etc.

(Continuará.)

Bibliografía.

LA VIDA DE ELÍAS METCHNIKOFF, por su viuda, Olga Metchnikoff

He aquí un libro fuerte, lléno de emoción, impregnado de ternura, en el que la viuda de Metchnikoff nos descubre el alma de su marido al mismo tiempo que nos expone sus trabajos. Al terminar la lectura de esta obra una nueva devoción impregna nuestro espíritu. Comprendemos la grandeza de un hombre cuya vida debe servir de ejemplo á las generaciones futuras, porque en Metchnikoff hay un investigador genial, según vimos en el libro de Besredka, pero su obra como sabio, aun siendo la suya, resulta inferior á sus virtudes como apóstol del amor á la Humanidad, única religión en que comulga Metchnikoff. Este libro, escrito por una mujer amante que, refiriéndose á su marido, recuerda el canto de la Iliada, donde se dice: «Héctor, tú eras para mí un padre y una madre venerada y un hermano, y tú eres mi esposo», no teme exponer ante el lector desnuda la psicología del compañero de su vida, porque hay en éste tanta excelencia que cautiva, y tanta ejemplaridad que ennoblece. Como documento psicológico, este libro será uno de los que queden. Olga Metchnikoff termina así el prólogo de su obra: «El solo objeto de este sencillo relato verdadero es mostrar á Elías Metchnikoff tal como fué, y siendo así, resulta una enseñanza y un sostén.»

¿Y cómo fué Elías Metchnikoff? Fué algo muy diferente de todos los demás hombres de ciencia con quienes tropieza uno en el mundo. Fué un corazón lléno de bondad, un espíritu tolerante y comprensivo, que perdonaba las faltas de los demás y era sólo severo para sí propio. Vivió únicamente para la investigación científica, desconociendo lo que son las pasiones que agitan el corazón humano. Se preocupó del porvenir de cuantos le rodeaban y no supo que su nombre podía representar una cantidad cotizabile. Buscó una celda donde trabajar; como un cenobita, pasó en el Instituto Pasteur los años más tranquilos de su existencia, y allí le hostigaron la envidia y el bajo sentimiento nacionalista. Luchó durante largos años; primero, para poder vivir él, y después, para librarnos á todos de enfermedades y conseguir que el hombre realice el ciclo completo de su existencia. Fué pesi-

mista en su juventud; en dos ocasiones intentó suicidarse; poco á poco fué adaptándose á la vida, y sus últimos trabajos rebosan un optimismo que sólo vacila ante el espectador de la guerra y la contemplación de la locura humana. Cualquiera que sean sus ideas, la fe sincera con que las profesa y la bondad que las guía, merecerán el respeto de todos.

Del libro donde la vida de este sabio está descrita, donde se encuentran minuciosamente expuestas sus doctrinas, diré que es digno del personaje biografiado. La emoción de la autora se transmite al lector; apenas fijamos la vista en las primeras líneas de la obra quedamos esclavizados hasta terminar la lectura del trabajo. La serenidad que dirige la vida de Metchnikoff, y que su viuda ha sabido realzar, nos ha penetrado, y nos sentimos más capacitados para el bien y más llenos de repulsión para tanta pequeñez como nos cerca. Olga Metchnikoff ha escrito su libro con sencillez que no excluye la poesía algunas veces ni la fuerza dramática otras, como en todo el capítulo titulado «El calvario», donde se exponen los detalles de la enfermedad y muerte de Metchnikoff con tal ternura, que causan el escalofrío de lo trágico; por ejemplo, al describir la incineración de su marido y los pensamientos que le llenan mientras en una hora de silencio «el pobre cuerpo se consume en las llamas».

El libro termina diciendo:

«La belleza de una obra de arte se encuentra en la armonía y en la unidad de una concepción realizada. Así, una catedral gótica, por todas sus líneas esbeltas y armoniosas, expresa una aspiración hacia las esferas elevadas; sólo se apoya sólidamente en el suelo para mejor lanzarse al cielo. Tal es el carácter de la obra de Elías Metchnikoff.»

DR. A. FULIDO MARTÍN.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Los colores de anilina en Terapéutica, por Chénisse.—Ya se sabe que ciertas materias colorantes, derivadas de la anilina, han sido preconizadas en terapéutica, sobre todo á título de antisépticos. Entre ellas merecen especial mención el azul de metileno, la pioctanina azul (violeta de metilo), y la pioctanina amarilla (auramina), así como también el rojo escarlata, acerca del cual publicó el autor varias notas, en la *Semaine Medicale*, en 1908 á 1913, considerándole un buen medio para favorecer la epidermización de las heridas y de las úlceras de las piernas y contra las afecciones oculares, las perforaciones del tímpano, etc., etc.

Si el empleo terapéutico de los colores de anilina no ha respondido siempre á las esperanzas que hizo concebir, no por ello debe ser relegado á un «justo olvido», como aconseja un manual de terapéutica recientemente publicado. Por el contrario, los trabajos modernos tienden á demostrar que el estudio de la utilización terapéutica de las materias colorantes merece ser continuado bajo nuevas bases.

Cuando hace unos treinta años el oftalmólogo Stilling estudió en colaboración con el botánico Worthmann el poder bactericida del violeta de metilo, pensaron que este poder bactericida era debido al hecho de que la materia colorante obstruía los espacios intermicelares de la membrana celular, dificultando de esta suerte los cambios orgánicos necesarios á la vida de las células bacterianas. En otros términos, creyeron que se trataba de una acción puramente mecánica, en la que la estructura química jugaba un papel muy secundario, comportándose, en consecuencia, de la mis-

ma manera toda substancia colorante en presencia de los microbios más diversos.

Cuando repasamos en nuestros días la memoria de Stilling sobre los colores de anilina como antisépticos y sobre su empleo en terapéutica, no podemos evitar una sonrisa ante el entusiasmo de su autor, para quien el violeta de metilo no sólo debía curar las ulceraciones de la córnea, sino también la queratitis parenquimatosa, la coroiditis y aun la oftalmía simpática.

Nosotros sabemos hoy en día que el poder bactericida de los colores de anilina no debe ser sólo atribuido á una influencia puramente mecánica, sino que este poder es función de la estructura química propia de cada materia colorante.

Nosotros sabemos también que los diversos agentes patógenos se comportan, á este respecto, de muy distinta manera en presencia de unos ú otros colorantes, mostrándose una misma substancia fuertemente bactericida para unos microorganismos, mientras permanece sin efecto frente á otros.

En un reciente trabajo de W. Löhlein (*Therapie der Gegenwart*, 15 Septiembre de 1921), fundamentado sobre diez años de experiencias en la Clínica Oftalmológica de Greifswald, se enfoca esta cuestión desde el punto de vista de las afecciones oculares singularmente, poniendo de manifiesto cuáles son las materias colorantes que obran sobre los diversos agentes patógenos de las distintas enfermedades de los ojos. Lo cual queda resumido y ordenado en el siguiente cuadro:

MICROBIOS	Materias colorantes con poder microbicida.
Pneumococos	Azoflavina, erisoidina, azul de metileno, rosa bengala y amarillo Victoria.
Stafilococos	Verde brillante, violeta de genciana, verde de iodo, verde malaquita, violeta de metileno y violeta de metilo.
Bacilo del xerosis.	Violeta Hoffmann, verde malaquita, violeta de metileno, verde de metilo, violeta de metilo 3 B., safranina, amarillo Victoria.
Diplobacilo Morax-Axenfeld	Verde brillante, violeta de genciana, violeta Hoffmann, verde malaquita, azul de metileno, violeta de metileno, safranina, azul de toluidina.
Streptococos	Verde brillante, verde malaquita, amarillo Victoria.
Gonococos	Verde brillante, crisánilina, violeta Hoffmann, verde de iodo, verde malaquita, azul de metileno, violeta de metileno, verde de metilo, violeta de metileno 3 B., safranina, verde ácido.

Este cuadro va en contra de la opinión generalmente admitida (según la cual, sólo los colorantes básicos poseen un poder bactericida, del que los colorantes ácidos debían hallarse desprovistos), pues, como vemos, las tres substancias colorantes de mayor actividad, contra el pneumococo, pertenecen al grupo de los colorantes ácidos.

Por otra parte, M. Agulhon hace notar en un artículo, también reciente (*La Médecine*, Septiembre de 1921), que si bien la ausencia de acción electiva constituye la regla general para los colorantes ácidos; esta regla general admite excepciones, debidas á la presencia, en ciertos casos, de grupos particulares en la molécula, que son los que confieren electividad al colorante ácido (bencidina y homólogos).

Como sucede con todos los antisépticos, hay especies microbianas que, á veces, se dejan influenciar menos que otras por la acción microbicida de los colorantes.

En estos casos rebeldes, Löhlein emplea una mezcla de

las substancias que se han mostrado más eficaces frente al microbio en cuestión; así, contra los pneumococos se sirve de la mezcla siguiente:

Rosa bengala	al 1 por 25
Azoflavina	al 1 por 200
Amarillo Victoria	al 1 por 200

Las mezclas colorantes, preconizadas por el oftalmólogo de Greifswald, han dado excelentes resultados en los procesos infecciosos localizados en los párpados y en la conjuntiva, mientras que en las infecciones más profundas del ojo no parecen hallarse indicados.

Lo mismo puede decirse de la *trypaflavina*, obtenida por Ehrlich en 1912, experimentada después con éxito en la Clínica Oftalmológica universitaria de Francfort-sur-le-Mein: en solución al 1 por 100, esta substancia colorante se ha mostrado muy activa con respecto á la conjuntivitis blenorragica, sin ocasionar ni dolor ni irritación.

Pero no es solamente en las afecciones oculares donde las materias colorantes pueden rendir buenos servicios, pues también algunas, como la picrotanina azul, les prestan excelentes resultados en el tratamiento de la angina de Vincent (*L'Année thérapeutique*, 1921, pág. 10) y en el chancro simple, según ha dado á conocer M. L. Queyrat en la tercera sesión de la Reunión provincial de la Sociedad de Dermatología, celebrada en Burdeos el día 18 de Mayo de 1921.

Este médico del Hospital Cochin, partiendo del hecho de que el colorante de elección para el bacilo de Ducrey es la mezcla llamada de Pick y Jacobson (fuchina de Ziehl, X gotas; azul de metileno en solución acuosa al 1 por 100, VIII gotas; agua destilada, 20 c. c.), ha tenido la idea de emplearla para disminuir la vitalidad del bacilo de Ducrey, activando así la curación siempre tan lenta del chancro simple.

Después de varios tanteos, Queyrat se ha decidido por la fórmula siguiente:

Fuchina de Ziehl	35 c. c.
Azul de metileno en solución acuosa al 10 por 100	15 c. c.

M., esterilícese al autoclave á 120°.

En otros términos, la mezcla comprende siete partes de fuchina y tres partes de solución acuosa de azul de metileno. En un recipiente apropiado se vierte una pequeña cantidad de esta mezcla, se imbebe en ella un pincel de algodón hidrófilo y se aplica el colorante sobre la superficie chancrosa, teniendo cuidado de hacerle penetrar bien en todas las anfractuosidades de la ulceración. Después se recubre con una tira de gasa empapada también en la mezcla colorante y se repite la cura una vez al día, con lo cual el chancro se deterge rápidamente, tomando el aspecto de una úlcera simple. Al cabo de quince á treinta días, la cicatrización será completa, teniendo además la ventaja este procedimiento de que es indoloro é inodoro.

La mezcla de fuchina y de azul de metileno parece particularmente indicada contra las localizaciones del chancro en el ano, que son generalmente muy dolorosas y largas de curar.

Ultimamente (*Berlin. Klin. Wochens.*, 19 de Septiembre de 1921) K. Wohlgemuth, basándose en las experiencias de Messerschmit y Uhlenhuth relativas á la acción de diversas materias colorantes sobre los bacilos de Eberth, ha ensayado tratar un caso de osteomielitis tífica por el azul de metileno y por la fuchina que han resultado los dos colorantes más activos de las investigaciones que acabamos de citar.

Se trataba de una mujer de treinta y cinco años, en la cual veintiún años después de una fiebre tifoidea grave, se

la declaró una osteomielitis del fémur derecho. Habiendo sido incindido el absceso, el examen del pus reveló la presencia del bacilo de Eberth. La bolsa fué desde luego tratada por pincelaciones de violeta de metilo, con resultados negativos. En cambio, el empleo de una solución de fuchina al 1 por 100 acarrió en seguida la desaparición de los bacilos de Eberth, de una manera definitiva, según demostraron los exámenes repetidos practicados posteriormente.

Estos dos ejemplos bastan para hacer ver cuán variadas pueden ser las aplicaciones terapéuticas de las materias colorantes en el porvenir. (*Presse Medicale*, núm. 81, 8 de Octubre de 1921.)—T. R. I.

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. El laboratorio del práctico.—**Dosificación de la urea y de los cloruros urinarios con un simple tubo graduado, por G. Mellere.**—Un tubo que tenga un diámetro interior de unos 12 milímetros y una longitud de 20 á 25 centímetros representa una capacidad de 20 á 25 c. c., siendo en él claramente apreciable la graduación en centímetros y décimas de centímetro cúbico. Un tubo de este género puede hacer las veces de ureómetro y de bureta graduada y permite efectuar un gran número de pequeñas operaciones de química clínica y, en particular, la dosificación de la urea y de los cloruros urinarios.

A) *Dosificación de la urea.*—Se coloca el tubo en posición vertical, con la abertura hacia arriba, y se va vertiendo en él sucesivamente lo que sigue:

1.º, 10 c. c. de mercurio; 2.º, 5 c. c. de una solución concentrada de hipobromito; 3.º, 5 c. c. de lejía de sosa diluída al $\frac{1}{10}$, echada con suma precaución, á fin de que no se mezcle con lo anterior, sino que sobrenade gracias á su menor densidad; 4.º, 2 c. c. de agua, á continuación de lo cual anotaremos cuidadosamente el volumen alcanzado por el líquido en el tubo; 5.º, un centímetro cúbico de orina, que habrá de ser medido con la mayor precisión, pues si la cantidad vertida fuese un poco diferente (11 décimas, por ejemplo) habremos de tenerlo en cuenta en los cálculos ulteriores; 6.º, agua otra vez hasta que el líquido alcance 2 ó 3 milímetros por debajo del borde del tubo; 7.º, petróleo refinado ó aceite de vaselina hasta que el tubo se llene completamente y aún sobresalga de su ribete una pequeña cúpula.

A continuación se empuja el tubo con toda la mano, obliterando su abertura con la yema del pulgar, lo cual producirá la expulsión de una pequeña cantidad de petróleo, pero procurando que no quede aprisionada ninguna burbuja de aire dentro del tubo, el cual se invertirá agitándolo vivamente durante algunos segundos. Si la presión es muy fuerte y no permite mantener la yema del pulgar exactamente adherida á la abertura del tubo, introdúzcase éste boca abajo en un vaso de experiencias largo, y en su defecto en un bol, y aflojando un poco el dedo déjese salir una pequeña cantidad de mercurio, con lo cual el aparato volverá á hacerse manejable.

Si la agitación ha sido suficiente, se puede conducir el tubo-probeta á la parte inferior del vaso, de suerte que el mercurio ya derramado haga cubeta de mercurio con el mercurio contenido aún en el tubo, abandonando en esta forma el dispositivo á sí mismo, durante cinco minutos, para dar tiempo á que termine la reacción.

Cuando todo desprendimiento de gases parece haber cesado, se levanta ligeramente el tubo, dejando, poco á poco, que el mercurio en totalidad se derrame en el fondo del vaso, así como también el líquido amarillo y denso, que vienen á ser reemplazados por el agua del vaso.

Para efectuar la lectura del volumen gaseoso obtenido (nitrógeno) es preciso transportar el tubo á un recipiente bastante profundo, á fin de que, convenientemente colocado el repetido tubo, los niveles de agua coincidan en la probeta y en el recipiente formando cubeta de agua.

El traslado puede efectuarse, bien obliterando nuevamente el tubo con el pulgar, ó bien haciendo uso de una cucharilla de metal que forma parte de los accesorios de endometría.

El nuevo recipiente debe estar lleno de agua y la probeta será colocada en él á la altura conveniente, mantenida en posición vertical, no con la mano, que calentaría la masa gaseosa, sino con una pinza de madera (pinza de tubo ó simple pinza automática de colgar ropa), al menos durante la lectura, que será hecha á la presión y temperatura del aire de la habitación.

A la temperatura media de 17º, una lectura de 4 c. c. corresponde á un centímetro de urea por cada centímetro cúbico de orina (cantidad ensayada), ó sea 10 gramos de urea por litro.

Basta, pues, dividir por cuatro la cifra alcanzada por la masa gaseosa en décimas de centímetro cúbico para obtener el número de gramos de urea por litro.

Si el desprendimiento de nitrógeno fuese juzgado un poco escaso para ser fácilmente apreciado, en vez de un centímetro cúbico de orina, verteremos dos en la reacción; pero entonces, al hacer los cálculos, habremos de dividir la cifra de décimas de centímetro cúbico alcanzada por el gas, no ya por cuatro, sino por ocho, al hacer la lectura.

Recordemos que se obtiene una solución concentrada de hipobromito mezclando en frío 10 c. c. de bromo con 100 centímetros cúbicos de lejía de sosa, previamente diluída en 150 c. c. Se puede igualmente preparar una solución extemporánea de hipobromito utilizando el extracto de Javel *concentrado*, al que se aliciona un 5 por 100 de bromuro de sodio ó de potasio, lo que evita la manipulación siempre desagradable del bromo. Pero es preciso de toda necesidad hacer uso de un extracto de agua de Javel de título elevado (250 á 300).

B) *Dosificación de los cloruros urinarios.*—La evaluación de los cloruros urinarios se hace generalmente por el método volumétrico basándose sobre la insolubilidad del cloruro de plata (método de Nohr) ó por el método de Charpentier-Leixtreit, conocido también bajo el nombre de método de Volhard, que utiliza la insolubilidad del sulfocianuro de plata.

En el método de Nohr se vierte una solución de nitrato de plata en la orina, adicionada de una chispa de bicromato potásico. Cuando la totalidad de los cloruros ha sido arrasada por la plata, el precipitado rojo de cromato de plata, en vez de desaparecer por agitación, se hace permanente y da al líquido una coloración rojo ladrillo que indica el término de la reacción.

Este viraje es bastante difícil de precisar en las orinas un poco coloreadas, habiéndose aconsejado la destrucción previa de las materias orgánicas por calcinación con ó sin adición de nitrato (vía seca) ó de permanganato (vía húmeda), cuyas complicaciones han hecho abandonar poco á poco el método de Nohr, para adoptar el de Charpentier-Leixtreit, en el cual el viraje del líquido al rojo, por formación del sulfocianuro férrico, en presencia del alumbre de hierro como indicador, es mucho más claro.

No obstante, podemos utilizar el método de Nohr, con la modificación introducida en él por Achard y Thomas, que consiste en verter la orina sobre el nitrato de plata cromatado, en vez de éste sobre aquélla.

Técnica.—Medir exactamente en nuestro tubo-probeta 10 c. c. de la solución de Mehu, que contiene 29,09 gramo de nitrato de plata por litro. Adiciónese una gota de solución saturada de bicromato de potasa, que colorea fuertemente el líquido en rojo ladrillo, y viértase á continuación orina, poco á poco, hasta que el tinte rojo desaparezca brusca y definitivamente por agitación del tubo, que se invertirá varias veces, bien tapado con un tapón de corcho ó goma.

En el momento en que este viraje tenga lugar la cantidad de orina vertida en el tubo contiene exactamente 10 centigramos de cloruro de sodio ó una cantidad equivalente de cloruros como lejós, pues sabemos que cada centímetro cúbico de solución de Mehu precipita un centigramo de cloruro de sodio, por lo que el método adquiere una gran precisión, teniendo cuidado de medir escrupulosamente la cantidad de orina necesaria.

Una regla de tres simple nos permitirá calcular la tasa de cloruros urinarios. Si, por ejemplo, ha sido preciso verter 8,5 c. c. de orina para hacer desaparecer el tinte de cromato de plata, un litro de orina contendrá (100: 8,5) de cloruros evaluados en cloruro de sodio, ó sea 11,7 gramos. (*De Tribune Medicale. L'Echo Medical du Nord*, 10 de Septiembre de 1921.)—T. R. I.

PSIQUIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La sugestión hipnótica en las enfermedades orgánicas, por el Dr. Berillón.**—La aplicación de la psicoterapia, basada sobre la sugestión hipnótica, en las afecciones nerviosas y en los trastornos puramente funcionales, no suscita la más mínima objeción, pero ya es más difícil de justificar su empleo en los estados que se acompañan de lesiones orgánicas.

No obstante, no cabe duda de que un cierto número de estas lesiones serían susceptibles de evolucionar hacia la curación cuando á ello concurren un conjunto de condiciones favorables.

Ahora bien, los estados de hipnosis, susceptibles con la ayuda de la sugestión de ejercer una acción sedativa antiespasmódica, de restablecer el equilibrio de las funciones mentales, de fortificar la voluntad y de orientar el espíritu del enfermo hacia la confianza, contribuyen justamente á la realización de esas condiciones favorables.

Ellos permiten igualmente á los centros nerviosos, por intermedio del gran simpático, ejercer sobre la nutrición esa influencia todavía misteriosa que constituye uno de los principales elementos de la defensa del organismo.

Todos sabemos que en los tejidos heridos ó atacados por agentes destructores tiene lugar espontáneamente un trabajo de reparación. Esta actividad reparadora de la naturaleza, observada desde los tiempos más remotos, había sido designada por los antiguos con el nombre de *vis naturae medicatrix*.

Hipócrates no vaciló en colocar á esta fuerza bajo la dependencia de los centros nerviosos, lo que él expresó diciendo que «el espíritu gobierna su propia casa».

Esta creencia en la dirección del cuerpo material por el poder espiritual la volvemos á encontrar en el famoso verso de Virgilio:

Mens agit at molen et magno se corpore miscet.

«El espíritu mueve la materia é interviene en todas las acciones del cuerpo.»

Pero si el espíritu está dotado de este poder, es á condición de hallarse en perfecto estado de equilibrio, no neutralizado por ninguna influencia contrariante.

Cuando, como ocurre muy frecuentemente, el enfermo es víctima de emociones depresivas y se deja arrastrar por el desaliento, ello repercute desfavorablemente sobre el conjunto de todas las funciones, y la nutrición se encontrará ciertamente trastornada.

Uno de los más grandes servicios de la intervención médica consiste precisamente en poner término, con un tratamiento bien dirigido, á esta especie de anarquía funcional tan contraria á la utilización de las energías.

La correlación del equilibrio mental y del equilibrio físico permite afirmar que la más mínima manifestación de desequilibrio se complica con un trastorno de la nutrición.

La psicoterapia, único tratamiento capaz de neutralizar la histeria y de tonificar el carácter, llegará á ser, por una deducción lógica, el auxiliar más eficaz en el tratamiento de las afecciones orgánicas.

La repercusión del *stimulus* psíquico sobre los vasos motores, sobre la secreción de las glándulas internas, sobre la circulación, sobre la sensibilidad general y especial y sobre la motilidad, es sobradamente conocida para que sea necesario indicar su alcance.

No podemos menos de lamentar que estas acciones tan características no sean utilizadas más frecuentemente y de una manera más sistemática. (*Le Courrier Medical*, núm. 32, 2 de Octubre de 1921.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Síndrome adipo-geital, por el Dr. Van-Lint.**—Trabajo basado sobre dos observaciones personales y dedicado á poner de relieve la importancia del diagnóstico de los trastornos endocrinos, para disponer precozmente una terapéutica en consonancia con los mismos.

En la primera de ellas se trata de una mujer de treinta y siete años, que le consultó por trastornos de la visión, que databan de un año. Con el perimetro pudo observar una reducción concéntrica del campo visual del ojo izquierdo, sin alteración del fondo del ojo, coincidiendo con adiposidad y trastornos menstruales. La radiografía mostró una silla turca destruída en forma de bolsa, con la lámina cuadrilátera del esfenoides en vías de destrucción.

La segunda observación se refiere á otra mujer, de veintiocho años, que padecía de fuertes cefalalgias, de ceguera de un ojo y de ambliopía del otro, observándose por oftalmoscopia una atrofia óptica doble en distintos períodos de evolución. La visión fué en descenso y los dolores de cabeza en aumento, habiendo necesidad de ir á practicar la extirpación del tumor hipofisario, operación que no pudo realizarse por estar vacía la cavidad de la silla turca.

A la muerte de la enferma (cinco días después), se comprobó la presencia de un grueso tumor quístico, un tubérculo de las meninges en vías de degeneración caseosa y de infiltración calcárea.

El autor recomienda de preferencia el empleo de los rayos X como tratamiento, aconsejando únicamente la terapéutica quirúrgica en los casos en que la vida del enfermo corra peligro ó de intolerables cefalalgias que no cedan aún á la trepanación decompresiva. (*De Archives d'Ophthalmologie de Paris*, Julio de 1921.)—DR. MARIN AMAT.

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.

Siempre igual.—Asambleas, proyectos y otras menudencias.

Al saludar al año nuevo, movidos de nuestro incurable optimismo y de nuestra confianza en la protección divina, á pesar de los hechos de los hombres, abríamos el corazón á la ilusión de que, al menos los males y las heridas recientes de la Patria, irían encontrando remedio: pero no contábamos con lo que la acción humana, incorregible en su irreflexión y pertinaz en sus descuidos, puede influir en la marcha de los acontecimientos históricos. No más que una semana ha transcurrido y ya tenemos que aparecer ante nuestros lectores diciendo, como tantas y tantas veces, que los sucesos políticos se han complicado á tal punto, que no sabemos si al llegar el número á manos de ellos, habrá venido un cambio ministerial á detener de nuevo el desarrollo de los proyectos y á entorpecer el avance de nuestra anhelada reconstitución nacional, ó al menos la pacificación de los espíritus, consintiéndoles elevarse á esferas ya hace tiempo por ellos no frecuentadas.

Esperábamos que la Providencia, mitigados, ya que no curados, los daños recientemente ocurridos, hubiese iluminado el espíritu de todos para hacerles comprender la propia conveniencia, siquiera no les inspiraran otros más altos ideales; pero no; era mucho esperar que hubiera la razón ó al menos el instinto individual, hablado en el corazón de unos y otros haciéndoles deponer rencillas, reprimir movimientos del amor propio y recordar lo que nuestro país pide y necesita: «acuerdo entre los suyos para vencer las enemistades de los unos, las competencias de los otros, la hostilidad de todos». No lo han querido así los hombres: la ceguedad, la soberbia, las incompatibilidades tradicionales, han asomado primero, se han acentuado luego y han acabado por interrumpir con choques y rozamientos toda gestión ordenada ó al menos orientada con mejor ó peor acierto para sustituirla. ¿Por qué ó cómo...? Por no se sabe qué, por ese azar que es en apariencia espíritu informador de nuestra historia desde hace siglo y medio, desde el funesto día en que murió aquel incomparable monarca que se llamó Carlos III y que inspirado en un amor entusiasta y hondo por su generoso pueblo, constituyéndose en esclavo complacido de su deber y rodeán-

dose de hombres patriotas é inteligentes, hizo acariciar al mundo la efímera esperanza del renacimiento de esta Patria querida, digna más que otra alguna de elevados destinos y más que ninguna otra castigada por ínfimas y perniciosas influencias: condenada por las más inconfesables actuaciones á este decaimiento progresivo y por lo visto irremediable, porque como las gangrenas seniles, tiene su origen en la falta del calor nutritivo del patriotismo y su manifestación en las disgregaciones moleculares y en las fermentaciones repulsivas.

Pero... ¡altol... que ya estamos creyendo escuchar el apelativo de «cursis» con que nos bautizarán los modernistas y *sensatos* que creen saborear manjar muy sustancioso el substituir el pan eucarístico de la religión de la Patria por el mendrugo condumial codiciado por sus diarios apetitos.

¡Tenéis razón, nunca escarmentamos!, y razón tenía también el gran poeta al decir de la experiencia, que

.....es una fruta
que ó está sin madurar ó está podrida.

Sin madurar estaba para nosotros la experiencia en nuestra juventud cuando buscamos su dulzura y la encontrábamos áspera y acerba, y podrida está ahora que en la vejez la encontramos pasada y maloliente.

Y, ¿á qué vendría ahora el hablar de asambleas celebradas, de pleitos de los farmacéuticos y del número infinito de cuestiones que están sobre el tablero esperando un momento de tranquilidad para resolverse? De las asambleas sólo diremos que la celebrada como *estrambote* de sus vacaciones de Navidad por los señores catedráticos para el planteamiento de la nonnata Autonomía universitaria, aún no legalizada por las Cortes, ni siquiera dotada de lo que debiera ser fundamento de subsistencia, de ella sólo diremos que ni siquiera ha tenido, según nuestras noticias, el carácter inofensivo de agradable solaz, pues ha dejado traslucir bien á las claras los disentimientos actuales y las controversias venideras del cuerpo docente oficial. Cuando las actas se publiquen, si se publican, que lo dudamos, podremos emitir un juicio más razonado de éste que por ahora improvisamos por informes rápidos.

Del pleito farmacéutico sólo diremos que pare-

ce marcarse una reacción favorable, pero excesiva, en defensa de los que antes aparecían agobiados por las más implacables acusaciones. Siempre la pasión ha tenido más de *péndulo* que de *plomada* y ó se excede pasando del centro hacia un lado ó subiendo hasta el opuesto, sin detenerse nunca en el fiel de la vertical.

Gracias á que dentro de ocho días es muy posible que el fondo político de esta cuestión haga que todos estén contentos; pero entretanto el daño producido en la confianza pública y la garantía de los intereses que han aparecido descuidados, eso... ¿quién lo reparará?

DECIO CARLAN.

EL LENGUAJE MEDICO

Siempre los galenos tuvimos fama de emplear para nuestra mutua inteligencia y aun para la comunicación social un lenguaje propio y peculiar, un verdadero *idioma* (en el sentido exacto y etimológico de esta palabra, tan mal empleada muchas veces) Lo primero, es decir, el uso de términos técnicos entre médicos, nadie lo puede censurar, tiene perfecta explicación y ofrece indudables ventajas, que por ahora no hay por qué enumerar; lo segundo, esto es, la generalización del uso de tales términos técnicos en la comunicación social con las gentes no peritas, puede ser á veces indispensable, otras útil; pero en algunas ocasiones toma el aspecto de una afectación pedantesca que ha servido de tema de sátiras y zumbas tan justas como poco agradables.

De nada de eso quiero hablar por hoy. Me propongo tan sólo invitar á los médicos amantes del habla apropiada á que se pongan de acuerdo acerca del valor y significación de algunas palabras, de la corrección y pureza de ciertos giros y construcciones, que, por falta de atención ó descuido sobrado, conducen á confusiones perjudiciales y dañan al buen concepto general de los profesionales que más en continuo comercio se encuentran con las diferentes clases sociales.

Es innegable que el lenguaje médico, por el avance de nuestras ciencias, enriquece su léxico de día en día y al aumentarle le dificulta en la exactitud y claridad de su empleo. De estas dificultades vienen muchas veces obscuridades de interpretación, y aun algunos conceptos erróneos que pueden conducir ó al ridículo sin consecuencias ó á la equivocación perjudicial.

La corrección en el decir, cuando no cae en el amaneramiento, es una de las cualidades que más respetabilidad infunden y que más acreditan en el trato social; el médico no es una excepción; antes es el ejemplo más confirmatorio de esta regla: «A lenguaje claro, concepto exacto; á enunciación correcta, juicio acertado.» Por algo la Gramática es una parte de la lógica.

Pongamos algún ejemplo:

De algún tiempo á esta parte viene advirtiéndose una moda de afectación inexplicable (que, por fortuna, se va mitigando), y que consiste en suprimir del discurso, hablado ó escrito, los artículos, las preposiciones en gran parte y algún que otro pronombre.

¿Qué utilidad podía tener esto? ¿La brevedad? Apenas si se obtiene alguna, y ella lleva, en cambio, consigo la obscuridad y el desgabo ridículo de la frase.

Dicen los unos: «El enfermo tiene cáncer de vejiga.»

Esto hasta ahora ha querido decir que el cáncer era del señor de Vejiga, ó de la población de Vejiga, ó que estaba constituido por una vejiga, dado que en castellano sólo en los nombres propios se prescinde del artículo. Y véase lo obtenido con semejante y confusa incorrección: suprimir el artículo determinado la; es decir, dos letras, y, en cambio, se ha dado el que así habla, el gusto de no hablar en castellano. Recordamos á este propósito el caso ocurrido en una Academia: hablaba un distinguido y experto cirujano, pero hombre inficionado por este alarde de jerga ó galimatias, y dijo con voz firme: «Diagnóstico: ántrax en frente...» Un chusco dijo desde el público: «¡¡March!!», creyendo sin duda que el que hablaba era un sargento instructor que se dirigía á un pelotón de quintos.

¿De dónde, decimos nosotros, puede haber provenido esta extraña afectación? ¿Del manejo de libros en idiomas extranjeros? No será ciertamente del francés, en el que jamás se suprime, no ya el artículo, sino el pronombre personal y el posesivo. Tampoco será del alemán, en el que, además de no suprimirse nunca los artículos ni los pronombres, se da todavía desinencia de declinación gramatical á los substantivos; de manera que cada caso lleva: el artículo, el pronombre y el adjetivo y substantivo con modificaciones terminales, según la función que en la oración desempeñan; y sucede lo mismo, salvo la declinación, en el inglés y en el italiano. De manera que estos señores que se las quieren dar de cultos y modernistas, lo que hacen es demostrar que no han influido mucho en los mecanismos de su pensamiento los libros que hayan podido leer.

Pero ahora caemos: hay un idioma en el cual son regla estas supresiones que motejamos; este idioma es el vascuence, en el que ni se distinguen fácilmente los casos del sujeto y del predicado ni los tiempos de los verbos. Y, francamente, tener como ideal científico el hablar en vascuence no nos parece una aspiración muy digna de aplauso, cualquiera que sea la simpatía y el deleite que en nosotros haya producido el idioma euskaro, cuando para cosas propias y peculiares suyas le hemos oído emplear aun en su especial literatura, y, sobre todo, dando verbo á la música regional.

Pero este no es el caso del que piensa, habla y escribe, teniendo la aspiración de comunicarse, siendo entendido, con gentes cultas y numerosas.

Obsérvese que siempre hemos dicho cuidadosamente idioma al hablar del vascuence porque es el prototipo del lenguaje ó *habla* á que este nombre puede aplicarse; esto es, un medio de expresión propio (del *idios* griego, que significa propio de ó exclusivo á); por eso los que pretenden que á sus dialectos se les aplique el nombre de idioma, creyendo pedir lo más, piden lo menos; pero ¡cuanta tanto trabajo enterarse de las cosas antes de hablar de ellas! Al vascuence, pues, no se le puede aplicar con propiedad el nombre de dialecto, porque no deriva de ninguna lengua ó lección de las conocidas, mientras que incluso al francés, al castellano y al italiano pudiera llamárseles dialectos, porque se derivan, distinguiéndose en particularidades etimológicas y sintáxicas, de una lengua madre, que es el latín.

Otra forma modernista de expresión en el lenguaje médico es la que consiste en designar, con expresión desdeñosa, «cosas» á las enfermedades, padecimientos y hasta á las funciones de ciertos órganos ó aparatos.

Y así se dice «cosas» (por síntomas) «de estómago», por decir enfermedades del estómago; cosas de pulmón, por decir enfermedades del pulmón. Esta ridícula manía conduce á cosas cómicas y grotescas. Recordamos á este propósito que una vez, como hubiéramos recomendado á una discreta y bella amiga nuestra á un distinguido especialista de enfermedades

del intestino, nos dijo al día siguiente de recibir su visita: «Ha venido su recomendado de usted el doctor X, y me ha dicho que hace veinte años que hace cosas de vientre. ¡Ya ve usted, qué porquería!»

Dos jóvenes médicos se encontraron á poco de haber terminado la carrera. El uno preguntó al otro:

—Tú, ¿á qué piensas dedicarte?

—Yo—respondió el interpelado—pienso hacer cosas de huesos.

—Vamos—repuso el primero con zumba—, vas á dedicarte á fabricar mondadientes, alfileros y otras fruslerías...

—¿Y tú?—preguntó el otro interlocutor.

—Yo pienso hacer cosas de piel.

—Vamos, sí: petacas, portamonedas, carteras... Pues puede que te vaya bien.

Por este camino alguno de nuestros jóvenes extravagantes va á llegar á hacer ojos, como el aceite; quién sabe si piernas, como los caballos, ó boca, como las aceitunas y los aperitivos.

Decía un eminente orador que hay dos cosas que no pueden imitarse ni producirse por la voluntad: la imaginación y la originalidad; y añadimos nosotros que la primera es como el valor personal, y cuando se quiere fingir conduce al matonismo ridículo, como la segunda lleva seguramente á la extravagancia cuando se la quiere producir por estudiado artificio.

En suma: tendremos que coincidir con el gran Cervantes *en que toda afectación es mala*, y diremos, además, que hay condiciones de distinción en el carácter y en la conducta que, como ciertos perfumes, *no se producen por síntesis química*, y lo mejor en casos tales es *ser natural y sencillez y procurar no oler á nada, que es el indicio mejor de la suprema limpieza*.

Escribir sobre *cosas de cerebro* y estudiar *cosas de corazón*, más es de filósofos y poetas que de médicos, y sin embargo, los especialistas en las enfermedades del uno y del otro órgano dicen con frecuencia que se dedican á *cosas de ellos*.

Por eso miramos con antipatía y combatimos á los que llamamos devoradores de artículos y de los cuales hacíamos antes mención.

Cuando en castellano se suprime el artículo determinado ó indeterminado que precede siempre al sustantivo, toma éste el carácter de nombre propio, y en tal caso es en el único que no necesita artículo.

Con efecto, en nuestra lengua nunca se dice el Cervantes, el Quevedo ni la Concepción Arenal, y en los casos excepcionales en que el artículo determinado precede al nombre propio es, para el masculino, designando un criminal ó un procesado, y así se dice el Pinales ó el José María, y para el femenino indica, excepto en el caso en que se designa á las actrices por su apellido (la Guerrero, la Cobefía, la Penco), indica una expresión despectiva y sospechosa; así se dice de ciertas mujeres, la Elisa, la Petra, usando el nombre casi como alias ó mote.

Decimos todo esto con insistencia, para que se comprenda que no es lícito suprimir en el lenguaje científico tales partículas cuando se emplean ante sustantivos comunes, porque entonces se les da el carácter de nombres propios y se establece una confusión sin beneficio alguno para nada ni para nadie.

Ante todo, pongámonos de acuerdo en una cosa, sobre la cual parece mentira que haya necesidad, no de insistir, ni de hablar siquiera.

«El lenguaje sirve para entendernos los unos con los otros», por tanto, lo primero de que debemos cuidar al ha-

blar ó al escribir, es de dar precisión y claridad al lenguaje; la belleza y la galanura vendrán luego, si vienen, pero la claridad es cosa indispensable y mucho más en el lenguaje científico, en el que todo equívoco de expresión, además de significar confusión intelectual en el que habla, puede conducir á graves errores al que escucha. Quitar elementos de claridad y de precisión al habla, y quitárselos por pura gala de un modernismo insustancial, es tarea verdaderamente criminal, especialmente cuando el habla que se estropea es este habla castellano, último orgullo legítimo de lo que nos resta de gran raza.

EL MAESTRO CIRUELA.

Bases para un proyecto de ley de seguro obligatorio contra la enfermedad.

El tiempo, testigo impasible de los litigios humanos, no ha hecho más que confirmar las esperanzas puestas en el régimen de los «Seguros sociales». Las Naciones que á fines del siglo pasado y á principios del presente establecieron la reforma, completas unas veces, parcial y limitada otras, han visto producirse tantos y tan claros beneficios, que, en la actualidad, sólo se preocupan de ampliar los límites y las formas de la operación, para cubrir el mayor número posible de riesgos y para llevar á nuevos sectores del obrerismo, vecinos del proletariado, las ventajas substanciales y positivas del seguro social.

La experiencia de estos mismos países ha venido á demostrar que siendo los seguros de accidentes, maternidad, aprendizaje, paro forzoso, etc., importantísimos auxiliares de la vida obrera, porque todos resuelven situaciones difíciles, mediante justas y legítimas compensaciones, ninguno de ellos puede equipararse en transcendencia social y eficacia práctica con el *seguro contra la enfermedad* y su complemento el de *invalidéz*.

La enfermedad constituye el más inevitable y frecuente de los males que afligen al hombre, cualquiera que sea su posición y categoría; pero tratándose de artesanos y jornaleros, es decir, trabajadores sometidos á la diaria influencia de múltiples factores enemigos de la salud, el peligro y la propensión á enfermar crecen extraordinariamente, y así revelan las estadísticas alemanas, austriacas, inglesas y de Norteamérica, que el término medio de los jornales que las clases obreras pierden anualmente, por enfermedad, es de nueve días para los varones adultos y de diez para las mujeres, pérdida que representa sumas cuantiosas mermadas á la producción, con perjuicio del capital y déficit irremediable del presupuesto de la pobreza.

Pero no es el aspecto económico, con toda su notoria importancia, el que más obliga á la estimación de la salud obrera. Es que el paro fundado en motivos de enfermedad y las consecuencias que acarrea, representan la perturbación más grave y honda de cuantas pueden actuar sobre la vida del pueblo. Millares y millones de familias esparcidas por el territorio nacional, pasan rápidamente de la pobreza equilibrada á la pobreza primaria cuando el jornal del encargado de sustentarlas falta, y á poco que la enfermedad prolongue sus horas ó reitere sus acometidas, caen en la miseria sórdida y desesperada, que es la característica del proletariado. De la miseria, nacen como frutos del mal, la desnutrición, el hacinamiento, la depauperación orgánica de padres é hijos que da pábulo á nuevos padecimientos, la incapacidad para el trabajo, la degeneración de la raza, y, finalmente, la decadencia mansa y progresiva de las energías nacionales.

No pueden aspirar al engrandecimiento de la patria ni acaso á la independencia, los pueblos que en nuestros días de febril emulación y crecientes dificultades económicas tienen cimentada la existencia colectiva sobre capas exhaustas y agotadas por enfermedades y privaciones continuas; y esta afirmación, sostenida en los principales Parlamentos del mundo con el empeño y la fe de las nobles causas, es la que ha logrado sumar las voluntades y allanar el camino para la aceptación del seguro obligatorio contra la enfermedad, ya en la forma amplia y total de Inglaterra, Alemania, etcétera, ó ya en la restringida de Francia, Italia y otras naciones.

También para la nuestra ha llegado el momento de acometer la empresa. A la razón antedicha, y omitiendo otras humanitarias, sociales y políticas, se une el convencimiento, la certeza de que el seguro obligatorio constituye la única medida capaz de propulsar en grado máximo la sanidad del país; y esto, porque la primera condición para luchar contra la enfermedad y triunfar de la muerte prematura es robustecer el organismo, nutrirlo y acomodar el trabajo á la vivienda obrera á las prescripciones elementales de la higiene. El alimento, la ración cotidiana, sólo puede obtenerse garantizando al obrero la percepción diaria del jornal, sin interrupciones ni intermitencias, que no son tolerables donde no existen reservas, y las mejoras higiénicas relativas á la habitación y al ambiente, surgirían en no escasa parte, á ejemplo de lo sucedido fuera de España, de los préstamos y anticipos que las propias Cajas de seguros facilitarían para fines sanitarios.

Resulta de lo expuesto, que si el seguro obligatorio lleva á la práctica ideales de justicia, favorece la salud, disminuye la mortalidad y fomenta la riqueza y el poderío nacionales, sería imperdonable que el Estado español negase al pueblo las ventajas de la reforma.

Adviértase, no obstante, que la previsión y recta voluntad de los Gobiernos carecen de eficacia cuando los propios interesados y más que nadie la clase proletaria no alcanzan cierto grado de cultura, ó en otros términos, cierta organización que haga viable el mecanismo del seguro.

Se comprende, en efecto, á partir del principio que informa la institución del seguro contra la enfermedad, que si el fondo social ha de formarse mediante aportaciones equitativas y proporcionales de obreros, patronos y Estado, bajo la autoridad y regencia de este último, es indispensable que tanto los primeros como los segundos constituyan agrupaciones ó asociaciones dotadas de personalidad jurídica ó capacitadas legalmente, para contratar y responder de los compromisos adquiridos. Y como este seguro no puede rendir la cosecha espléndida de sus beneficios si no abarca la zona completa del proletariado, es evidente que las sociedades ó agremiaciones obreras y patronales deben comprender la totalidad del censo respectivo.

Entre nosotros la clase obrera, y en parte la patronal, no están todavía lo suficientemente organizadas para confiar á su actividad la creación, gobierno y administración de las cajas destinadas al servicio de pensiones, siendo, por consiguiente, indispensable que antes de promulgar la ley y á título de premisa necesaria, se dicten las disposiciones conducentes á estatuir la agremiación forzosa de patronos y obreros. Cumplido este primer trámite se habrá dado existencia efectiva y personalidad legal á los elementos interesados en la reforma, y el Estado podrá tratar y concordar con ellos, y exigir á todos las responsabilidades que de su actuación puedan derivarse.

Otra condición igualmente indispensable á la buena marcha del seguro, se refiere al abono de las cuotas que los

afiliados pueden aportar al fondo común de las Cajas sociales. Sectores importantes del proletariado español continúan percibiendo salarios insuficientes, de los cuales sería imposible distraer el tanto por ciento convenido; y muchas veces á más de la insuficiencia de las remuneraciones, la discontinuidad del trabajo ó la falta de empleo en determinadas épocas y oficios, representa obstáculos que impedirían hacer efectivas las cotizaciones entre los parias del mundo obrero.

Afortunadamente, existe en España una institución admirable que año tras año derrama sobre el pueblo bienes copiosos y que, aplicada al seguro contra la enfermedad, tendría la virtud de darle existencia real y propia desde el primer momento.

Todos los Municipios españoles dedican, como es sabido, buena parte de su presupuesto al socorro médico farmacéutico y á veces pecuniario de las familias incluídas en el padrón de pobres. Tales partidas afectas al pago de las atenciones de beneficencia, figuran entre las más respetadas, y según datos que obran en la Inspección general de Sanidad, excede de 20 millones de pesetas el total de las cantidades invertidas anualmente por este concepto en los 9.000 Ayuntamientos de España. En lo que atañe al servicio médico-farmacéutico, el suministro de medicamentos importa 6 millones; la consignación de las 49 capitales de provincia pasa de 3 millones y el presupuesto de las provincias sin capitales, no es inferior á 7 millones.

Supuesto que una vez implantado el seguro, la asistencia benéfica dejaría de ser función municipal para correr á cargo de los Consejos de administración, compuestos de representaciones obreras, patronales y del Estado, el capital que los Municipios destinan á fines benéficos ingresaría en las Cajas de seguros, formando la base de los mismos como aportación ó cuota de las familias clasificadas en el último grado de pobreza, precisamente de aquellas que no podrían contribuir con recursos propios á la constitución del fondo social. Sumada á esta contribución fija y segura la procedente de las cuotas que habrían de satisfacer los obreros no comprendidos en las listas de beneficencias, la obligatoria de los patronos y la correspondiente al Estado, el número de millones reunidos sería suficiente para poner en marcha y garantizar la prosperidad futura de las Cajas, siempre á condición de que las operaciones administrativas y la gestión del negocio se verifiquen con arreglo á los principios de la técnica actuarial.

Se necesitan, claro está, muchos millones para proporcionar á toda la clase obrera española asistencia médica y farmacéutica gratuita y, principalmente, una buena parte del salario que el enfermo deja de percibir, y á falta del cual ni él ni su familia pueden alimentarse mientras perdura la imposibilidad de retornar al trabajo.

Esta ventaja es la fundamental, la esencial entre todas las que el seguro puede ir proporcionando á medida que la fortuna acumulada en las Cajas permita la ampliación y multiplicación de los subsidios y pensiones.

Sin esperar á mejores días ni fiar á las eventualidades del balance el perfeccionamiento de la obra, es de primordial importancia incorporar al seguro obligatorio contra la enfermedad el seguro de la maternidad en favor de la mujer obrera. Razones de justicia y de etnocultura y, no menos, otras de orden económico, obligan á extender la protección del seguro á la mujer obrera, antes y después del alumbramiento. En realidad, semanas antes y semanas después, la obrera en tales trances debe considerarse como enferma ya que la imposibilidad de ganar el salario, sin grave riesgo para su salud y la del fruto que sustenta, ejerce sobre

la economía del hogar repercusión análoga á la producida por las enfermedades del hombre.

Es tanta la importancia que al seguro de maternidad se atribuye en el extranjero, que varios países, entre ellos Suiza, lo tenían establecido antes de adoptar los sistemas modernos, y ahora mismo Francia, que no ha generalizado el seguro contra la enfermedad, modifica liberalmente sus concesiones anteriores, ofreciendo á las obreras ocupadas en fábricas y talleres, mejoras considerables durante el embarazo, puerperio y lactancia.

El régimen de ambos seguros aplicado á la población jornalera de España vendría á constituir, andando el tiempo, el servicio más eminente que un Gobierno puede prestar á la Nación y á la raza.

BASES

I. Se instituye en España el seguro contra la enfermedad con carácter obligatorio para todos los obreros, artesanos y empleados de ambos sexos, cuyos sueldos efectivos, jornales ó estipendios no excedan de 6 pesetas diarias y cuya edad oscile entre los quince y los sesenta años.

II. El seguro obligatorio da derecho:

1.º A la asistencia médica y farmacéutica gratuita, desde el comienzo de la enfermedad hasta la terminación;

2.º Al cobro de una pensión que no podrá ser inferior al 50 por 100 ni superior al 75 por 100 del jornal ó remuneración que el asegurado disfrute en plena salud; y

3.º En caso de muerte, á la concesión de un socorro equivalente á la suma de 20 jornales.

III. El derecho á la percepción del subsidio ó pensión empezará á contarse desde el tercer día de haber solicitado y obtenido la baja, y no podrá prolongarse más de quince semanas dentro del año.

IV. Cuando el estado económico lo consienta y la experiencia del funcionamiento del seguro pueda servir de guía, se procurará ampliar el plazo de las quince semanas, así como también se tratará de extender los beneficios de la Base III á menestrales, artífices y, en general, personas cuyos sueldos o remuneraciones excedan de 6 pesetas diarias.

V. El capital ó fondo social destinado á cubrir las obligaciones del seguro contra la enfermedad, estará constituido por los ingresos siguientes:

1.º Por las primas de seguro que los obreros habrán de satisfacer semanalmente, y cuya cuantía no podrá exceder del 4 por 100 ni ser inferior al 2 por 100 de los salarios devengados;

2.º Por las primas que los patronos deberán aportar en número igual al de los obreros cuyo trabajo utilicen;

3.º Por una contribución del Estado;

4.º Por los créditos que los Ayuntamientos consignan en sus presupuestos para sufragar la asistencia medicofarmacéutica de las familias pobres; y

5.º Por las subvenciones, donativos y legados que expresamente se cedan para este fin.

VI. Servirá de base para el cálculo y fijación de las cuotas contributivas de obreros, patronos y Estado, el principio siguiente:

Los obreros aportarán las tres quintas partes del capital social representado por los conceptos 1.º, 2.º y 3.º de la base anterior; los patronos una quinta parte y otra quinta parte el Estado.

VII. Al efecto, se establecerán tres categorías de Cajas de seguros: las locales, las provinciales y la central ó general.

Las Cajas locales tendrán la misión de recaudar las pri-

mas de los asegurados y pagar las cuotas á los enfermos; las provinciales serán depositarias de las cantidades recaudadas, y á la central se le reserva la administración de los fondos y la dirección financiera de la empresa.

VIII. La administración y gobierno de las Cajas locales y provinciales, correrá á cargo de otros tantos Consejos de administración, formados por representantes de la clase obrera, de la clase patronal y del Estado, en la proporción numérica equivalente á las respectivas aportaciones para la constitución del capital. Y puesto que los Ayuntamientos han de contribuir á la integración del mismo con las partidas destinadas al pago de la asistencia medicofarmacéutica, se concede el derecho de figurar en los Consejos á los alcaldes de las poblaciones y lugares donde residan las Cajas.

Del Consejo central ó general entrarán á formar parte á más de las representaciones obrera, patronal y del Estado, una Comisión técnica del Instituto Nacional de Previsión, y dos médicos nombrados por los facultativos adscritos al servicio de las Cajas.

IX. Las Cajas de seguros contratarán con los médicos los servicios de asistencia facultativa, si bien, independientemente de los convenios, habrán de cumplir las condiciones:

1.ª Siempre que en la localidad exista más de un médico, los asegurados tendrán opción para elegir el que prefieran; y á este objeto, los Consejos locales cuidarán de organizar un servicio médico numeroso, dentro de las posibilidades económicas y de las circunstancias de lugar y tiempo.

2.ª Las Cajas de seguro asumirán la obligación de satisfacer á los médicos y farmacéuticos el importe de las asistencias y el suministro de medicamentos á las familias pobres, considerándolas para dichos efectos en las mismas condiciones y con los mismos derechos que los obreros poseedores de pólizas de seguro.

Esta transferencia de créditos y funciones no anula las disposiciones vigentes acerca de la *dotación* y provisión de las plazas de Inspectores municipales de Sanidad.

X. La orientación permanente de los Consejos administrativos de las Cajas, no podrá ser otra que la inspirada en los mismos fines del seguro, llevando á la práctica, cuando las reservas financieras lo consientan, el perfeccionamiento progresivo de los servicios médicos, las iniciativas y reformas higiénicas más provechosas para la salud del proletariado, la creación de enfermerías, policlínicas y sanatorios y la concesión de auxilios, estipendios y bonificaciones á las familias de los asociados. Entre estos socorros deben considerarse como preferentes, la ayuda material que las Cajas pueden prestar á los matrimonios de numerosa prole y á las viudas y huérfanos de los asegurados.

XI. Todas las obreras inscritas en las Cajas de seguro contra la enfermedad, tendrán derecho en caso de embarazo á los beneficios de la *base V*, durante un plazo de *quince semanas*, de las cuales cinco contarán antes y diez después del alumbramiento.

XII. Con arreglo á estas bases y tomando en cuenta los aspectos jurídico, actuarial, económico y administrativo del problema, el Instituto Nacional de Previsión formulará el oportuno proyecto y propondrá las normas, reglas y preceptos conducentes á la organización práctica del seguro obligatorio contra la enfermedad y obligatorio en favor de la maternidad.

LA ENFERMERA ⁽¹⁾

Y de la guerra salió así la figura de la enfermera, magnificada, no ya sólo por sus hechos, sino por su organización, por su disciplina, por su procedencia, para crear una milicia reclutada en todas las capas sociales, desde las más inteligentes y aristocráticas, hasta las más modestas; y para brillar por su saber, su pericia, su acierto, su indeclinable energía y su jamás revelado cansancio. Es decir, ha surgido un nuevo factor de organización social, aplicado al remedio del supremo dolor y de los más inenarrables sufrimientos. Saludemos, pues, todos esta creación, honrémosla, ayudémosla y hagamos cuanto sea necesario para que realice, lo mejor posible, su utilísimo y sacrosanto ministerio.

De muy antiguo venían ya las Comunidades religiosas, que el cristianismo produjo, ayudando y socorriendo á los que sufren; y existían también modestos y pobres servidores, dedicados á este servicio, por lucro de miserables retribuciones. Pero este ejército asombroso que ha brotado por todas partes al conjuro de los horrores y desolaciones; que ha vestido el mismo névoro hábito y que ha llevado, con frecuencia, sus heroísmos hasta la muerte y el sacrificio más heroico; este ejército es el producto neto de una reacción defensiva y progresiva del instinto de conservación de la Humanidad y del esplendor radiante de las virtudes femeninas. Por esto nos asombramos cuando asomándonos, sólo asomándonos, á ver el campo y la cosecha de sus operaciones, contemplamos la obra que ha realizado, no ya con los heridos y los enfermos, sino también con la infancia desamparada por trágica orfandad; con la ancianidad sumida en la invalidez y la miseria, y con la inenarrable desdicha que han padecido millones de infelices seres, arrollados y deshechos, en sus ciudades, sus hogares y sus familias.

El Padre Santo más político que conocieron las modernas generaciones, S. S. el gran León XIII, decía en la famosa encíclica de *Conditionem Opificum* que dió á la grey católica el 15 de Mayo de 1891, que ante los gravísimos problemas sociales que azotan á la Humanidad y ocasionan terribles estragos, se debe aconsejar á todos que pongan de su parte cuanto les fuese posible, dentro de sus condiciones, para que repartan las propias cualidades en provecho de los demás, ya que para eso las recibieron y con ellas atienden á su perfección. Así, cuide de no callar quien tuviera talento; escriba quien tenga pluma; atiendan con largueza de misericordia los que abundan en bienes; haga lo que aproveche á su semejante quien supiese oficio con que manejarse y viere que con ello se conforta y levanta á los afligidos por calamidades y se consuela y alivia á los que sufren y se hallan mortalmente opresos.

Esta purísima y consoladora sensación espiritual del bien prodigado hubo de gozar el autor del prólogo cuando en el *Instituto de la Mujer que trabaja*, ante las

señoritas Mateu y Albó y el personal de inteligentes enfermeras, quedóse emocionado, porque advirtió que quienes le guiaban y explicaban lo hacían como pudieran haberlo realizado doctoras. Y pudo recoger la grata convicción de haber sobrada bondad, dulzura, sabiduría y fe ardientes en ese apostolado que contraponen la vida, el amor y la misericordia á la muerte, el odio y la crueldad que reinan en el mundo.

Las Asociaciones de la Cruz Roja, así las del Comité como las de la Liga, han dado soberano impulso á estos organismos, los cuales se ven aumentados todavía con la colaboración social libre, como lo es, por ejemplo, ésta, derivada de la benéfica *Caja de pensiones para la vejez y de Ahorro*, título inicial que actualmente expresa no más que una parte ó sección de sus servicios, porque de día en día esta institución dilata, ramifica y prolifera el campo, las orientaciones y los fines de otras instituciones filiales suyas.

Los ejércitos de enfermeras que hoy existen en el mundo, son numerosos. No hay nación culta que no tenga contingente; aunque por el carácter espontáneo, libre y nada conminatorio que tiene su reclutamiento, es natural que bastantes afiliadas no respondan, con estricta disciplina y ferviente celo, á un ministerio con frecuencia molesto, y que siempre requiere abnegación, conmueve á menudo ver cómo suman ya millones las mujeres que constituyen una organización firme, disciplinada, culta, instruída en prácticas de artes y técnicas, que, aun siendo expuestas en el grado de sencillas nociones, prestan servicios útiles si se hallan bien desempeñados. Hoy, estos organismos colosales forman «el ejército de la beneficencia», y su lucha es, lo repetimos, incesante.

En la tarde del 26 de Agosto del actual año 1921, en el gran salón de actos del Parlamento de las Academias de Bruselas, y con ocasión de celebrarse el II Congreso de Protección á la Infancia, el que suscribe, presidente del Consejo Superior de Protección á la Infancia en España, y en representación del mismo, entregaba, ante concurrencia muy distinguida y numerosa, un diploma de honor y las insignias correspondientes, á Mme. Carton de Wiart, esposa del primer ministro de aquella heroica Bélgica; y tributaba en nombre de las mujeres españolas y de la institución oficial dicha, el homenaje de admiración y gratitud de nuestra amada España, á una de las damas más heroicas, humanitarias y patrióticas que ha tenido la nación que ha conmovido al mundo por sus virtudes, proezas y sufrimientos, durante la guerra. Fué aquel acto emocionante; las lágrimas arrasaron muchos ojos, y latieron con vivos sentimientos numerosos corazones; y en discurso que vió la luz pública, hubo de atestiguar el actuante el homenaje más rendido á quien había sido organizadora de servicios benéficos, madre de miles de criaturas sumidas en la orfandad, enfermera ilustre, y heroica servidora de sus intereses nacionales. De aquel discurso son los siguientes párrafos, que traemos aquí porque lo especial del caso, la solemnidad del momento, lo majestuoso del escenario y las personas que intervenían, merecen que se consignen en este himno de

(1) Véase el número anterior.

alabanza á la «enfermera», á que se reduce el prólogo. Decía así:

«Quisiera yo, señoras y señores, poder expresar bien aquel profundo sentimiento de amor, admiración y gratitud que nos inspira la dama que ha sabido recoger, con pasión y talento, la grandeza de una obra social femenina, en la cual su noble esposo, Mr. Carton de Wiart, tiene una ejecutoria ilustre, y ha conquistado grandes derechos á la gratitud de la humanidad y de la ciencia universal. Estos méritos se hallan admirablemente sintetizados en sus dos preciosos discursos, pronunciados en este mismo salón del Palacio de las Academias, el día, que hoy parece muy remoto,—tales trágicos sucesos lo han alejado,—del 13 de Julio de 1913, cuando, como ministro de Justicia, abría la sesión del primer Congreso Internacional de Protección á la Infancia; y en la fecha más reciente del 18 del mismo mes y año de 1921, en que se inauguró el II Congreso, y cuyos párrafos conmovedores escuchan todavía nuestros oídos».

«Aquella apelación al concurso esencial de la mujer, en cuanto se refiere á la educación y régimen de la infancia, bajo todos sus aspectos, no solamente en lo íntimo del hogar, sino en las necesidades sociales de orden moral y sanitario, realiza, como decía con trase feliz Mr. Carton de Wiart, «una alquimia moral», por la cual la miseria, la ignorancia y el vicio, que se cultivan en muchas familias desventuradas, se transforman en salud, virtud y dicha, y reproducen en esta caridad algo de «el milagro de las rosas» que verificó aquella reina, Santa Isabel, nombre santo y condición social augusta, que trae á nuestra memoria el de vuestra cesárea Reina, digna esposa del heroico Rey Alberto, quienes tan gloriosa estela dejan en la terrible historia de Bélgica durante los tiempos actuales.»

«Madame Carton de Wiart inspira en nuestro espíritu un sentimiento simbólico del heroísmo durante la guerra, no apreciado ya sólo en las proezas imponderables de sus soldados y sus ciudadanos, sino en las infinitas y conmovedoras grandezas, y nunca bien celebrados hechos, que la mujer ha realizado durante los cinco años trágicos, desde el punto de vista de su valor personal, de su desprecio á la muerte, de la ostentación de sus virtudes ciudadanas, dignas compañeras de quienes acreditaron su grandeza en los campos de batalla; sus sentimientos y sus instituciones de la Cruz Roja, en los hospitales y en los frentes; y muy particularmente en recoger, cuidar y educar esos miles de huérfanos, niños desamparados, que representan los hombres del mañana, los continuadores de esta nación sublime, pequeña, sí, en su territorio, pero tan grandiosa y espléndida en sus hechos, que de ella pudo decir Napoleón que era su suelo «el campo de batalla de Europa» y dijo Reclus que era, en su vida «el campo de sus experiencias».

Vamos á terminar este prólogo, ya largo en demasía, tributando nuestro más sincero aplauso á la Dirección de la benéfica *Caja de pensiones para la vejez y de Ahorro* tan admirablemente dirigida por una capacidad extraordinaria y fecunda en creaciones, cual es la del

Sr. Moragas; bienhechor genial, y amado como un padre de cuantos conocen los muchos organismos benéficos, que incesantemente funda; y elogiando al *Instituto de la mujer que trabaja*, en el cual vemos el régimen feliz y bien organizado de un dispensario policlínico, que camina rápidamente tras de mayores desenvolvimientos.

El tratadito «La Alimentación de Régimen» es un excelente compendio que permite adquirir, pronto y con facilidad, enseñanzas utilísimas, y es de esperar inicie una serie de epítomes, sobre las diversas materias que necesita conocer toda enfermera inteligente y bien capacitada. Las escuelas de enfermeras hoy constituyen fundaciones que surgen por doquiera. Todos los Estados las crean, y bien se advierte que la obra bienhechora de aquel gran apóstol español de la enseñanza libre, el Dr. Rubio y Gali,—á quien ayudamos, con feliz éxito y fecunda pasión, á fundar la escuela de enfermeras de Santa Isabel, que tiene su instituto de la Moncloa, en Madrid,—precedió á muchos imitadores.

Se necesita preparar legiones de enfermeras, porque bien se advierte que la Gran Guerra, mejor que acabar con el furor bélico de los pueblos, parece que lo ha enardecido más; y la Sociedad de las Naciones pudiera desgraciadamente no ser aquel órgano que se creyó eficaz para acabar con una locura destructora, criminal y suicida, de la cual por doquiera sigue presentando pruebas la humanidad de que amenaza con nuevas siegas apocalípticas, hechas por la guadaña de Marte; y advierte la necesidad de nuevos heroísmos femeninos; aparte de aquellos otros que la miseria y las dolencias reclaman continuamente de la mujer.

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.

(15) No era Rasis, por estos tiempos, el único que transigía gustosamente con el vino, en contra de los preceptos alcoránicos, y encontrando para justificar su infracción pretextos más ó menos especiosos. En el reinado de Albaken, y efecto de la licencia introducida en España por el trato con los extranjeros, el uso del vino se había extendido tanto, que el rey, abstemio y muy devoto, promovió junta de alimes y alfaquíes, expúsoles el abuso que se hacía de toda clase de bebidas fermentadas, y les preguntó si sabían á qué obedecía esta transgresión de los mandatos del Profeta. Alfaquíes y alimes, puestos de acuerdo, y, según parece,

(1) Véase el número anterior.

amigos también de empinar el codo, respondieron al monarca «que desde el reinado del rey Muhamad se había hecho común y recibida opinión que estando los Muslimes de España en continua guerra con los enemigos del Islam, podían usar del vino, por lo que esta bebida acrecienta el valor y el ánimo de los soldados para las batallas; que así en toda tierra de fronteras era lícito su uso para tener mayor esfuerzo en las lides». No satisfizo, sin embargo, esta contestación á Alhaken, y queriendo atajar el daño, «mandó arrancar las viñas en toda España, y que sólo quedase una tercia parte de las vides para aprovechar el fruto de la uva en su sazón, en pasas y en arrope ó miel de uvas, y otras diferentes composiciones saludables y lícitas, hechas del mosto espesado» (1).

(16) El célebre arabista francés Bartolomé d'Herbelot, en su conocida *Bibliothèque Orientale*, cita un caso parecido á este de Rasis, ocurrido al ilustre médico y filósofo Ismael, llamado *Al Adib*, esto es «el Humanista», con un joven carnicero; pero en éste, la muerte aparente debió de ser motivada por pellas de sebo que arrancaba de los carneros que desollaba, y que tenía la costumbre de ingerir crudas y calientes todavía, y tal vez la curación se debiera á algún purgante ó vomitivo que administrara al buitre aquél, pues hace falta un estómago como el de este animal para soportar y apetecer semejante alimento.

(17) Le llamo cronista árabe, porque en esta lengua escribió casi todas sus obras, pero era armenio de nacimiento, cristiano de religión y su verdadero nombre Grigorius ó Gregorius Abulfaragius. Fué médico y sacerdote, obispo de varias diócesis y llegó á ser el primado de los jacobitas en Oriente.

(18) También atribuyen á dicha piedra, ó *eksir*, la propiedad de curar todas las enfermedades y de prolongar la vida de un modo ilimitado. Otros creen que este *eksir*, ó «elixir de larga vida», era distinto del que servía para hacer oro. Es una lástima que se llevaran los alquimistas el secreto de tan grandes cosas, y que no lo emplearan, como parece, en sí mismos, pues no se hubieran muerto y vivirían todavía, cual suele decir el vulgo, con «salud y pesetas».

(19) No se trata aquí de la ciencia, que tiene por objeto el estudio del cálculo de las cantidades, sirviéndose de letras para representarlas, sino del «arte de concertar los huesos desconcertados, y juntar los que se hubieren quebrado», según la define el Dr. Mercado en sus *Instituciones para los algebristas*.

(20) Miguel Casiri, en su *Bibliotheca Arabico-Hispana Escorialensis*, habla de un libro para uso de estudiantes que no quieren darse muchos malos ratos, el cual halló nuestro sabio orientalista entre los manuscritos del Escorial, está escrito por Abu Giafar Ahmed ben Isaac Alhosaini, se titula, en su traducción latina del arábigo, *Medicorum cætus sive collegium*, y contiene las respuestas á las setenta y siete preguntas que se les hacía en los exámenes del grado; y en la Biblioteca de París hay dos libros árabes con el título indicado en el texto, cuya significación también se aclara en el mismo, que tratan: el uno, de los medicamentos simples, y el otro, de los medicamentos compuestos; se cree son obra de Ebn al Kebir, y consisten en un compendio abreviado del *Giamé aladoviat*, de nuestro célebre botánico el malagueño Aben Bitar.

(21) Este Anasir, que no tenía más que los nombres siguientes: Amuminin Muhamad ben Jacub ben Juzef ben Abdelmumem ben Ali Alcumi Zenete Almohade Abu Abdala Anasir Ledinala, es el Miramamolín, o *Rey Verde* de

(1) J. A. CONDE: Obra y tomo citados, cap. V; *De varios accidentes y providencias del rey Alhaken*.

nuestros historiadores, esto es, el derrotado en las Navas de Tolosa ó Alacab, según los árabes, por los gloriosos reyes de Castilla, Aragón y Navarra, D. Alfonso VIII el Noble, D. Pedro II el Caballero y el Noble, también, y D. Sancho VII el Fuerte.

(22) EXAMEN DE INGENIOS PARA LAS CIENCIAS. EN EL QUAL EL LECTOR HALLA la manera de su ingenio, para escoger la Ciencia en que mas ha de aprovechar; y la diferencia de habilidades que hay en los hombres, y el genero de Letras, y Artes, que a cada uno corresponde en particular. COMPUESTO POR EL DOCTOR JUAN Huarte, de San Juan: ahora nuevamente enmendado por el mismo Autor, y añadidas muchas cosas curiosas, y provechosas. DIRIGIDO A LA CESAREA REAL Magestad del Rey Don Phelipe nuestro Señor, cuyo ingenio se declara, exemplificando las reglas, y preceptos de esta doctrina. Impresso en Granada en la Imprenta Real (1).—CAPITULO IV. DONDE SE PRUEBA, que la *Theorica de la Medicina*, parte de ella pertenece á la memoria, y parte al entendimiento, y la practica á la imaginativa.

(23) DR. JUAN HUARTE DE SAN JUAN: Obra y capítulo citados.

(24) D'Herbelot habla de un tratado de Medicina en orden á los diferentes temperamentos, cuyo título arábigo es *Ketab Kesmat alensam ála mezag albashole bokrath*, del que dice Hagi Kalfah que fué dedicado al emperador Tito. El hecho de no haber original alguno griego ó latino hace presumir que dicha obra es de procedencia semítica, y como Tito tuvo mucho que hacer con el pueblo hebreo, nada tendría de particular que el autor del libro fuera un médico judío que, sobreviviendo, como Flavio Josefo, á la destrucción de su pueblo, se hubiera visto en la necesidad de prestar sus cuidados al César romano, en cuyo caso por éste empezaría la relación de los arquiátritos israelitas.

(25) Sigo en esto la opinión general de los historiadores médicos, aunque no ignoro el empeño del erudito sifilógrafo francés Juan Astruc en probar que Buhualiha Bengesla era árabe y posterior en dos siglos á Carlomagno, y que Farraguth, que tradujo al latín el famoso libro de Buhualiha *Tacuim al abdan fi tadbir el ensan* era posterior á éste todavía, y el rey Carlos, á quien dedicó su traducción, no era Carlomagno, sino Carlos de Anjou, rey de Nápoles y de Sicilia, matador de Conradino, y causante, por su crueldad, de las Visperas Sicilianas.

(26) *Pro Archiatro etiam habuit Zedekiam Judæum Carolus Calvus, a quo etiam veneno sublatus fuisse dicitur.*—JOHANNIS FREIND: Obra y parte citadas; *Schola salernitana*.—Según parece, esta terrible acusación lanzada contra el médico hebreo del nieto de Carlomagno no tiene más fundamento que una noticia que se halla en el analista de Saint Bertin, no confirmada por ningún contemporáneo. Por otra parte, se sabe que Carlos el Calvo tuvo una enfermedad larga y anómala—¿pero cómo andarían de semiótica en aquellos tiempos?—. Además, y cual apunta Voltaire (2) defendiendo á Sedecias, ¿qué sacaba éste con envenenar á su amo? ¿Con quién iba á estar mejor? ¿Qué razones ó motivos tenía para cometer tan abominable atentado? Afinando mucho, indican algunos críticos que pudo influir en la comisión

(1) La portada no trae fecha. Debe de ser reproducción de una edición anterior hecha en vida del autor. Ni de una ni de otra tienen conocimiento los bibliógrafos. La licencia del Consejo está fechada en Madrid, á 5 de Mayo de 1763, y la del Juez Real, en Granada, á 9 de Julio del mismo año.

(2) *Essai sur les mœurs et l'esprit des nations, et sur les principaux faits de l'Histoire depuis Charlemagne jusqu'à Louis XIII; chapitre XXIV.*—Paris, MDCCCLXVII.—De la edición de *Oeuvres complètes de Voltaire; du Siècle; tome deuxième*.

del alevoso crimen—si es que realmente llegó á perpetrarle—la orden que dió el monarca francés de que los judíos y las barraganas de los curas llevasen una señal especial que los distinguiese. Es extraño también que no se diga nada del castigo que recibió el médico. Tal vez no tenga más fundamento la especie que aquella otra por la que se acusaba á los médicos hebreos de matar uno de cada diez enfermos de los que asistían, ya por odio á los cristianos, ya porque, pronosticando la muerte del sentenciado, adquirirían fama de buenos clínicos.

(27) «En este medio pareció gran socorro del peligro en que estauan las cosas, que cobro el Rey la vista: auiendola perdido dos años antes: en tan anciana edad: y mostro bien el Rey en aquel trabajo, el valor con que auenturaua su persona a todos los mayores peligros: y no pudiendo por la falta de la vista poner las manos en la guerra, como lo tuvo por officio en toda la vida pasada, determino de ponerse en muy peligrosa cura: passando la aguja por las cataratas, que tenia en los ojos. Començo se la cura por el ojo derecho: por consejo de un Iudio, que era muy sabio en el arte de la Astrologia: llamado Crexcas Abiabar: rabi de Lerida: y escogió un dia, porque la cura se hiciesse en buen signo: que fue a onze del mes de Setiembre: y vio luego del. Entonces mando el Rey que passasen la aguja por el otro: contra el parecer del mismo Iudio: que le aconsejaua, que no lo hiciesse: ni se pusiesse a tanto peligro: pues auia cobrado la vista del ojo derecho: afirmando le: que passarian mas de doze años antes, que huiesse otra tal disposicion del Cielo: como la passada: y perseverando el Rey con gran constancia en procurar la cura por la vista que le faltaua, le señalo un Miercoles a doze de Octubre deste año: a tres horas y media despues de medio dia, afirmando, que era la mejor eleccion de aquel menguante, y fue Nuestro Señor servido, que cobrasse la vista. —JERONIMO ZURITA: *Anales de la Corona de Aragon*, tomo IV; Segunda Parte, libro XVIII, cap. XVIII: *El Rey cobro la vista que dos años tuvo perdida, y porque medio.*—Zaragoza, MDCX.»

He transcrito el párrafo completo de los *Anales* en que narra el cuidadoso Zurita esta, para el tiempo en que ocurría, extraordinaria operación hecha á D. Juan II el Grande, porque en ella se ven dos cosas dignas de atención, tanto para el historiador como para el médico: es la primera el carácter valeroso y resuelto del anciano monarca, que se refleja en este acto quirúrgico, entonces inaudito, como en todos los demás de su largo reinado; es la segunda y—dejando á un lado sus disquisiciones astrológicas—la prudencia del operador judío, que, ya en la infancia de la ciencia oftalmológica, procedía con la lucidez y el acierto con que hoy se aconseja al enfermo por los médicos oculistas que merecen el nombre de tales —no por los que andan á la que salta tratándose de operaciones, pues de todo hay, por desgracia, en la vida del Señor,—que mientras le quede vista en un ojo no se haga operar en el otro, y obtenida la vista en uno, proceda con gran parsimonia antes de permitir nueva intervención quirúrgica en el que permanece sin luz, pues sabido es de todo el mundo la simpatía existente entre ambos ojos, y cuán frecuentemente repercute en su gemelo toda perturbación sobrevenida en uno de los globos oculares ó de sus anejos.

(28) Esta infanta D.^a Blanca, así llamada de fijo por llevar ese nombre su abuela materna, la reina de Aragón D.^a Blanca de Nápoles, esposa de Jaime II, era hija del infante D. Pedro de Castilla, el que con su tío el infante don Juan, hijo de Alfonso el Sabio, murió batallando con los moros en la vega de Granada durante la minoridad de Alfonso XI, y el cual era, á su vez, hijo de Sancho IV el Bravo, y de D.^a María de Molina, y hermano, por lo tanto, de Fer-

nando IV el Emplazado. Su madre, D.^a María de Aragón, ya hemos indicado que era hija de Jaime II el Justo, y de doña Blanca de Nápoles.

D.^a Blanca de Castilla casó, como insinuamos en el texto, con D. Juan el Tuerto (1), hijo del infante D. Juan, uno de los hijos de Alfonso X, el que acabamos de decir que pereció luchando contra los moros, y ya hemos insinuado también que el expresado D. Juan el Tuerto murió arteramente asesinado por orden de su sobrino Alfonso XI llamado el Justiciero—esta fué, sin duda, una de sus justicias.—Viuda de este desdichado infante, contrajo D.^a Blanca segundas nupcias con D. Pedro, hijo y sucesor de Alfonso IV, de Portugal; pero más adelante fué sacrificada á las conveniencias de la política internacional de aquellos reyes, la cual ordenaba casar á D. Pedro con D.^a Constanza, hija del Infante D. Juan Manuel, autor del *Conde Lucanor*, y que la infortunada infanta D.^a Blanca fuera devuelta á Castilla, donde, sin duda, desengañada de las vanas pompas de este mundo, que tan pérfido había sido para ella, tomó el velo en el Convento de las Huelgas de Burgos, del cual llegó á ser abadesa, y en el que acabó obscura y piadosamente sus días.

Al hablar de esta princesa, algunos historiadores llamanla Reina de Portugal; mas incurren en un error al denominarla así, pues mal pudo llegar á serlo cuando no lo fueron ni D.^a Constanza, que como acabamos de manifestar, la sucedió..., no nos atrevemos á decir si en el tálamo nupcial (2), ni—á no ser que sea cierta la conseja que le hace reinar después de morir—la célebre D.^a Inés de Castro, con la cual viudo de la hija del infante D. Juan Manuel, casó secretamente el infante portugués, y de cuyo triste fin, cantado por Camoens, se han apoderado el Arte y la Literatura para hacerlo motivo de un sinnúmero de cuadros y poemas de todo género.

(29) Su conversión debió de ser tanto más sincera y radical cuanto que antes de adorar la religión de sus padres, había escrito una apología de la ley judaica. También compuso, según D. Nicolás Antonio, otra obra intitulada *De las tres gracias* (3). La que le atribuye A. J. L. Jourdan, en su *Biographie Medicale*, acerca de la peste, no es de él, sino de un médico del siglo XVII, discípulo del célebre Pedro Miguel de Heredia, llamado verdaderamente Alfonso de Burgos, pues en Abner ya sabemos que este era su sobrenombre.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Examinados por esta Academia los trabajos presentados en opción á los premios y socorros correspondientes al año 1921, se acuerda:

1.º Adjudicar el PREMIO de la Corporación á la Memoria señalada con el lema: *Homo homini lupus*, y el accésit, á la del lema: *La salud es dinero*.

2.º Adjudicar el PREMIO Alvarez Alcalá, sin el título de Académico corresponsal, á la Memoria distinguida con el lema: *Nulla dies sine linea*.

3.º Adjudicar el Premio Martínez Molina, sin el título de Académico corresponsal, á la Memoria con el lema: *No hay*

(1) Con este desgraciado infante sucedía lo que con José Bonaparte: no era falta de vista en ninguno de los dos ojos. Uno dicen que era algo bizco de un ojo y otros que un poco contrahecho, y el apodo con que se le conoce querria decir, en este caso, "torcido".

(2) Suponemos que este matrimonio, como había ocurrido con el de D.^a Constanza Manuel y Alfonso XI y con el de D.^a Leonor de Castilla y el infante D. Jaime de Aragón, hermano mayor de Alfonso IV, que entró en religión renunciando á sus derechos á la corona y á la posesión de la princesa castellana, no llegaría á consumarse.

(3) D. NICOLAO ANTONIO HISPALENSIS, etc., *Bibliotheca hispana vetus*, etc.; liber IX, caput IV.—MATRITI, MDCCLXXXVIII.

órgano de la palabra en el cerebro como su facultad de la palabra en el espíritu.

4.º Adjudicar el PREMIO Röel á la Memoria con el lema *Methercosa*.

5.º Adjudicar el PREMIO Calvo y Martín á D. Miguel Carreras, de Fuentes de Nava (Palencia); y

6.º Adjudicar los dos *Socorros Rubio* á doña Concepción Sánchez y Guinea, viuda de D. Mariano Salvador y Gamboa, y á doña Matilde Escobar y Urefia, viuda de D. Tomás Carvi y Celma.

Lo que se publica para conocimiento de los interesados, que deberán concurrir el domingo, 15 del actual, á las cuatro de la tarde, al local de la Corporación, Arrieta, 10, en que se celebrará la sesión inaugural del año académico, á recibir los mencionados premios y socorros. Los interesados residentes en Madrid los recogerán en persona en el acto de dicha sesión, y los de fuera, bien en persona ó con autorización, en la que el juez municipal de la localidad identifique la firma del agraciado.

Los que por cualquier circunstancia no pudieran retirar las mencionadas recompensas, lo podrán realizar en la oficina de la Corporación, de once á trece.

Madrid, 7 de Enero de 1922.—El secretario, *Angel Pellido*.

Curso abreviado teórico-práctico de Patología del aparato digestivo

PARA MÉDICOS Y ALUMNOS DE MEDICINA

POR LOS DOCTORES

J. GONZÁLEZ CAMPO, T. HERNANDO, R. LUIS Y YAGÜE Y H. RODRÍGUEZ PINILLA

Y cuyas lecciones serán dadas á las siete de la tarde, en el Colegio provincial de Médicos de Madrid (Gran Vía, 6 y 8), desde el 16 de Enero de 1922 al 31 de Marzo.

El curso es gratuito.—La inscripción para asistencia podrá hacerse en la Secretaría del Colegio; al efectuarla se mencionará si es á las secciones teórica y práctica, ó sólo á la teórica.

Enfermedades del estómago.

LECCIÓN 1.ª

González Campo, Enero, lunes 16.—Alteraciones de tono, posición y forma del estómago.—Hipotonía.—Atonía.—Gastroptosis.—Deformidades de causa intrínseca y extrínseca.—Etiología y patogenia.—Síntomas y diagnóstico.—Pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 2.ª

Hernando, miércoles 18.—Trastornos motores: insuficiencia y espasmos óricos.—Pirosis, mericismo, rumiación, vómitos, etc.—Aerofagia.—Insuficiencia pilórica.—Trastornos sensitivos: alteraciones del apetito, hiperestesia gástrica, gastralgia.

LECCIÓN 3.ª

Yagüe, viernes 20.—Alteraciones de secreción.—Concepto de estas alteraciones.—Hiperclorhidria.—Etiología.—Anatomía patológica.—Síntomas y formas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Hipersecreción: sus formas digestiva y continua.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 4.ª

González Campo, martes 24.—Hipoclorhidria y aclorhidria.—Aguilia gástrica.—Etiología, síntomas y variedades.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 5.ª

Hernando, miércoles 25.—Ulceraciones del estómago.—Úlcera gástrica y duodenal.—Etiología.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.

LECCIÓN 6.ª

Hernando, viernes 27.—Úlcera gástrica (continuación).—Complicaciones: perforación, pleuresía purulenta, absceso subfrénico, perigastritis, biloculación, etc.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento médico y quirúrgico de la úlcera y de sus complicaciones.

LECCIÓN 7.ª

González Campo, lunes 30.—Estenosis pilórica.—Sus causas.—Variedades: intrínsecas y extrínsecas.—Medios de

reconocerla.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Dilatación gástrica aguda y crónica.

LECCIÓN 8.ª

Yagüe, Febrero, miércoles 1.—Concepto de las gastritis.—Gastritis aguda, flegmonosa, infecciosa y tóxica.—Gastritis crónica.—Etiología y patogenia.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 9.ª

Yagüe, viernes 3.—Carcinoma del estómago.—Etiología.—Anatomía patológica.—Síntomas.—Diagnóstico y pronóstico.—Tratamiento: médico, quirúrgico y físico.—Úlcero-cáncer.—Otros tumores del estómago.

LECCIÓN 10.

González Campo, lunes 6.—Alteraciones gástricas en las enfermedades de otros órganos.—Hígado y vías biliares, páncreas, intestino, apéndice, pulmones, corazón, riñones, aparato genital, sistema nervioso, etc.

LECCIÓN 11.

Rodríguez Pinilla, miércoles 8.—Papel de la terapéutica hidrológica en la Patología digestiva.—Razones de ser históricas, estadísticas y propiamente médicas.—Posibilidad de una teoría sobre la acción general de las aguas minerales en las enfermedades del tractus digestivo.—Acciones tóxicas de las termas en las gastropatías.—El metabolismo y las aguas minerales.—Crenoterapia de los síndromes gástricos.—Paradojas crenoterápicas (Carlsbad y Vichy, Cestona y Sobrón en síndromes iguales).—Fuentes españolas.—Aguas de mesa y mesas de régimen.

Prácticas (1).

J. González Campo de Cos, Instituto de la Encarnación, Ayala, 59.—Antecedentes patológicos y síntomas subjetivos (interrogatorio).

A. Lara, Instituto Rubio.—Inspección general; palpación y percusión del abdomen en las enfermedades del estómago.

A. Lara, Instituto Rubio.—Cateterismo gástrico: Después de comida de prueba y en ayunas.

S. Carro y González Campo de Cos, Instituto Rubio.—Estudio del líquido de recogido gástrico: Examen macroscópico, químico y microscópico.

Gutiérrez Arrese y Rodríguez Mata (junr.), Facultad de Medicina.—Investigación de los fermentos digestivos. Químico-física del jugo gástrico.

S. Carro y González Campo de Cos, Instituto Rubio.—Exploraciones radioscópica y radiológica del estómago normal y del patológico.

Enfermedades de los intestinos.

LECCIÓN 12.

Hernando, viernes 10.—Síntomas generales: Diarrea: Concepto.—Variedades.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 13.

Yagüe, lunes 13.—Síntomas generales (continuación).—Estreñimiento.—Concepto.—Variedades.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 14.

Yagüe, miércoles 15.—Enteritis agudas y crónicas.—Etiología y patogenia.—Síntomas.—Formas clínicas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 15.

Hernando, viernes 17.—Enteritis mucomembranosa.—Concepto.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 16.

González Campo, lunes 20.—Apendicitis aguda.—Etiología y patogenia.—Anatomía patológica.—Síntomas.—Variedades: por intensidad de síntomas; por situación del apéndice.—Complicaciones.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento: preventivo ó profiláctico y curativo.—Diverticulitis.

LECCIÓN 17.

González Campo, miércoles 22.—Apendicitis crónicas.—Concepto.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y trata-

(1) Los días de las prácticas se anunciarán al dar las lecciones.

miento.—Ulceras del intestino (con exclusión de la duodenal). Yeyunal.—Simple del colon.—Otras ulceraciones.

LECCIÓN 18.

Hernando, viernes 24.—Estenosis intestinales.—Etiología.—Variedades.—Síntomas.—Diagnóstico: ¿existe?; asiento; naturaleza; número.—Curso.—Pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 19.

Yagüe, Marzo, viernes 3.—Cáncer intestinal. Etiología.—Patogenia.—Variedades.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 20.

González Campo, lunes 6.—Dispepsias intestinales.—Etiología.—Patogenia.—Variedades.—Síntomas.—Diagnóstico: ¿existe?; localización; causa.—Pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 21.

Rodríguez Pinilla, miércoles 8.—Crenoterapia en las enteropatías agudas.—Idem en las crónicas.—Síndromes susceptibles de este tratamiento.—Acciones de contacto y acciones reflejas.—Interés de los procedimientos hidroterápicos en las enteropatías y hepatopatías.—Fuerte mineralización y débil mineralización.—Los coadyuvantes.—Crenoterapia parentérica.—Manantiales recomendables.

Prácticas (1).

A. Lara, Instituto Rubio.—De interrogatorio y de la inspección del abdomen en las enfermedades de los intestinos.

S. Carro, Instituto Rubio.—De percusión y de palpación.

S. Carro, Sala y G. Campos, Instituto Rubio y Facultad de Medicina.—De radioscopia y radiología de los intestinos.

Dr. Oliver, Facultad de Medicina.—Cateterismo duodenal.

J. Luis Yagüe, en el Instituto Rubio.—Exploración de sangre en las heces (hemorragias ocultas).

J. Luis Yagüe, en el Instituto Rubio.—Iniciación coprológica; reacciones fundamentales.

Gutiérrez Arrese y R. Mata (junr.), Facultad de Medicina.—Esquemas de tipos coprológicos: afecciones intestinales.

Gutiérrez Arrese y Oliver, Facultad de Medicina.—Esquemas coprológicos y afecciones hepáticas.

Gutiérrez Arrese y R. Mata (junr.), Facultad de Medicina.—Esquemas coprológicos: afecciones pancreáticas.

J. González Tomás, Instituto Rubio.—Orina y afecciones intestinales.

Oliver y R. Mata (junr.), Facultad de Medicina.—Rectosigmoidoscopia.

Enfermedades del hígado.

LECCIÓN 22.

Hernando, viernes 10.—Ictericias.—Concepto.—División.—Ictericias por éxtasis biliar.—Causas.—Patogenia.—Síntomas.—Formas clínicas.—Tratamiento.

LECCIÓN 23.

Hernando, lunes 13.—Ictericias sin éxtasis biliar ó dinámicas.—Concepto.—Patogenia.—Formas clínicas.—Tratamiento.

LECCIÓN 24.

González Campo, miércoles 15.—Litiasis biliar.—Etiología.—Patogenia.—Cólico hepático.—Sus formas.

LECCIÓN 25.

González Campo, viernes 17.—Complicaciones de la litiasis biliar.—Tratamiento de la litiasis, del cólico y de sus complicaciones.

LECCIÓN 26.

Yagüe, lunes 20.—Cirrosis.—Concepto.—Clasificación.—Cirrosis biliares.—Etiología.—Patogenia.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 27.

Yagüe, miércoles 22.—Cirrosis de Laennec y otras formas.—Etiología.—Patogenia.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 28.

Hernando, viernes 24.—Quistes y abscesos del hígado.

(1) Los días de las prácticas se anunciarán al dar las lecciones.

—Etiología.—Patogenia.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 29.

Yagüe, lunes 27.—Tumores del hígado.—Etiología.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

LECCIÓN 30.

González Campo, martes 28.—Sífilis.—Tuberculosis y degeneraciones del hígado.—Enfermedades de los vasos del hígado.

LECCIÓN 31.

Rodríguez Pinilla, miércoles 29.—Hepatopatías protopáticas y deuteropáticas.—Crenoterapia de los llamados trastornos funcionales.—El moderno concepto de las ictericias afirma la eficacia de los tratamientos generales.—Crenoterapia en las cirrosis.—Idem de la litiasis biliar.—Hepatopatías cardíacas.—Contraindicaciones de la crenoterapia en las enfermedades de las vías digestivas.

Prácticas (1).

A. Lara, Instituto Rubio.—Interrogatorio.—Exploración física del hígado y bazo.

Gutiérrez Arrese, Facultad de Medicina.—Pigmentos y sales biliares en la orina y heces fecales.

Oliver y Gutiérrez Arrese, Facultad de Medicina.—Pigmentos, sales biliares y colessterina en la sangre.

Gutiérrez Arrese y R. Mata, Facultad de Medicina.—Coagulabilidad de la sangre.—Examen de los glóbulos rojos.—Resistencia globular.—Fórmula leucocitaria.—Reacción de fijación del complemento.

Oliver, Facultad de Medicina.—Prueba de insuficiencia hepática.

R. Mata, Facultad de Medicina.—De haber enfermo con ascitis: punción; reacciones del líquido extraído.

Gutiérrez Arrese, Oliver y R. Mata, Facultad de Medicina.—Metabolimetría en los enfermos de aparato digestivo.

Enfermedades del páncreas.

LECCIÓN 32.

Hernando, jueves 30.—Bases diagnósticas.—Síntomas pancreáticos: físicos; funcionales.—Síndromes pancreáticos comunes.

LECCIÓN 33.

Yagüe, viernes 31.—Esquemas nosoterápicos.—Pancreatitis agudas y crónicas.—Quistes y tumores sólidos.—Etiología y patogenia.—Síntomas.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 717,6; ídem mínima, 703,8; temperatura máxima, 14,1; ídem mínima, 0,7; vientos dominantes, NE. ONO.

Continúan presentándose en excesivo número los catarrros agudos de las vías respiratorias, aunque las bronquitis intensas, las bronconeumonías y las pleuroneumonías no sean tan frecuentes como en épocas análogas de otros años. La mortalidad, sin embargo, ha aumentado á causa de las complicaciones de los padecimientos crónicos de los aparatos respiratorio y circulatorio.

En los niños son muy frecuentes los catarrros tráqueo-bronquiales.

Crónicas.

La salud pública en provincias.—En Zaragoza la epidemia de viruela disminuye considerablemente hasta el punto de que en las últimas noticias recibidas se manifiesta la creencia de que en escaso número de días se pueda declarar á la ciudad libre de todo el mal.

La energía empleada por las autoridades ha surtido su efecto, y el día 6 del corriente, según los datos oficiales, estaba revacunado un 85 por 100 del censo de población.

Relacionada también con Zaragoza está la noticia que leemos en algunos diarios de que á dos farmacias de aquella capital se les ha puesto una multa de 500 pesetas por des-

(1) Los días de las prácticas se anunciarán al dar las lecciones.

pachar cocaína sin receta de médico. Esto ha agradado á la opinión no sólo zaragozana, excepción hecha, claro está, de los faro acéticos en cuestión.

En Valencia, el gobernador civil ha reunido el sábado día 7, á todas las autoridades sanitarias de Valencia, para adoptar medidas en defensa de la higiene y de la salubridad de las viviendas. El Sr. Calvo Sotelo se propone realizar una campaña muy enérgica en este sentido.

La brigada sanitaria de Barcelona.—Acercas de la reunión de alcaldes de cabeza de partido de la provincia de Barcelona para tratar de la creación de la brigada Sanitaria provincial, se ha facilitado en la Diputación provincial la siguiente nota oficiosa:

«Previa convocatoria del gobernador civil, se reunieron el presidente de la Diputación y los alcaldes de cabeza de partido de la provincia para tratar de las brigadas que ha de dirigir el señor inspector provincial de Sanidad y que han de pagar los Ayuntamientos mediante un tanto por ciento de su presupuesto de ingresos.

El presidente de la Diputación hizo presente su disconformidad con lo que iba á hacerse, fundándose en que los Ayuntamientos de Cataluña ya tienen servicios sanitarios y en que la Mancomunidad tiene establecidas importantes instituciones de dicha índole que va cada día ampliando y perfeccionando, obligando á las corporaciones locales á reforzar sus gastos, y anunció que la Mancomunidad de Cataluña se ha dirigido al Gobierno solicitando que en Cataluña no se apliquen dichas Reales órdenes.

El teniente de alcalde Sr. Plajot, en nombre del Ayuntamiento, dijo que éste había acordado oponerse á las Reales órdenes citadas, ya que el Ayuntamiento dispone por su cuenta de servicios sanitarios y no necesita de nuevos servicios y no está dispuesto á contribuir á ellos.

En igual sentido se expresaron los alcaldes de Sabadell y Rubí.

Defendió las Reales órdenes el jefe provincial de Sanidad, Dr. Trallero »

Donativos al Colegio del Príncipe de Asturias.— Los últimos recibidos á nombre del presidente del Patronato son los siguientes:

Hijas del Dr. D. José María Rosell, de Barcelona, sus ahorros para sus amiguitas del Colegio con destino á la fiesta de Reyes, 150 pesetas.

Carmen, Gregorio y Belen Marañón, de nueve, siete y seis años respectivamente, con el mismo fin, 25 pesetas.

D. Ildefonso Cano Rubio, de Navas de San Juan, 5 pesetas con el mismo objeto.

También el médico D. Teodoro Rojo, de Quemada, ha dejado sus beneficios por traducciones durante los últimos meses y oportunamente daremos cuenta de á lo que asciende esta cantidad. De otros donativos recibidos en la tesorería daremos también detalles de ellos al publicar las cuentas después de la Junta del Patronato que se celebrará el próximo jueves 19, á las siete de la tarde.

La Mutualidad Obrera.—Abre un concurso para cubrir dos plazas de cirujano, con carácter de supernumerarios; una de cirujano operador y otra de cirujano de zona.

Este concurso queda abierto desde el 8 de Enero de 1922 hasta el día 22 del corriente, que se cerrará. Las solicitudes se dirigirán á nombre del gerente de la Mutualidad Obrera, Eduardo Alvarez, á la calle de Eloy Gonzalo, núm. 18, todos los días, de diez de la mañana á siete de la tarde.

Consultas gratuitas—Resumen de los servicios prestados por el Gabinete médico de socorro del barrio de Salamanca durante el mes de Diciembre último:

En consulta pública, 218; á domicilio y en el Gabinete, 158; enfermedades de los niños, 86; ídem de garganta, nariz y oídos, 95; ídem de piel, venéreo y sífilis, 127; ídem de corazón y pulmón, 73; ídem de estómago é intestinos, 80; ídem de matriz y embarazo, 91; ídem de los ojos, 51; ídem de cirugía general, 76; ídem de boca y dientes, 95; casos judiciales, 5; vacunados, 11; enfermedades nerviosas, 30; ídem de vías urinarias, 62. Total, 1.258.

Curso sobre Bacteriología, Inmunodiagnos y Vacunas—Desde el día 19 de Enero al 6 de Marzo de 1922, dará el Dr. Calvin 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.

La llamada ENCEFALITIS LETARGICA, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan muy pocos ejemplares de esta monografía. Pedidos á la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

Virosan Ser. no.—Al presente número acompañamos un prospecto del Instituto Nacional Médico Farmacológico, de Roma (representante en España: Luis Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona), cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



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

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, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT - Leura 74 BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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