

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 FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA	A. FERNÁNDEZ	G. RODRÍGUEZ LAFORA
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. BLANC Y FORTACIN	A. GARCÍA TAPIA	J. SANCHIS BANÚS
Del Hospital de la Princesa.	Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
L. CARDENAL	F. GONZÁLEZ AGUILAR	J. SARABIA PARDO
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	Director-Médico del Instituto Corvantes.	Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVÍ	J. GOYANES	F. TELLO
Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	Cirujano del Hospital General de Madrid.	Director del Instituto Alfonso XIII
V. CORTEZO	B. HERNÁNDEZ BRIZ	L. URRUTIA
Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
L. ELIZAGARAY	T. HERNÁNDEZ	R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Del Hospital General de Madrid.	Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	Del Hospital General.
A. ESPINA Y CAPO	F. LOPEZ PRIETO	
Académico de la Real de Medicina.	Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Fisiopatología diagnóstica de las hernias diafragmáticas con motivo de dos casos clínicos de eventración diafragmática izquierda, por el Dr. José Codina Castellví.—Las inyecciones de leche de cabra en los procesos crónicos intestinales de la primera infancia, por José Díaz Rodríguez.—Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por los agentes naturales, por Ramón Villegas.—El riñón y las glucosurias, por Justo Caballero y Fernández.—Saneamiento é higienización de España, por el Dr. Luis Muñoz Antuñano.—**Periódicos médicos.**—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Dos Asambleas.—Política de higiene, por el Dr. Francisco Rico Belestá.—Universidad Central.—**Sociedades científicas:** Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sociedad Española de Higiene.—Colegio de huérfanos.—**Sección oficial:** Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Fisiopatología diagnóstica de las hernias diafragmáticas con motivo de dos casos clínicos de eventración diafragmática izquierda

POR EL

DR. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Profesor de número, por oposición, del Hospital General, académico de la Real de Medicina, etc., etc.

Tenía sobrada razón mi ilustre y querido amigo el Dr. Urrutia (1), de San Sebastián, cuando se lamentaba en un interesante y bien documentado artículo, en que pone una vez más de relieve sus grandes dotes de experto clínico y hábil cirujano, de que la bibliografía española acerca de la hernia diafragmática está todavía, como quien dice, por comenzar, y añadía para justificar su aserto, que sólo conocía el caso de Beguiristain (2) y el de Gil Casares (3).

Seguramente que su lamentación, estimada por mí en lo mucho que merece ser atendida, por la base de justificación que tiene y por el concepto patriótico que encierra, ha sido la principal causa que me ha impulsado á coger la pluma para que no continuaran inéditos, en mis archivos de historias clínicas, los dos casos

de hernia diafragmática supuesta que he tenido ocasión de observar en mi consulta particular en 1914 y en 1916, cuyos datos de exploración me servirán de base clínica para el presente trabajo. De otro modo, de no haber sentido el estímulo patriótico de aquella lamentación tan justificada, de seguro que hubiera dado la preferencia á otros trabajos de mi especialidad y hubiera quedado relegado para otra ocasión posterior el estudio de estos dos casos á que acabo de referirme.

Comienza su excelente artículo el Dr. Urrutia sentando esta afirmación categórica: «La hernia diafragmática es siempre una curiosidad quirúrgica», la cual me atrevo yo á ampliar con el mismo absolutismo afirmativo, añadiéndole: *y un hallazgo inesperado médico.* En efecto: en los dos casos, tanto por los motivos que guiaron á mi clínica á dichos enfermos, como por todo cuanto me refirieron en el interrogatorio, lo que más lejos tenía yo del pensamiento era la posibilidad de encontrar una hernia diafragmática, hasta que la primera exploración me la hizo sospechar.

Dada la rareza de las hernias diafragmáticas espontáneas ó no traumáticas, sólo me explico haber tenido ocasión de observar dos casos en el curso de dos años, aunque de todos modos no había visto ninguno antes ni los he vuelto á ver después, porque estos enfermos, del mismo modo que se pueden dirigir al especialista del aparato digestivo para corregir sus molestias gástricas, acuden otras veces al especialista de las enfer-

(1) URRUTIA: *Hernia diafragmática del estómago.* Archivos de enfermedades del aparato digestivo, 1917.

(2) BEGUIRISTAIN: Comunicaciones á la Academia Médico Quirúrgica de Guipúzcoa, sesiones de 10 de Marzo y 22 de Diciembre de 1917.

(3) GIL CASARES: EL SIGLO MEDICO, 24 de Marzo de 1917.

fermedades del pecho, con objeto de tratar sus trastornos cadorrespiratorios, y, en efecto, los dos enfermos acudieron á mi clínica por creer que padecían del aparato respiratorio. He aquí los principales datos de sus historias respectivas:

M. T. P., señora de treinta y tres años, casada, muy bien nutrida, sin hijos y procedente de una provincia andaluza. Cuenta entre sus antecedentes un tío tuberculoso, y ella ha padecido el sarampión, la coqueluche, dudosos el paludismo y el reumatismo y una pulmonía, no recuerda de qué lado. Ella y su marido, después de casada, han dado reacción Wassermann positiva, y, cuando estuvo en mi consulta, hacía ocho días que la habían puesto una inyección de salvarsán.

La señora había gozado siempre buena salud, y sólo se consideraba enferma desde un año antes, en que comenzó á adelgazar y á tener ligera fiebre por las tardes, fenómenos que la alarmaron en el sentido de poderse tratar de una tuberculosis y que motivaron su traslado á Madrid y su presencia en mi consulta. Dejando aparte toda una compleja y variada sintomatología que no tiene ninguna relación con el motivo de estas líneas, merece ser consignado que la enferma casi siempre había conservado, como conservaba entonces, buen apetito y nunca se había quejado de molestias gástricas ni intestinales; deposición diaria, normal y espontánea. Casi no tenía tos ni expectoración; pero se fatigaba algo subiendo cuevas ó escaleras; tenía dolores vagos y variables por el pecho, pero de un modo más permanente en el lado izquierdo; opresión sin palpitaciones, y prefería el decúbito derecho porque, acostada sobre el izquierdo, se fatigaba.

La exploración dió el siguiente resultado: Punta del corazón, apenas perceptible, en 5.º espacio intercostal, línea mamilar; no fué posible fijar el límite izquierdo del área cardíaca por el volumen y dureza de la mama; la auscultación revelaba ligeramente reforzado el 2.º tiempo aórtico. El hemitórax derecho estaba normal, excepto un soplo espiratorio, sin estertores, en plano anterior y axilar. En todo el hemitórax izquierdo la percusión era normal, excepto en un segmento de la región infraescapular que comenzaba en el ángulo inferior del omoplato y seguía horizontalmente hasta la línea axilar posterior ó media, límite que variaba en el curso de una misma exploración y en una misma posición, y desde dicho ángulo y esta línea axilar bajaba verticalmente, formando dichas líneas ese segmento en que la percusión era limpia y claramente timpánica, como si se tratara de un pneumotórax parcial ó como si detrás de la pared costal hubiese una viscera hueca como el estómago ó el intestino. Los límites de esta zona timpánica varían con la posición, pero en muy pequeña escala y sin moverse de la base del tórax. El murmullo vesicular estaba disminuído en todo este hemitórax, con algunos estertores mucosos y aumento de vibraciones en región infraclavicular y con algún roce en región interescapular; en las regiones infraescapular y axilar, comprendiendo la zona timpánica, apenas se oye muy lejano el murmullo, no hay soplos ni estertores y han desaparecido la resonancia de la voz y las vibraciones to-

rácicas; en ninguna de las veces que se auscultó se pudo notar retintín metálico; sólo alguna vez sonidos gástricos ó intestinales de indudable garantía acerca de su origen. La dilatación de las costillas falsas y la expansión diafragmática, aunque no con gran diferencia, era mayor en el lado derecho que en el izquierdo, y la referida región infraescapular izquierda, de aspecto totalmente normal, era algo dolorosa espontáneamente y á la presión.

Intrigado por el inesperado hallazgo de estos fenómenos que descubrió la exploración y que se hallaban total y absolutamente desligados de los problemas clínicos que la enferma y su marido vinieron á plantearme, conseguí que se prestara á hacerse una radiografía, y al año siguiente, cuando volvió á mi consulta, permitió que la examinara radioscópicamente, antes y después de la administración de una sopa compuesta de medio litro de leche con sémola y 100 gramos de sulfato de bario purísimo, después de haberse purgado la noche antes. Todas las investigaciones se practicaron en casa de los reputados radiólogos Dres. Ratera.

En la radiografía que se hizo el primer año (fig. 1.^a) se ve claramente una línea curva (A), que iniciándose por detrás de la sombra periférica del área izquierda

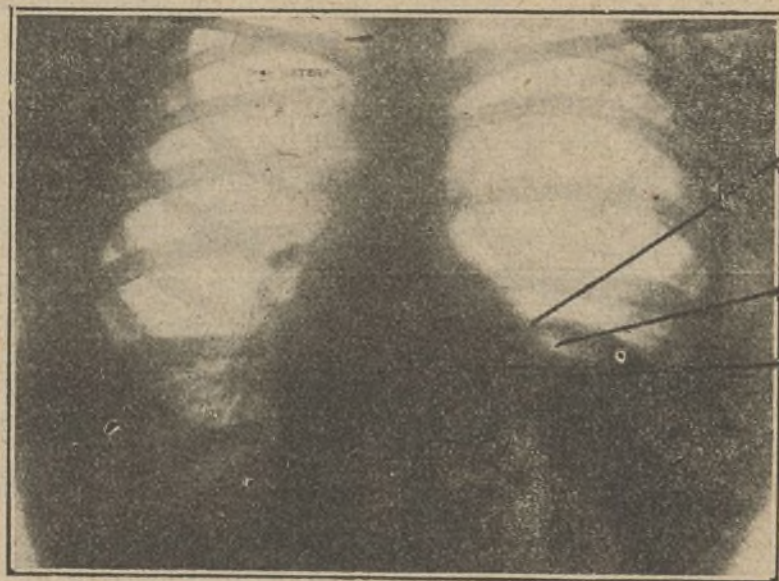
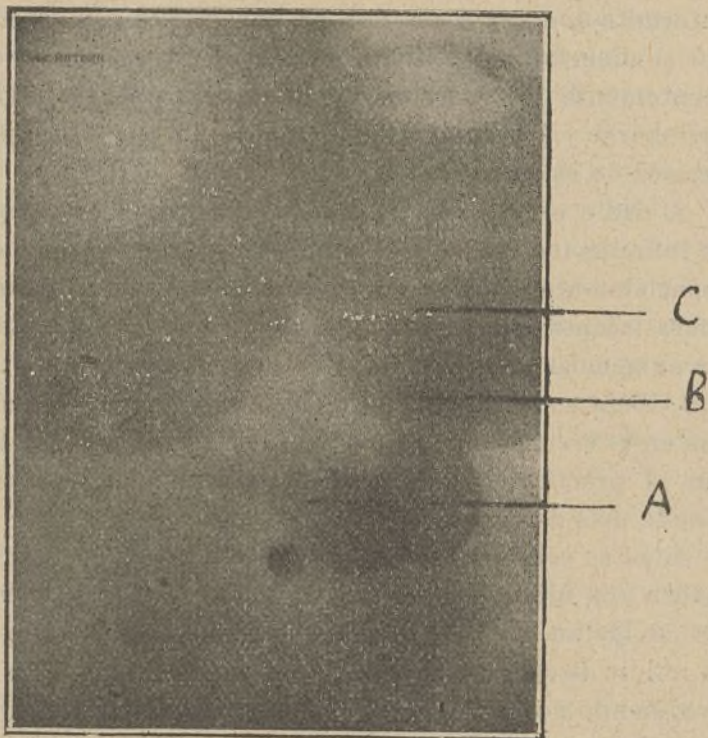


Fig. 1.^a

del corazón, al nivel de su aurícula, en mitad del 4.º espacio intercostal, sigue ligeramente hacia arriba para descender oblicuamente al llegar á la línea mamilar y perderse en esta dirección por debajo de dicho 4.º espacio intercostal; es decir, se trata de una línea de convexidad superior, perfectamente curva, sin sinuosidades ni repliegues y con una limpieza de trazo de las más puras. Esta línea tiene, inmediatamente por debajo de su concavidad, una zona clara (B) á través de la cual se transparenta la 5.^a costilla, y por debajo de ésta (C), la línea superior de la opacidad completa, situada en un nivel mucho más alto que la línea diafragmática del hemitórax derecho.

Examinada radioscópicamente la enferma al año siguiente, nos encontramos con una fiel y viva imagen de lo que nos enseñó la radiografía. Con la pantalla pudimos ver que por encima de la opacidad izquierda había una colección clara de bordes muy bien limita-

dos, que llegaban por su polo superior al 4.º espacio intercostal, de forma ovalada, que ascendía en el acto de la inspiración y que recibía rítmicamente los latidos de la contracción cardíaca. Como complemento exploratorio, se practicó la radiografía de la región, después de haber tomado la sopa de bario (fig. 2.^a). En esta radiografía se ve claramente un estómago, cuyo extremo inferior y región pilórica llega hasta el lado izquierdo del ombligo (A), donde hay una sombra más

Fig. 2.^a

densa, la cual se va aclarando á medida que se asciende hasta que el espesor y dureza de la mama la ennegrece de nuevo (B), para volverse á aclarar después hasta el polo superior, donde aún se notan los bordes laterales de la sombra vertical del estómago y la cúpula terminal en pleno tórax (C).

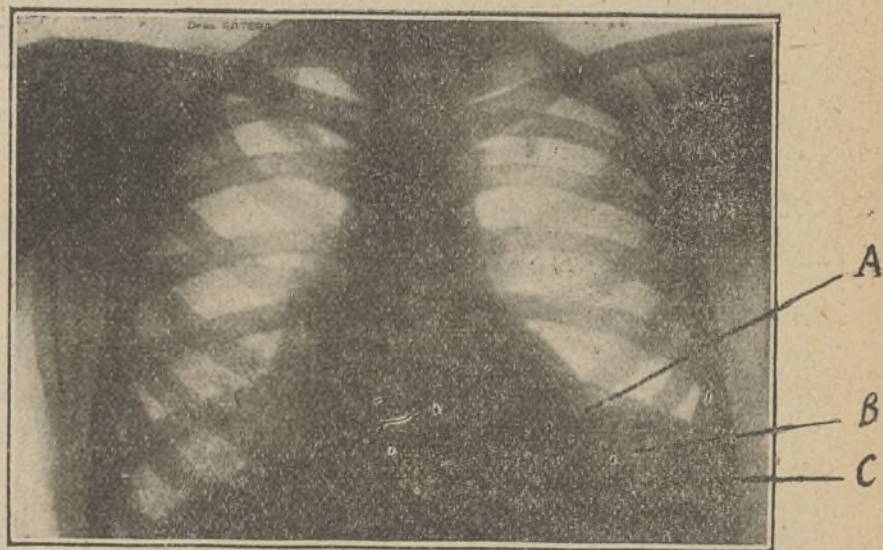
En el otro caso se trataba de D. C. M., hombre de treinta años, casado, natural de Madrid, de buen aspecto, pero que tenía entre sus antecedentes familiares, el padre con un padecimiento broncopulmonar crónico, y una hermana, soltera, con un mioma uterino y grandes trastornos endocrinos, entre los que predominaban los de tipo tirocapsular. Él había padecido venéreo, una cistitis, la gripe, nueve años antes una pleuresía derecha, al año siguiente la fiebre tifoidea, y hace cinco años, después de la impresión consiguiente al ver que su automóvil mató á una persona, ataques histeroepilépticos de variable duración, con pérdida de conocimiento y de variable intensidad; el último le tuvo seis meses antes de mi primera exploración.

El enfermo se quejaba de catarros frecuentes y de que á temporadas, desde que tuvo aquella impresión, ó sea desde cinco años antes, tenía unos ataques de disnea que, según la expresión gráfica del enfermo, no le permitían hacer penetrar el aire en lado derecho; estos ataques terminaban siempre á los pocos minutos después de una serie de bostezos. El enfermo tenía poca tos y expectoración fácil y mucosa; era fumador; se fatigaba algo subiendo cuestras; prefiere decúbito supino; duerme bien; poco apetito; ardor gástrico des-

pues de las comidas; deposición diaria normal, excepto cuando toma leche que se queda muy estreñido; dolores de riñones sin polaquiuria ni albúmina, ni glucosa en la orina; dolores de cabeza en la región de la nuca y le parece que ha perdido algo la memoria.

La exploración no encontró nada que merezca mencionarle en el sistema nervioso, aparato digestivo y aparato urinario. El área maciza del corazón estaba ligeramente desviada hacia la derecha sin estar aumentada, con punta en 5.º espacio por dentro de la línea mamilar; los ruidos estaban apagados; no había soplos ni otros fenómenos. La percusión del aparato respiratorio era normal, menos en región infraescapular izquierda en que era mucho más obscura y de repente daba un sonido timpánico al llegar á la región axilar, que se extendía hasta la axilar anterior y terminaba en línea mamaria externa y cuyo límite superior se hallaba en el 4.º espacio intercostal ó en la 5.ª costilla. La auscultación descubría una disminución muy marcada de murmullo en ambos pulmones, pero en las inspiraciones forzadas se notaba claramente la entrada del aire en todas partes menos en las regiones infraescapular, axilar y mamaria externa, antes mencionadas, en las cuales, coincidiendo con aquellos caracteres de la percusión, no se oía nada, el murmullo ni ningún ruido, ni soplos, ni roces, ni estertores, ni la resonancia de la voz, y habían desaparecido las vibraciones torácicas; sólo de vez en cuando se oían evidentes ruidos gastro-intestinales.

La radiografía que se obtuvo por los Dres. Ratera (fig. 3.^a) parece calcada sobre la de la enferma anterior, con las únicas diferencias, y con ello evito una descripción repetida, de que el área cardíaca está algo más

Fig. 3.^a

desviada á la derecha del esternón; de que la línea del límite superior de la cúpula no llega á un nivel tan alto, pues apenas traspasa la 5.ª costilla; y de que el conjunto ovalado está situado más cerca de la región axilar, es decir, del plano externo del cuerpo, como ya lo hacía presumir la percusión. Pero, tanto en la una como en la otra, se ven la línea A, polo superior de la bolsa, la zona clara B y la línea C de la opacidad abdominal.

A este enfermo también le examinamos radioscópi-

camente y, en el acto del examen, le hicimos tomar una mezcla gaseosa, por no prestarse á tomar la sopa de bario, y pudimos ver con toda claridad cómo aumentaba y ascendía la zona clara B; en este caso, á pesar de todo nuestro esfuerzo y buen propósito, no podemos asegurar que era evidente la *respiración paradójica*, es decir, que ascendiera de un modo bien manifiesto la cámara de aire cuando descendía el hemidiafragma derecho en el acto de la inspiración.

Tales son, en síntesis, los datos recogidos en estos dos enfermos, los cuales, en unión de los aportados por otros autores, invitan á la revisión crítica del diagnóstico de hernia diafragmática é inclinan al estudio de su fisiología patológica.

Basta comparar la radiografía de estos dos enfermos con la radiografía torácica de una persona que no padezca ningún proceso diafragmático, como la de la fig. 4.^a, para que no se dude ni un instante acerca de que el diagnóstico, en los dos casos, es el de eventración diafragmática y aún se puede añadir del estómago por

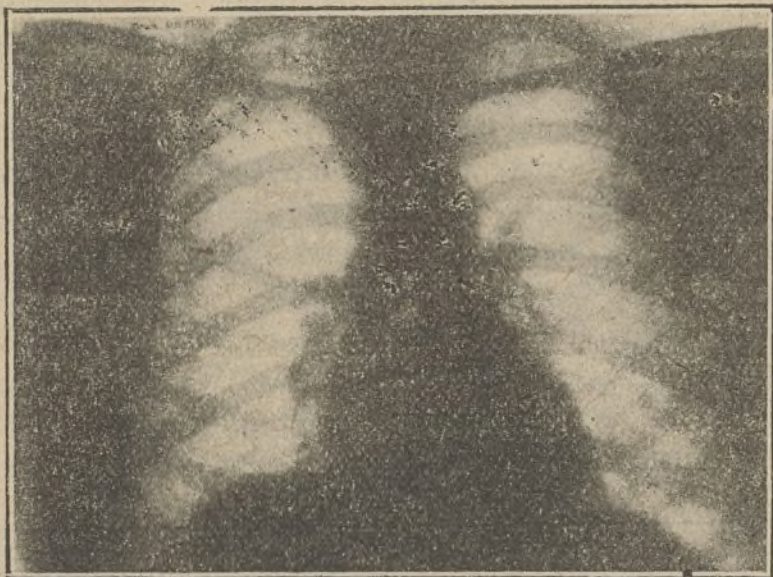


Fig. 4.^a

el resultado inmediato obtenido con la sopa de bario, en el uno, y con la mezcla gaseosa, en el otro.

Pero el problema, desde el punto de vista diagnóstico y de la fisiología patológica, no debe quedar reducido á tan estrechos límites, por la poderosa razón de que ni en todas partes donde hay enfermos, existen rayos X para aplicarles con fines diagnósticos, ni todos los enfermos se prestan á esta exploración, ni siquiera todas las imágenes radiográficas son siempre, en su significación, inequívocas y expresivas. Por estas razones, lo primero que se ha de resolver es si se puede llegar al verdadero diagnóstico con los datos revelados por la exploración clínica, sin ayuda de la prueba radiológica, y, en segundo lugar, cuáles son los datos radiológicos que con más seguridad pueden fortalecer ó desvirtuar el referido diagnóstico.

(Se continuará.)

Las inyecciones de leche de cabra en los procesos crónicos intestinales de la primera infancia

POR

JOSÉ DÍAZ RODRÍGUEZ,

Capitán Médico de Sanidad Militar.

Como aporte á los éxitos de esta terapéutica y en mi deseo tan solo de que sea conocida la historia patológica de la enfermita que voy á reseñar, es por lo que esto escribo, y por si además puede influir en algo para esclarecer convenientemente los casos en que debe aplicarse y contribuir á corroborar y á afirmar decididamente los pasos lentos y perezosos de esta medicación inocua.

A nadie se pueden ocultar los tan variados matices que en infinitas formas se presentan en los procesos patológicos, especialmente los del tramo gastroentérico, y más aún en la época infantil en que todo es neoformación y adaptación á las exigencias en crescendo del organismo en plena actividad. Nada podré añadir á las clásicas y actuales descripciones en el esclarecimiento de las causas oscuras que inquietan al práctico y al especialista, al tratar de explicarlas y mucho más de curarlas.

Bien se echa de ver que múltiples causas que atañen á la madre y al niño en su relación con el mundo exterior perturban fácilmente el fisiologismo digestivo de éste y que han de influir directa ó indirectamente en el metabolismo nutritivo, siendo por ello, en más de una ocasión, difícilísimo desentrañar la etiología de determinados estados morbosos.

Sabemos que el lactante como organismo en evolución, tiene viveza de reacciones para determinadas funciones, que, sin embargo, nunca alcanzan la perfección y el estado dinámico del adulto. Si nos referimos á sus funciones digestivas que después de todo abarcan ó, por lo menos, ocupan la casi totalidad patológica del niño de pecho, aun cuando no han llegado á su óptimo desarrollo orgánico-funcional, están, sin embargo, adaptadas á sus necesidades y siguiendo un curso paralelo á la biológica complejidad en crescendo nutritivo del alimento fundamental—la leche por una parte—y al desarrollo del niño por otra; formando así un todo armónico que se complementa mutuamente, y que exige una serie de procesos metabólicos, cuya resultante será la progresiva marcha del niño desde sus primeros estadios postfetales hasta la edad adulta, término y fin de las reacciones asimilatrices neoformativas fisiológicas, tal mutabilidad en el desarrollo corporal y funcional tiene necesariamente que traer como consecuencia aptitud para germinar lo morbozo, que siempre se instala en donde surge un desequilibrio de funciones, porque encuentra condiciones de menor resistencia, condiciones abonadas para su desarrollo.

Así, pues, no es de extrañar, dada la delicadeza del organismo infantil en sus primeras edades, que enferme de su aparato digestivo á la menor influencia nociva, que proceda, ya del exterior, ya del seno materno, ya que en tales casos se desequilibran los factores—basamentos de la salud—y la enfermedad hace su entrada triunfal. Y no es de extrañar tampoco, que si no se pone el debido cuidado en corregir tal desequilibrio, la vitalidad infantil sufra quebranto en su pujanza y pronto se deslice veloz por la pendiente de lo horrendo y macabro, extinguiéndose en plena y vivísima actividad una luz radiante fuente de vida.

Concretándonos al caso objeto de estas líneas, empezaré por trazar en bosquejo el cuadro patológico de la enfermita J. A. C., de cuarenta y cinco meses de edad, para cuya

asistencia fui llamado el 8 de Septiembre del pasado año. Preguntando á sus padres acerca de los orígenes de su enfermedad, me dijeron que se remontaba á sus primeros meses de lactancia; la madre, delicada de salud, no pudo amamantarla sino durante tres meses tan sólo; trayendo después á una nodriza que sólo durante quince días dió el pecho á la criatura, y el resto de la lactancia, biberones de difentes leches de cabra, mal reglados, dados intempestivamente y de cualquier modo. Durante el calvario recorrido en la época de la lactancia y debido á las transgresiones de régimen en la época del destete, fué incubándose poco á poco un proceso crónico intestinal, una gastrcenteritis, que en el momento de mi primera visita se reducía á: timpanismo exagerado; borborigmos y dolores á la presión por todo el vientre, en especial en ambas fosas ilíacas; la piel y mucosas, en general, eran pálidas, haciendo la impresión del hábito linfático ya que además sus tegumentos eran blandos, exangües, fofos, denotando pobre vitalidad; honda tristeza se dibujaba en el semblante; brillo en la mirada; cabellera lacia; lengua saburrosa; vientre muy abultado; cinco, seis y aun ocho y nueve deposiciones diarreicas todos los días, especialmente por las mañanas; las heces eran poco coloreadas, de olor desagradable, infecto, líquidas, con grumos amarillentos y blanquecinos, con restos de comida sin digerir, había expulsión de membranas, moldes de intestino y glerosidades, como clara de huevo revuelta con productos negruzcos pútridos; no había vómitos, sólo rarísima vez, no tenía apetito alguno y sí tenía mucha sed.

Siempre asistida por médicos, desde los comienzos de su enfermedad que remonaba desde el segundo mes de edad, y en cuyas prescripciones intervinieron toda la serie de desinfectantes y anexosmóticos intestinales, irrigaciones astringentes y antisépticas, pródigas y repetidas, así como tónicos, baños de sol, etc. En tales condiciones, la madre, amargada al ver á su hija con esta diarrea rebelde, pertinaz, á todos estos medios terapéuticos, había ya perdido toda esperanza de liberación y muy poca ó ninguna fe podía tener en otro médico más; y yo, por mi parte, ya me veía recorrer y terminar la ruta de mis otros compañeros con igual éxito, pero, claro está, con un hilillo de esperanza para lo porvenir ignoto.

Prescribí de primera intención, y dado el escaso apetito y repugnancia á todo alimento (especialmente á la leche), una tintura á base de nuez vómica, colombo y genciana en gotas, antes de las principales comidas, y también agua de cal, como antiácido y desinfectante á la vez; ordené bebiese abundantemente líquidos, especialmente agua de arroz, frescamente preparada; y como alimento: yemas de huevo, carne asada ligeramente á la parrilla, carne líquida, pescados blancos, sopas y purés. Prohibí en absoluto toda irrigación intestinal, pues creí que los dolores de vientre, y buena parte del complejo sindrómico provenían de las frecuentes y repetidas enteroclisias, propinadas indebidamente y quizá de un modo desastroso por la familia durante meses y meses varias veces al día.

El día 2 de Octubre hice mi acostumbrada visita: tenía más apetito, las deposiciones que al día siguiente de mi medicación se hicieron formes, y tan sólo una en número en las veinticuatro horas, volvieron pronto á su aspecto de antes; por lo que además prescribí: talco, 80 gramos, en dos veces al día, que la niña rehusó y que hubo que suspender.

Sin variar la medicación y dadas con regularidad las comidas, la niña acusaba, á pesar de todo, poca ó ninguna mejoría. Fué entonces, cuando el día 9 de Octubre inyecté bajo la pared del vientre $\frac{1}{2}$ c. c. de leche de cabra, hervida en la casa; el día 12, 1 c. c.; día 15, 2 c. c., y día 18, 4 c. c., sin

mostrar reacción febril en ninguna de las inyecciones seriadas.

A partir de entonces y sin otra medicación, el estado de la enfermita fué paulatinamente mejorando, hasta la fecha en que hace tan solo una deposición completamente normal; su vientre se halla retraído; su piel y mucosas coloreadas; su lengua normal; fuerte apetito y con carácter alegre que dista mucho del carácter triste y apático de sus tiempos de enfermedad.

Si tratamos de explicar la intimidad del proceso patológico crónico en esta niña, tenemos indudablemente que hacer intervenir muchos factores: lactancia mal dirigida, uso impropio de nodrizas; régimen de leches variadas, mal reglado; destete realizado en malas condiciones; abuso de purgantes y de medicamentos; uso excesivo de irrigaciones y después causas de clima, higiene, hábitos, etc., etc.

Pero en lo que tenemos que hacer hincapié principalmente es en lo referente al alimento; esta niña, para suplir las deficiencias de la leche de nodriza y de la madre, usó distintas leches de cabra, y las albúminas y proteínas extrañas—heterólogas—de estas leches fueron incubando una intoxicación y un debilitamiento general hasta degenerar en una irritación crónica intestinal, dando lugar á la acidosis y á la [receptividad para toda clase de infecciones; cuando menos para exaltar la flora microbiana intestinal. En condiciones normales, la disgregación de las albúminas alimenticias, proteólisis, conduce á la formación de polipéptidos sencillos y ácidos aminados, á expensas de los que se elabora la propia albúmina específica y sin que tengan lugar fenómenos anafilácticos. Pero cuando esta proteólisis no se lleva á cabo totalmente y en lugar de la formación de cuerpos sencillos, se elaboran productos más complejos, que no son, por lo tanto, los últimos términos de la degradación de las albúminas alimenticias, como son las albúminas primarias y las peptonas, pueden dar lugar á fenómenos anafilácticos por pasar á la sangre y en razón de constituir cuerpos antigénicos por ser capaces de ser asimilados por las células orgánicas.

Para tratar de explicar esta penetración de albúminas extrañas en el organismo, se ha invocado una ingestión excesiva de sustancias albuminoides, pues aun cuando estómago é intestino funcionen normalmente, no logran una proteólisis completa y los cuerpos proteicos en vías de transformación pasan á la circulación general en unión de las albúminas íntegramente digeridas. Esta explicación no satisface sino en muy contados casos, porque muchas veces estallan fenómenos anafilácticos con cantidades insignificantes de alimento; por eso otros autores han pensado en la insuficiencia de los fermentos digestivos y en las alteraciones de la mucosa intestinal, y últimamente Widál, Abrami y Dancovesco, han demostrado experimentalmente que, á seguida de la absorción de una comida nitrogenada, las sustancias proteicas incompletamente disgregadas pasan á la vena porta, y por su intermedio al hígado. Este órgano en estado normal presenta la propiedad de detener los cuerpos proteicos—poder proteopéxico—; pero cuando está alterado, los productos incompletamente digeridos lo atraviesan pasando á la sangre y provocando una perturbación denominada *crisis hemoclásica*, caracterizada por trastornos cardiovasculares con hipotensión, elevación térmica, y por modificaciones sanguíneas: leucopenia y aumento de la coagulabilidad sanguínea.

Estos datos patogénicos son de suma importancia práctica, porque nos inducen á sospechar que la anafilaxia alimenticia debe ser más frecuente de lo que á primera vista parece, dado que muchas afecciones oscuras—como es el caso

que nos ocupa—, de aparatosa y marcada cronicidad y otras aún recientes pueden tener por fondo patogénico transgresiones de régimen del alimento, y claro está, la repetición de estas transgresiones inadvertidas puede crear peligrosos estados morbosos de profunda raigambre é impotente curabilidad; cuando al conocer la sencillez que supone su patogenia, pueden evidentermente suprimir.

Y nada más factible, pues inspirándonos en los modernos conceptos de la naturaleza anafiláctica de tales procesos, será posible evitar su repetición, ya prohibiendo la ingestión de los alimentos causantes de tales alteraciones, ó ya anti-anafilactizando al sujeto sensibilizado contra estos alimentos ó sustancias.

En el caso que nos ocupa se trataba seguramente de anafilaxia para la leche de cabra, alimento al cual la enfermita no sólo le tenía suma repugnancia, sino que, á seguida de su ingestión, sucedían náuseas, vómitos, elevación térmica, empeorándose en su enfermedad, y había que sustituirla por otros alimentos, como sopas, purés, pescados blancos, etcétera.

Y clarísima resulta su patogenia por los maravillosos resultados obtenidos con el procedimiento de Weill: inyección hipodérmica en la pared del vientre de las cuatro inyecciones seriadas y espaciadas con tres días de intervalo. Al nivel de la inyección fórmase una ligera elevación tumoral, que persiste más ó menos tiempo, en donde la leche se absorbe muy lentamente, debiéndose á esto precisamente el éxito del método, porque realiza la inmunidad por la absorción progresiva de pequeñas dosis de antígeno.

Ceuta, 2 de Enero de 1923.

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

por

RAMÓN VILLEGAS

IV

EL REPOSO

El pneumotórax no es sino un método riguroso de aplicación del reposo.

Aplicación clínica.—No debemos olvidar al tratar un enfermo por este procedimiento, que el objeto perseguido es la absoluta inmovilización del pulmón lesionado. El haber incluido este tratamiento en el régimen de reposo nos evita muchas explicaciones que serían indispensables de haberlo estudiado independientemente, como suele hacerse. El pneumotórax artificial como la toracoplastia, no son sino mecanismos distintos aplicados al pulmón tuberculoso, para reducirlo á una inmovilidad forzada.

Indicaciones del pneumotórax.

Las mismas indicaciones que hemos señalado como determinantes de nuestra actitud para recomendar un reposo completo, son las que deben inducirnos—al manifestarse acentuadas—á la aplicación del pneumotórax. Cuando el reposo completo corporal haya fracasado para reducir los síntomas de intoxicación del enfermo—

(1) Véase el número anterior.

fiebre, taquicardia, caquexia—debe pensarse que este reposo no basta, y en consecuencia se aplicará el pneumotórax, como un recurso de ampliación, pero con el mismo carácter.

De la buena interpretación de este criterio se deduce con facilidad cuáles sean las indicaciones del pneumotórax. Aquellos casos en los que se demuestra una intoxicación tuberculosa grave, que no sea bastante á modificar favorablemente un reposo corporal completo.

¿Son, sin embargo, tributarios de este procedimiento todos los casos comprendidos en la indicación precedente? ¿Existen, además, enfermos que sin estar comprendidos en esta indicación pudieran obtener beneficio del pneumotórax?

Indicación del pneumotórax en los casos incipientes.

Respecto á la posibilidad de que existan enfermos que sin presentar síntomas de intoxicación grave puedan ser tributarios de este tratamiento, nosotros no encontramos objeción seria que pueda oponerse. Precisamente, es en estos momentos de incipiente de la infección tuberculosa cuando hay más probabilidades de encontrar lesiones unilaterales, que es como veremos la indicación fundamental, pudiendo, por lo tanto, hallarse con más facilidad casos adecuados.

Esta opinión ha sido sostenida por Lemke.

Pero en estos momentos de incipiente caben realmente recursos importantes cuya eficacia deberá el práctico valuar comparativamente antes de aconsejar una intervención que, en muchas ocasiones, será acaso lo más conveniente, pero que en muchas otras pudiera muy bien excusarse. En esto es absolutamente imposible pronunciarse sistemáticamente por uno ó por otro criterio; solo un juicio clínico desapasionado al que acompañe una experiencia suficiente podrá decidir.

Contraindicaciones del pneumotórax.

Para formar un juicio claro debemos tener presente que la tuberculosis no afecta exclusivamente á uno solo de los dos pulmones, sino que puede y suele afectar á ambos, y en este caso es preciso pensar que si el reposo resulta favorable á uno de los dos pulmones enfermos, por lógica consecuencia ha de ser perjudicial al otro pulmón—enfermo también—la compensadora actividad á que se ve obligado, teniendo por sí solo que subvenir á las necesidades respiratorias de todo el organismo.

Resultados aparentemente favorables en tuberculosis bilaterales.

Puede ocurrir que las lesiones tuberculosas del pulmón menos afectado sean insignificantes y muy avanzadas en cambio las del otro. Y en éste—puesto que la intoxicación del organismo se debe á la actividad del último,—conseguiremos un efecto desintoxicante inmediato al aplicar el pneumotórax. Pero tal no será sino un efecto de apariencia, porque el otro pulmón—afecto por lesiones leves—se agravará rápidamente y, al pasar la acción del pneumotórax, nos encontraremos con los dos pulmones igualmente afectados y multiplica-

da la intoxicación tuberculosa sin que hayamos conseguido más que facilitar el avance y difusión del proceso que tratamos de combatir.

En consecuencia considero como una contraindicación formal del pneumotórax el reconocimiento de una lesión tuberculosa en ambos pulmones.

Limitación de las indicaciones del pneumotórax por la rareza de lesiones unilaterales.

Como quiera que las lesiones unilaterales son muy raras, siendo lo frecuente que al poco tiempo de manifestarse un foco de tuberculosis en uno de los lados se manifieste afecto en grado más grande ó más pequeño el otro pulmón, se comprende que las indicaciones del pneumotórax están ampliamente limitadas por la contraindicación de las lesiones bilaterales, que son, como decimos, la inmensa mayoría de los casos.

Brillantes resultados obtenidos cuando se cumplen las indicaciones de este método.

Sin embargo, cuando esto no sucede y puede excluirse *prácticamente* la infiltración del pulmón contrario, los resultados son de una brillantez sugestiva, y la mejoría que se obtiene en tales enfermos puede llegar á constituir una curación anatómica por cicatrización de las cavernas y radical supresión de todo fenómeno tóxico. El estado general del enfermo mejora notablemente, la fiebre se reduce y aun llega á desaparecer y mejoran ó se suprimen la tos y la fatiga. Poco á poco aumenta de peso, y en los casos en que el tratamiento está verdaderamente indicado, se observa una remisión tan sensible de todos los síntomas, que creemos asistir á una verdadera resurrección.

Para que estos efectos no sean transitorios, precisa repetir las inyecciones á medida que el nitrógeno vaya siendo reabsorbido.

EFFECTOS ANATÓMICOS

Infiltración tóxica primaria.

Según Brauer, en el momento en que se provoca el colapso del pulmón se advierte en el foco tuberculoso una profusa infiltración de toxinas, á cuya local acción irritante atribuye el proceso esclerósico que después se manifiesta. Dicho fenómeno se repite cada vez que se inyecta una nueva dosis de nitrógeno y se refuerza, por lo tanto, la compresión pulmonar.

Elevación del índice opsónico.

Pigger ha demostrado, por otra parte, y en corroboración de las anteriores observaciones de Brauer, una sensible elevación del índice opsónico, coincidiendo también con este momento.

Circulación sanguínea.

Respecto á la circulación de la sangre en el pulmón colapsado, no existe unanimidad de criterio. Sayé opina, lo mismo que Cloetta, que el pulmón colapsado contiene más sangre que el otro. Ambos autores han acompañado esta afirmación de observaciones histoló-

gicas, á las que ningún reparo podemos hacer. Sin embargo, nuestra opinión es que un pulmón al que se suprime violentamente y de una manera sostenida la función respiratoria, que tan directa influencia ejerce sobre la dilatación y contracción de los vasos, no puede lógicamente facilitar mucho la función circulatoria. Hay un hecho clínico, á mi parecer, muy expresivo en corroboración de este criterio, y es el favorable efecto inhibitorio del pneumotórax en las hemorragias pulmonares. Este efecto debe suponerse producido por la isquemia, que es consecuencia de una compresión forzada.

Neoformación conjuntiva.

El fenómeno más característico es el de la neoformación conjuntiva, que no parece depender exclusivamente de una cicatrización de las lesiones tuberculosas, por cuanto que ha podido ser observado también en pulmones sanos sometidos experimentalmente á la técnica del pneumotórax. El hecho de haber sido observado por todos los autores da á este fenómeno un gran valor de constancia. Bruns ha podido observar neoformaciones inflamatorias alrededor de los bronquios y engrosamientos de la pleura pulmonar como consecuencia del pneumotórax. Sayé reclama la prioridad de estas observaciones y las amplía en el sentido de que la neoformación inflamatoria se observa igualmente alrededor de los vasos. Puede muy bien decirse que es una neoformación generalizada que se produce en el pulmón colapsado como consecuencia del deficiente riego sanguíneo del tejido parenquimatoso, que viene así á degenerar esclerósicamente «como crece la mala hierba en campo mal regado», según la expresión feliz tan conocida del clínico francés. Y aunque esto no se compadece bien con las observaciones de Sayé sobre el mayor riego sanguíneo que se produce en el pulmón comprimido, ya hemos expuesto nuestra opinión de que se trata de observaciones incompletas y que otras más afortunadas demostrarán la deficiencia circulatoria que debe producirse en un órgano al que se reduce de una manera persistente y violenta á ocupar un volumen inferior al que le corresponde normalmente.

Eosinofilia.

Según Sayé, tantas veces citado—en este asunto del pneumotórax no debía dejar de citársele en ningún trabajo, y nosotros cumplimos este deber con gusto—, se produce á consecuencia del pneumotórax artificial una leucocitosis polinuclear neutrófila que corresponde á una eosinofilia en el conejo. En un caso observado por dicho autor se produjo un enorme aumento de leucocitos inmediatamente después de practicada la compresión pulmonar, desde 9.000 hasta 26.000, con desviación hacia la derecha de la fórmula de Arneth.

(Continuará.)

EL RIÑÓN Y LAS GLUCOSURIAS ⁽¹⁾

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

POR

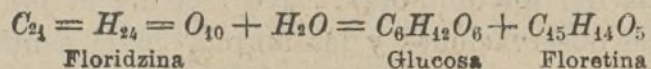
JUSTO CABALLERO Y FERNANDEZ

Külz cita un experimento, en el que dió á perros hasta 65 gramos de hidrato de cloral, al objeto de que eliminase toda la glucosa en forma de ácidos uroclorálicos (afirmando que se comprobaron 69,2 gramos); el glucógeno del hígado descendió á 0,3316 gramos. La morfina produce en los perros glucosuria pasajera, lo mismo que las inyecciones intravenosas de cloruro sódico y cloruro magnésico.

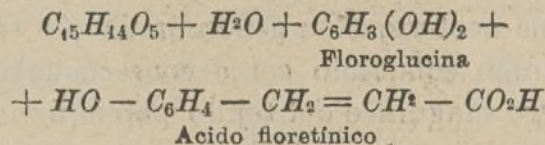
Pero indudablemente es la más interesante de este capítulo la consecutiva á la acción de la floridzina, glucosuria descubierta por Mering en 1885, y que ha sido objeto de la atención de muchos biólogos.

La floridzina es un glucósido que se encuentra en las raíces del peral, manzano, cerezo, etc. Se presenta bajo la forma de agujas sedosas, blancoamarillentas, de sabor dulce al principio, amargo y astringente después. Es poco soluble en el agua fría, más, si está caliente y totalmente en ebullición; se disuelve bien en alcohol ó en agua bicarbonatada.

Por hidrólisis en los ácidos diluïdos, se desdobra:



y continuando la acción del agua



Es antipirética, y se usa en Clínica para probar el funcionamiento renal, ya que 5 miligramos de esta substancia en inyección, ocasionan de 50 centigramos a 3 gramos de glucosa en la orina; pero lo particular de esta glucosuria, y lo que ha hecho que fuera estudiada por muchos observadores, es que sus pacientes no presentan hiperglicemia, pareciendo *a priori* que su acción es única y exclusivamente sobre la célula renal.

Veamos lo que nos relatan algunos de estos experimentadores.

Mering (1889) produjo glucosuria en varios animales:

1.º A un perro de 8.800 gramos de peso le hizo ingerir 23,5 gramos de floridzina en veinte días y el animal eliminó 67,76 gramos de glucosa por la orina. El perro objeto de la experiencia fué sometido á ayuno completo, suponiendo el autor que ya no tendría en su organismo hidratos de carbono (esto no es exacto); y como, además, 100 gramos de floridzina producen, en su opinión, 38,1 de glucosa por el desdoblamiento ya estudiado, la diferencia provendría de los albuminoides.

2.º A un perro de 26,299 kilogramos, después de dos días de dieta, se le administraron durante once consecutivos 60 gramos de floridzina y eliminó 275 gramos de azúcar. Hay que suponer que el animal, al empezar el experimento, debía tener unos 995,6 gramos de glucógeno y 1.074,2 de azúcar, y como sólo eliminó (descontando los 22,9 gramos que deben corresponder á la floridzina) 252,1, no se puede admitir con el autor que el animal agotase sus reservas de hidrocarbonados.

(1) Véase el número anterior.

Cita Mering más experimentos, pero ninguno con suficiente valor científico para admitir con él, sin reservas muy justificadas, que la floridzina es capaz de ocasionar una glucosuria por transformación de las moléculas protéicas.

Prausnitz ha repetido los trabajos de Mering; pero como ha incurrido en los mismos errores, sus conclusiones no son tampoco admisibles.

Schöndorff calcula, en oposición á las anteriores opiniones, que un perro puede llegar á eliminar 41 gramos de azúcar, por kilogramo de peso, derivada sólo de sus reservas glucogénicas.

Kumagaba y Hayeshi hicieron notables trabajos con un perro de 17 kilogramos de peso. Después de treinta y dos días de ayuno, le administraron 3 inyecciones de floridzina, eliminando consecutivamente 9,12, 10,1 y 6,84 gramos de glucosa por la orina; á los treinta y nueve días pesa ya sólo 11 kilogramos y recibe 2,50 gramos de floridzina, lo que da por resultado la pérdida de 62 de azúcar. A los noventa y ocho días (en que muere) no alcanza más que 5,96 kilogramos de peso, habiendo perdido el 65 por 100 del peso inicial; hecho insólito no conocido aún en los mamíferos.

Kumagaba ve en esto la demostración experimental de que la glucosa puede derivar de los albuminoides, pues un perro después de treinta y nueve días de ayuno, dice, no puede ya tener en su organismo hidratos de carbono. Pero Pflüger ha encontrado 52,504 gramos de glucógeno en un perro después de veintiocho días de dieta absoluta, y no debe perderse de vista que el can de Kumagaba debía tener enormes reservas, ya que resistió noventa y ocho días sin tomar ningún alimento.

Si suponemos, dice Pflüger, que la floridzina perturba la oxidación de los azúcares y facilita su paso por el riñón, el organismo tiene que suplir esta pérdida quemando grasas y albuminoides, y esto es lo único que, en nuestro concepto, puede deducirse de los anteriores trabajos.

Hedon ha ocasionado glucosuria floridzínica en un perro sin páncreas, y ha observado que hasta en el período de mayor marasmo se elimina azúcar por la orina. Supone que cuando llega el animal á ese tan avanzado estadio, ya no existen en su organismo más que materias azoadas; pero Sandmeyer y Pflüger aseguran haber evidenciado, en casos análogos, la presencia de grasas.

Pflüger cree imposible que en los seres vivos los glucoproteidos den lugar, unas veces á exosas y otras á azúcares amidados; por esto rechaza que la glucosuria pueda depender de las transformaciones de los albuminoides, admitiendo que sólo debe provenir de los hidratos de carbono; hecho que confirma la Clínica al disminuirse la cantidad de azúcar urinario de los diabéticos sometidos á un estricto régimen de carne.

Pero esta opinión no es generalmente seguida, siendo, por el contrario, relativamente grande el número de autores que creen que los abuminoides y las grasas pueden transformarse en hidratos de carbono. Y esto parece sumamente racional: el organismo no desperdicia nada de lo que digiere y absorbe; y como la cantidad de grasa y albúmina (llamada plástica en este caso) necesarias para reponer el desgaste celular, es mucho más pequeña que la que ordinariamente ingiere un hombre adulto, es natural que este *exceso* se dedique á la combustión y á ocasionar depósitos de reservas, de los que quizá sea el más importante el de glucógeno.

Volviendo á la glucosuria, pertinente será citemos la experiencia de Zuntz. Si se inyecta floridzina en la arteria de un riñón, éste elimina azúcar mucho antes que el otro. Albarrán creyó que en el mismo riñón se formaba la glucosa por hidrólisis de la floridzina; pero luego, al ver que 5 mili-

gramos de glucósido ocasionaban la aparición de 2 á 3 gramos de dextrosa en la orina, empezó á vislumbrar el papel de la glándula renal. Además, se ha demostrado que la floridzina tiene una acción igual á la de la floridzina, y ya se sabe que aquel cuerpo se desdobra por hidrólisis en floroglucina y ácido floridínico, pero no en glucosa.

Hoy admiten Bergé, Biedl, Kolisch, etc., que la floridzina hace al riñón elaborar azúcar; de suerte que sería un verdadero trabajo sintético glandular, comparable al que se verifica para la producción del ácido hipúrico.

Baer y Blum, por otra parte, han descubierto que el ácido glutárico impide la glucosuria floridínica, creyendo que el fenómeno es debido á que dicho ácido obra sobre el riñón, y que, prolongando su uso, se ocasionan lesiones renales; y muchos internistas están acordes al afirmar que las lesiones del riñón disminuyen la glucosuria en los diabéticos.

Esta eliminación experimental de azúcar por la orina resulta sumamente interesante, porque en el organismo no se produce nunca hiperglicemia, aunque Pavy suponga otra cosa, y el poder glucolítico de la sangre está, según los estudios de Lépine y Barral, aumentado, al revés de lo que ocurre en las glucosurias hiperglicémicas, en que ese poder es menor que el correspondiente á un individuo normal. Se presenta igual en los animales con hígado y páncreas que en los que están privados de uno ó de los dos órganos mencionados.

Se admite generalmente por los autores, que la glucosuria ocasionada por este glucósido es debida á su acción sobre el riñón; y en esto se funda lo que en clínica se usa y conoce con el nombre de prueba de la floridzina.

Se principia por vaciar la vejiga, y se inyecta subcutáneamente al hombre adulto 1 c. c. de solución de floridzina al 1 por 200 (Jeanselme y Weil), ó de 1 c. c. de solución al 1 por 100 (Achard), ó 4 c. c. de la misma solución (Albarrán), en agua templada. En los individuos sanos se presenta la glucosuria á la media hora de practicada la inyección, y dura de dos á cuatro; si se repite la prueba, la cantidad de dextrosa urinaria aumenta notablemente.

La irregularidad de esta glucosuria indica lesión renal é insuficiencia en la eliminación del líquido resultante de su actividad glandular.

Para que se presente azúcar en la orina de los perros, basta administrarles de 1 á 3 gramos de floridzina por vía gástrica, ó algunos miligramos por inyección hipodérmica; si se rebasan repetidamente estas cifras, el animal se vuelve diabético con todo el cuadro sintomático de esta enfermedad. Si se les somete á ayunos, bastará emplear menos dosis.

La glucosuria floridínica, producida como acaba de indicarse, se asemeja á la del óxido de carbono, y hace desaparecer el glucógeno del hígado y de los músculos: lo mismo que pasa con la picadura del cuarto ventrículo.

Otra glucosuria experimental muy interesante es la pancreática. Vamos á tratar de resumir en pocas líneas lo mucho que se ha escrito sobre este particular.

Mering y Minkowski fueron los primeros que lograron la supervivencia de un perro después de la pancreatectomía total; muchos experimentadores habían intentado extirpar la glándula ó provocar su atrofia mediante la ligadura del conducto excretor, sin conseguir ningún halagüeño resultado. Dominici, casi al mismo tiempo que Mering y Minkowski, logró verificar con éxito la operación, pero interpretó erróneamente los hechos.

Después Gley, Hedón, Lépine, Pi y Suñer, Turró, etcétera, han repetido los experimentos, logrando aclarar algunos hechos y completar la primitiva doctrina.

La extirpación parcial del páncreas (Sandmeyer) ocasiona

una leve glucosuria, á no ser que el trozo de glándula que queda en el organismo se atrofie espontáneamente, pues este caso vale por la extirpación total.

Si se extrae todo el páncreas, se observa una glucosuria (acompañada de otros síntomas de diabetes) intensa, que alcanza su máximo de los tres á los cinco días de la intervención. El animal llega á eliminar hasta 120 y 150 gramos de azúcar en veinticuatro horas, y esta glucosuria continúa hasta pocos días antes de la muerte (la sobrevivencia es de veinticinco á treinta días, aun cuando puede llegar á sesenta y más), en que desaparece, presentándose en su lugar acetona y ácidos acético y oxibutírico.

La cantidad de glucosa eliminada depende de la temperatura — aunque no anden muy conformes los autores en si la aumenta las estaciones frías ó las cálidas —, la calidad de alimentación — crece con los hidrocarbonados y las grasas más que con los proteidos —, el trabajo muscular, etc.

La glucosuria pancreática va acompañada de hiperglicemia. Hedon y Minkowski, al objeto de demostrar que esta dextrosuria depende sólo de la secreción interna del páncreas, injertan debajo de la piel un trozo del referido órgano, en animales á los que previamente han practicado la ablación de la glándula que nos ocupa, observando que desaparece el azúcar de la orina. Si luego extirparon el trozo injertado, volvió á presentarse la glucosuria.

Forschbach, por último, para terminar las citas, logró hacer vivir á un perro normal unido en parabiosis á otro sin páncreas, al cual le desapareció la glucosuria en cuanto recibió sangre de su compañero.

Exactamente lo mismo demostró Hedon al probar que si se practica transfusión de sangre entre un perro sano y otro despancreatizado, el primero elimina azúcar por la orina sólo mientras recibe sangre del enfermo, y en éste disminuye su glucosuria durante el tiempo que está en transfusión con aquél.

Existen otras glucosurias experimentales referidas á otras glándulas de secreción interna.

Blum ha demostrado que inyectando adrenalina, sustancia que, como es sabido, se elabora en las cápsulas suprarrenales, en el torrente circulatorio de un animal, se ocasiona glucosuria.

Estos experimentos han sido repetidos por bastantes hombres de ciencia y especialmente por Baron; llegándose á la conclusión de que da el mismo resultado en cuanto se refiere á la eliminación urinaria de azúcar el uso de adrenalina que el empleo de extractos de las glándulas suprarrenales, y que (en estos órganos) es la sustancia cortical la causante de tan interesante acción. Zulzer ha indicado que esta glucosuria se evita si se inyecta al mismo tiempo extracto de la glándula pancreática.

Hay un hecho indiscutible que merece tenerse en cuenta; y es que si á un animal se le hace glucosúrico mediante sucesivas inyecciones de adrenalina, sus extractos de suprarrenales pierden la facultad de producir dextrosuria.

La glucosuria adrenalínica (lo mismo que la consecutiva á inyecciones de extractos suprarrenales), que va acompañada de hiperglicemia, eosinofilia, aumento del número de hematíes y disminución de oxidaciones y de temperatura, se interpreta de diversos modos por los autores. Herter cree que se debe á una acción de la adrenalina sobre el páncreas; Blum opina que esta acción se ejerce sobre la glándula hepática, y Lœvi afirma que lo que se ocasiona es una neurosis del simpático.

Existen algunas sustancias en el humano ser que impiden esta glucosuria: la linfa (Biedete), la espermina (Wolownek), la colina (Gautrelet), etc.

También pertenecen á este orden de glucosurias las provocadas por lesiones ó extirpación del tiroides, de la hipófisis, etc.; pero su estudio experimental es á aún en mantillas, y lo que se conoce, que es poco, no presenta detalle alguno digno de especial mención.

Determinadas alteraciones experimentales del sistema nervioso dan lugar á glucosurias. El iniciador, pues las observaciones de Gregory, Franck y Stosch fueron erróneamente interpretadas, y el que ha dado lugar á que se cultive este nuevo campo científico por los investigadores fué el gran Claudio Bernard.

Este sabio fisiólogo francés practicó en un animal la picadura del suelo del cuarto ventrículo, entre las raíces de los nervios acústicos y las de los pneumogástricos, notando que se presentaban en la orina de 2 á 3 gramos de glucosa. Posteriormente se ha demostrado que la punción de las olivas bulbares (Becker), de los tálamos ópticos (Schiff), del vermis cerebeloso (Eckart), etc., eran también causas de glucosuria.

Se creyó en un principio que la punción del cuarto ventrículo ocasionaba dextrosuria por transformación del glucógeno (ya que en un animal sujeto á ayuno durante cuatro ó cinco días no se verifica el fenómeno), y que la excitación sería transmitida del bulbo al hígado por los pneumogástricos. Pero posteriormente se ha puesto de manifiesto que la glucosuria se presentaba igual á pesar de haberse seccionado previamente los dos vagos. Pensóse entonces que el origen del reflejo debía de residir en los pulmones, y la excitación que partía de estos órganos se transmitía al bulbo, por los pneumogástricos, y de aquí al hígado mediante las vías centrífugas simpáticas.

La sección de la medula cervical debajo de los frénicos (entre la séptima vértebra cervical y la primera dorsal) hace totalmente ineficaz la picadura del eminente fisiólogo, é idéntico resultado se obtiene si se seccionan las raíces raquidianas al mismo nivel. Estos hechos demuestran que la excitación bulbar se transmite por la medula y por los nervios simpáticos, y de aquí el que algunos autores admitan la existencia de nervios glucosecretorios (Cavazzani, Morat, etcétera), hecho negado por otros (Wertheimer, Battez...).

Mayer ha demostrado que si á un animal se le extirpan las cápsulas suprarrenales, la picadura del cuarto ventrículo no va acompañada de glucosuria; creyendo algunos que dicha picadura ocasionaría un aumento de adrenalina en la sangre, hipótesis en contraposición con los cuidadosos experimentos de Negrin.

Hay también autores que opinan que esta tantas veces repetida picadura, llamada impropriadamente diabética, ejercería una acción sobre el páncreas, alterando su función reguladora de la glucosa.

Dejando estos asuntos, no exentos de errores, y estas teorías, capaces de múltiples observaciones, indicaremos que puede presentarse glucosuria á consecuencia de la sección del ganglio cervical superior (Pavy), de la del primero y segundo ganglios torácicos (Eckhard), de la del ganglio cardíaco (Klebs y Munk), de la del plexo celíaco, cerebelo, nervios ciático é isquiático (Schiff y Hoffmann), etc., y por la excitación de la extremidad central del vago (Cl. Bernard, Eckhard y Pavy), de la asa de Vieussens (Cyon), de la medula espinal al nivel del plexo braquial (Pavy), del nervio depresor (Filehne), etc., y por la neuritis ciática experimental (Niedieck).

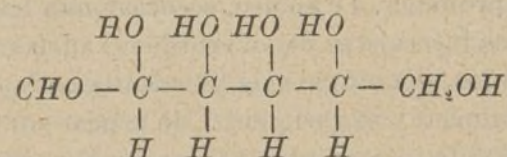
Y, por fin, Camis ha probado que á los perros en que se destruyen los conductos semicirculares presentan, durante unos siete días, de 0,50 á 2 gramos de glucosa en la orina. El autor cree que esta glucosuria es debida á una excitación del simpático.

V

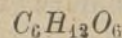
RECONOCIMIENTO DE AZÚCARES EN ORINA Y SANGRE. TEORÍA QUÍMICOBIOLOGICA EXPLICATIVA DE LA PATOGENIA DE LA GLUCOSURIA.—Al comenzar este capítulo, reseñaremos los distintos procederes recomendados por los autores para reconocer los azúcares, tanto en la orina como en la sangre; al describir los trabajos propios, indicaremos la técnica que hemos seguido.

La glucosa, llamada también dextrosa y azúcar de fécula, es el hidrato de carbono más común en nuestra economía, y aquel cuya investigación es más interesante en los plasmas humanos.

Tiene la siguiente fórmula desarrollada:



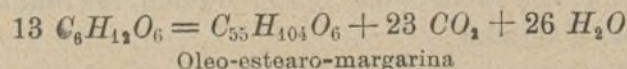
que corresponde á la empírica



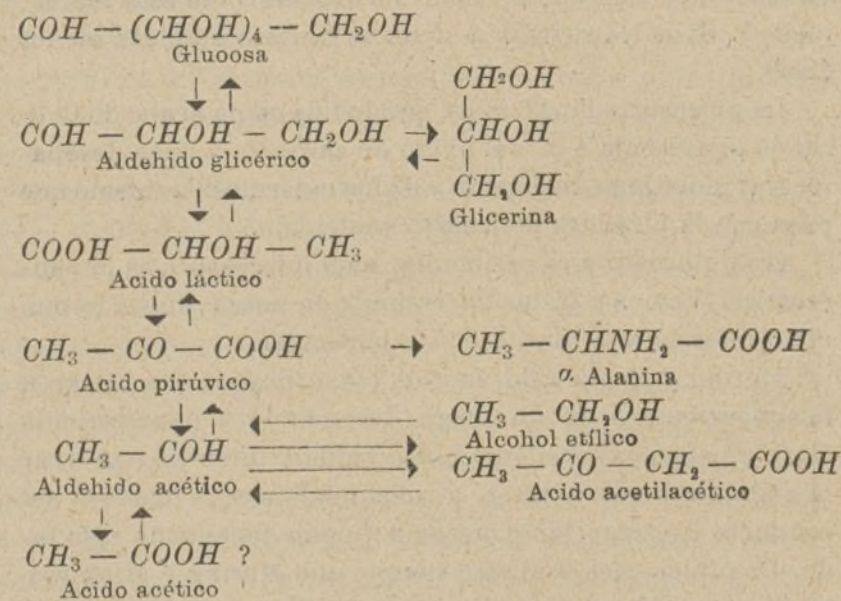
Es un cuerpo blanco, que con una molécula de agua cristaliza en láminas exagonales del sistema clinorrómbico, soluble en agua fría, y mejor en la hirviente y en alcohol hidratado, poco en el absoluto é insoluble en el éter. Es dextrogira y presenta el fenómeno de la multirrotación (consistente en que cambia el grado de su poder rotatorio desde el momento en que se disuelve hasta que queda persistente, al cabo de algunas horas) y reacciona con los ácidos, formando éteres por su función alcohólica y por la aldehydica es reductora.

Es la llamada por algunos carbón animal, y desempeña el importantísimo papel de alimentar casi todas las combustiones orgánicas.

La glucosa que no se quema en seguida se transforma en material de reserva, ya convirtiéndose en glucógeno, por deshidratación, ya en la grasa mixta como se ve en la siguiente hipotética reacción:



Lambling, en su *Resumen de Bioquímica*, propone un esquema de desdoblamiento intraorgánico de la glucosa, que con sus fórmulas, es como sigue:



En el reconocimiento de la glucosa nos encontramos con tres órdenes de procedimientos: el físico, el químico y el biológico.

Ya se ha indicado que la dextrosa, y he aquí la causa de este nombre, desviaba la luz polarizada hacia la derecha.

Esta propiedad física nos puede servir perfectamente para individualizar la substancia.

No es nuestro propósito describir aquí los *polarímetros* ni los *sacarímetros*, ni tampoco entrar en los fundamentos científicos de estos aparatos, remitiendo á las obras de Análisis Químico ó de Física á quienes anhelaren conocer los detalles técnicos del método.

Sólo diremos que en los polarímetros es necesario tener igualmente iluminadas las dos mitades del campo y restablecer la iluminación, girando el correspondiente tornillo, tal y como estaba si, al interponer una solución, una de las dos mitades ha cambiado de intensidad lumínica. No hay más que leer en el aparato la cifra que indica lo que ha tenido que moverse el nicol, en relación con el tornillo antes mencionado; y tendremos en grados y minutos la acción de la substancia sobre la luz polarizada.

Luego una fórmula sencilla permite conocer la cantidad de substancia que se halla disuelta en el líquido que se analiza; sólo hace falta recordar que el valor constante (pues no hay que olvidar la multirrotación) de desviación polarimétrica de la glucosa es igual á $+52,50$.

En los sacarímetros existe la variante de que la luz es previamente descompuesta por un prisma, de modo que el observador puede operar con el color y tinte más sensible á su retina, y, además, tienen para el práctico la ventaja de que algunos dan directamente, y sólo por la lectura de la escala (claro que empleando siempre un tubo de igual volumen y longitud), la cantidad de glucosa por cien de la solución que se analiza.

También existen, aunque no hagamos más que mencionarlos, los llamados sacarímetros de penumbras y los glucómetros, diabetómetros, etc.; pero su uso está menos extendido.

Estos procedimientos ópticos tienen los siguientes inconvenientes:

1.º Que es necesario operar con soluciones incoloras, y, por tanto, para ser aplicables en Medicina, se necesita empezar por someter los líquidos naturales á determinadas maniobras químicas.

2.º Es preciso que el operador tenga costumbre y sepa manejar bien estos aparatos; y

3.º Los aparatos más sencillos y, por lo tanto, más al alcance del clínico, poseen poca sensibilidad, por lo que hay que operar con soluciones concentradas, causa de menos exactitud.

En cambio tienen la ventaja de constituir un proceder cómodo y elegante.

El método de Bouchardat se funda en la densidad de la orina. Se multiplican las dos últimas cifras de la densidad por dos, y esta cantidad por el volumen de la orina azucarada; se resta del total 60 y se obtiene la cantidad de glucosa. Estas operaciones, dice el autor, son exactas cuando se opera con una orina que esté á 15° ; cuando la temperatura no es ésta hay que hacer una corrección según tablas especiales.

(Se continuará.)

Saneamiento é higienización de España ⁽¹⁾

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

Pasados los dos meses primeros, la anemia se acentúa haciéndose grave ó perniciosa, y en tales condiciones, si el enfermo no acude á un tratamiento pronto y enérgico, tiene

(1) Véase el número anterior.

muchas probabilidades de parecer víctima de su anemia ó más bien de su enfermedad, puesto que aquella no es más que su expresión, y no pocas veces también de *tuberculosis*, fácilmente contraída en semejantes condiciones muy abonadas para toda infección de esta naturaleza. En las enfermerías de los Hospitales General y de la Princesa, de Madrid, rara es la época en que no existe algún caso, procedente de La Carolina ó de Linares, llegando á veces á ellas en períodos tan extremos, que bien pudieran testimoniar esta clase funesta de terminar la anquilostomiasis, cuando llegan al Hospital en un estado tan avanzado que no hay posibilidad ni tiempo de instituir un tratamiento eficaz.

¿Cómo, de qué manera penetra el anquilostoma en el cuerpo humano?

Los anquilostomas son macho y hembra, su copulación se efectúa en el interior del intestino del individuo portador de estos vermes ó parásitos; en seguida tiene lugar la ovulación por la hembra; y estos huevos son arrojados ó expulsados con las heces de los infectados por la enfermedad. Una vez en el exterior estos huevos, requieren condiciones especiales de ambiente para desarrollarse y llegar á larvas; y ya en esta forma, penetran en el cuerpo humano, ya por la piel (una erosión, un arañazo), ya por simple ingestión, llevado por las manos sucias á la boca, etc.

La vía principal de introducción del parásito es la vía cutánea; basta una pequeña erosión, una picadura, un arañazo, para que, al ponerse en contacto con el barro donde aquél anida, penetre en el organismo al instante; igualmente puede penetrar con el agua de bebida, en la que también se desarrolla.

Después de estas explicaciones, fácil es comprender las favorables condiciones en que se encuentran de contagiarse los que en la mina trabajan descalzos y con las mayores posibilidades de rozarse ó herirse la piel en su rudo trabajo. Así, los mineros, los obreros de los túneles, los que, en una palabra, trabajan en la tierra húmeda y en condiciones de temperatura favorables al desarrollo de las larvas, estarán sumamente expuestos, de la misma manera que los que beban aguas contaminadas por larvas de anquilostomas. Y está bien demostrado que sólo en esta forma se realiza la infección.

¿Cuáles deben ser las medidas para evitar el contagio?

Son éstas dos muy principales: la primera se dirige á evitar que se desarrollen las larvas, y la segunda, á impedir el contagio de los obreros, haciendo que su trabajo se efectúe en condiciones de defensa. A estas dos medidas redúcese generalmente la profilaxis de la anquilostomiasis.

Pero de este importante extremo hemos de ocuparnos con más extensión y detalle en la parte siguiente, en que, ciñéndonos ya al verdadero objeto de este trabajo, exponemos el desarrollo de la anquilostomiasis en España y su influencia en la morbilidad y mortalidad españolas.

III

LA ANQUILOSTOMIASIS EN ESPAÑA

En el año 1882, un trabajador infatigable, un periodista médico, atento siempre al último descubrimiento científico, á la última palabra dicha en Congresos y Academias del extranjero, el sabio Dr. Rodríguez Méndez, recientemente fallecido, ocupóse en un artículo publicado en *La Clínica de Zaragoza* de la anquilostomiasis y de los estudios italianos acerca de la materia, terminando por llamar la atención sobre el asunto á las Compañías mineras y á los Poderes públicos. Tal artículo cayó en el vacío más absoluto. Pasaron bastantes años, y en el de 1896, otro médico español, tan ilustrado como modesto, dió el primero la voz de alarma

respecto de la existencia de la anquilostomiasis en España, contribuyendo científicamente, con una comunicación que dirigió á la Real Academia de Medicina de Madrid, á que se iniciara una campaña, científica por supuesto, relacionada con tan interesante asunto. Fué este médico el doctor D. Bonifacio de la Cuadra, médico de Ubeda, el cual, por su proximidad á la ciudad de La Carolina, tuvo ocasión de prestar asistencia facultativa y diagnosticar como enfermo de anquilostomiasis á un ingeniero de Minas, que lo era en aquella época de la mina denominada *Coto de la Luz*, sita en la referida ciudad. Enfermo este señor, trasladóse á Ubeda, ciudad de su nacimiento, en cuya población, tratado por el citado Dr. De la Cuadra, diagnosticó éste, analizando las heces y las orinas del paciente, la enfermedad de D. Gabriel Molina, que así se llamaba el ingeniero. La novedad del caso en España movió al Sr. Cuadra á escribir una comunicación, que dirigió á la Real Academia de Medicina de Madrid, excitándola á emprender una enérgica campaña en favor de los desgraciados mineros de Linares y de la Carolina, que, según sus observaciones realizadas en el hospital de Ubeda, presumía, con grandes visos de certeza, estuvieran trabajando en minas infectadas de anquilostomiasis. El caso del ingeniero de *El Coto de la Luz*, y otros que posteriormente había podido observar el Dr. Cuadra, abonaban bastante eficaz y claramente estas suposiciones.

La comunicación del Dr. Cuadra encontró eco propicio en la Real Academia, haciendo que uno de sus ilustres miembros, clínico y escritor muy distinguido, el Dr. Codina, se ocupara públicamente en artículos y folletos muy instructivos de la anquilostomiasis minera de la referida zona, en cuyos escritos se hace una relación de las experiencias y casos clínicos observados en sus enfermerías del Hospital General y de las investigaciones de laboratorio practicadas en heces y orinas de enfermos de anquilostomiasis que, hospitalizados en sus salas, procedían de Linares o de La Carolina. Observaciones que presentó primeramente á la Real Academia de Medicina en diferentes ocasiones y que reunió posteriormente en un folleto, publicado en 1905. Unas 50 observaciones clínicas comprende el trabajo del Dr. Codina, todas ellas perfectamente comprobadas por el análisis de las heces, sangre y orina, casi todas pertenecientes á mineros enfermos procedentes de Linares y La Carolina, constituyendo un bagaje más que suficiente para que un Gobierno consciente de sus deberes y de la salud de los ciudadanos hubiera tomado medidas más enérgicas en el asunto, que quedó limitado á unas cuantas disertaciones científicas en la docta Corporación.

En aquel mismo año y casi al mismo tiempo que el doctor Codina, dos médicos de Horcajo, hermanos, los Sres. González, escribieron también un folleto sobre el mismo asunto con observaciones recogidas en el expresado pueblo de la provincia de Ciudad Real, donde hay una mina de plomo infectada, por lo visto, de anquilostomiasis.

En la Real Academia, y en otro folleto muy interesante, el Dr. Larra Cerezo—«Higiene de las industrias mineras»—tomó gran parte en la discusión y propaganda científica del asunto que nos ocupa.

Pero ni las publicaciones mencionadas ni las campañas de tan reputados doctores fueron entonces escuchadas por el Poder público, que no se ocupaba ni preocupaba de semejante asunto.

En tales circunstancias, cuando el número de mineros enfermos de anquilostomiasis, principalmente en las minas de Linares y La Carolina, iba en aumento, tomó las riendas del Gobierno un ilustre y malogrado estadista, acaso el único hombre del Parlamento español, que no hacía mucho

tiempo, en un admirable discurso de apertura de curso de la Academia de Jurisprudencia, ante D. Alfonso XIII, expuso un verdadero programa sanitario de Gobierno, en el cual se tocan todos los problemas que afectan á la sanidad y á la beneficencia públicas que deben preocupar al gobernante. Este estadista era D. José Canalejas y Méndez.

Bajo su gobierno, en 1910, y teniendo sin duda en cuenta sus convicciones sanitarias, señaladas ya en el mencionado discurso de la Academia de Jurisprudencia y en otros escritos y oraciones parlamentarias suyas, se creó la Inspección de Sanidad del Campo, y entre los menesteres sanitarios encomendados á este organismo figuró, como no podía menos de figurar, el estudio y la campaña para evitar y extinguir la endemia de anquilostomiasis, que tan grandes estragos hacía en nuestras zonas mineras.

En 14 de Julio de 1911, la *Gaceta* publicó una Real orden del Ministerio de Fomento, ratificada y confirmada en 29 del mismo mes por el Ministerio de la Gobernación.

La mencionada Real orden disponía que se contestara á los dichos cuestionarios en el plazo más breve posible por las Compañías mineras, sin perjuicio de las investigaciones y trabajos particulares de los inspectores de Sanidad del Campo; y de esta manera comenzó en España por primera vez la campaña contra la anquilostomiasis, que iba, como se ve, precedida de una información garantizada con todos los requisitos legales, y que en otro país, acostumbrado á cumplir los preceptos legislativos, se hubiera visto coronada por el más lisonjero éxito.

Pero en España, apenas publicada esta Real orden ya se iniciaron las primeras dificultades, y, aparte de la marcha lenta de la información, á la que los inspectores de Sanidad del Campo, dados los escasos medios de que disponían, no pudieron atender con toda solicitud, las Compañías mineras, las más directamente interesadas en tan grave problema, á las que mucho les importaba dilucidarle, fueron, las primeras que, apáticas é indiferentes, cuando no hostiles en alguna ocasión, haciendo caso omiso de esta Real orden, contestaban los cuestionarios (según datos particulares de procedencia bien veraz), como suele decirse en nuestro clásico refrán, «tarde, mal ó nunca».

Con todo, algo muy interesante se dedujo á consecuencia de esta previa información. Desde luego, según datos de la Inspección de Sanidad del Campo, se reunió un centenar de cuestionarios, de los cuales se dedujo, aparte de las observaciones particulares de los inspectores, que la anquilostomiasis no existía, al menos en forma endémica, en las minas españolas, si se exceptúan las de la región de Andalucía, y, en ésta, con preferencia las de Linares y La Carolina, y acaso también algunas de la provincia de Almería. En otras regiones, como Asturias y León, en Bilbao, y sobre todo en la cuenca hullera de Asturias, los datos contestados fueron negativos; no siendo muy de fiar, ya que el número considerable de minas de esta clase, y la gran extensión que ellas tienen en la referida región, dificultaron al inspector de Galicia y de Asturias una eficaz comprobación de las aseveraciones hechas por las Compañías. En el resto de España, la región catalana, perfectamente estudiada por el malogrado inspector de Sanidad del Campo D. José Suárez de Figueroa y por el ingeniero jefe de Minas D. Francisco Samsó, solamente dió resultados negativos; en esta región se recogieron cuestionarios contestados de casi todas las minas de las provincias de Barcelona y Gerona, exceptuándose algunas pequeñas acotaciones que, además, trabajaban á cielo abierto y no todo el año; en las provincias de Lérida y Tarragona también las contestaciones fueron negativas. En la región leonesa, según los informes del inspector de

Sanidad del Campo, de los ingenieros jefes y de los médicos particulares de las minas, no existían en esta región mineros enfermos de anquilostomiasis, á pesar de lo cual en alguna mina se hacía uso de retretes móviles que se sacaban al exterior, como en las minas de la Florida, término de San Vicente de la Barquera, propiedad de la Real Compañía Asturiana. En la región de Andalucía Occidental, donde existen los núcleos ó zonas mineras de Sevilla y Huelva, también se contestó negativamente por varias Compañías, aunque no se completaran los datos de todas. Y del resto de la España minera nada puede afirmarse concretamente.

Réstanos la parte de positiva importancia, ó sea la región de Andalucía Oriental, en donde existen los verdaderos y grandes focos de anquilostomiasis, que son los de Linares y de La Carolina.

La casualidad quiso que el primer inspector de Sanidad del Campo de esta región lo fuera el médico español que primeramente se ocupó de este asunto y dió la voz de alarma de la anquilostomiasis y su existencia en España, D. Bonifacio de la Cuadra, cuyo solo nombre, añadido al interés y al celo que demostró en el desempeño de su cargo y muy particularmente en este asunto, fué ya garantía suficiente de información.

La visita oficial realizada por dicho inspector de Sanidad del Campo, conforme á lo dispuesto en la mencionada Real orden de 14 de Junio de 1911, confirmó la existencia en Linares y en La Carolina de 32 minas infectadas, por lo menos, y de un 10 por 100 de mineros invadidos por anquilostomiasis. De conformidad con estos datos, aunque incompletos ya, por lo menos positivos, oficialmente, con respecto á unos focos muy importantes, de los cuales se corren ó trasladan los obreros á otras minas de España, principalmente á las de Almería y Cartagena, se dictó una nueva disposición en la fecha del 3 de Enero de 1912 (*Gaceta* del 22), por la que se disponía:

- 1.º Que se remitan por las Compañías y Sociedades mineras los cuestionarios informados.
- 2.º Que por los inspectores de Sanidad del Campo se practique un reconocimiento técnico de las minas y se propongan las medidas más oportunas para su saneamiento.
- 3.º Que las Compañías no admitan un nuevo obrero sin el previo reconocimiento de sus heces.
- 4.º Que se prohíba bajar á los obreros infectados por anquilostomiasis á la mina, para lo cual deben antes sufrir un reconocimiento del médico que deben tener las minas, según lo que dispone el art. 23 de Policía minera.
- 5.º Que las Compañías saneen y desinfecten las galerías y pozos infectados.
- 6.º Prohibición de defecar en la mina y de que permanezcan en ella descalzos los mineros, y que se establezcan en las minas lavabos, retretes, guardarropas, y que existan retretes portátiles en su interior.

(Se continuará).

Periódicos médicos.

FISIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Apreciación de las funciones renales, por Kummer.

—Las distintas y numerosas pruebas funcionales del riñón son utilizadas generalmente con fines diagnósticos, debiendo también proporcionarnos elementos de pronóstico é indicaciones operatorias.

Así, el decidirse ó no por la operación en un prostático, no depende principalmente del engañoso estado general del enfermo, más ó menos floreciente ó decrépto, sino del grado

en que sus riñones se hayan dejado influir por la retención de orina, cuyos trastornos han sido perfectamente estudiados por Guyon, Albarrán y sus discípulos, con el nombre de «riñón de los urinarios», el cual puede coexistir, gravemente afectado, con un estado general, aparentemente inmejorable, que le permita escapar al examen clínico más minucioso.

El autor de este trabajo ha ensayado en tales enfermos, durante varios años, los distintos métodos propuestos para apreciar el déficit renal, incluso la constante de Ambard, con resultados poco satisfactorios, dándonos hoy á conocer una nueva prueba funcional, fruto de sus perseverantes observaciones, que fundándose en la cloruria experimental añade como elementos esenciales, el cálculo de la cantidad de cloruros retenidos por el organismo, y la presencia ó ausencia de un cierto antagonismo entre las eliminaciones de urea y de cloruros.

Kummer, como Widál y como Pasteur Vallery-Radot, somete á sus enfermos á un régimen estrictamente declorurado hasta que ya no le es posible rebajar más el nivel de los cloruros urinarios; á continuación les hace ingerir 10 gramos de sal, y después 20, durante varios días consecutivos, para volver seguidamente al régimen sin sal, hasta que las eliminaciones cloruradas alcancen otra vez el mismo nivel que al principio de la prueba.

Parece ser, que ya se trate de un hombre sano ó de un enfermo, las eliminaciones de cloruros, provocadas por una sobrecarga de sal, se hacen siempre conforme á un cierto ritmo, en escalones, ritmo que depende del grado de permeabilidad renal. Normalmente, en tres ó cuatro días, á lo más, el organismo llega á desembarazarse de la cantidad total de cloruros ingerida, manteniéndose inalterable el equilibrio clorurado, mientras no se aumente ó disminuya la sobrecarga salada. Si el riñón necesita más de cuatro días para eliminar una cantidad de sal igual á la ingerida, se dice que hay ritmo prolongado, el cual corresponde á una impermeabilidad ligera. Si las eliminaciones cloruradas aumentan un poco, pero no llegan á alcanzar la cantidad ingerida, se habla de ritmo con bosquejo de escalones correspondiente á un grado ya acentuado, de impermeabilidad. Si en las eliminaciones llega á faltar hasta este bosquejo de escalones, el grado de impermeabilidad para los cloruros es absoluto ó casi absoluto.

Pasteur Vallery-Radot insiste sobre el hecho de que esta prueba, «procedimiento de diagnóstico ante todo, no aporta ningún elemento para el pronóstico», no obstante lo cual Kummer saca de ella preciosos datos de este orden uniendo, como hemos dicho, al estudio del ritmo, el del balance, es decir, el cálculo de las cantidades de NaCl, retenidas por el organismo, y teniendo además en cuenta la presencia ó ausencia de un cierto antagonismo entre las eliminaciones de la urea y de los cloruros.

La cantidad de NaCl retenida por el organismo podría averiguarse de muy diferentes maneras, pero Kummer, por razones que esboza, prefiere hacer el susodicho balance, calculando solamente la cantidad retenida durante la sobrecarga de sal, y como la sobrecarga no es siempre la misma, deduce el balance medio cotidiano para facilitar de este modo la comparación.

Ejemplo:

(Duración de la prueba nueve días.)

Cantidad de NaCl ingerida:

Con el régimen declorurado..... $9 \times 4 = 36$

Con la sobrecarga..... $9 \times 10 = +90$

Idem íd. íd. durante los nueve días..... 126

Cantidad total de NaCl eliminada por la orina durante la prueba..... -77

Balance total ó gramos de NaCl retenidos por el organismo en los nueve días.....	49
Idem propiamente dicho ó término medio cotidiano.....	$49 \times 9 = 5,45$

Con un balance establecido de esta suerte, no interpretaremos desfavorablemente una mínima retención de cloruros, puesto que sabemos, que aun con un ritmo normal, el riñón puede dejar pasar tres ó cuatro días antes de eliminar la totalidad de los cloruros ingeridos.

Esta retención presenta grandes diferencias, pudiendo variar desde cero, y aun un balance ligeramente negativo, hasta 9, balance fuertemente positivo. Desde que la retención sobrepasa en el balance de 4 gramos, el pronóstico se hace francamente malo.

Kummer por observaciones propias y aduciendo además datos experimentales publicados por otros autores, que no sacaron de ellos las debidas enseñanzas, afirma que normalmente existe un cierto antagonismo entre las eliminaciones de la urea y la de los cloruros, y si, al efecto, comparamos la marcha de ambas eliminaciones, notaremos inmediatamente dos particularidades: ó bien las eliminaciones ureicas disminuyen mientras las de NaCl se elevan, y viceversa; ó bien las variaciones son en absoluto paralelas ó independientes. En el primer caso hay perfecta integridad de los riñones; en el segundo, existen profundas alteraciones del parénquima renal, comprobadas ambas cosas por observaciones necrópsicas. Así, pues, el antagonismo de las eliminaciones ureo-cloruradas es, como el ritmo en escalones, un fenómeno fisiológico que se pone tanto más de manifiesto, cuanto mayor sea la concentración urinaria global; por el contrario, el paralelismo ó la independencia aumentan con la agravación de las funciones renales y disminuyen con su mejoramiento.

Esta nueva prueba funcional, que pone en tela de juicio toda concepción de Ambard sobre patología renal, se apoya, entre otros, sobre los hechos siguientes: Veintitrés prostáticos estudiados por Kummer con este método pueden dividirse en dos grandes categorías: a), aquellos cuyo ritmo era normal, 15 casos, ningún muerto; b), aquellos cuyo ritmo era patológico, ocho casos, siete muertos. Varios de los enfermos de la primera categoría presentaban un estado general tan mediano, que sin esta prueba hubiésemos renunciado á la intervención, pues, en algunos, la eliminación de la fenosulfonaptaleína se hizo por bajo de la normal, y de habernos guiado por la constante de Ambard, hubiésemos tenido que admitir una profunda alteración del parénquima renal.

Los otros ocho sujetos cuya eliminación renal era patológica,—de los cuales tres fueron operados,—presentaban ritmo prolongado cuatro de ellos, y los otros cuatro ritmo con bostezo de escalones. Estos cuatro últimos murieron de insuficiencia renal en un plazo más ó menos largo, después de la prueba, y tres de los que presentaban ritmo prolongado murieron también de uremia.

Son pocos casos todavía para formular un pronóstico extremadamente malo cuando el ritmo se aparte de lo normal, pero examinando el balance de estos mismos enfermos, vemos que con una sola excepción, todos los que han retenido más de 4 gramos de NaCl han muerto, no habiendo fallecido ninguno de los que han retenido menos de 3 gramos.

El estudio del antagonismo ureo-clorurado nos proporciona datos idénticos, pues de 16 enfermos, en los que era bien manifiesto, ninguno ha fallecido, habiendo muerto, en cambio, todos los siete en que dejó de presentarse.

Como resumen de las distintas experiencias, se desprende que podremos formar con acierto un juicio optimista, en

alto grado, de aquellos sujetos en que coexistan los tres elementos esenciales de esta prueba (ritmo en escalones, balance que no exceda de 3 gramos y antagonismo ureo-clorurado), pero no ocurrirá lo mismo si falta alguno de ellos.

El autor saca de este trabajo las siguientes conclusiones de orden práctico: 1.^a, será preciso tener en cuenta el antagonismo ureo-clorurado antes de instituir el régimen de un nefrítico; 2.^a, en cirugía urinaria se deberá tener miedo siempre á practicar la prostatectomía, si la mejoría del ritmo de eliminación clorurada no coincide con un balance inferior á 4 gramos y con un antagonismo manifiesto ureo-clorurado; 3.^a, la prueba de la cloruria experimental, que es preciosa en el estudio del riñón enfermo, permite obtener datos importantes, no sólo para el diagnóstico, sino también para el pronóstico, si á ella añadimos la investigación del balance clorurado y de las relaciones ureo-cloruradas (Travail du Service urinaire de la Clinique Chirurgicale de l'Université de Genève, *Presse Medicale*, núm. 61, 1921.)

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El tratamiento quirúrgico de la hipertrofia prostática varía según los casos, por V. Pauchet.**—El adenoma prostático puede ser tratado, según los casos: a) por la enucleación transvesical (Freyer); b) por la extirpación transvesical á cielo abierto; c) por la prostatectomía perineal media (Proust); d) por la prostatectomía lateral (Voelcker); e) por el horadamiento (Luys). La operación de Freyer está destinada á los casos fáciles, enucleables fácilmente con el dedo. La extirpación transvesical á cielo abierto, para los casos más difíciles, con periprostatitis. La prostatectomía perineal media, á los enfermos demacrados, á los riñones insuficientes; puede ser hecha en un tiempo. Mortalidad muy pequeña. La prostatectomía perineal isquiorectal conviene á los casos adherentes, difíciles, á las insuficiencias renales; mortalidad muy pequeña, pero la convalecencia es más larga que con la prostatectomía perineal media. La perforación es para las próstatas pequeñas, con barra prostática; una prostatectomía es demasiado importante para una lesión tan ligera. (*Soc. de Med. de París*, 9 de Diciembre de 1921.)—LUENGO.

2. **Resumen de 300 bocios operados, por V. Pauchet.**—El autor ha operado más de 300 casos de bocio, con una sola muerte por hemiplejia, independiente de la operación. Los bocios blandos, perexquimatosos, deben ser tratados médicamente con rayos X, iodo, tircidina, etc.; cuando fracase este tratamiento no se resecarán más que los $\frac{1}{4}$ del órgano. Los bocios nodulares deben operarse todos; haciendo la ligadura previa de la tiroidea para evitar las recidivas y la hemorragia operatoria. Todo individuo con bocio es un candidato á la asfixia, á los accidentes cardiovasculares. Su vida está siempre disminuída aun cuando se acomode á su enfermedad. Deben operarse todos los bocios nodulares, porque la operación no hace correr ningún riesgo. La anestesia es local. La cicatriz es casi invisible. (*Soc. de Med. de París*, 26 de Noviembre de 1921.)—LUENGO.

3. **Elección de un anestésico, por V. Pauchet.**—El cloroformo es seductor y sencillo, pero peligroso desde el punto de vista inmediato y, sobre todo, tardío (hígado, riñones). El éter no ofrece peligro inmediato, pero obra sobre el riñón y, sobre todo, sobre el pulmón. Debe administrarse con el aparato de Ombredanne, que es el procedimiento más empleado. El cloruro de etilo puede convenir en algunas intervenciones cortas, como el protóxido de nitrógeno; en el caso de intervenciones prolongadas, los inconvenientes son

los mismos que los del cloroformo. El protóxido de nitrógeno *puro*, puede ser útil para combatir la angustia de los enfermos operados con anestesia local ó raquídea; *combinado* con el éter ó con el Schleich, puede permitir intervenciones más largas, pero para el abdomen no produce una resolución suficiente. La anestesia local y regional es el procedimiento de elección para las craneotomías, bocios, tumores del cuello, operaciones torácicas, perineales, hernias y numerosas intervenciones de campo localizado. La anestesia raquídea á Le Filliâtre, puede servir en las operaciones graves del tórax y del cuello. Por la inyección lumbar con la novocaína, permite todas las operaciones abdominales y del miembro inferior. No conviene para las pequeñas operaciones, porque sus riesgos inmediatos son iguales á los del cloroformo; sus riesgos lejanos son muy inferiores á los del éter y del cloroformo, porque no obra sobre el riñón, el hígado, los pulmones. La operación es mucho más fácil con una raquí que con la narcosis, sobre todo en las laparotomías, á causa de la resolución muscular. En resumen; el éter con el Ombredanne. El cloruro de étilo con la máscara de Camus. El protóxido de nitrógeno según la técnica de Rolland ó la de Amiot. Anestesia local, regional. Raquianestesia con el Le Filliâtre. Rachianestesia con el Tuffier; todos son procedimientos que el cirujano debe emplear diariamente, porque cada uno tiene sus indicaciones y el hecho de no querer emplearlos *todos*, es perjudicial. (*Soc. de Chirurgie*, 16 de Diciembre de 1921.)—LUENGO.

4. **Indicaciones operatorias en los casos de úlceras gástricas ó duodenales, por el Dr. H. Brüt.**—Hace de las úlceras la clasificación siguiente: 1.º, recientes, no complicadas, suelen manifestarse clínicamente por la hemorragia; anatómicamente son pequeñas y planas, á veces son simplemente erosiones hemorrágicas. Como subclase cuenta las úlceras que producen hemorragias agudas; 2.º, las perforaciones ulcerosas agudas, que subdivide en libres y enquistadas; 3.º, las úlceras crónicas, que subdivide por su localización en a) úlceras lejanas al píloro; b) de la región pilórica (yuxta ó parapilóricas); c) evidentemente duodenales. En cuanto á las úlceras recientes, y en general, algo hemorrágicas, pronto está dicho cuanto hay que decir, pues son del dominio exclusivo de la medicina interna que consigue en ellas éxitos muy notables, por lo menos de momento, que se conocen pocos datos acerca de los resultados á largo plazo. En estas formas de úlcera, la intervención sólo se puede plantear cuando la hemorragia no cesa á pesar del tratamiento interno apropiado ó cuando se agrava tanto que pone en peligro la vida del enfermo. En todos estos casos suele haber demasiada tendencia á la intervención, y á juicio del autor, sin razón, á no ser que la hemorragia proceda de una úlcera callosa antigua y sea tenaz. En estos casos está indicada la resección de la úlcera que se puede hacer con anestesia local hasta en las personas que se encuentran en bastante malas condiciones. El autor refiere ocho casos personales; cuatro de ellos antiguos; otros cuatro más recientes. De los primeros, uno está libre de molestias desde hace ocho años, otro fué dado de alta por curación, sin que se sepa nada de él, y los otros dos fallecieron; uno á consecuencia de una perforación de una segunda úlcera, y otro en la mesa de operaciones. De los casos más recientes merecen mención dos: uno, porque no se encontró úlcera alguna, de modo que probablemente se trató de una erosión sumamente superficial de la mucosa y la hemorragia y las demás molestias desaparecieron con la gastroenterostomía; y otro, porque se trataba de un caso gastroenterostomizado, ya de antiguo, por estenosis pilórica, en el que se había desarrollado una úlcera formidable en la curvatura menor, úl-

cera que penetraba profundamente en el páncreas. Fué preciso hacer una gastrotomía, y por el ojal abierto se observó en el fondo de la úlcera una arteria que daba sangre. A pesar de una ligadura en masa, hecha á conciencia, el enfermo falleció. Conclusión que se debe sacar de este caso, es que nunca se debe esperar á último momento para enviar al enfermo al cirujano, y que las ligaduras en masa no son muy de fiar.

Internistas y cirujanos están de acuerdo en lo que se refiere á la necesidad de intervenir en los casos de perforación aguda del estómago en la cavidad peritoneal libre. Lo importante es hacer el diagnóstico á tiempo, porque con cada hora que pasa después de la perforación, el pronóstico se agrava. Entre las afecciones que se pueden confundir con la perforación, tenemos que considerar los cólicos hepáticos, las apendicitis, cuando el apéndice se encuentra en posición alta, y muy especialmente, las crisis tabéticas, porque siempre hay que contar con la posibilidad de que un tabético padezca una perforación. Las perforaciones tienen cierta predilección por el sexo masculino, porque se producen principalmente en las úlceras pilóricas y duodenales, que son las corrientes en dicho sexo, siendo las perforaciones en cambio raras en las úlceras lejanas al píloro, que son las que predominan en el sexo femenino. Este dato tiene alguna importancia para hacer el diagnóstico diferencial con una colelitiasis, pues como se sabe, los cálculos hepáticos son mucho más corrientes en la mujer. Los estudios necrópsicos de los fallecidos por perforación de una úlcera, han puesto de manifiesto la gran frecuencia con que en dichos casos existen úlceras múltiples en diferentes grados de evolución, algunas ya cicatrizadas, lo cual es importante para el pronóstico en los casos en que se sospeche la existencia de varias úlceras. En cuanto á la operación que se debe elegir en estos casos, el autor, repasando los enfermos que trató hace más de un año, generalmente por la sutura simple de la úlcera, ha observado un resultado bastante bueno, pero de todas maneras un número no despreciable de recidivas, por lo que después se ha decidido á emplear procedimientos más radicales. En doce casos tratados por la resección no ha tenido más que uno de muerte; ahora bien, estos casos son aún demasiado recientes para poder decir el resultado á la larga. Tras de un lavado abundante del peritoneo, suele hacer la sutura primaria de las paredes del mismo, incluso cuando existen indicios de peritonitis cree que hay que ser muy parco en el empleo del desagüe. Las perforaciones precedidas de adherencias peritoneales son de pronóstico benigno, pero no se debe prescindir por eso de la intervención, porque el diagnóstico de con la perforación en la cavidad libre, generalmente es difícil y dudoso. Las úlceras crónicas las divide el autor en lejanas del píloro, pilóricas y yuxtapilóricas y duodenales. Advierte inmediatamente que la localización en el píloro no siempre se diferencia de la localización en el duodeno con la precisión suficiente para poderla asegurar en el diagnóstico.

Tratando ante todo las úlceras que se encuentran lejos del píloro, dice que se presentan especialmente en mujeres. La anamnesis suele ser larga; los trastornos, periódicos; faltan por lo regular las hematemesis y las melenas. Lo que se debe atender principalmente, para decidirse á intervenir ó no, es á la radioscopia y á la radiografía. Las úlceras de la curvatura menor se caracterizan por la producción del nicho y la muesca en la parte correspondiente de la curvatura mayor. En estos casos cree el autor que el tratamiento interno puede llegar á librar al enfermo de sus molestias; pero de ningún modo á conseguir una curación anatómica

y, por tanto, á suprimir el peligro de recidivas, hemorragias, perforaciones. No son corrientes las perforaciones en estas úlceras, pero sí lo son las hemorragias abundantes por corrosión de la arteria coronaria estomáquica. En general la decisión se tomará teniendo en cuenta los trastornos subjetivos, las dificultades que la enfermedad crea para el trabajo y el estado general. Otra cosa que se plantea al médico práctico es la de si debe hacer operar al enfermo inmediatamente que le ve ó si debe hacer antes una cura medicamentosa. Si la historia del enfermo es larga y viene padeciendo mucho tiempo, no es conveniente titubear, sino aconsejar pronto la intervención; pero si ocurre lo contrario y si el enfermo, al que se ha hablado de la posibilidad de que necesite intervención, se siente aliviado ó libre de sus molestias al poco tiempo de seguir el tratamiento internista y se niega á ser operado, es conveniente explicarle su situación y las eventualidades á que está sujeto, pero no incitarle á que se opere mientras no reaparezcan las molestias. Lo que no debe dejar de hacer de todos modos es el tratamiento medicamentoso. Surge inmediatamente el problema de si se debe hacer una operación conservadora (gastroenterostomía) ó si se debe proceder á una operación más radical (resección). La mortalidad de la última es indudablemente mayor que la de la primera; pero esta diferencia queda más que compensada por los resultados que se obtienen, que son muy superiores. La confusión de la úlcera callosa con el cáncer es fácil aun después de abierto el abdomen; pero el cáncer es menos frecuente en estas úlceras que en las que se encuentran en el píloro. Los peligros de hemorragia en el momento de la operación y de perforación después de la gastroenterostomía son muy raros; la perforación se puede presentar en los primeros días después de la operación; pero más tarde el autor no ha visto ningún caso. Otro de los inconvenientes de la simple gastroenterostomía es la producción de la úlcera gastroyeyunal ó de la úlcera péptica del yeyuno. Estas úlceras tienen un curso muy desfavorable, no porque se conviertan en cáncer, sino porque tienen tendencia á penetrar y perforarse. Por último, otra circunstancia que aboga á favor de la resección es la de que mediante ésta se reduce la extensión de la superficie secretora, y, por tanto, disminuyen las probabilidades de recidiva de las úlceras. Las úlceras yuxtapilóricas y duodenales se diferencian de las anteriores, pero no siempre entre sí. Las pilóricas son más benignas que las duodenales; cuando cicatrizan dejan una estrechez del píloro; pero no en todos los casos en que clínica y anatómicamente se advierte una úlcera pilórica en curación con estrechez del píloro se encuentra cicatriz. De los casos tratados por el autor, la mortalidad operatoria fué escasa, pero los resultados á la larga no muy buenos. Tuvo varios casos de úlcera péptica grave, con bastante mayor frecuencia que en las úlceras lejanas al píloro; pero advierte que estos casos fueron operados hace muchos años, cuando practicaba la gastroenterostomía anterior (sin resección) y muchas veces con botón de Murphy. Además, observó con mucha frecuencia el desarrollo de cánceres sobre úlceras callosas. Cuando en el píloro existe un proceso cicatricial, la operación es imprescindible; cuando se trate de una úlcera que recidive tras de un tratamiento médico bien hecho, se operará también; si se encuentra una úlcera callosa se debe resear. Por lo demás, los resultados de la gastroenterostomía posterior son muy buenos y no hay motivo para abandonarla. La úlcera duodenal se someterá á tratamiento médico; si fracasa, ó si las molestias reaparecen al emprender el trabajo de nuevo, no se titubeará en la operación. Se hará gastroenterostomía posterior con oclusión del píloro por medio de un trozo de aponeuro-

sis; la oclusión no es permanente, pero da tiempo á que la úlcera se cicatrice. Desgraciadamente, estas úlceras suelen recidivar. La resección no se puede aconsejar todavía, porque no sabemos si los resultados á la larga compensarán la mortalidad tan elevada que tiene. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 17 y 24 de Noviembre de 1921.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Visión de la luz, de las formas y de los colores, por el profesor Weekers (Lieja) — Artículo publicado con motivo de un caso personal en que existía abolición de la visión de las formas y de los colores, con conservación íntegra de la percepción y proyección luminosas y que recaía en un sujeto de treinta y siete años, minero, que á consecuencia de un grave traumatismo cefálico y pasado un mes del accidente comenzó á perder la vista, quedando ciego algunos meses después, á la vez que presentaba gran número de síntomas oculares (parálisis de los rectos externos, anisocoria, papilas atróficas).

Después, el autor entra en consideraciones sobre este caso de disociación de las distintas modalidades de la visión, citando el hallazgo de Bard, de la persistencia de la sensación luminosa en la mitad ciega del campo visual de los hemianópsicos, para terminar con la interpretación de tan curioso fenómeno.

Para ello recuerda que Wilbraud admitía la existencia de tres centros corticales diferentes y correspondientes á cada una de estas modalidades (agudeza visual, sentido cromático y sentido luminoso), teoría no admitida ya, ni aun por su autor.

Expone á continuación una segunda hipótesis, según la cual en la hemiretina ciega de la hemianopsia, existirían fibras emanadas de las vías ópticas del mismo lado, que la pondrían en comunicación con el hemisferio sano, fibras poco numerosas para producir sensaciones de forma y color, pero suficientes para determinar las de claridad. Hipótesis inadmisible también.

Tampoco admite el hecho de que en los casos de destrucción de las vías ó de los centros ópticos, algunos elementos nerviosos no destruídos pudiesen contribuir á restablecer la función (restitución funcional) de un modo más ó menos completo.

Y, por último, el autor deduciendo de lo observado en los casos de hemianopsia en los que existen unas veces abolición completa del sentido de las formas, de los colores y de la intensidad de la luz; en otros, abolición solamente de la agudeza visual, con conservación del sentido cromático y luminoso, y en otros, en fin, conservación de éste último, viene en consecuencia de que así como en los casos de hemianopsias con lesiones no destructivas, puede ésta modificarse, con tendencia á la mejora comenzando primero por el restablecimiento de la percepción luminosa para ir después al de las formas y al del cromático; es decir, en sentido contrario como suele perderse estas modalidades de la visión con el grado de las lesiones de las radiaciones ópticas y centro cortical; en el caso referido pasaría igual. (*De Archives d'Ophthalmologie, de París*, Agosto de 1921).—DR. MARÍN 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.

Sesión inaugural.—Solución de crisis.

Con mayor solemnidad de la que siempre se acostumbra inauguró la Real Academia Nacional de Medicina sus sesiones literarias del curso de 1922 el domingo 15 del corriente. Señalado para esta fiesta el día 7, hubo la fecha de sufrir aplazamiento por el estado de salud del Dr. Recasens, quien se ha visto obligado á permanecer en cama con grave dolencia cerca de tres semanas. Por fortuna, una vez más venció la robusta naturaleza del Dr. Recasens, secundada por los auxilios científicos, la inesperada afección, y el domingo apareció nuestro amigo en la tribuna académica para dar lectura al discurso que le estaba encomendado, sin mostrar deficiencia alguna en sus envidiables facultades intelectuales y físicas.

Versó el notable trabajo del decano de nuestra Facultad de Madrid sobre estudios y estado actual de «la Roentgenoterapia en las afecciones uterinas», y fué unánime la opinión formada por el selecto público sobre la erudita y documentadísima disertación, objeto de encomiásticos comentarios por su clara y precisa exposición, por el sobrio y elegante estilo en que se expone y por el espíritu de discreta y progresiva investigación que en toda ella resplandece. Los aplausos de la concurrencia debieron complacer al autor del notable escrito por lo espontáneos, nutridos y prolongados.

Precedió al discurso doctrinal la lectura de la memoria de Secretaría, que al decir que estuvo á cargo del Dr. Pulido, creemos haber dicho cuanto es necesario en su encomio. La relación de los trabajos académicos, verdaderamente extraordinarios en el último año, en que á las Conferencias de Profesores Nacionales se adunaron las de los más distinguidos de la Facultad de París y de otras Universidades europeas, los debates públicos, los dictámenes é informes privados pedidos oficialmente por las autoridades, todo encontró afortunada exposición, conciso resumen y juicio brillante al pasar por la incomparable pluma de nuestro eximio compañero, que fué muy aplaudido y felicitado.

Hízose al final de la sesión la adjudicación de los premios y socorros de que en otro sitio damos cuenta, y por último, se leyó la lista de los propuestos para el año próximo y alguno de los subsiguientes, produciendo verdadero asombro y satisfacción

el ver la copia en que se ofrecen estos alentadores auxilios que supera con mucho á las de las demás Academias nacionales y aun á las extranjeras.

Réstanos decir que el público, numerosísimo, sigue siendo cada vez más selecto en cuanto vemos que se despierta la afición de los extraños á nuestras fiestas, y sobre todo, por la proporción en que á ellas concurre el elemento femenino, que tanto realce les presta.

Detalles para terminar: el salón triste y oscuro hasta ahora, comienza á lo que parece á tomar animación y á elegantizarse. A derecha é izquierda del retrato de Felipe V, afortunada copia de Van Loo ejecutada por el laureado artista D. Ramón Pulido, lucían el de Luis Mercado, copia del famoso lienzo del Greco y el original del Dr. Ramón y Cajal, obra los dos últimos del inspirado pintor señor Carrillo, que especialmente en el de Cajal ha ejecutado un verdadero *tour de force* al dar de memoria un parecido y una expresión incomparable á la cabeza del famoso maestro.

También lucía por primera vez en el salón un rico tapiz del color y atributos de nuestra Facultad, con el escudo de España y el de la Academia, tejido *ad hoc*, en los talleres que en Alar del Rey sostiene el ilustrado prócer señor conde de Mansilla.

En fin, que nuestra vieja Academia nos parecía el otro día una jamona de bastante buen ver.

La crisis ministerial parece resuelta, continuando íntegro el Gobierno que desde el mes de Agosto preside D. Antonio Maura, habiendo depuesto sus actitudes hostiles, á lo que parece, los elementos que por la demostración de su descontento, habían sido pretexto para su dimisión.

La paz se ha restablecido... ¿Será verdad? Procuramos creerlo.

DECIO CARLAN.

DOS ASAMBLEAS

I.a de Universidades.

Han sido entregados en el Ministerio de Instrucción Pública los siguientes acuerdos de las Facultades de Derecho, Farmacia, Medicina, Filosofía y Letras y Ciencias:

Tema 1.—*Minimum de la duración de los estudios en cada Facultad.*—Cuatro años, lo mismo para los alumnos oficiales que para los no oficiales (Derecho). Cinco años y un año de preparatorio en una oficina de Farmacia autorizada por la Facultad (Farmacia). Seis años (Medicina).

Tema 2.—*Minimum por percepción de matrícula, inscripción y certificado.*—Matrícula universitaria, 10 pesetas por año; inscripciones, 7,50; traslado de matrícula, 5, y certificado de aptitud, 2,50 (Derecho). Minimum de percepción por matrícula, 100 pesetas por curso, cualquiera que sea el número de asignaturas. Prácticas, 50 pesetas por alumno y asignatura (Farmacia). Tres mil pesetas en globo, comprendidos los derechos de matrícula. El importe del título profesional ingresará en la Caja de la Facultad, menos 100 pesetas, que pasarán al Estado (Medicina).

Tema 3.—*Minimum de pruebas de suficiencia de las enseñanzas profesionales.*—Se mantiene como obligatorio el régimen de examen, pudiendo cada Universidad determinar la forma de éste (Derecho). Como minimum de suficiencia se exigirá el examen final de conjunto, precedido de los parciales de fin de curso que la Facultad acuerde (Farmacia). Las pruebas de suficiencia serán como minimum: primera, un certificado de aptitud expedido por el profesor de la asignatura respectiva, sin el cual no podrá el alumno solicitar el examen de grupo; segunda, en exámenes de grupo practico-teóricos, con presentación del cuaderno escolar; tercera, el número de grupos queda al arbitrio de cada Facultad, sin que pueda ser menor de tres (Medicina).

Tema 4.—*Normas a seguir en cuanto al número de enseñanzas complementarias de las profesionales que cada Universidad establezca.*—Quedan las Facultades obligadas a establecer enseñanzas complementarias; pero en libertad para fijar su número y su contenido (Derecho). No debe limitarse el número de enseñanzas complementarias, sino que debe quedar al criterio de cada Facultad (Farmacia). Libertad en cuanto a las enseñanzas complementarias (Medicina).

Tema 5.—*Supresión ó reorganización de los estudios preparatorios.*—Se acuerda por absoluta unanimidad la supresión del curso preparatorio, pudiéndose exigir el examen de ingreso. Las Facultades podrán establecer como obligatorias las enseñanzas de otras Facultades de la Universidad, encaminadas a cultivar el espíritu de los juristas (Derecho). Se suprime el preparatorio. Se establecerá examen de ingreso en la Facultad (Farmacia). Supresión del preparatorio. Las enseñanzas de Física, Química é Historia Natural médica podrán correr á cargo, total ó parcialmente, de la Facultad de Ciencias y con programa redactado de común acuerdo con la de Medicina (Medicina).

Tema 6.—*Régimen de traslado y validez de estudios.*—Sólo podrán hacerse los traslados al principio de curso, y luego únicamente por causa justificada, á juicio de la Facultad. La Facultad calificará en cada caso la validez de estudios (Derecho). El alumno tendrá derecho á trasladarse de Facultad, empezando siempre sus estudios en la Universidad donde vaya, por lo menos á principios del año económico (Farmacia). La Facultad de Medicina no ha resuelto aún sobre este tema y el siguiente.

Tema 7.—*Criterio de las Universidades en punto al reconocimiento de las Asociaciones escolares.*—El reconocimiento de las Asociaciones de estudiantes y su intervención en el gobierno de la Universidad es cuestión que debe ser resuelta por los distintos Estatutos de las Universidades (Derecho). Para que la Universidad reconozca como órgano universitario la Asociación escolar, será preciso que cuente, por lo menos, con la mitad de los alumnos matriculados en una Universidad ó Facultad (Farmacia).

En el Ministerio de Instrucción Pública se reunió ayer la segunda sesión del pleno.

Los Institutos.

En el del Cardenal Cisneros se reunió la Asociación de

doctores y licenciados, dándose lectura á las bases de reforma del bachillerato, cuyos principales extremos, son:

«La segunda enseñanza debe ser la única institución de cultura general de la nación, y habrá de ser base obligada para toda clase de profesiones y cargos que exijan mayores conocimientos que los de la escuela. Debe, pues, dar satisfacción á todas las necesidades sociales, y corresponde al Cuerpo de catedráticos de Instituto la organización de la reforma del Bachillerato, previa consulta del Ministerio de Instrucción Pública á las Facultades universitarias, Escuelas Superiores, Academias Militares y Cuerpos del Estado sobre qué materia de cultura general deben poseer los aspirantes á ingreso en cada uno de esos Centros, y con qué extensión deben haberlas cursado.

Sin perjuicio de los resultados que arroje esta necesaria información ó consulta, y de las convicciones del ministro, el Cuerpo de catedráticos opina que el Bachillerato debe comprender siete cursos, integrados por las siguientes disciplinas: Castellano, Literatura, Matemáticas, Latín y Rudimentos de griego, Física, Química, Historia Natural, Filosofía, Francés, Religión, Dibujo, Historia Universal y de España, Geografía, Inglés ó Alemán, Agricultura y Educación física.

Es deseo unánime de los catedráticos el restablecimiento de la reválida obligatoria del grado de Bachiller.

La Junta visitó á los Sres. Silió y Zavala, escuchando la promesa de que la autonomía que se concediera á la Universidad no menoscabaría jamás el prestigio ni la independencia del Instituto y el propósito de reformar en breve plazo la segunda enseñanza.»

POLITICA DE HIGIENE

POR EL

DR. FRANCISCO RICO BELESTÁ

EL PROBLEMA DE ACTUALIDAD

La lucha por parte del elemento médico para conseguir ver resuelto el problema actual higiénico, es incesante, cortés siempre, con un estímulo grande, cuando tiene ocasión pone sobre el tapete los problemas más necesarios para el país y hace dar un gran paso de adelanto científico en la higienización española.

En la época que vivimos, se pone á nuestro alcance el medio de hacer destruir ese estado tan lamentable que vive el pueblo en lo que corresponde á su sanidad é higiene. Pero también es necesario que en esta lucha que sostenemos nos ayuden tanto el pueblo como nuestros gobernantes, aunque para algunos por muy innecesaria que la vean, no conseguirán reducir el trabajo emprendido por la ciencia médica española.

No es de extrañar las epidemias que se desarrollaban antiguamente, por su falta de higiene, atraso científico y carencia de cultura general. ¡Pero en el siglo que vivimos son más condenables todas las epidemias causadas por falta de medios higiénicos!

Daré á conocer algunos detalles, que por la Historia poseemos, de la mortandad que causaban las epidemias antiguamente y se verá de esta manera la necesidad de implantar la higiene rigurosa.

(1) En lo último del reinado de Alfonso XI se decla-

(1) Lafuente (Historia).

ró una epidemia que alcanzó al mismo rey y atacó tan fuertemente que el 26 de Marzo del 1350 murió cuando tenía cercada Algeciras. No sólo afligió á España el contagio, sino que se derramó por toda Europa con espantoso estrago. En Florencia dicen que mató más de la tercera parte de sus habitantes. Los historiadores franceses dicen que su país fué uno de los reinos que padeció más los horribles efectos de la pestilencia, pues solamente en el cementerio de los Santos Inocentes de París se enterraban diariamente *quinientos apestados*. Era de 1386 años por San Miguel de Septiembre cuando comenzó esta pestilencia, que hizo gran mortandad en el mundo, de modo que murieron las dos partes de la gente, llamándose á tal epidemia la *mortandad grande*. Andalucía fué la parte de España que sufrió más el azote. Esta epidemia, dice Abugiafar, musulmán y médico de Almería, se dejó ver primero en Africa, luego se derramó en Egipto y todo el Asia, finalmente invadió Italia, Francia y España y en Almería hizo el mayor estrago, duró once meses.

¿No es triste y lamentable que en muchos pueblos cuyas aguas no reúnan todas las condiciones deseadas, se dé lugar á la aparición de epidemias causadas por este vehículo?

Este problema es uno de los más importantes para la Nación, ¡bien visto está por experiencia en la campaña que sostenemos con los rifeños! El soldado es atacado por esa crisis sedienta al carecer de agua, y si no obedecen las órdenes de sus jefes para no probar el agua impura que existe en el país marroquí, el 60 por 100 son atacados de diversas enfermedades infectocontagiosas. Como se ve, es de importancia, tanto para el elemento civil como para el militar; el primero, para trabajar desea alimentos y bebidas purificadas, y el segundo, para luchar por la Patria necesita que la bebida sea completamente inofensiva y el alimento de nutrición necesaria.

En la gran guerra pasada, uno de los problemas más graves (por el número de víctimas causadas), que se resolvió con urgencia en higiene, fué la depuración completa de las aguas, apelando á la *JAVELIZACIÓN*; de aquí la desaparición de las diversas enfermedades que daba su principio en los primeros momentos de la campaña.

En nuestra Nación debe abundar la ignorancia, por no llegar á comprender la ventaja que reporta en beneficio para el país beber aguas potables.

Hay que considerar necesario para el porvenir de la raza y no llegue á sufrir más degeneración, abrir horizontes que sean más claros y más conservadores, y la ciencia será en el porvenir la madre de la higiene.

Es lógico que al médico es á quien corresponde hacerle y se ocupe con arraigo y energía de la reconstrucción y salubridad del país y su raza, pero también es indispensable y urgente que el público dé pruebas de constancia y perseverancia en estos asuntos de tanta transcendencia para el país.

Lo primero que debe hacerse en este problema actual, es la disminución de las infecciones por el vehículo agua, pero luego quedan otros muchos y variados

puntos: el paludismo, hay que ponerse con más energía para hacer desaparecer esa *malaria* y tomar medidas que demuestren su eficacia, pues existen puntos en nuestra Nación que se observa sus focos palúdicos, y siguiendo este abandono se verá la España completamente invadida de dicha enfermedad.

La *viruela*, enfermedad muy conocida en España y desconocida en otras naciones, ¿qué causa existe para que la viruela no haya desaparecido de nuestro país? ¡El abandono que hay por parte de nuestros Gobiernos, la desobediencia del público y la carencia de autoridad del elemento médico!

Constituye la necesidad de la higiene continuada que no exista descanso y trabajemos para combatir esa viruela, y no cuando existen focos epidémicos anunciar el peligro, y entonces el público es cuando con humildad se presenta al médico para que deposite con la lanceta en sus brazos el líquido preservador.

Otro de los puntos de más detalle é importancia que hará disminuir la mortandad en los niños es la *higiene escolar*; la inspección de las escuelas es cosa excelente, sabido por todos; con la rigurosa y obligada inspección se despistarán las enfermedades infectocontagiosas, aislando los enfermos y desinfectando los locales; pero aún hace falta mucho más: la creación de clínicas escolares higiénicas, con objeto de diagnosticar y curar las enfermedades de ojos, oídos, nariz y dientes, servicio importantísimo para la sección escolar.

¿Se acaba con esto la política higiénica? No; es de necesidad continuar la lucha enérgica contra la sífilis y, especialmente, la tisis, recurriendo á los medios precisos higiénicos.

Otra de las mejoras es la sección de *hospitalidad*; en España existen en calidad de hospitales casas muy buenas, pero hay bastantes detestables, y regiones que carecen de ello.

Debe crearse una sección médica de reconocimiento de hospitales, pues existen algunos (por no decir todos) que no tienen habitaciones de aislamiento, cosa muy necesaria; hay enfermos que son ruidosos y agitados, y es un estorbo para el vecino, y se impone su aislamiento, aunque la enfermedad no sea contagiosa. Además, es un recurso terapéutico, tanto para el que es ruidoso y agitado como para el enfermo tranquilo; pues creo no descansará nadie cuando se tiene un compañero de dormitorio que delira é intenta bajarse del lecho.

El enfermo que vea á su vecino toda esa serie de síntomas agitados y el cuadro horrible de la muerte, sufre moral y materialmente, trata de hacer borrar esos actos trágicos que se presentan á su vista, y esto, no cabe duda, repercute en su enfermedad, pues, sin embargo, el espíritu y sus sentidos se acuerdan con todos los detalles de la agonía de su vecino.

Es preciso donde se recopilan todas las miserias humanas y las edades se confunden, se construyan hospitales más grandes.

¿Que el gasto es mayor? No hay duda, pero es un gasto que después de hecho no debe sentirse. ¡Cuántos

millones se gastan con menos provecho en otros formidables presupuestos!

Los primeros que lucharon por conseguir estas mejoras han sido un poco olvidados, pero es lo de menos desde el primer momento que verán triunfar sus ideas y llegar á ver realizado su sueño.

Dicen que al médico es á quien corresponde ocupar el sitio debido para que la raza saque de ello todo el provecho posible, y la obra será digna de los generosos pensamientos del porvenir. ¿Y sólo el médico? No, es necesario le concedan lo que pide, y verán cómo el médico trabaja por el bienestar del país y regeneración de la raza en el momento que tenga vida propia é independiente.

Si se resuelve este problema del nuevo *Ministerio de Sanidad*, modificando las leyes y reglamentos que hacen al estudio y ejercicio del médico, se cambiará la situación higiénica actual y llegaremos á florecer.

Toda revolución causada en una nación es por pedir cambien las cosas en bien; la higiene se impone cambien las cosas lo más rápidamente posible, de lo contrario se irá al caos; es el derecho que existe el de pedir por el bienestar de la nación y el progreso de la raza, y las excusas que hay por parte de algunos gobernantes, no pretendan taparlo, pues existen cosas relacionadas con la Higiene, correspondiendo al Ministerio de Sanidad, que se ven con los ojos de la cara.

Por desgracia en España se pasa por alto en la Cámara de diputados todos los asuntos relacionados con la Sanidad, denigración llevada más allá de ciertos límites no respondería á la realidad de los hechos. No sé si me equivoco, pero creo que vamos por el camino de llegar á resolverse el problema tan difícil y de imperiosa necesidad para España.

UNIVERSIDAD CENTRAL

Facultad de Medicina.

En cumplimiento á lo dispuesto por la Real orden de 9 de Agosto del corriente año, el Claustro de esta Facultad ha acordado anunciar á concurso una plaza de pensionado en el extranjero durante diez meses, con la remuneración de 400 pesetas mensuales y 1.000 pesetas para viajes.

Para optar á la expresada pensión, serán condiciones ineludibles las siguientes:

A) Ser licenciado en la Facultad de que se trate, con nota de «sobresaliente» si ha practicado los ejercicios de la licenciatura, y sin «suspense» alguno en las asignaturas de la carrera.

B) Haber terminado ésta durante el curso académico en cuestión, ó en cualquiera de los cuatro anteriores.

C) Hablar y escribir correctamente el idioma del país á que se pretende ir pensionado, quedando á la iniciativa de los Claustros la determinación de los medios prácticos de prueba de dicha suficiencia.

D) Que el aspirante exponga con toda precisión en su solicitud los trabajos ó investigaciones que haya de hacer y el Centro científico ó profesor con quien va á estudiar.

E) Que la especialidad que desee ampliar ó perfeccionar en el extranjero haya sido antes materia de su predilección, lo que probará acompañando con la instancia al Rectorado en que solicite la pensión, los trabajos, Memorias ó publica-

ciones que así lo acrediten, quedando á la competencia del Claustro su examen y calificación, así como el someter al aspirante á cualquier prueba lo mismo teórica que práctica, oral ó escrita, con que poder acreditar cumplidamente su dominio de la materia.

F) Que lo que el solicitante se proponga estudiar en el extranjero no pueda aprenderlo en España, por hallarse ya en posesión de cuantos conocimientos se puedan adquirir aquí en la materia.

G) Que pertenezca á un orden especulativo y sea de verdadera investigación doctrinal, en oposición á las prácticas en clínicas y laboratorios, de tendencia meramente aplicada, y mediante la que el pensionado, más que á ensanchar y enriquecer el caudal de los conocimientos humanos, á lo que tiende es á capacitarse para una profesión lucrativa inmediata.

Las solicitudes se presentarán en el Decanato de esta Facultad durante el plazo de treinta días á contar desde esta fecha.

Madrid, 27 de Diciembre de 1921.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN INAUGURAL

Este alto Cuerpo científico-consultivo inauguró el domingo, 15 del actual, el presente curso académico.

El ilustre presidente de la misma, Dr. Cortezo, tenía á su lado á los Dres. Fernández-Caro, Pulido, Mariscal y Embajador de Alemania; en sus respectivos sillones, los académicos de número, acompañados de notabilidades pertenecientes á otras reales Corporaciones, y de esclarecidos individuos amantes del saber.

En el público, la juventud médica, ávida de escuchar la palabra de uno de sus más preclaros maestros, encargado del discurso reglamentario. La tribuna, rebosante de respetables señoras y bellas señoritas, que daban realce á la fiesta académica.

El Sr. Pulido leyó el discurso de Secretaría, reseñando la labor realizada por la Corporación durante el curso anterior, y en sentidas frases encomiásticas trazó de mano maestra la silueta necrológica de los académicos de número Sres. Fernández-Chacón, Rodríguez Abaytua y Lázaro Ibiza, y la de los corresponsales Chervin, Medina y Pérez Noguera.

Hizo resaltar, además, el gran pensamiento del Dr. Cortezo al fundar una Biblioteca Clásica de la Medicina Española, habiendo ya visto la luz pública el primer tomo, *El Libro de la Peste*, del Dr. Luis Mercado, al que nuestro bibliotecario, el Dr. Mariscal, ha escrito un extenso prólogo con notas comentadas que, por su erudición y ameno estilo, avaloran la reimpresión de tan notable obra.

Habló luego de nuevas fundaciones literarias que vienen á reforzar las ya de antiguos existentes en la Academia: una, del Dr. Abaytua en la que instituye varios premios, recompensas y socorros, y otra del Dr. Sarabia para las mejores publicaciones sobre Pediatría.

La interesante Memoria de Secretaría fué muy aplaudida por el relato fiel de cuanto se ha ocupado la Academia durante el curso último, en la que campea la galana pluma de tan eximio escritor.

Concedida la palabra al Dr. Recasens, encargado de llevar la voz de la Academia en esta solemnidad, disertó acerca de *La Roentgenterapia en Ginecología*, exponiendo el fruto

de su vasta experiencia, relacionada con el empleo de las radiaciones activas y de las roentgenianas.

Mas antes de entrar de lleno en su labor clínica, estudia de una manera amplísima cuanto se refiere á los rayos X, naturaleza de la electricidad, ondas eléctricas hertzianas, constitución de la materia (formación nuclear y electrónica de los átomos), energía calórica de los rayos catódicos, choque de éstos, naturaleza ondulatoria de los rayos X, rayos blandos, semiblandos, duros y muy duros, su acción física y biológica, coeficiente de absorción, dosis física (energía absorbida por unidad de volumen), capa hemirreductora, factor tiempo, rayos dispersos, rayos secundarios β y fluorescentes, medición de las radiaciones (calimetría y cuantimetría), etc., por cuyos enunciados se podrá apreciar qué esfuerzo intelectual no habrá realizado el Dr. Recasens para condensar en pocos pliegos, cuanto han escrito autores eminentes sobre los principios generales de esta materia, aprovechándose de sus demostraciones algebraicas, etc., que con seguridad, para aplicarlas á conciencia en ginecopatía, habrá tenido el disertante que volver á recordar las ciencias matemáticas y las teorías fisico-químicas, como constan en las páginas del discurso, llenas de ecuaciones, igualdades, fórmulas, enunciados y equivalencias, trazados esquemáticos y diagramas, que aun los más especializados en esta materia encontrarán dificultad para comprender su lectura.

Con este concienzudo y detallado preliminar de adaptación á la terapéutica ginecológica, el Dr. Recasens sostiene que «es preciso conocer la situación exacta de la lesión que se quiere combatir, y con mediciones apropiadas, llegar á determinar de modo exacto la profundidad á que se halla colocada la lesión que se va á tratar y distancia de la piel de la región por donde debe penetrar la radiación de Roentgen»; dosis de radiación que debe administrarse en cada caso clínico; conocimiento perfecto de las condiciones referentes al dispositivo de los aparatos, etc.

Deja aparte la aplicación de dichos principios generales, que pueden ser aprovechados en gran número de enfermedades pertenecientes á distintos órganos ó aparatos, y se fija sólo en la especialidad ginecológica, por ser ésta la que mayores beneficios ha alcanzado con el empleo de este medio terapéutico, sobre todo en el tratamiento del cáncer del útero, que cura sin mutilar y no corre grave riesgo la vida de la paciente.

El Dr. Recasens detalla luego algunos de los procedimientos basados en observaciones personales, y se ocupa de los miomas uterinos, de las hemorragias metrópicas, de las de origen anexial y osteomalacia, del cáncer del útero, cuyos medios radioactivos patentizan sus favorables resultados como hecho culminante de veinte años acá, llegando á la conclusión de que el medio más favorable de tratamiento del cáncer cervical del útero es la aplicación del radium acompañada de las radiaciones de Roentgen. Habla luego de las indicaciones y contraindicaciones respecto á los cánceres cervicales en que las lesiones se circunscriben al hocico de tenca; carcinomas cervicales con propagaciones paramétricas en los límites de la operabilidad; cánceres completamente inoperables, por presentar propagaciones á órganos vecinos; y de la neoplasia local abarcando otros órganos en que el desenlace rápido y funesto no se hace esperar.

Se extiende luego sobre los casos de cáncer del cuerpo del útero y su tratamiento radioactivo.

El estudio de esta importante rama de la ginecología más bien resulta una extensa monografía de consulta, que discurso académico, y el Dr. Recasens termina dedicando algunos párrafos al cáncer de la vulva y al de la mama, afirmando que en nuestro país la labor de tanto por ciento de

curaciones es digna del mejor encomio, sin que haya quedado ningún momento á la zaga la utilización de este medio terapéutico y resultados obtenidos.

Atronadores aplausos coronaron la obra del decano de nuestra Facultad de Medicina.

Se entregaron luego los premios y socorros acordados por la Academia, resultando que el de la Corporación, cuyo tema es «Influencia económica de una buena administración sanitaria en la vida de las naciones», al abrir el sobre, resultó ser el autor D. Enrique Badenes y Gallach, de Valencia, y el del accésit, D. Luis Muñoz y Antufiano, de Madrid.

El premio Alvarez Alcalá se adjudicó al Dr. D. Antonio Crespo y Alvarez, capitán médico, de Zamora; el de Martínez Molina, á D. Antonio Alvarez de Linera y Grund, catedrático de Psicología del Instituto General y Técnico de La Laguna de Tenerife (Canarias); el de Röel, á los doctores D. Salvador Caracuel y Farrugia, de Villamanta, y D. Joaquín Vilar y Ferrán, de Barcelona; y el de Calvo y Martín, á D. Miguel Carreras, médico titular de Fuentes de Nava (Palencia). Todos recibieron merecidos aplausos por sus valiosísimos trabajos.

Tan agradable sesión terminó con la entrega de los dos socorros Rubió, adjudicados á D.^a Concepción Sánchez y Guinea, viuda del médico D. Mariano Salvador y Gamboa, y á D.^a Matilde Escobar Urefia, viuda del médico D. Tomás Carví y Celma.

Después dióse lectura al programa de premios, recompensas y socorros para 1922-23.

Digno remate en que se hermanan la Ciencia médica y la Caridad; noble consorcio en que teniendo aquélla la misión principalísima de desentrañar los problemas bioquímicos y patológicos más intrincados de nuestro organismo, y elegir los recursos terapéuticos apropiados para acercarse á la curabilidad de sus afecciones, no se olvida de socorrer á la vez, con pródiga y bienhechora mano, los sinsabores dimanados de privaciones domésticas, aliviando así la miseria de nuestros semejantes. Que como dice nuestro llorado amigo Abaytua: «Nada hay que propulse con mayor energía á ejercitar el bien, como el haber sabido vencer el dolor...»

DE CESALDO.

PROGRAMA DE PREMIOS Y SOCORROS PARA 1922 Y 1923

Premios de la Academia.—Esta Corporación abre concurso sobre los temas siguientes:

I. «Exposición y crítica del tratamiento de las diferentes hemorragias internas».

II. «Crítica del valor relativo de las operaciones anti-glaucomatosas».

Para cada uno de estos puntos habrá un premio, un accésit y las menciones honoríficas que se acuerden.

El premio consistirá en 750 pesetas, medalla de oro, diploma especial y título de académico corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria si, no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones de los Estatutos; el accésit, en medalla de plata, en igual forma, y diploma especial, y las menciones honoríficas, en diploma especial.

Las Memorias deberán estar escritas en español y á máquina. Serán eliminadas las constituidas por hojas sueltas.

Las que obtengan el premio se publicarán por esta Corporación si sus dimensiones no fueran excesivas, entregándose á sus autores doscientos ejemplares; y las favorecidas con accésit ó mención honorífica se imprimirán si la Academia lo estimare procedente, reservándose ésta en

todo caso la facultad de publicar las láminas ó grabados acompañados al texto que le parecieran oportunos.

Premios Alvarez Alcala.—I. «Aplicación de los métodos microquímicos al análisis clínico de la sangre.»

II. «Crítica de los procedimientos actualmente empleados para la depuración de las aguas que sirven de bebida al hombre y á los animales domésticos.»

Para cada uno de estos puntos habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 500 pesetas y diploma especial; el accésit y las menciones honoríficas, en diploma especial.

Premio Martínez Molina.—«Estructura de los ganglios simpáticos.»

Para este asunto habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 480 pesetas y diploma especial; el accésit y las menciones honoríficas, en diploma especial.

Premio Iglesias y González.—«Biografía de un médico español de los que más se hayan distinguido, ó bibliografía española de algunos de los ramos de la Medicina que se signifiquen por la novedad, autenticidad, abundancia de datos y crítica acertada.»

Para este asunto habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 500 pesetas y diploma especial; el accésit y las menciones honoríficas, en diploma especial.

* *

Los premios y distinciones anteriormente mencionados se conferirán, en la sesión inaugural del año de 1924, á los autores de las Memorias que, por su mérito absoluto, los hubieren merecido, á juicio de la Academia; y todas las Memorias se remitirán á la Secretaría de la Corporación antes del 1.º de Julio de 1923, de once de la mañana á una de la tarde, no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, y distinguiéndolas con un lema igual al del sobre cerrado que remitirán adjunto, el cual contendrá el mismo lema, su nombre y apellidos, sin abreviatura, y su residencia.

Sólo se incluirá en cada uno de los sobres el nombre de un autor, y si al abrirlos se hallaren dos ó más, ó la designación de Corporaciones ó colectividades, se entregará únicamente la parte metálica del premio.

Los sobres de las Memorias no premiadas se inutilizarán en la primera sesión de gobierno que se celebre después de la inaugural, á no ser que fueren reclamados oportunamente por sus autores, para lo cual presentarán el recibo correspondiente.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Academia, y ninguna de las remitidas podrá retirarse del curso.

Premio Salgado.—Se conferirá un premio de 1 500 pesetas al profesor que haya contraído suficiente y mayor mérito por sus estudios y aplicación de las ciencias auxiliares á la Medicina, particularmente á la Hidrología, ó por sus trabajos médicos, científicos ó prácticos, durante los años de 1921 y 1922.

Se optará á este premio por instancia ó mediante propuesta de tres académicos.

Las instancias ó propuestas, acompañadas de los correspondientes justificantes, se remitirán á la Secretaría de la Academia antes del 1.º de Julio de 1923, y los premios se conferirán en la sesión inaugural de 1924.

Premio Nieto y Serrano.—«Estudio crítico biobibliográfico de un autor médico español anterior al siglo XIX.»

Para las Memorias referentes á este tema se ofrece un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 2.000 pesetas y diploma especial; el accésit y las menciones honoríficas, en diploma especial. Los trabajos se admitirán hasta 1.º de Julio de 1923, y el premio se conferirá en la sesión inaugural de 1924.

Premios Röel.—«Geografía ó Topografía médica de un partido ó de un término municipal de Asturias.»

Ya han sido agraciados: con premio, Concejo de Oviedo, de Ponga, Luarca, Avilés, Cabrales y Gijón; y con accésit, Lena, Castrillón, Tineo, Muros, Gozón y Carreño, y cuyos puntos no pueden optar á nuevo premio.

Para dicho asunto se concederán un premio y un accésit. El premio consistirá en 1.500 pesetas, y el accésit, en 500 pesetas.

Las Memorias premiadas se publicarán si sus dimensiones no fueran excesivas, á juicio de la Academia, entregándose á sus autores doscientos ejemplares, y reservándose la Corporación la facultad de publicar ó no las láminas ó grabados que puedan acompañar al texto.

Según lo dispuesto por el fundador, se advierte la conveniencia de que las Memorias estén redactadas de un modo claro y conciso, y que tengan carácter eminentemente práctico.

A estos premios podrán optar no sólo los médicos que se hallen en el ejercicio de la profesión, sino los alumnos de la Facultad de Medicina de las Universidades españolas.

Los trabajos se remitirán á la Secretaría de la Academia hasta las cuatro de la tarde del 31 de Octubre del corriente año de 1922, con los requisitos señalados anteriormente, y los premios se entregarán en la sesión inaugural de 1923.

Premio Sarabia y Pardo.—Consistirá en 500 pesetas, que se otorgarán al mejor trabajo sobre Pediatría que, desde 1.º de Diciembre de 1921 á 30 de Noviembre del año actual, ambos inclusive, se haya publicado en la Prensa profesional ó política ó en conferencias, monografías, folletos, libros, etc.

El plazo de admisión de las publicaciones remitidas bajo instancia, terminará el 1.º de Diciembre del corriente año, á la una de la tarde, y el premio, si se otorga, se entregará en la sesión inaugural de 1923.

FUNDACIÓN DE SAN NICOLÁS

Premios, recompensas y socorros Rodríguez Abaytua.

I. Dos recompensas de 300 pesetas cada una á los dos artículos merecedores del galardón, por el concepto filosófico, el estilo literario y la veracidad descriptiva de los publicados por la Prensa diaria política ó gráfica, antes de la sesión inaugural del curso académico próximo venidero, con ocasión de notificar la recepción de nuevos académicos, las sesiones necrológicas de los mismos, las sesiones inaugurales de curso ó cualquier otra solemnidad celebrada por esta Real Academia ó la Academia Médico Quirúrgica Española residente en Madrid.

Cada uno de estos donativos se adjudicarán al artículo que mejor relate uno de los actos solemnes de entre los realizados en el presente año por ambas Corporaciones.

Los concursantes remitirán á esta Academia, antes de 1.º de Noviembre de 1922, el número del periódico en que se inserten los artículos, y las recompensas se entregarán en la sesión inaugural de 1923.

II. Tres premios de 1.000 pesetas cada uno para el pago de los derechos de expedición del Título de Licenciado en Medicina y Cirugía, de los tres estudiantes que durante el año precedente al de la inauguración del académico se hubiesen revalidado en las Universidades de Santiago de Compostela, Valladolid y Madrid, y presentasen la mejor hoja de estudios.

Cada uno de los rectores de dichas Universidades remitirá á esta Academia, antes del 15 de Julio de 1922, extracto de tres expedientes de los que, á juicio de aquéllos, puedan aspirar al premio, á fin de que los agraciados reciban el galardón en la próxima apertura del curso académico de 1922 á 1923, en las referidas Universidades.

III. Un premio de 1.500 pesetas al autor de la mejor tesis de doctorado aprobada durante el curso de 1921 á 1922.

El Decanato de la Facultad de Medicina de Madrid remitirá á esta Academia, antes del 31 de Octubre de 1922, las tres tesis que el Claustro de profesores hubiese conceptuado como de más culminante mérito, para que la Corporación informe á cuál ha de darse el premio.

IV. Un donativo bienal de diez cartillas, de 500 pesetas cada una, á cinco alumnas y cinco alumnos de las escuelas públicas municipales de Madrid que, no teniendo edad menor de ocho años ni mayor de once, hubiesen sobresalido más en los exámenes de fin de curso, verificados con verdadera seriedad docente en dichas escuelas. Para este efecto, el Magisterio de las mismas remitirá á esta Real Academia los nombres de las alumnas y de los alumnos que hayan conseguido los tres primeros puestos en dichos exámenes en cada una de las escuelas, reuniendo las condiciones antedichas de edad, y expondrá, además, las condiciones sociales de los examinandos, siendo condición de preferencia la mayor escasez pecuniaria de la familia.

Las relaciones de dichos alumnos se remitirán á esta Academia, antes de 1.º de Noviembre de 1923, y se adjudicarán las cartillas en la sesión inaugural de 1924.

V. Dos socorros anuales de 2.000 pesetas cada uno para los dos médicos que acrediten la más precaria situación por avanzada edad ó por enfermedad crónica.

Para optar á dicho socorro presentarán á esta Academia, antes de 1.º de Noviembre de 1922, los siguientes documentos: instancia fijando la edad y su domicilio, presentación del título, certificación facultativa en que se acredite la enfermedad que les imposibilite ejercer la profesión, certificación del alcalde del barrio y del cura de la parroquia de que carecen de recursos para vivir, y cuantos documentos consideren oportunos los interesados, como certificación de los pueblos donde han ejercido, etc.

VI. Un premio de 2.500 pesetas, recompensatorio de la mejor monografía sobre un punto, á la libre elección del autor, de Fisiología, de Patología ó de Terapéutica, estudiada individual ó colectivamente del aparato digestivo, excluyendo boca, lengua, fauces, esófago y recto, ó de sus conexos biliar y pancreático.

Los concursantes podrán presentar sus trabajos sin firma alguna, escritos á máquina, hasta el 1.º de Julio de 1923. Cada autor lo distinguirá con un lema, el mismo que figurará dentro de un sobre cerrado y lacrado, y, además, contendrá el nombre y los dos apellidos, sin abreviatura, y su residencia habitual.

El premio, de otorgarse, se adjudicará en la sesión inaugural de 1924.

VII. Un premio de 5.000 pesetas al mejor trabajo publicado ó inédito escrito durante el quinquenio de 1922 á 1926, ambos inclusive, sobre un estudio analítico crítico de Deontología Médica, ya en su conjunto, ya en alguno ó en varios de los factores que la integran. Este concurso es extensivo á Francia.

Se optará á dicho premio por instancia dirigida á la Corporación (acompañando el trabajo) hasta el 1.º de Octubre de 1926; y el premio, de otorgarse, se adjudicará en Madrid en la sesión inaugural de la Real Academia Nacional de Medicina del año 1927.

Premio Calvo y Martín.—Consistirá en la cantidad de 250 pesetas, pudiendo optar á él los médicos de partido encargados de la asistencia de los pobres, con asignación que no pase de 1.000 pesetas, casados y con hijos.

Los aspirantes deberán escribir una Memoria cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.º, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan asistido, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa; y de no ser esto posible, describirán las enfermedades más notables á que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando de estas cualidades el alcalde y el cura párroco de la localidad.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del cura párroco, en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como la indicada Memoria, se remitirán á la Secretaría de la Academia antes del 1.º de Diciembre del corriente año de 1922, y el premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1923.

No pueden aspirar á este premio los que hayan obtenido otro igual en concursos anteriores.

Socorros Rubio.—Se adjudicarán en la sesión inaugural de 1924 los dos legados por el Dr. D. Pedro María Rubio, consistentes cada uno en la cantidad de 540 pesetas, á dos viudas ó hijas mayores solteras de médicos rurales que hayan ejercido la profesión en España por más de tres años, de una manera honrosa y recomendable, en las más pequeñas poblaciones ó aldeas, y con las más cortas remuneraciones, prefiriendo á las de aquellos que hayan sido víctimas de alguna epidemia.

Las interesadas no han de disfrutar pensión de Montepío.

Se recibirán hasta 1.º de Septiembre de 1923 las solicitudes, acompañadas de los documentos siguientes: copia simple del título del profesor fallecido; certificación de su matrimonio, la defunción, la de los hijos menores de catorce años, y las de los alcaldes ó Ayuntamientos que acrediten el tiempo que ejerció el causante la profesión en cada localidad; concepto que mereció, número de habitantes, dotación y obligaciones del cargo de titular, y á ser posible, sus utilidades por la asistencia de las familias acomodadas.

ADVERTENCIA.—Los interesados deberán recoger los premios, etc., en el acto de la sesión inaugural, en persona ó por representación, cuya firma certifique el juez municipal de la localidad, que se anunciará en la *Gaceta de Madrid*. La falta injustificada de persona que recoja los premios, recompensas y socorros se entenderá como una renuncia.

Madrid, 15 de Enero de 1922. — El presidente, *Carlos María Cortezo*. — El secretario, *Angel Pulido*.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN INAUGURAL DEL AÑO ACADÉMICO DE 1921 Á 1922
CELEBRADA EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID
EL 13 DE DICIEMBRE BAJO LA PRESIDENCIA DEL EXCMO. SEÑOR
MINISTRO DE LA GOBERNACIÓN, CONDE DE COELLO
DE PORTUGAL

El secretario general Excmo. Sr. Dr. D. Nemesio Fernández Cuesta dió lectura á su elocuente discurso reseña de los trabajos de la Sociedad durante el año anterior, recopilando en forma sintética lo discutido acerca de los siguientes temas: 1.º Lucha contra el paludismo, presentado por el Dr. D. Antonio Franco Martínez; 2.º Higiene de la prostitución y sus

relaciones con la educación antivenérea social y su profilaxis, por el Dr. Díaz Villarejo. 3.º Estado actual de la Higiene en sus relaciones con la Pedagogía, por el Dr. Bascuñana. 4.º La Higiene y la moda, por la doctora Soriano; más las mociones: El Manicomio de Mérida, por el Dr. Decref. La Higiene en los coches, por la doctora Soriano. Influencia de la sífilis en las enfermedades mentales, por el Dr. Fernández Sanz, y El nuevo matadero, por el Dr. Mafiueco.

Tributa un recuerdo cariñoso á los socios fallecidos doctor Barajas y Dr. del Pino y da, por último, cuenta del resultado del concurso de premios por el que han obtenido Premio Bugallal, desierto; Premio Fernández Cuesta, D. José González Castro; accésit, D. Cándido Goutan Urruchuca. Premio Roel: 1.º D. Antonio Oleu y Córdoba, farmacéutico, 2.º D. Leopoldo López Pérez, doctor en Farmacia.

La doctora señorita Elisa Soriano Fischer dió lectura á su discurso «La mujer en la vida moderna», en el que manifiesta la necesidad de la enseñanza de la Higiene al niño desde que nace, estableciendo con él prácticas sanas y provechosas. Elogia la labor del Comité femenino de higiene popular fundado por la ilustre Sofía Casanova. Habla de las colonias escolares, que su estancia en ellas debe ser más duradera y deben establecerse otras en la Sierra de Guadarrama. Estudia la necesidad de la instrucción higiénica sexual á las niñas púberes hecha por las madres, y, en su defecto, por las maestras, abogando por la necesidad de que en todas las escuelas de párvulos y adultos se enseñe Higiene, y á la mujer, además, Economía doméstica, por maestras capacitadas, á cuyo fin, en todas las Normales de España debe existir una Cátedra de estas enseñanzas por personal idóneo, pues no hay razón para que sólo reciban esta instrucción las alumnas de Madrid y Barcelona y se las prive de ello á todas las demás Normales de España. Habla de los conflictos creados por los panaderos y dice que si á las mujeres se las enseñara á fabricar pan, jabón, análisis elementales de alimentos y bebidas, no habría estos conflictos y ganaría la salubridad. Hace un escarceo de carácter feminista por la sanidad y la administración públicas, abogando por la intervención de la mujer en éstas y otras cuestiones de carácter higiénicosocial.

Respecto á la ignorancia que de la higiene del matrimonio tienen las mujeres al casarse, dice: «Si supiesen lo que en materia de higiene deberían saber, ¿creéis que se realizarían muchos de esos matrimonios entre enfermos y degenerados á veces por un mal entendido romanticismo? ¿Creéis posible que se repitiese con la frecuencia que en la actualidad que el novio, por carencia absoluta de sentido moral y de cariño para su esposa, transmita como recuerdo imperecedero de su matrimonio una enfermedad que unas veces hará infecundo al mismo y siempre pondrá la salud de la mujer en grave riesgo?»

Habla de la oftalmía purulenta de los recién nacidos, que produce una cantidad de ciegos inmensa, cosa que no sucedería si se instruyera á las madres en este punto. Hace una invitación á la Sociedad Española de Higiene para que con su prestigio formule unas «Instrucciones higiénicas para la mujer casada» que le sean entregadas gratuitamente por el Estado en el acto del matrimonio, y que fuesen á manera de Código de sus deberes en esta materia.

Trata de la actuación de la mujer desde el punto de vista higiénico-político-social y de la necesidad de que las mujeres aprendan un oficio, una carrera, un arte con el que puedan decorosamente ganarse la vida, y de que su remuneración en igualdad de producción no sea menor que la del hombre. Estima que ciertos cargos de la Administración pública desempeñados por mujeres, por mal que lo hicieran,

no resultaría peor que ellos lo hacen. Por último, hace una invocación para el engrandecimiento de la mujer, pues sin ella nunca se logrará una Patria grande ni una Humanidad sana y fuerte.

El presidente de la Sociedad, Excmo. Sr. Dr. D. Angel Fernández Caro, con la elocuencia y elegancia de estilo que en él es proverbial, pronunció un magnífico discurso haciendo breve historia del nacimiento de la Sociedad y de su desenvolvimiento hasta la fecha, demostrando que si es vieja por los años que lleva de laborar, es joven por sus ideas, pues evoluciona con los tiempos. Hace años no se conocían los grandes problemas sociales de ahora, no se hablaba de enfermedades evitables, y la higiene se enseñaba como cosa secundaria. Los hospitales eran caridad, no función del Estado. No había laboratorios, clínicas, institutos, etc. La salud y la vida es lo más importante para las naciones. No bastan disposiciones y leyes, hace falta un ambiente de costumbres higiénicas. La Sociedad de Higiene, dijo, es la colaboradora de la sanidad oficial.

Tributa un recuerdo al gran Canalejas, que siendo presidente del Consejo de Ministros se presentó una vez espontáneamente en una de nuestras sesiones y dijo: «El Gobierno que no hace lo posible por evitar las enfermedades, no es un mal Gobierno: es un Gobierno criminal.»

El excelentísimo señor ministro de la Gobernación, en tono familiar, pero muy elocuente, expuso que las atenciones parlamentarias y otras muchas le roban el tiempo que debía dedicar á la Sanidad; pero que tiene muy buena voluntad, lo mismo que el Sr. Maura, que le nombró ministro precisamente por no ser político, pues así podría atender mejor el cargo en lo que se refiere, en primer lugar, á la Sanidad, al Orden público y á la Administración provincial y municipal. Que antes de Pascuas piensa presentar en el Senado un proyecto de ley, cuya labor se debe principalmente al inspector general de Sanidad, Sr. Salazar, acerca de «Profilaxis de las enfermedades evitables». En este proyecto se tiene en cuenta el seguro social sobre enfermedades y el certificado de Sanidad para contraer matrimonio. Ensalza la obra altruísta de los médicos que tanta propaganda hacen de la higiene, y ofrece que atenderá á esta Sociedad y vendrá á ella con mayor intimidad. Para el año académico actual ofrece un premio de 1.000 pesetas, cuyo tema será «Aplicaciones del cloro para depurar las aguas potables de Madrid».

COLEGIO DE HUÉRFANOS

El jueves 19, á las siete de la noche, celebró sesión ordinaria la Junta de Patronato de esta benéfica Institución. Se acordó en ella el aviso á las familias respectivas de los alumnos correspondientes á las plazas ampliadas en la última sesión y cuyas ropas, camas y enseres no han podido confeccionarse hasta ahora por las dificultades con que se ha tropezado por parte de los señores industriales. El criterio adoptado para la admisión, dada la igualdad de circunstancias dentro de las condiciones impuestas por los Estatutos ha sido el de *dar preferencia á los huérfanos procedentes de provincias que contribuyendo en crecida proporción al sostenimiento del Colegio, ó no tenían ningún alumno, ó figuraban en proporción mínima, por circunstancias accidentales*. Los agraciados *por orden riguroso*, después de analizados los expedientes minuciosamente, han sido:

Amalia Biedma Carvajal (huérfana de padre y madre), de Badajoz.

Asunción Rodríguez Muñiz (huérfana de padre y con la madre inútil), de León.

Ramón Fisac Núñez (este niño quedó pendiente de ingreso cuando se inauguró el Colegio, por haber equivocado su madre la tramitación del expediente enviándolo a otra Institución), de Ciudad Real.

Mercedes González Faes, de Oviedo.

Carmen Velázquez de Castro, de Granada.

Enriqueta Briones Ruiz, de Jaén.

Dolores León García, de Teruel.

Dolores Pascual Romano, de Toledo.

Isabel Simón López, de Albacete.

Guillermo Felgueras Gatell, de Málaga.

Fernando Bouthelie Guadan, de Zaragoza.

De estas siete últimas provincias no había ningún huérfano, por tener los expedientes presentados fecha posterior á aquella en que quedaron cubiertas las cien plazas.

En la actualidad habría en el Colegio de huérfanos cincuenta y dos niños y cuarenta y siete niñas; quedarán, pues, 105.

El balance de cuentas del último trimestre hasta 31 de Diciembre de 1921, arroja el favorable resultado de

	Pesetas.
Existencia en caja el 1.º de Octubre	79.698,88
Ingresos por todos conceptos del 1.º de Octubre al 31 de Diciembre de 1921.....	31.195,50
SUMAN.....	110.894,38
Pagos hechos por todos conceptos (de Octubre á Diciembre).....	33.985,55
Saldo á favor del Colegio.....	76.908,83
Créditos por sellos á los colegios.....	50.881,00

El detalle puntualizado de estas cuentas, así como el del trimestre anterior, se publicarán por EL SIGLO MEDICO como viene haciéndolo, en los dos números inmediatos por su mucha extensión. También se enumerarán los donativos recibidos en concepto de obsequio de Pascuas, que no han podido consignarse por haber llegado después de cerradas las cuentas.

Se acordó el comienzo de las obras de restauración del edificio y retejo del mismo y la publicación de una hoja periódica que, con el título de *El Huerfanito*, redactarán por sí mismos y compondrán en sus nuevas máquinas las alumnas y alumnos del Colegio. Todos los gastos de papel, tirada etc., que ocasione la simpática publicación son de cuenta de EL SIGLO MEDICO que los sufraga gustoso como todos los que anteriormente viene haciendo, siquiera no se haya hecho por nadie mención, á pesar de lo que en las actuales circunstancias ello significa. La Junta así lo acordó, haciéndolo constar en acta.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer se anuncie á oposición libre, entre veterinarios y licenciados ó doctores en Medicina, la provisión de las plazas de profesor auxiliar de Histología natural, Patología general y Anatomía patológica, Patología especial médica de enfermedades esporádicas, Terapéutica farmacológica y Medicina legal, vacantes en las Escuelas de Veterinaria de Zaragoza, Córdoba, León y Santiago, dotadas con el haber anual de 1.500 pesetas ó la gratificación de 1.000 pesetas.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 30

de Noviembre de 1921. — *Silió* — Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 10 de Diciembre.)

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Convocadas las oposiciones para proveer en propiedad la cátedra de Patología quirúrgica, Operaciones, Anatomía topográfica y Obstetricia, vacante en la Escuela de Veterinaria de Santiago, y teniendo en cuenta lo informado por la Comisión permanente del Consejo de Instrucción pública respecto á la presidencia del Tribunal de oposiciones,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 1 de Diciembre de 1917, ha tenido á bien disponer que dicho Tribunal quede constituido en la siguiente forma:

Presidente: D. Juan Manuel Díaz del Villar, consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Dalmacio García é Izcara, D. José López Flórez, D. José Herrera Sánchez, D. Moisés Calvo Redondo, profesores numerarios de las Escuelas de Veterinaria de Madrid, Zaragoza, Córdoba y León, respectivamente.

Como suplentes actuarán: D. Joaquín González García, D. José Jiménez Gaeto, D. Ramón García Suárez y D. Aureliano González Villarreal, profesores numerarios de las Escuelas de Veterinaria de Madrid, Zaragoza, Córdoba y León.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 17 de Noviembre de 1921. — *Silió*. — Señor subsecretario de este Ministerio.

A propuesta del ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, y de conformidad con lo dispuesto en el art. 1.º de la ley de 27 de Julio de 1918,

Vengo en declarar jubilado, con el haber que por clasificación le corresponda, á D. Ramón Cañadas Domenech, catedrático numerario de la Facultad de Medicina de Cádiz, de la Universidad de Sevilla, que ha cumplido la edad de setenta años el día 20 de Noviembre último, fecha de su cese en el servicio activo.

Dado en Palacio á 9 de Diciembre de 1921. — ALFONSO. — El ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, César *Silió*. (*Gaceta* del 10 de Diciembre.)

Ilmo. Sr.: Cumplidos los trámites á que se refiere la Real orden de 16 de Enero de 1920,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que las cátedras de Fitografía y Geografía botánica, vacante en la Facultad de Ciencias de la Universidad Central, y la de Oftalmología, con su clínica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, se anuncien para su provisión á oposición libre entre doctores, en el término y condiciones que preceptúa el Real decreto de 30 de Abril de 1915.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 30 de Noviembre de 1921. — *Silió*. — Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 11 de Diciembre.)

SUBSECRETARÍA

En cumplimiento de lo prevenido en el art. 3.º del Real decreto de 14 de Abril de 1916 y Real orden de esta fecha esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad, al turno de oposición libre, la cátedra de Oftalmología con su clínica de la Universidad de Barce-

lona, dotada con el sueldo anual de 5.000 pesetas y 1.000 más por residencia.

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

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

2.ª No hallarse el aspirante incapacitado para ejercer cargo público.

3.ª Haber cumplido veintidós años de edad.

4.ª Tener el título correspondiente para el desempeño de la vacante ó el certificado de aprobación de la tesis doctoral, pero entendiéndose que el opositor que obtuviese la plaza no podrá tomar posesión de ella sin la presentación del referido título académico, cuyas condiciones habrán de acreditarse antes de terminar el plazo de la convocatoria.

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

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

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

El día que los aspirantes deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura; requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

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

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 14 del reglamento de oposiciones de 8 de Abril de 1910, esta Subsecretaría hace público lo siguiente:

1.º Que el Tribunal de oposiciones, turno libre, á la Cátedra de Patología quirúrgica, Operaciones, Anatomía topográfica y Obstetricia, vacante en la Escuela de Veterinaria de Santiago, ha sido nombrado por Real orden de 17 de Noviembre último, publicada en la *Gaceta de Madrid* correspondiente al día 1.º del mes actual.

2.º Que dentro del plazo señalado en la convocatoria han presentado sus solicitudes y reúnen las condiciones legales los aspirantes que á continuación se expresan, los cuales quedan admitido á la oposición:

- D. Buenaventura Orensanz Moliné.
- D. José Virgós y Aguilar.
- D. Jesús Culebras Rodríguez.
- D. Carlos Serena Sáinz.
- D. Indalecio Hernando Martín.
- D. Manuel Rodríguez Tagarro.
- D. Teodosio Federico Pérez y Luis.
- D. Cristino García y Alfonso.

3.º Que durante los diez días siguientes al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* se podrán formular las reclamaciones á que se refieren los artículos 14 y 15 del reglamento de 8 de Abril de 1910.

Madrid, 2 de Diciembre de 1921.—El subsecretario, Zabala. (*Gaceta* del 10 de Diciembre.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 718,5; ídem mínima, 685,0; temperatura máxima, 13,4; ídem mínima, 0,7; vientos dominantes, NNO. NNE.

La preponderancia de los afectos catarrales y de sus localizaciones agudas en los órganos respiratorios es cada día más marcada, habiendo adquirido la extensión de los casos benignos una proporción casi epidémica. La mortalidad, principalmente por complicaciones de afectos crónicos, ha aumentado visiblemente.

En la infancia se advierten estos mismos resultados.

Mortalidad de Madrid en Diciembre de 1921 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1921.
Menores de 1 año.....	276	378
De 1 á 4 años.....	220	290
De 5 á 19.....	148	117
De 20 á 39.....	282	265
De 40 á 59.....	377	369
De 60 en adelante.....	572	588
Sin clasificación.....	5	8
TOTAL.....	1.880	2.015

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1921.
Fiebre tifoidea.....	23	26
Tifus exantemático.....	»	1
Viruela.....	28	»
Sarampión.....	10	30
Escarlatina.....	4	4
Coqueluche.....	3	»
Difteria.....	16	11
Gripe.....	83	25
Otras epidémicas.....	5	5
Tuberculosis pulmonar.....	165	162
Idem meningea.....	15	16
Otras tuberculosis.....	28	25
Cancerosas.....	63	59
Meningitis.....	72	65
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	97	73
Orgánicas del corazón.....	152	170
Bronquitis aguda.....	157	260
Idem crónica.....	80	108
Pulmonía.....	53	64
Broncopneumonía y otras.....	239	275
Enteritis (menores de dos años).....	54	61
Apendicitis y tifitis.....	3	3
Hernias y obstrucciones.....	16	17
Cirrosis hepática.....	14	14
Nefritis.....	65	71
Septicemia puerperal.....	8	10
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	55	42
Senectud.....	58	58
Otras enfermedades.....	314	360
TOTAL.....	1.880	2.015

Varones.....	1.002
Hembras.....	1.013
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	60.65
Idem íd. en Diciembre de 1921.....	64.90
Idem íd. en Noviembre de 1921.....	49.63

FALLECIDOS EN MADRID DIAGNOSTICADOS DE FIEBRE TIFOIDEA, PARATIFUS Y TIFUS ABDOMINAL, EN DICIEMBRE DE 1921.

Relación por grupos de cinco días.

Del 1 al 5.....	8
6 al 10.....	1
11 al 15.....	6
16 al 20.....	5
21 al 25.....	3
26 al 31.....	3

TOTAL..... 26

Relación por sexos y edades.

EDADES	Varones.	Hembras	TOTAL
De 1 á 4 años.....	1	»	1
5 á 9.....	2	1	3
10 á 19.....	7	4	11
20 á 39.....	4	3	7
40 á 59.....	1	»	1
60 en adelante.....	1	2	3
TOTAL.....	16	10	26

Relación por distritos y barrios.

DISTRITOS	B A R R I O S										TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
Centro.....	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	3
Hospicio.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Chamberí.....	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Buenavista.....	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2
Congreso.....	1	»	1	»	»	»	»	1	2	1	6
Hospital.....	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Inclusa.....	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	3
Latina.....	»	»	»	»	»	1	2	1	1	1	6
Palacio.....	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	2
Universidad.....	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1

Número de fallecidos por fiebre tifoidea en los seis últimos años y su proporción anual por cada 1.000 habitantes.

AÑOS	Número de fallecidos.	Proporción por 1.000 habitantes.
1916.....	138	0,224
1917.....	156	0,250
1918.....	178	0,281
1919.....	208	0,325
1920.....	391	0,606
1921.....	264	0,389

Observaciones.

El aumento de la mortalidad que todos los años se produce en Diciembre, debido á las inclemencias del tiempo, ha sido en éste mas considerable que en otras ocasiones. Las edades intermedias han permanecido por bajo de la media correspondiente del quinquenio anterior, como puede observarse en el cuadro arriba expuesto, no así las extremas, que han sido muy castigadas. Esto prueba, á nuestro entender, que se trata de causas de indefensión y no de agresividad específica.

El exceso de defunciones en los ancianos han sido causados, en su mayor parte, por afecciones crónicas; en primer lugar, las cardíacas, y por enfermedades agudas del aparato respiratorio. (El total de broncopneumonias ascien-

de á 244). Y en los niños por bronquitis agudas y algunos casos de sarampión.

Los óbitos por fiebres tifoideas han sido mucho menos de la mitad que en el mes anterior. A pesar de esto damos los correspondientes estados para que sirvan de complemento á los que publicamos de Noviembre.

De las veintiséis defunciones de esta rúbrica, cinco ocurrieron en el Hospital Provincial, figurando, como siempre, en nuestras estadísticas, en el barrio en que se inició la enfermedad.

Han nacido vivos 1.734.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Fiesta en honor de estudiantes.—El día 10, y en la Universidad Central, se celebró una fiesta en honor de los estudiantes hispanoamericanos.

Se invitó á todos los alumnos matriculados en las diversas Facultades á un té, que fué servido en el Salón de Claustros, contiguo al despacho del rector.

Este, el Sr. Rodríguez Carracido, que con el Consejo Universitario y los Dres. Castro, Tormo, Ureña, Cabrera, Martín Veña y algunos otros, atendió solícitamente á sus invitados, expresó la verdadera significación del acto que se celebraba, pronunciando un elocuente discurso.

Los estudiantes mostraron su gratitud al rector por las atenciones de que la Universidad les hacía objeto.

Homenaje á un médico.—Con el fin de manifestar su agradecimiento á las gestiones hechas en beneficio de la clase por el presidente del Colegio de Médicos de la provincia de Albacete, D. Nicolás Belmonte, sus compañeros le han ofrecido un banquete, que se celebró el día 16, al que asistieron representantes de todos los pueblos y las autoridades de la provincia.

El acto fué muy brillante.

Nuestros regalos. Ponemos en conocimiento de nuestros suscriptores que deseen recibir los números que les han de servir para tomar parte en el *sorteo del microscopio*, no dejen de solicitarlos de esta Administración, dirigiendo sus cartas al

Apartado 121

para simplificar de esta forma las tareas de la misma, que podía omitir el envío de los números á los que dentro de las condiciones marcadas no los hubiesen solicitado expresamente.

Asamblea de estudiantes.—Con una enorme concurrencia, se celebró el día 17 en el paraninfo de la Universidad de Salamanca la Asamblea organizada por los estudiantes para protestar contra la Real orden de Gobernación que dispone que pase al Hospital de la Santísima Trinidad la dirección técnica que antes se había conferido á la Facultad de Medicina.

Los escolares reclamaron que la dirección continúe como estaba antes, para disponer libremente de una clínica.

Presidió D. Miguel de Unamuno y asistieron varios catedráticos de aquella Universidad, diputados á Cortes, senadores, estudiantes, obreros de la Casa del Pueblo, ferroviarios y enorme gentío.

El acto revisió mucha importancia. Después, los estudiantes y los obreros, con banderas, celebraron una manifestación, que fué al Gobierno civil para dar cuenta al gobernador del acto celebrado.

La dentadura de los marinos.—El ministro de Marina, al recibir ayer á los periodistas, les manifestó que había firmado una Real orden creando el servicio odontológico en la Armada y estableciendo al efecto cuatro gabinetes completos en Madrid, El Ferrol, Cartagena y Cádiz. Tan pronto se pueda, se ampliará esta cifra á las bases navales, instalando también en ellas gabinetes de odontología.

En la Real orden se dispone, además, que en cada uno de los buques donde existan médicos ó practicantes se instale un gabinete de urgencia.

Este servicio odontológico, que en los Estados Unidos ha dado excelentes resultados, por observarse que con él aumentan la salud y la fortaleza de los soldados y les priva de adquirir muchas enfermedades, se establece en nuestra Marina con carácter obligatorio. Al efecto, se dará á cada marinero una ficha odontológica, que se unirá á su cartilla de servicio.

Los facultativos odontólogos reconocerán cada seis meses á los marineros.

E tados sanitarios de otros países. — Comunican de Manila que se extiende la epidemia del cólera. Durante la pasada quincena hubo 12 defunciones. Actualmente hay en los hospitales especiales 80 coléricos. De Estocolmo, que la epidemia de gripe se extiende en Suecia, Dinamarca y Noruega.

La mayoría de los casos se registran entre los individuos pertenecientes al Ejército y la Marina: pero la epidemia gana terreno propagándose por todo el país; y que la influenza hace grandes estragos en Rusia.

Han tenido que aplazarse ciertas medidas militares. Se ha restringido la circulación de los ferrocarriles y los servicios telefónicos están casi paralizados, debido al gran número de empleados que sufren aquella enfermedad.

Inauguración de un buque hospital en Valencia. — El día 17 se inauguró el vapor *Barceló*, convertido en buque hospital. Asistieron al acto todas las autoridades y los representantes de la Compañía Transmediterránea, que obsequiaron con un «lunch» á los invitados.

En el barco se han montado 214 literas con dos y cuatro camas, para la clase de tropa; 16 cámaras de segunda, para sargentos y suboficiales; cuatro para jefes, y 22 para oficiales, y dos departamentos para locos ó presos.

También se ha instalado una magnífica sala de operaciones dotada con todo el material quirúrgico necesario.

El vapor zarpó la misma noche para Cartagena, con objeto de limpiar fondos, é inmediatamente saldrá para Melilla á ponerse á las órdenes del Gobierno.

Sociedad de Higiene. — Esta Sociedad celebrará sesión pública todos los martes, no feriados, del presente año académico, á las seis de la tarde, en su domicilio social, Avenida del Conde de Peñalver, 8 (Colegio de Médicos).

La primera tuvo efecto el martes, día 10 del corriente.

El hambre y el tifus en Rusia. — Telegramas que envía á la prensa la Agencia Fabra ponen de manifiesto la horrible situación en que se encuentra el pueblo ruso y que en lugar de mejorar, amenaza con terribles males presentes y próximos.

El Dr. Nansen ha dado una conferencia en Cristianía sobre los estragos del hambre en Rusia.

El profesor citado afirmó que en aquel país hay de diez á doce millones de seres humanos que perecerán irremediablemente si no se les socorre con la mayor urgencia, y terminó haciendo un insistente llamamiento á todos para el envío de víveres á Rusia.

De Varsovia transmite la referida Agencia un parte de Moscú en el que se dice que el tifus está haciendo terribles progresos en la región de Samara.

Sólo en la provincia de Bulachinowki la epidemia ha causado 18.000 defunciones.

Visita á los heridos de Africa. — La Diputación provincial de Sevilla cedió, desde que empezaron á llegar heridos á aquella capital, dos de las mejores salas de su Hospital provincial, en las que se viene atendiendo con esmero á numerosos enfermos y convalecientes.

El día 30 del pasado estas dos salas fueron visitadas por el capitán general de aquella región, el infante D. Carlos, que después de conversar é interesarse por la salud de los soldados heridos se manifestó muy complacido de las excelentes condiciones en que se les presta en aquel Hospital la asistencia facultativa.

Un caso raro de fecundidad. — El diario inglés *Daily Express* publicó hace días un artículo en el que se relata el caso de una mejicana de Ruiba que acaba de dar á luz en la ciudad de Tampico á ocho niños en el mismo día.

El telegrama añade que la Asociación de Medicina de Méjico se interesa de un modo especial en este asunto, y va á empezar una información á propósito de este caso de fecundidad extraordinario.

La gripe en la región del Rhin. — Telegramas procedentes de Maguncia, dan cuenta de que toda la región renana está invadida por una grave epidemia de gripe.

El número de atacados en Maguncia pasa de 7.000, llegando á 45.000 en Francfort. Las defunciones, según los mismos partes, son muy numerosas.

El bismuto como preventivo contra la avarlosis. — El

Dr. Roux ha hecho el día 3 del corriente ante la Academia de Medicina de París, una brillante disertación sobre el empleo del bismuto como agente preventivo contra la sífilis. «Toda una serie de experimentos realizados — dijo el doctor — con conejos de Indias han dado resultados concluyentes. Parece, pues, que puede emplearse con utilidad en ese sentido el bismuto y componentes de éste».

Colegio de Doctores en Ciencias y Letras. — *Junta de gobierno.* — El domingo día 15 celebró sesión el Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias y Letras de Madrid, para la elección de Junta de gobierno. Fueren elegidos los señores siguientes:

Decano, D. Miguel Aguayo Millán; diputado de Ciencias, D. José Arcilla y López; ídem, ídem, D. José Montejo Rodríguez; diputado de Letras, D. José Rogerio Sánchez; ídem ídem, D. Carlos Merino Echeverría; secretario, D. Antonio Taboada del Ojo; vicesecretario, D. Manuel Prat Alcalde; tesorero, D. Jesús Hernández Delgado; contador, D. Enrique Calero, y bibliotecario, D. Ramón Rodríguez Pascual.

Hoja literaria. — Con el número anterior comenzó la publicación de la hoja literaria que habíamos prometido á nuestros suscriptores. Para mayor comodidad de éstos y facilidad de la encuadernación, hemos adoptado el tamaño de 8 páginas en 8.º para cada suplemento.

Antiblenorrágico Sánchez. — **Dermatolina Sánchez.** — Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio Poblador, Cruz, 3, Ciudad Real, cuya lectura recomendamos.

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

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, número 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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