

# 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:**

<b>Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO</b>	<b>Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL</b>	<b>Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ</b>
<b>J. DE AZÚA</b> Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	<b>A. FERNÁNDEZ</b> Ex-interno de la Facultad y Hospital.	<b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
<b>J. BLANC Y FORTACIN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	<b>M. MARIN AMAT</b> Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>F. GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes.	<b>J. MOURIZ RIESGO</b> Jefe del Laboratorio del Hospital General.
<b>J. CODINA CASTELLVI</b> Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b> Profesor de Radiología del Hospital Militar.
<b>V. CORTEZO</b> Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>S. PASCUAL Y RÍOS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
<b>L. ELIZAGARAY</b> Del Hospital General de Madrid.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>A. PULIDO MARTÍN</b> Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
<b>A. ESPINA Y CAPO</b> Académico de la Real de Medicina.	<b>F. LOPEZ PRIETO</b> Ex-Médico-Titular.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
	<b>Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES</b>	<b>J. SANCHIS BANÚS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
	<b>Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.</b>	<b>J. SARABIA PARDO</b> Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		<b>F. TELLO</b> Director del Instituto Alfonso XIII.
		<b>L. URRUTIA</b> Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		<b>R. DEL VALLE Y ALDABALDE</b> Del Hospital General.

## PROGRAMA CIENTIFICO:

*Cienola 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: Polineuritis curada con adrenalina, por el Dr. Rafael del Valle y Aldabalde. — Nota clínica sobre la importancia del estudio de la fórmula leucocitaria en los estados infecciosos agudos, por Donato Fuejo. — Parto doble en una nefrectomizada, por el Dr. Sáenz de Santamaría y Marrón. — Lujaciones del hombro, por el Dr. J. Goyanes. — ¿Accidente sérico?, por S. González. — 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. — Primer Congreso Nacional de Médicos de los Accidentes del Trabajo, discurso inaugural por el Dr. Lozano. — Un documento interesante. — Solemne sesión del VII Centenario de la Facultad de Medicina de Montpellier, por la Doctora Elisa Soriano. — Remitido, por Gustavo López García. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

## Polineuritis curada con la adrenalina

POR EL

**DR. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE**

Médico del Hospital General.

En las columnas de esta Revista he dado cuenta de un caso de miopatía pseudohipertrófica que mejoró principalmente con las inyecciones hipodérmicas de cloruro de adrenalina á la dosis de medio á un miligramo.

Hoy voy á dar cuenta de otro caso en que la adrenalina produjo un efecto aun más satisfactorio. Pero en esta ocasión se ha tratado, no de una miopatía, sino de una polineuritis.

P. C., de diez y nueve años, natural de Seseña (Toledo), jornalero del campo, ingresó en mi sala primera del Hospital General de esta corte, el día 5 de Abril de 1921.

Los padres viven y están sanos. Han sido 12 hermanos, de los cuales han fallecido de pequeños seis, de dolencias ignoradas por el enfermo. Los que viven están sanos, si bien á uno de ellos le han operado de las amígdalas hace unos tres años. La madre no ha tenido ningún aborto.

Confiesa haber abusado algo de los alcohólicos, y en cambio, niega haber padecido enfermedades venéreas, así como también declara no haber abusado del tabaco.

*Enfermedad actual.*—Comenzó hace dos meses y medio con dolor al deglutir y escozor de garganta, habiéndosele presentado, además de ello, tres llagas en dicha región. Después de esto, empezó á sentir flojedad en las piernas y acorchamiento en los brazos y en las manos, aunque menos

en éstas que en aquellos, presentándose después los mismos síntomas desde las rodillas hasta los pies inclusive. A causa de estos síntomas se vió obligado á dejar de trabajar, porque le temblaban las piernas y no se podía sostener bien de pie. Una vez curadas las llagas de la garganta, desaparecieron también las molestias en ella y muy especialmente la dificultad para tragar.

*Estado actual.*—Al encargarme yo de este enfermo y proceder á su reconocimiento é interrogatorio, comprobé que no existía nada anormal en el aparato respiratorio; que el pulso tenía una frecuencia de 72, que los sonidos cardíacos eran un poco débiles, y que, en lo que se refería al aparato digestivo, lo único digno de mención era que el paciente se quejaba de que por las mañanas tenía algunas veces *aguas de boca*.

El examen de la sensibilidad revelaba abolición de la profunda, apreciada con el diapason, desde los codos hasta las manos inclusive, y lo mismo desde las rodillas para abajo, apreciándose también esta misma disminución de sensibilidad profunda con el barestesiómetro de Eulenburg. Las sensibilidades táctil y dolorosa estaban disminuídas igualmente desde unos 8 centímetros por encima de la muñeca hacia la periferia, y desde las rodillas para abajo, acentuándose en ambos casos la hipoestesia en sentido descendente.

No se provocaba dolor alguno mediante la compresión del antebrazo ó del brazo, ni tampoco comprimiendo la pantorrilla ó el muslo. También era indolora la percusión de la columna vertebral. En cambio, se quejaba de hormigueo, y á veces de frío en los pies.

*Reflejos.*—Nulos los de las extremidades superiores; normales, los cremastéricos y los abdominales. Nulos los plan-



tares, los rotulianos y los de Aquiles. La micción, la defecación y la potencia no presentaban la menor anomalía.

El enfermo podía leer bastante bien y las pupilas se contraían bien, lo mismo bajo la acción de la luz que con la convergencia y la acomodación. El examen oftalmológico, practicado por el Dr. García Mansilla, sólo descubrió una fuerte miopía y un estafiloma posterior del mismo origen.

El paciente no se podía quitar bien las botas, por falta de fuerzas, costándole también mucho trabajo quitarse y ponerse la camisa. Para colocarse de rodillas sobre la cama, había que ayudarlo, y para andar necesitaba dos muletas y, aun así, también lo hacía mal y con estepaje, que era más marcado en el lado izquierdo. Presentaba además Romberg.

Echado el enfermo en la cama, podía doblar el muslo y la pierna, aunque con poca fuerza. En el pie izquierdo estaban limitadísimos los movimientos y también los de los dedos. En el pie derecho sucedía lo mismo, pero en menor grado.

No existía nada de atrofia en los músculos de las extremidades, ni tampoco en los del resto del cuerpo.

De la historia y reconocimiento de este sujeto inferí que, habiendo padecido una afección faríngea, le había quedado como secuela una polineuritis. Respecto á la naturaleza de dicha afección faríngea, había algunas dudas, pues es bien sabido que la difteria suele dejar como reliquia más bien parálisis de la acomodación y de los músculos faríngeos, que no existía en este caso, y en cambio, es excepcional que, provocando una polineuritis de las extremidades, no hubiese sido tal polineuritis acompañada de las antes mencionadas parálisis. Por otra parte, la fugacidad de la afección de la faringe, la existencia de las llagas á que el enfermo se refiere el tratarse de una polineuritis de tipo preferentemente motor y la falta de otros antecedentes, v. gr., venéreos ó saturninos, inducían á pensar en el origen diftérico de la afección más que en ningún otro.

De todos modos, dado el tiempo transcurrido juzgué que ya era demasiado tarde para apelar al suero antidiftérico y que, en cambio, estaba justificado usar la estricnina, siempre bastante indicada en las polineuritis agudas ó subagudas de tipo preferentemente motor, máxime cuando había algunos motivos para pensar en antecedentes diftéricos.

Procedí, por lo tanto, á emplear las inyecciones hipodérmicas de estricnina á dosis progresivamente crecientes, según aconseja Dausse, y utilizando también para ello las ampollas preparadas por este autor, habiendo comenzado el tratamiento estricínico el día 9 de Abril.

Ahora bien; el resultado de este tratamiento fué completamente nulo y en vista de ello me decidí á recurrir á las inyecciones de cloruro de adrenalina, diarias, y á la dosis de medio miligramo al principio hasta ver qué tal las toleraba el enfermo. Este tratamiento se planteó el día 23 del mismo mes de Abril y el día 30 decía el interesado que ya movía algo los dedos del pie derecho. El día 3 de Mayo afirma que anda mejor. El día 14 noto que se acentúa esta mejoría, pues el enfermo se mantiene más erguido y se mueve con más ligereza. El día 21 ya se puede levantar de una silla y andar con solo una muleta y un palo y, como el día 28 anda ya sin ninguna muleta, el día 4 de Junio suspendo la adrenalina, que prescribo de nuevo el día 11 del mismo mes porque el paciente, aunque mucho mejor, aun no se hallaba del todo bien.

El día 18 de dicho mes de Junio practico de nuevo un reconocimiento algo detenido del enfermo y de él resultó lo siguiente:

Lo mismo la sensibilidad táctil que la dolorosa, son ya normales en las cuatro extremidades y también lo es la sen-

sibilidad al diapasón, excepto en el pie izquierdo; en el derecho tampoco es aún normal, pero no le falta tanto para serlo. Tampoco siente hormigueo ni frío en los pies.

Continúan siendo nulos los reflejos de las extremidades superiores, los rotulianos y los de Aquiles, pero, en cambio y a se inician y con caracteres normales, los plantares, siendo un poco más marcado el derecho.

Se puede quitar bien las botas, y también poner y quitar la camisa sin dificultad, así como colocarse de rodillas sobre la cama sin auxilio ajeno. También puede ardar sin ningún apoyo, si bien aún con algo de estepaje, que es un poco más marcado en el lado izquierdo y con algo de acentuación en los movimientos de lateralidad del tronco. Ha desaparecido el Romberg.

Finalmente, echado el enfermo en la cama, ya mueve bastante bien los pies y sus dedos, pero también mejor en el lado derecho que en el izquierdo.

En vista de estos progresos, que le permitían al interesado valerse sólo y, sobre todo, teniendo en cuenta que anhela volver á su pueblo, accedí á sus deseos, dándole de alta en dicho día 18 de Junio, ó sea á los dos meses y medio escasos de su ingreso en el hospital recomendándole que continuase en su pueblo con las inyecciones de adrenalina hasta su completo y total restablecimiento.

Así lo hicieron, y de ello tengo conocimiento por el propio interesado, que no sólo ha quedado muy agradecido al tratamiento, sino que se tomó la molestia de hacer de nuevo, y, por dos veces, un viaje á esta corte para comparecer en la sala de que conserva tan grato recuerdo.

¿Cómo ha obrado la adrenalina en este caso de polineuritis en que fracasó tan claramente la estricnina? Lo ignoro. Sabemos que la adrenalina es, principalmente, un tónico cardíaco y un vasoconstrictor periférico, á la vez que un excitante del sistema simpático; pero no se comprende bien cómo, por este mecanismo, ha restablecido ó ayudado á restablecer, la conductibilidad de los nervios periféricos. Y, digo ayudado á restablecer, dando por supuesto que la enfermedad tuviese tendencia espontánea á su curación. Tendencia que si ha existido en este caso, es lo cierto que no se había revelado de un modo ostensible antes del tratamiento con la estricnina, ni cuando se empleó este alcaloide excitomotor, habiendo esperado á hacerlo á la época precisamente en que hubo de ser sometido el paciente á la influencia de las inyecciones hipodérmicas de cloruro de adrenalina.

Todo ello es demasiada casualidad para que en este caso creamos haber incurrido en el juicio sofístico del *post hoc ergo propter hoc*, y, por el contrario, de toda la historia de nuestro enfermo puede y debe inferirse, sin forzar las cosas en lo más mínimo, que una polineuritis consecutiva á una afección faríngea, de naturaleza acaso diftérica, se curó gracias á las inyecciones hipodérmicas de adrenalina.

### Nota clínica sobre la importancia del estudio de la fórmula leucocitaria en los estados infecciosos agudos

POR

DONATO FUEJO

El estudio de un caso de septicemia estreptocócica de origen genital, seguido por nosotros en la Clínica de Enfermedades infecciosas del Hospital General de Madrid, á cargo del Dr. G. Maraño, nos mueve á hacer las siguientes consideraciones, que creemos pueden ser interesantes acerca del valor que para el diagnóstico de



las infecciones agudas—diagnóstico tantas veces obscuro— puede tener la investigación sistemática de la fórmula leucocitaria.

La enferma en cuestión, J. P., de cuarenta años, ingresó una noche, como de costumbre sin historia clínica anterior, en la cama 9 de la sala 40. Presentaba á su ingreso cara vultuosa, con enrojecimiento é inyección conjuntivales intensas, un exantema purpúrico de cuello y plano anterior de tórax y abdomen (1), labios secos, resquebrajados, lengua con gruesa capa de saburra uniformemente repartida, encías y dientes con fuliginosidades; en el vientre notábase globo vesical (sondada, se le extrajeron 1.000 c. c. de orina), síndrome de Henger, aumento de reflejos cutáneos, normales los tendinosos, trismus perceptible (la enferma no podía abrir bien la boca, ni sacar bien la lengua, pronunciando las palabras incompletamente, que salían dentales); rigidez de nuca y de músculos palpebrales; el estado mental de la enferma era de inconsciencia indiferente y somnolienta, claramente tífico, contestando incoherentemente á nuestras preguntas (por lo que los datos anamnésicos no pudieron ser recogidos, y á los suministrados, únicamente un valor relativo podía dárseles); decía llevar catorce días enferma; la temperatura era de 39,5, el pulso 98 al minuto, blando, pequeño. No encontramos nada en tórax, y en el corazón únicamente los ruidos cardíacos amortiguados ligeramente; el bazo no parecía aumentado de volumen (tratábase de mujer gruesa, por lo cual la dificultad de exploración de este órgano siempre grande, como es sabido, estaba notoriamente acentuada).

¿Cuál es el proceso que aqueja esta enferma? Tres fueron las entidades clínicas que de momento eran lógicamente posibles; las analizaremos con su cálculo de probabilidades.

a) *Tifus exantemático*. — El exantema, claramente identificable con la variedad purpúrica del tifus exantemático (precisamente unos dos ó tres días hacía que dados de alta por curación habíamos observado esa clase de exantemas en los cinco miembros de una familia que habían padecido tifus petequial); el estado tífico de la enferma, la conjuntivitis, por vascularización de los ángulos palpebrales de la conjuntiva (ojo de perdiz de los autores italianos), eran típicos del tifus exantemático; y, á mas, la enferma era presa de parásitos (para el diagnóstico de un enfermo aislado de tifus es conocida la importancia que se da á este dato); mas había un hecho que realmente predisponía en contra, pese al pequeño valor que dábamos á las aportaciones anamnésicas de la enferma, dada su postración y poca lucidez, y era, que decía llevar más de quince días enferma; esto realmente de ser cierto era un argumento grande contra nuestra hipótesis, pues á dicha fecha de la evolución en el tifus no correspondían, ni la temperatura, ni el estado de la erupción, ni el nervioso. De otros muchos síntomas que se dicen como de gran valor

para diagnosticar el tifus, por ejemplo, la triada de Henger (dolor y defensa medio epigástrica, dolores á la presión en los puntos de inserción de los rectos á nivel de ángulo anterior de décimas costillas y contracción refleja de los músculos de fisonomía á la presión de aquellos puntos), nosotros, coincidiendo con muchos clínicos, creemos no tiene tanto valor, primero, por faltar en la mayoría de los tíficos (el Dr. Marañón dice no haberlo hallado, y lo mismo los Dres. Blanco y Tapia afirman no haberlo visto en los enfermos de tifus por ellos estudiados en las epidemias de Cartagena y Almería); y segundo, porque pueden presentarse en todas aquellas infecciosas en las que por algún mecanismo esté interesado el plexo solar (nótese que los puntos dolorosos apuntados están íntimamente superpuestos á la localización anatomotopográfica de los ganglios semilunares).

b) *Fiebre tifoidea*. — La segunda enfermedad que diputamos probable, fué la fiebre tifoidea, en su variedad «meningo-tifus». La proporción grande en que los fenómenos meningíticos entran en esta forma de tifoidea, permitían incluir los de la enferma en su cuadro clínico: la cara vultuosa, congestiva, el estado de subconsciencia de la enferma, de estupor tranquilo, indiferente, hasta el extremo de olvidarse de que la estábamos explorando, eran, en efecto, más de tifoidea que de ninguna otra enfermedad; los fenómenos de rigidez de nuca marcados, con trismus de mediana intensidad, la hiperestesia cutánea, la hipertonia de músculos de antebrazo y brazo, con ligera flexión de aquellos y plegamiento con el tórax; la temperatura y el pulso, relativamente bradicárdico — 94 para 39 0,5° de temperatura—podían constituir la parte de meningismo.

La erupción hemorrágica—aunque no frecuente—no podía excluir el diagnóstico tifoideo, puesto que han sido citados exantemas de esta clase en claras tifoideas y paratifoideas, entre otros por Rathery. Blanco y Tapia, en su monografía: «Tifus Exantemático», publicada por la Editorial Calleja, 1921, citan un caso visto por ellos en 1918, precisamente en estas mismas salas de enfermedades infecciosas del Hospital Provincial. Era una enferma con 40°, aspecto tífico, lengua saburral y erupción petequial extendida por dorso y raíz de miembros, diagnosticada, por razones de epidemiología y posición social, de tifus exantemático, y cuyo hemocultivo fué positivo para el Eberth. Para darse cuenta de nuestro estado de ánimo al pensar en una tifoidea, partíamos, además y sobre todo, de un hecho, que de ser cierto tenía una fuerza probatoria tan grande, como negativa para el tifus petequial, y era las fechas de enfermedad; si, en efecto, llevaba quince días de afección, estaríamos enfrente de una tifoidea en final de segundo comienzo del tercer septenario, período de máxima intensidad del cuadro y de presentación de las complicaciones, aquí meníngeas.

c) *Meningococia*. — La tesis de que se tratara de una verdadera meningococia, realmente era la que menos fuertemente nos atraía; la rigidez de nuca y de músculos de la cara, hiperestesia cutánea y ligera flexión de antebrazo sobre brazo con hipertonia muscular eran,

(1) Siguiendo el consejo del Dr. Marañón damos preferente importancia á la presencia de los exantemas en plano anterior, pues hallanse constantemente desfigurados por el éxtasis y congestión pasiva en el posterior.



para una meningitis verdadera de aquellas fechas, poco intensas; y sumando á ello la ausencia de otros síntomas de gran valor, como la diplopia, rigidez grande pupilar á la luz y distancia, que aunque existía era ligera, falta de Koernig, y el mismo estado tífico de la enferma (pues en las meningitis meningocócicas verdaderas, la lucidez de los enfermos hasta los últimos instantes es una característica muy importante), justificaban nuestras salvedades para admitirla.

En resumen; que como ocurre multitud de veces, era la enfermedad que teníamos ante nosotros, un problema cuya resolución no era posible (honradamente) de un modo definitivo y seguro por los solos datos de una exploración, estudio y valoración clínicos cuidadosos. De la importancia que tenía el resolverlo, nada he de decir, tanto para el tratamiento, como para un pronóstico; pero aun prescindiendo de todo esto, hay para el estudioso otro acicate que le obliga incesantemente á buscar en procedimientos de laboratorio ó de otra índole, los argumentos con los que satisfacer su sed científica y basar la diferenciación diagnóstica, que le marquen los caminos terapéuticos y le permita no aventurar un pronóstico. Los cuadros clínicos, como se denomina al conjunto de síntomas que encuadran una enfermedad, no se hallan separados por límites precisos—de tal modo que todos conocen las dificultades con que se tropieza el que se inicia en Medicina, al pretender ante el enfermo hallar todos los síntomas que con prolijidad y profusión describen los tratados—pues comprueba que no existe (en general) el síntoma *A* para tal enfermedad y el *B* para cual otra, sino que son combinaciones, asociaciones, resaltes en la intensidad y en el matiz que, por ser sucesivos, son difícilmente perceptibles la mayoría de las veces. Es solo la experiencia la que, gran maestro, nos enseña lentamente á valorar la presencia, asociación ó ausencia de cada fenómeno. Pero claro es que á este conocimiento, del golpe de vista ú ojo clínico, no podemos confiar siempre los diagnósticos.

Volviendo á nuestra enferma, utilizamos para esclarecer nuestras dudas varios procedimientos. El primero empleado, por razón de rapidez con que se verifica, fué el recuento y fórmula leucocitarios, á más de que estando yo dedicado al estudio de las reacciones citológicas de la sangre en el tifus exantemático, quise yo comprobar las de la enferma.

Hecho el recuento, dió 26.400 leucocitos por mm<sup>3</sup> y coloreados los frotis (por el procedimiento May Grünwald-Giemsa) y determinada la fórmula leucocitaria, nos dió:

Leucocitos polinucleares neutrófilos.....	91
— monocitos.....	3
— linfocitos.....	9

Y contados de los polinucleares neutrófilos, 100, para deducir el cuadro de Arneth, dió:

Número de núcleos de 100 polinucleares en sangre normal, 274; ídem íd. íd. en nuestra fórmula, 251, ó sea un cuadro ligeramente desviado hacia la izquierda.

Al valorar estos hallazgos, será conveniente que estudiemos, independientemente, el número de leucocitos

primero, y después fórmula leucocitaria en las enfermedades tifus exantemático y tifoidea, entre alguna de las cuales creíamos poder incluir la de nuestra enferma.

#### 1.º Numeración leucocitaria:

Fiebre tifoidea, generalmente hay *leucopenia*.

Tifus exantemático, generalmente, *leucocitosis*; en las formas de mediana y leve gravedad, inferior á 20.000; en las formas graves y, sobre todo mortales, superior á 20.000.

En nuestra enferma hubo: en el primer día, 26.400, en el segundo día, 28.000; en el tercer día, 24.000.

Por la numeración, por lo tanto, desechábamos la fiebre tifoidea, y el tifus exantemático recibía un dato confirmativo.

#### 2.º Fórmula leucocitaria:

Fiebre tifoidea. existe *lifoncitosis* y *monocitosis*.

Tifus exantemático: hay *mononucleosis*.

En nuestra enferma obtuvimos: Polinucleosis neutrófila, casi absoluta: 91 por 100. Podíamos, por lo tanto, casi automáticamente desechar la probabilidad del tifus exantemático y de la fiebre tifoidea.

Quedábamos, pues, al destruirse nuestras primeras hipótesis sin predilecciones nosológicas, y puestos á dar importancia al estudio de la citología leucocitaria, tuvimos que buscar las entidades en las que existe una hiperleucemia con polinucleosis: son los estados septicémicos estreptocócicos ó estafilocócicos; y, en efecto, fijamos nuestra atención hacia ellos.

Añadamos antes, que la punción lumbar dió salida á un líquido de aspecto normal, ligeramente hipertenso y que analizado resultó ser normal desde el punto de vista citológico y químico, lo cual nos hizo desechar definitivamente el diagnóstico de meningitis.

Y que las reacciones de aglutinación para los gérmenes del grupo tifoideo y para el proteux X-19 fueron también negativas (alumnos Sres. Andueza y Moya), confirmando así que no se trataba de procesos tíficos ni tifoideos.

El hemocultivo no dió datos positivos, á causa de haberse infectado el medio de cultivo.

En este estado de duda clínica, al día siguiente pudimos por aportación de datos anamnésticos de valor, suministrados por el marido de la enferma que acudió á nuestro requerimiento al Hospital, confirmar nuestra sospecha sugerida por el estudio de la fórmula leucocitaria de que se trataba de una «septicemia estreptocócica de origen primitivo genital»; pues señaló que llevaba veintidós días enferma á su ingreso, que había dado comienzo con «un intenso escalofrío y dolores en las masas musculares de las piernas, epistaxis, y, por fin, que unos quince días antes de enfermar había tenido un aborto».

Teníamos delante, por lo tanto, un cuadro septicémico claro, con un exantema hemorrágico—caso no único, pues ya se han citado otros y explicado por pequeñas embolias en vasos periféricos.

Por si era poco firme aún nuestro diagnóstico, la muerte acaecida en el tercer día de estancia en la Sala, nos permitió confirmarlo al estudiar la necropsia realizada por los alumnos Pardo y Ortega.



En ella, en efecto, se encontraron, adheridos al fondo del útero (que se hallaba hacia la izquierda) restos de membranas fetales, endurecidas y rodeadas de escásima colección purulenta. Excepto lo descrito y cierta degeneración grasa de ambas riñones (coloración amarillenta del parénquima) no observamos en aparato genitourinario ninguna otra lesión.

Abierto el corazón se encontró en la válvula mitral una eflorescencia del tamaño de una avellana, del aspecto de las lesiones nudosas de las endocarditis agudas. En pericardio y miocardio y en los orificios valvulares no hallamos ninguna otra lesión.

En los restantes aparatos no había ninguna lesión digna de interés.

Resumiendo: el estudio del caso anterior, nos permite insistir sobre la importancia que la busca de la numeración y fórmula leucocitarias en las enfermedades infecciosas tiene para contribuir a diferenciar las unas de otras, sumándolas como un dato, á veces decisivo, al conjunto de síntomas; tanto más, cuanto que su fácil técnica y rapidez, la hacen especialmente aconsejable.

### Parto doble en una nefrectomizada

POR EL

DR. SÁENZ DE SANTA MARÍA Y MARRÓN

De Logroño.

La sobrecarga funcional que el embarazo impone al riñón, dictó la sentencia, que las mujeres nefrectomizadas debieran evitar el embarazo ó interrumpirle apenas diagnosticado.

Observaciones ulteriores de mujeres nefrectomizadas en las que embarazo y parto evolucionaron normalmente, han modificado el injustificado pesimismo apriorísticamente establecido.

La escasa literatura sobre gestación en nefrectomizadas, y el hecho de tratarse de un embarazo gemelar, que quizás sea el único publicado, son los motivos que justifican esta nota clínica.

Sabido es que durante la gestación, en cuya época el metabolismo es tan activo, la función excretora y circulatoria del riñón sufren hondas modificaciones, cuyas energías de reserva, que como todo órgano con normal capacidad funcional posee Mackenzie, contribuye á que su normal fisiologismo no se altere.

Son tan considerables estas energías de reserva que el riñón posee, que los fisiólogos las han evaluado en tres ó cuatro veces las necesidades orgánicas. Con respecto al metabolismo en la gestante, hemos de señalar las investigaciones de Wilson, según las cuales, apenas iniciado el embarazo, comienza el almacenamiento de nitrógeno en el organismo materno, cuya reserva, sobre proveer las necesidades del nuevo ser, se irá gastando durante el puerperio y lactancia.

En esta mayor actividad metabólica, juega primordial papel el tiroides, hasta tal punto, que como tan acertadamente ha dicho Levi, se verifica verdadera autoterapia tiroidea; muy beneficiosa en su doble aspecto, antitóxico y activador de los procesos de oxidación, *Blasebalgfunktion*, de los alemanes. Es obvio, que en las nefrectomizadas el riñón que queda ha de suplir la sobrecarga funcional que se le impone si ha de mantenerse el equilibrio orgánico. Tal suplen-

cía funcional se verifica mediante una considerable hipertrofia parenquimatosa, tan completa y rápida, que según las experiencias de Tuffier, á los veinte días el equilibrio está completamente restablecido.

Claro que esta hipertrofia viene laborándose durante todo el curso de la lesión renal unilateral.

En este sentido, hay que establecer una diferencia entre las pñefrosis sépticas, en las que, por lo difuso de la infiltración purulenta, no queda parénquima capaz de funcionar; en las cuales, tras la nefrectomía apenas se aprecia disminución en la cantidad de orina, ya que el otro riñón ha tiempo que de un modo progresivo fué encargado de suplir. Por el contrario, en la tuberculosis renal unilateral, proceso muy localizado, siempre que da parénquima que funciona, por lo que la hipertrofia compensatriz del sano no es tan grande, por lo cual tras la operación siempre hay considerable disminución en la orina emitida, tardando más á restablecerse el equilibrio. (Matthews).

Las energías de reserva é hipertrofia compensatriz explican la relativa inocuidad de la nefrectomía, por lo que á restablecimiento funcional se refiere.

Por todo esto sostienen Stoeckel y Spire, entre otros muchos, que si á los dos años de nefrectomizadas el equilibrio funcional es perfecto, el embarazo y parto siguen un curso normal.

Israel establece la salvedad, de que tal consejo es de temer en las nefrectomizadas por tumores malignos, en las que el embarazo entraña grandes riesgos. Tras estos breves comentarios pasaremos á describir el caso observado por nosotros:

A. C. Victoria, veinticinco años. Sin antecedentes patológicos familiares de interés. En 1914, por tuberculosis renal del lado derecho, con historia de dos años, se hizo precisa la nefrectomía, que llevó á cabo con su peculiar maestría el notable y malogrado ginecólogo Dr. Fargas, de Barcelona. La naturaleza de la lesión se confirmó, por análisis de orina, inoculaciones al cobayo, cateterismo ureteral y radiografía, que la pieza extirpada ratificó.

Quedó perfectamente, salvo ligera disuria en las épocas menstruales y tiempo húmedo.

Casó á los tres años de operada, quedando embarazada al año. El curso del embarazo fué normal hasta el sexto mes, al principio del cual sufrió un ataque gripal típico de localización pulmonar no grave. Durante la convalecencia, que fué un tanto penosa, se inició un edema en ambas piernas, que fué acentrándose hasta el fin de la gestación, dificultando la marcha y obligándola á permanecer casi todo el día echada.

Vientre voluminosísimo, sin ascitis, sospechando, aunque sin poderlo confirmar un tocó logo, embarazo gemelar.

Corazón normal.

Es muy de notar, que durante el embarazo se tornó muy emocional, llorando é impresionándose por los más fútiles motivos, contrastando con su pasividad y tranquilidad anteriores. Habiendo sido muy friolera toda su vida y padecido mucho de eritemas pernicios (sabañones), de los que conserva cicatrices en manos y pies, durante el invierno que duró el embarazo quedó admirada de la poca ropa que necesitaba, no teniendo ni un sabañón, primer invierno en su vida que ha pasado sin tan molesta dolencia, que no ha vuelto á presentarse en años sucesivos.

A pesar de todo ello, no pudimos despistar un claro síndrome basedowiano. A fines del octavo mes, tras un excelente parto, nacieron dos niñas, *monovitelinas*, cuyos pesos eran de 3,200 y 2,700 kilogramos cada una.

Tratándose de una mujer á la que conocemos de larga fecha, no será preciso acentuar el minucioso empeño con que



repetidas veces investigamos sangre y orina para despistar á tiempo cualquier alteración en las funciones eliminadoras del riñón. La cantidad de orina, siempre fué normal y en relación con el líquido ingerido, sin que el edema de ambas piernas tuviera otra significación que la puramente mecánica por compresión.

En nuestro laboratorio y personalmente investigamos urea y creatinina en sangre, no pudiendo hallar en ninguno de los practicados durante la gestación, la más mínima alteración. Unicamente en el puerperio encontramos durante cuatro ó seis días después del parto, 0,5 por 1.000 de albúmina en orina, sin que las cifras de creatinina ni urea en sangre pasasen de lo normal, 1, 5 y 19 miligramos por 100, respectivamente.

Según Matthews, en el 60 por 100 de las mujeres nefrectomizadas gestantes se presenta albúmina en orina; el hecho de faltar en nuestro caso durante todo el embarazo y presentarse en el puerperio, no es de extrañar, teniendo en cuenta el trabajo de eliminación que la involución uterina exige, lo que está en armonía con el trabajo de Mizutani, el cual sostiene que en el 84 por 100 de las púerperas hay albuminuria.

Como antes hemos dicho, el edema de los miembros inferiores era puramente mecánico, compresivo; en las nefrectomizadas, quizás juegue un papel coadyuvante la compresión ejercida sobre cava inferior por adherencias cicatriciales del voluminoso pedículo renal ligado.

Ulteriormente crió á una de las niñas muy bien durante diez y seis meses, encontrándose perfectamente en la actualidad.

Con respecto á la infección gripal que padeció durante el embarazo, hemos de citar el interesante caso de Castagne; una nefrectomizada cuya gestación y parto evolucionaron normalmente, muriendo á las pocas semanas á consecuencia de una infección gripal grave; en la autopsia se comprobó, que el riñón único solo pesaba 35 gramos, estando afecto de una degeneración esclerosa difusa. Es muy interesante este caso, pues demuestra cómo con un riñón muy degenerado, y cuyo tamaño solo era un tercio de lo normal, evolucionó un embarazo normalmente. Viene esto á confirmar la idea sostenida por Bumm, cuando dice que la exageración de las funciones de los órganos, que tiene lugar durante el embarazo, queda siempre dentro de los límites fisiológicos de la capacidad de trabajo para cada uno de ellos.

La suplencia funcional mediante otros órganos cuya actividad contrarrestase el déficit renal, jugaría muy importante papel en el caso que nos ocupa, en el cual, la actividad del tiroides y quizás también de las suprarrenales estaban considerablemente aumentadas.

De aquí el que los colegas norteamericanos prescriban el tiroides, en las toxemias del embarazo y eclampsia.

No hemos de terminar sin citar dos hechos de observación, con respecto á tiroides y embarazo, que aun señalados ya por otros autores, son por demás interesantes.

En pueblos de la sierra, enclavados en la cuenca del río Najerilla, donde el bocio endémico es bastante frecuente, hemos visto repetidas veces mujeres embarazadas con bocio endémico no muy voluminoso, en las que á mitad del embarazo se presentaba ronquera acentuadísima, por compresión recurrencial con claro síndrome hipertiroideo. En otros casos de bocio con hipotiroidismo, la terapéutica tiroidea prolongada hizo fecundas mujeres que no lograban descendencia; llevando en otras á feliz término el embarazo que antes habitualmente daba lugar á un feto muerto hacia el séptimo mes de gestación.

Logroño, 29 de Diciembre de 1921.

## LUJACIONES DEL HOMBRO<sup>(1)</sup>

### LECCIÓN CLÍNICA

POR EL

D R. J. GOYANES

*Tratamiento de las lujaciones preglenoideas.*—Como principio general debe tenerse en cuenta que en el tratamiento de las lujaciones la reducción suele ser difícil y la contención fácil, á diferencia de lo que sucede en las fracturas, en las cuales la reducción suele ser fácil y la contención difícil. (San Martín.)

Se han propuesto numerosos métodos y procedimientos para reducir las lujaciones preglenoideas del húmero. Pero hoy están abandonados todos aquellos que no corresponden á un conocimiento exacto del mecanismo anatómico de la lujación; es decir, que se admiten tan sólo los designados con el nombre de métodos anatómicos ó fisiológicos.

Toda lujación debe reducirse lo antes que sea posible. En las recientes, y si se trata de personas fuertes, la narcosis por el cloroformo ó el éter no es necesaria, pero facilita mucho la reducción, y debe emplearse si fracasa la reposición sin anestesia.

Los obstáculos que se oponen á la reducción han sido muy bien estudiados. Desde los tiempos de Busch se sabe que la contractura muscular es de escasa importancia; pero los músculos pueden estrechar el ojal de la cápsula y oponerse, además, por su contracción, á la reducción; y así, no es raro observar casos en que la reducción en narcosis se consiguió con facilidad después de un intento inútil sin anestesia. Pero el obstáculo más importante á la reducción son, sin duda, las porciones de la cápsula que han quedado intactas y, sobre todo, el ligamento coracohumeral, como han demostrado los trabajos de Kocher. Este ligamento, cuando no se rasga (lujaciones llamadas típicas), queda como un cordón tenso extendido desde la base de la apófisis coracoides á la tuberosidad del húmero, y fija y aplica la cabeza humeral contra el borde anterior de la cavidad glenoidea. Más rara es la interposición de trozos de cápsula rasgada ó de tendones rotos, el enrollamiento del tendón del bíceps ó la perforación del músculo subescapular por la cabeza del húmero.

Se dividían antes los métodos de reducción de estas lujaciones en métodos de impulsión, de elevación, de palanca y rotatorios; los más importantes son el de elevación de Mothe y White, llamado también método fisiológico, y el de rotación de Schinzinger, perfeccionado por Kocher. Nosotros empleamos exclusivamente estos dos últimos métodos, y con ellos hemos podido reducir todas las lujaciones que hemos tenido ocasión de tratar (más de 200). Diremos, sin embargo, algunas palabras de los restantes, sin la pretensión de describir los innumerables que se han propuesto.

El llamado método de *reposición directa* ó de Richet, descrito ya como método de impulsión por Avicena,

(1) Véase el número anterior.



consiste en empujar directamente la cabeza humeral lujada hacia la cavidad glenoidea. Para ello el paciente estará sentado en una silla y el cirujano delante, introduce la mano del mismo nombre (la derecha en la lujación del lado derecho, por ejemplo) en la cavidad axilar y con los dedos doblados empuja hacia fuera la cabeza humeral con energía: la otra mano y antebrazo del cirujano sostiene el codo y antebrazo del paciente y ayuda la reducción. A veces, sobre todo si no hay contractura muscular, basta esta sencilla maniobra para obtener la reposición. Este método es casi el único aplicable cuando la lujación va acompañada de la fractura del cuello del húmero.

Entre los métodos de elevación describiremos el de G. Simón (1867), llamado también de suspensión. Es un método fisiológico y por medio de él se ejecutan los mismos movimientos que en el de Wihte y Mothe. El paciente está echado en el suelo ó en un colchón y sobre el lado sano. El cirujano coge con ambas manos el brazo lesionado y lo eleva hasta colocarlo perpendicularmente al tronco y aún en hiperabducción, elevando al mismo tiempo el cuerpo del paciente, que por su peso hace la contraextensión. No es raro que *en este momento la cabeza humeral se deslice y penetre en la cápsula*. Luego se deja caer el paciente sobre el plano horizontal y se lleva con rapidez su brazo dislocado á la posición de adducción. Este método tiene la ventaja de no exigir ayudantes.

El llamado método anatómico ó fisiológico fué ideado por Wihte (1770) y Mothe (1812) y suele dar excelentes resultados. Nosotros lo empleamos con éxito completo en todos los casos de lujación reciente que hemos tenido ocasión de tratar. Para ponerlo en práctica, el paciente puede estar sentado ó echado; se suele inmovilizar el hombro colocando sobre él y la clavícula una toalla cuyos extremos fija el ayudante; puede ser conveniente también colocar otra alrededor del tronco cerca de la axila del lado lesionado para inmovilizarle. El cirujano coge la extremidad con ambas manos por la muñeca ó mejor por el codo y la conduce lentamente á la abducción ó separación, ejerciendo al mismo tiempo una tracción enérgica, venciendo así la contracción muscular, si el paciente no se halla anestesiado. Continuando el movimiento de separación y tracción el brazo debe ser conducido á una hiperabducción, para que siga en estos dos primeros tiempos la misma vía que ha llevado en el acto de la lujación. Al ejecutar estas maniobras la cabeza del húmero desciende y es conducida hacia fuera, aproximándose al ojal capsular. Entonces el ayudante coloca el puño cerrado en la cavidad axilar, empujando hacia arriba y afuera, ó bien se aplica una toalla en este mismo punto; en uno ú otro caso se constituye un punto de apoyo ó hipomoción sobre el cual se apoya el húmero y al realizar el último movimiento de la maniobra reductora, una rápida adducción ó aproximación del brazo al tórax, la extremidad capital del húmero, apoyada en aquel sitio, es conducida á través del ojal capsular al interior de la cavidad. Por eso este método recibe el nombre de método de palanca ó fisiológico, pues

el mecanismo de la reducción es análogo al determinante de la lujación, con la diferencia de que el apalancamiento del húmero para lujarse se produce en el segundo tiempo y en el tercero en la maniobra reductora. Entonces es cuando suele percibirse un ruido especial que indica que la cabeza del húmero ha entrado en la articulación. En algunos casos hemos podido reducir la lujación subcoracoidea del húmero sin aplicar ninguna superficie de apoyo ó hipomoción en la cavidad axilar; nos bastó con realizar una fuerte hiperabducción y tracción seguidas de una rápida aproximación al tórax de la extremidad lujada. Algunos cirujanos aconsejan que la maniobra de abducción sea ejecutada por el ayudante, para reservarse ellos la aplicación del puño en la axila, pero nosotros creemos preferible, por lo menos en las lujaciones recientes, proceder como hemos indicado. La reaparición de la forma normal (análoga á la del lado sano), de la redondez del hombro y la posibilidad de que el paciente ejecute algún movimiento y sobre todo que pueda juntar el codo al tórax, y la desaparición ó atenuación de los dolores, indican que la reducción es correcta. Este método de reducción exige por lo menos un ayudante; pero no es necesario que sea profesional; cualquiera persona discreta puede desempeñar este cometido. Cuando la reducción no se consigue al primer intento, debe recomenzarse la maniobra y entonces es conveniente ejecutar algunos movimientos de rotación interna ó externa para agrandar el ojal capsular y favorecer el paso de la cabeza humeral á la cavidad articular.

Método rotatorio de Schinzing y Kocher. El procedimiento de Kocher (1870) debe considerarse, al lado del método fisiológico de Mothe, como el más eficaz y conveniente para la reducción de las lujaciones anteriores del húmero. El paciente debe estar sentado, y el cirujano, frente á él, ejecuta los cuatro tiempos ó actos de la reducción, que son: 1.º, aproximación; el brazo es llevado un poco hacia atrás y con energía hacia dentro, aproximándole á la pared lateral del tórax; 2.º, rotación externa; cogiendo el codo y la mano del brazo lesionado se conduce ésta hacia fuera, de tal modo, que el antebrazo se coloque en un plano transversal y, por lo tanto, perpendicular á la pared lateral del tórax; Schinzing rebasaba todavía el plano transversal, pero esto es expuesto á que se fracture el cuello humeral; 3.º, elevación ó flexión; la mano que sujeta el codo del paciente empuja éste hacia arriba, llevando el brazo á la horizontalidad, es decir, haciéndole describir un cuarto de círculo y quedando, por lo tanto, perpendicular al plano frontal, ó sea en un plano anteroposterior, mientras el antebrazo sigue en posición transversal, y 4.º, rotación interna y extensión ó descenso del brazo; la extremidad es conducida rápidamente á su posición inicial, con lo cual queda la reposición conseguida en la mayoría de los casos.

En el procedimiento de Schinzing se ejecutan los dos primeros actos, es decir, la aproximación al tórax y la rotación externa, rebasando ésta los 90º; después el brazo es conducido á su posición inicial. Por lo tan-



to, el mérito de Kocher es haber introducido el tercer tiempo de reducción, ó sea la elevación, que Gordon recomienda como acto independiente constitutivo de un procedimiento del grupo rotatorio que nos ocupa. Pero el mérito principal de Kocher consiste en haber fundamentado el método descrito en el estudio detenido de la anatomía patológica de la lesión, dando á conocer el papel de los ligamentos de la cápsula y, sobre todo, del coracohumeral en el mecanismo de la reducción y de las dificultades para conseguirla.

En efecto, en el primer tiempo del método que describimos, al llevar el brazo hacia dentro, la cabeza humeral se aproxima al borde anterior de la cavidad glenoidea y se fija y toma dicho borde como punto de apoyo, de tal manera, que al ejecutar el segundo, ó sea la rotación externa, la cabeza del húmero gira sobre su eje y rueda hacia fuera por un movimiento de traslación, sujeta, como está, por los refuerzos capsulares intactos, aproximándose al ojal capsular y entreabriéndolo. En el tercer tiempo, ó de elevación del brazo, la cabeza del húmero enfile el ojal, y como se relaja la parte superior de la cápsula, se introduce por el desgarramiento y penetra en la articulación. Tanto en el segundo como en el tercer tiempo, el ligamento coracohumeral sostiene y fija la cabeza del húmero, y el punto de inserción humeral de aquél sirve de eje de rotación para que la extremidad capital del hueso lujado sea conducida hacia fuera y penetre, finalmente, á través del ojal capsular, en la cavidad de la articulación. En el último, ó cuarto tiempo, no se hace otra cosa que conducir el brazo á su natural posición vertical, paralelo á la pared del tórax.

Las modificaciones que se han aconsejado al procedimiento de Kocher tienen escaso valor: las principales consisten en asociar á sus actos característicos tracciones hacia fuera, del brazo, mediante una toalla ó hacia abajo para favorecer la relajación de la cápsula.

Con el procedimiento de Kocher se consigue en la mayor parte de los casos de luxación reciente el reducir al primer intento; si tal no ocurre pueden repetirse las maniobras. De 129 luxaciones consiguió Power reducir 98 al primer intento, seis al segundo y ocho al tercero, y sólo en siete fracasó. Bergmann no tuvo ningún fracaso en más de 200 luxaciones. Nosotros hemos reducido más de 200 luxaciones, pero empleamos el método de Mothe en primer lugar en las luxaciones recientes; en las antiguas, como ya diremos al hablar en capítulo aparte de las mismas, empleamos las maniobras del método Kocher con las cuales hemos conseguido la reducción en muchos casos, pero en otros, después de ejecutar tales maniobras para romper las adherencias, hemos conseguido reducir la luxación empleando el método de hiperabducción, que tanto recomienda también König.

Hoy nadie emplea ya los llamados métodos de palanca, de los cuales el tipo es el de A. Cooper, en sus variantes del talón y de la rodilla, tanto porque son innecesarios, cuanto porque exponen á lesiones traumáticas de alguna consideración en los importantes órganos de la cavidad axilar, es decir, en los vasos y los ner-

vios. Tampoco se emplean las tracciones elásticas, ni aparatos, generalmente brutales, por exponer á roturas y desgarramientos y demás lesiones. Con los procedimientos de Mothe y de Kocher hemos reducido nosotros todas las luxaciones que acudieron á nuestra clínica, más de 200, á pesar de que algunas eran muy antiguas. Sólo en un caso se produjo la fractura del cuello quirúrgico del húmero y hubimos de esperar á la consolidación para realizar más tarde la reducción.

Una vez conseguida la reducción debe inmovilizarse el brazo, en los casos corrientes durante ocho días. Mantener reducida la luxación es de ordinario cosa fácil. Un sencillito vendaje de Velpeau, una charpa ó mitella, son suficientes de ordinario. A los ocho días deben comenzarse á ejecutar movimientos limitados de la articulación, primero pasivos, luego activos, seguidos de masaje, para favorecer la restitución anatómica y funcional.

Enero de 1922.

## ¿ACCIDENTE SÉRICO?

El día 25 de Septiembre de 1921 fuí llamado para prestar asistencia á una muchacha de quince años, de buena constitución, sin tara apreciable, y que, según su familia, no había padecido enfermedades. Aún no se ha presentado la menstruación.

Reconocida, me encontré con la garganta completamente cubierta de pseudomembranas diftéricas típicas; región anterior del cuello enormemente tumefacta, fiebre alta, pulso frecuente, respiración muy dificultada con gran tiraje, deglución imposible. Diagnostico difteria y le pongo una inyección de 20 c. c. de suero antidiftérico del Instituto de Alfonso XIII, en el vacío derecho.

Al día siguiente las falsas membranas toman aspecto parduzco, baja algo la temperatura y es más fácil la respiración; la deglución que era imposible comienza á ser tolerada. Nueva inyección de 10 c. c. del mismo suero.

El 27 continúa la mejoría empezando á desprenderse las falsas membranas que expulsa en grandes trozos.

El 28 la fiebre desaparece totalmente así como la tumefacción del cuello y las dificultades de respiración y deglución, continuando la expulsión de membranas, considerándola como curada y en plena convalecencia.

El día siguiente, ó sea el cuarto día de la primera inyección de suero, vuelve el padre de la muchacha diciendo que se ha agravado considerablemente presentando grandes dolores abdominales y vuelvo á verla, encontrándome con el siguiente cuadro: por primera vez presenta una gran hemorragia vaginal que atribuyo al establecimiento de la menstruación que hace su aparición, pero además dicen que ha tenido epistaxis abundante, vómitos sanguinolentos, deposiciones negras y frecuentes y dolores insoportables en el abdomen; temperatura 35° 6 y pulso incontable, muriendo la enferma el día siguiente á las diez de la mañana.

¿Cuál fué la causa de la muerte? ¿Sería el suero provocando las hemorragias?

S. GONZÁLEZ.

Villamanín y Enero de 1922.



EL RIÑÓN Y LAS GLUCOSURIAS <sup>(1)</sup>TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
EN MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

JUSTO CABALLERO Y FERNANDEZ

Razonemos teóricamente la hipótesis fundándonos en trabajos ajenos, y después en relación á los propios.

Ante todo es necesario consignar que la sangre contiene glucosa, y en bastante cantidad, aunque variable según los autores. Así, se admiten para el hombre las siguientes cifras por 1.000: 0,75 á 0,95 gramos (Lépine), 0,88 á 1,05 (Grigaut), 0,88 á 1,31 (Gilbert y Baudouin), 0,65 á 1,05 (Liefmann y Stern), etc.

Son muchos los autores que han patentizado que la sangre arterial tiene una mayor cantidad de glucosa que la venosa. Claudio Bernard estudió este fenómeno con alguna detención, observando al propio tiempo que la proporción de azúcar sanguíneo no disminuye á pesar de largos ayunos. Pavy negó las afirmaciones del sabio fisiólogo francés, pues decía haber visto que en 1.000 gramos de sangre no hay más que una diferencia de 3 miligramos de dextrosa á favor de la arterial. Los experimentos de este investigador fueron defectuosos, ya que analizaba el plasma circulante de animales que habían sufrido grandes operaciones; y así como el trabajo corporal hace disminuir el glucógeno que se encuentra habitualmente en los músculos, el traumatismo y las hemorragias hacen bajar la cifra de glucosa arterial.

Cl. Bernard da los siguientes datos de glucosa en gramos por litro de sangre; cantidades obtenidas después de varios análisis, y buscada la media, en animales sometidos á alimentaciones diferentes:

	Arteria crural...	Vena cru- ral....	Arteria carótida	Vena yu- gular...	Vena ca- rótida in- ferior....
Perro en digestión de carne ...	1,45 1,32	0,73	—	—	—
Id. id. id.....	1,25	0,99	—	0,67	1,28
Id. id. id.....	1,10	—	1,10	0,91	—
Id. id. id. y azúcar.....	1,51	—	—	—	—
Id. id. patatas.....	1,53	—	—	1,17	1,38
Id. en ayuno.....	1,17	—	—	—	—

Lépine y Boulud dan las siguientes cantidades por 1.000 gramos de sangre:

	GLUCOSA		ÁCIDO GLUCURÓNICO	
	A Directo.	B Después de calentar (1).	C Absoluto (2).	D Por ciento (3).
Vena yugular...	0,42	0,52	0,10	20
Arteria carótida.	0,50	0,66	0,16	24
Vena crural....	0,70	0,86	0,16	18
Arteria crural...	0,68	0,80	0,12	15

pero evitando la glucolisis de la sangre crural.

(1) Véase el número anterior.

	GLUCOSA		ÁCIDO GLUCURÓNICO	
	A Directo.	B Después de calentar (1).	C Absoluto (2).	D Por ciento (3).
Vena crural....	0,68	0,86	0,18	20
Arteria crural...	0,84	0,90	0,06	7

Ricardière y Sicard afirman que la sangre arterial tiene, por término medio, en el hombre, 1,32 gramos de glucosa por 1.000, y que la venosa oscila entre 1,20 á 1,15 gramos en la misma proporción.

Pfüger admite:

	GLUCOSA	
	Directo.	Después de calentar.
Carótida .....	0,78	1,09
Vena esplénica.....	0,78	0,84
Idem pancreática .....	0,62	0,62
Idem porta.....	0,63	0,64

Otto da como media de catorce análisis las siguientes cantidades por mil:

Arteria crural..... 1,22 gramos.  
Vena crural..... 1,11 —

Mac Cay ha encontrado 0 80 gramos de glucosa por litro en la sangre de una vena de la flexura del codo en un individuo europeo y 1,30 en las mismas condiciones en un indígena de Bengala.

Luciani afirma que la sangre de la vena porta tiene 1 gramo por 1.000 de glucosa y la de las venas suprahepáticas 2 gramos; para el fisiólogo italiano es suficiente argumento para asegurar que en el hígado se produce azúcar. Nosotros emplearemos luego el mismo razonamiento para indicar que en el riñón se consume dextrosa.

En patología se ven casos en que la cantidad de glucosa sube en la sangre á 3,46 (Simon), á 6,77 (Müller), á 7 (Nauyn) y á 10,6 gramos por 1.000 (Lépine).

Pero no es sólo este hidrato de carbono el que se halla en proporciones distintas en las dos clases de sangre; varios investigadores han podido observar que también varía notablemente la cantidad de oxígeno y de anhídrido carbónico.

Mathieu y Urbain dan las siguientes cifras, como término medio y por litro de sangre:

	Oxígeno.	Anhídrido carbónico.
Arterias.....	26,63	49,78 cm. <sup>3</sup>
Venas.....	12,55	30,26 —

Creemos queda ya suficientemente patentizado que la sangre arterial es más rica en glucosa y en oxígeno que la venosa.

No hemos tenido la dicha de hallar en los análisis las cantidades asignadas á los vasos renales en cuanto á glucosa. Esta deficiencia de los autores será subsanada en lo posible con nuestros trabajos.

(1) A 110° en presencia de ácido tartárico.

(2) La columna C = A — B.

(3) La columna D =  $\frac{C \times 100}{B}$ .



Algunos autores citan el hecho de que la vena renal tiene menos urea, cloruro sódico y ácido úrico que la arteria. Claudio Bernard nos da la cifra de oxígeno y gas carbónico por mil en la forma siguiente:

	Oxígeno.	Anhidrido carbónico.
Arteria renal.....	17,22	3,13 cm. <sup>3</sup>
Vena renal.....	6,40	6,40 —

Paul y Bert han calculado que:

100 gr. de músculo consume 50 cm. <sup>3</sup> de O y produce 56 de CO <sub>2</sub>	
— de cerebro — 45,8 — de — 42,8 de —	
— de riñón — 37 — de — 15,6 de —	
— de bazo — 27,3 — de — 15,3 de —	

Quinquand ha encontrado que:

100 gr. de músculo absorben por kilog. y hora 76 cm. <sup>3</sup> de O.	
— de corazón — — — 70 —	
— de cerebro — — — 40 —	
— de riñón — — — 33 —	
— de bazo — — — 26 —	
— de pulmón — — — 24 —	
— de huesos — — — 16 —	
— de hígado — — — 3 —	

Es evidente que si el riñón recibe mayor cantidad de glucosa de la que de él sale, y si el mismo fenómeno pasa con el oxígeno (demostrado con los anteriores cuadros), si no es órgano de reserva, es señal de que la glándula consume esos materiales energéticos, ocasionando, produciendo un trabajo.

La sangre normal tiene un punto de congelación mucho menor que la orina.

Dreser afirma que en un hombre sano el  $\Delta$  de la sangre es igual á  $-0^{\circ},56$  y el de la orina  $-2^{\circ},3$ . Yvon en la orina normal ha encontrado  $\Delta = -1^{\circ},3$  á  $2^{\circ},2$  y en la sangre admite como media  $-0^{\circ},55$ .

Otros autores dan otras cifras para el punto de congelación de la orina de una persona sana; así lo hacen igual á  $-1^{\circ},15$  (Winter),  $-1^{\circ},80$  (Koranyi),  $-1^{\circ},35$  (Bouchard), etcétera.

Y como los puntos de congelación dependen de la concentración molecular, de tal suerte que las soluciones equimoleculares son isotónicas y tienen el mismo punto de congelación (ley de Van t'Hoff), podemos afirmar que la orina es una solución mucho más concentrada que la sangre, concentración que representa un trabajo desempeñado por el riñón.

Este órgano es capaz, como se ha reconocido, de elaborar substancias que no se hallan en la sangre (ácido hipúrico, v. gr.); otras las transforma dando lugar á productos nuevos (el cloral, por ejemplo, se elimina bajo la forma de ácido uroclorálico), y tiene á veces que salvar á la sangre de compuestos no sólo inútiles, sino acaso perjudiciales. No es, pues, de extrañar que esto ocasione un grandísimo trabajo y un considerable gasto de calórico.

Resulta desagradable copiar á los autores cuando dan cantidades diferentes y discordantes; pero no tenemos más remedio que indicar alguna de estas cifras. Dreser cree que el trabajo del riñón para segregar 200 c. c. de orina es igual á 37,037 kilográmetros. Como el hombre normal adulto elimina en veinticuatro horas de 1,300 á 1,600 gramos de orina (1,500 término medio), tendríamos

$$200 : 37,037 = 1,500 : x;$$

de donde

$$x = \frac{37,037 \cdot 1,500}{200} = 277,777 \text{ kilográmetros.}$$

Esta cifra nos parece sumamente pequeña y sin importancia. El valor de estos cálculos biológicos podrá apreciarse si comparamos los que se apuntan para el corazón, que son, en veinticuatro horas:

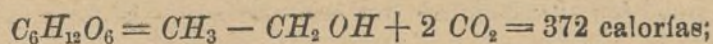
Según Beaunis — 62,208 kilográmetros	
— Laulanié — 98,000 — y 230 calorías.	
— Luciani — 12,450 — y 39 —	

haciendo 1 caloría = 425 kilográmetros y 4,1 calorías = 1 gramo de glucosa.

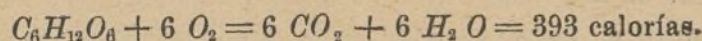
Estos cálculos son suficientemente demostrativos para deducir su valor práctico; lo único que se puede colegir de todo ello, es que si 4,1 calorías son ocasionadas por 1 gramo de glucosa, basta á cada órgano una cantidad relativamente pequeña para que pueda desempeñar bien su función.

También hay aquí confusión y dudas, derivadas en gran parte de la insuficiente diferenciación entre caloría grande y pequeña (mil veces menor que la primera). Stohmann afirma que 1 gramo de glucosa, al quemarse, da lugar á 3.742,26 calorías. La molécula gramo de dicha substancia daría 673,7 (Stohmann) ó 677,2 calorías (Berthelot).

Carracido dice que cuando 1 kilogramo de glucosa se desdobla:



pero si se verifica

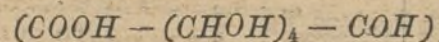


Bancroft y Brodie han visto que cuando el trabajo del riñón aumenta (por un diurético, v. gr.) el oxígeno gastado pasa de 0,5 — 1 á 3 c. c. por minuto; hay que advertir que la eliminación de anhidrido carbónico no está en relación exacta con el oxígeno gastado.

De todo lo que escrito queda se desprenden los siguientes hechos, que son argumentos favorables á la teoría que defendemos:

- 1.º La sangre arterial tiene más glucosa que la venosa.
- 2.º Lo mismo pasa con el oxígeno.
- 3.º Luego el riñón recibe más glucosa y oxígeno que los que devuelve á la circulación general.
- 4.º Por tanto, el riñón consume glucosa, y como, según Chaveau, las variaciones del consumo de dextrosa son paralelas á las de la termogénesis, produce calórico; y
- 5.º El riñón gasta estos materiales en el desempeño de sus funciones, de las que es más importante que ninguna otra la secreción de la orina.

Por otra parte, es necesario fijarse bien en el modo cómo el riñón se comporta con la glucosa. Ya hemos indicado que la pequeña proporción de este hidrato de carbono que se encuentra en la orina normal debe considerarse como una pérdida de energía que, como se demuestra en mecánica, sufre toda máquina. Además, no hay que olvidar que el hombre normal elimina siempre ácido glucurónico



resultante de la acción de un O<sub>2</sub> sobre una molécula de glucosa, con pérdida de otra de agua, y que este ácido no se halla en la orina glucosúrica.

Linossier da sobre estos puntos una interesante explicación, que creemos conveniente transcribir: "Hay que remarcar que bajo el vocablo de permeabilidad renal, nosotros designamos en realidad tres fenómenos distintos:

- 1.º La trasudación de azúcar, particularmente á nivel del glomérulo. Podemos afirmar que el líquido trasudado no es más rico en glucosa que la sangre, pero puede serlo menos, puesto que conocemos membranas capaces de dejar pasar el agua y que detienen el azúcar.



2.º La secreción de azúcar que la existencia de grandes glucosurias hace incontestable. Se puede explicar por una trasudación seguida de reabsorción de agua, con la condición de admitir una reabsorción de un hectolitro y más. Las células del túbulo son seguramente los agentes de esta secreción; y

3.º La reabsorción de azúcar, que no todos los fisiólogos admiten, pero que Lépigne cree muy probable; el azúcar no es sustancia excrementicia y la orina diabética es siempre más azucarada que la linfa. Las experiencias de Lépigne y Boulud para probar esta reabsorción no son definitivas.

Es natural que, como afirma el autor, si la glucosa no se puede considerar como sustancia excrementicia, nosotros estimamos harto rebuscada, tanto su secreción, como su reabsorción.

Mucho más sencilla nos parece nuestra explicación. Si la glándula renal, que, lo repetimos una vez más, es órgano esencialmente de defensa de la economía, recibe una cantidad de azúcar sanguíneo superior á la normal, como cuando hay hiperglicemia, cumple su papel de agente protector tratando de destruir este sobrante:

a) Aumentando su habitual función, lo que explica por qué se presenta la poliuria, la que dará secundariamente lugar á la polidipsia.

b) Eliminando por la orina lo que no puede consumir, y de aquí la glucosuria.

Se puede argüir, como afirman Dufourt, Thénard, Dupuytren, etc., que las lesiones renales disminuyen la glucosuria, como pasa en los diabéticos que se vuelven albuminúricos; ó oponer la observación de Hagelberg de que en las nefritis con hipertensión por arterioesclerosis, hay hiperglicemia sin glucosuria.

Estos hechos no invalidan nuestra teoría. En efecto, si el riñón se halla con alteraciones de su parénquima, es lógico que en él se encuentren muy disminuidas sus habituales funciones, y, por tanto, no es de extrañar que no desempeñe su papel protector y regulador del azúcar circulante. En lugar de ser argumentos que refuten lo expuesto, refuerzan la hipótesis ya que también se ha demostrado que á medida que la diabetes avanza el riñón se hace cada vez menos permeable á la glucosa.

Franck, Klemperer, Lang, Osler, Gram, Richardière y Siccard, para no citar más, exponen casos de glucosuria sin hiperglicemia, llamándola «diabetes renal». El tipo de esta glucosuria no difiere del ocasionado experimentalmente por la floridzina.

Ya veremos que en esta clase de glucosurias se presenta degeneración hialina (raramente albuminosa) y en este caso podemos considerar el fenómeno como una complicación con destrucción nuclear de las células renales, lo que indica una disminución en la actividad funcional de la glándula. De modo que si el riñón recibe una cantidad normal de azúcar por la sangre arterial, pero que resulta exagerada por encontrarse transitoriamente (ya sabemos que desaparece la dextrosuria en cuanto cesa la acción del glucósido) en hipofuncionalismo, tiene necesariamente, si quiere evitar la hiperglicemia, que eliminar este exceso de glucosa por la orina. Tal afirmación viene comprobada por los hechos ya expuestos al tratar de las alteraciones capaces de ocasionar glucosuria, ya que ciertas lesiones nerviosas, que tienen imprescindiblemente que disminuir la actividad glandular, son responsables de que se elimine azúcar por la orina.

No hay que confundir esta explicación con la llamada teoría por insuficiencia glucolítica, y que fué comentada en su lugar. Conste una vez más, que nosotros no tratamos de indagar la patogenia de la diabetes, y por ello no tenemos

que fijarnos en las causas capaces de ocasionar hiperglicemia.

## VI

NUESTROS TRABAJOS.—Hemos realizado estudios experimentales al objeto de comprobar personalmente algunos de los extremos expuestos en la teoría químicobiológica de las glucosurias, y vamos á relatar el *modus operandi* y las consecuencias obtenidas.

Ante todo, indicaremos que hemos procurado trabajar con las garantías posibles de exactitud, y para esto, la condición precisa es operar con reactivos puros y bien titulados.

Hemos usado la glucosa pura y anhidra de la casa Merck, habiendo hecho dos soluciones, en agua destilada, una al 0,50 y otra al 1 por 100.

En el Fehling lo más interesante, en cuanto á exactitud y al componente que en mayor número de casos se halla impuro, es el sulfato cúprico. Lo general es que dicho compuesto de cobre se encuentre mezclado con alguna sal de hierro.

En efecto, disuelta una pequeña porción del sulfato de cobre que poseíamos, en un tubo de ensayo, y añadido sulfocianuro potásico, se formó un precipitado negro que luego se volvió blanco; al echarle éter, se presentó un anillo de color rojo subido. Caracteres indubitables de que la sustancia contenía hierro.

Fué, pues, preciso purificarla, y nos valimos del procedimiento de cristalización. Se disuelven en agua, que se calienta á ebullición (100 á 200 c. c.), cristales de sulfato cúprico—cuyo grado de solubilidad aumenta con la temperatura del disolvente—hasta que sature; se filtra en caliente y se deja enfriar poco á poco sumergiendo el recipiente en agua fría, agitando sin cesar hasta que la solución tenga la temperatura ambiente; entonces empieza á depositarse cristales; se le deja en reposo para que termine su sedimentación, se escurren las aguas madres y se deseca la sustancia al aire entre papeles de filtro; no queda más que recoger esos cristales y pesar la cantidad necesaria para preparar el reactivo.

Quisimos hacer la contraprueba y pudimos convencernos de que después de esta purificación la sal cúprica no tenía hierro apreciable por el proceder expuesto.

La fórmula usada es la que recomienda el sabio analista y catedrático de la Universidad Central, Dr. Casares y Gil, que ya quedó indicada anteriormente al hablar de los procedimientos para reconocer la glucosa.

Preparando con cuidado el reactivo, sobre todo en el peso del sulfato de cobre (nosotros empleamos una buena balanza de precisión), se obtiene una solución en la que 10 c. c. corresponden á 0,05 gramos de glucosa.

La titulación ha sido, sin duda, la operación á que hemos prestado mayor cuidado. Se hicieron más de diez determinaciones, por tanteo, hasta un pleno convencimiento del título del reactivo, que fué el mencionado antes para los casos en que se opera con exactitud.

Sólo indicamos con detalle el Fehling, por ser el reactivo, que más hemos usado y, á nuestro juicio, el que mejor responde en la mayoría de las pruebas. También hemos empleado el proceder de Ny'ander, el polarímetro, la fermentación y, en un caso particular que exponremos en seguida la fenilhidrazina.

Aunque no nos interesaban directamente para el desarrollo de esta tesis, hemos realizado frecuentes análisis de orina de cuantos enfermos diabéticos hemos podido observar, tanto en las salas en que prestamos servicio, como en el Dispensario á nuestro cargo en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona.



Copiaremos los datos de uno de estos análisis, como ejemplo de la marcha que hemos seguido con todos.

La orina se defecó con el reactivo de Courton, agregando á 20 c. c. de orina 2 de dicho reactivo. Colocados 10 c. c. de líquido de Fehling (5 c. c. de la solución A y otros 5 de la B) en una cápsula de porcelana, calentada por la llama de un mechero Bunsen, se dejó caer gota á gota el líquido resultante de la defecación de la orina y que se encontraba en una bureta de Mohr.

Todo el sulfato de cobre se redujo cuando sólo se habían gastado 1,77 c. c. del líquido de la bureta; de modo que se plantea la siguiente proporción:

$$1,77 : 0,05 = 1,000 : x;$$

de donde se deduce:

$$x = \frac{1,000 \cdot 0,05}{1,77} = 34,52.$$

En un litro de ese líquido hay, por tanto, 34,52 gramos de glucosa; pero la orina ha de tener más, puesto que al defecarla se le ha añadido un reactivo que la diluyó. Si 1,000 centímetros cúbicos del líquido tienen 34,52 gramos de glucosa, 1 c. c. tendrá  $\frac{34,52}{1,000} = 0,03452$  y como á 20 c. c. de orina se le agregaron 2 del reactivo y, por tanto, 0,068 de glucosa, tendremos:

$$20 : 0,068 = 1,000 : x, \text{ y } x = \frac{0,068 \cdot 1,000}{20} = \frac{6,80}{20} = 3,40.$$

En definitiva,  $34,52 + 3,40 = 37,92$ .

Luego la orina analizada tenía 37,92 gramos de glucosa por 1,000. El mismo proceder hemos empleado con la orina de un perro, al cual se le administraron repetidas inyecciones de flouidzina.

(Continuará.)

## Saneamiento é higienización de España <sup>(1)</sup>

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

### ANQUILOSTOMIASIS

Región: Andalucía Oriental.

Provincia: Jaén.

Distrito: Linares.

Ayuntamiento: Linares.

Entidades: Barrios de Cantarranas, El Pinar, Puente Genil; aldea de Tobaruela; estación del ferrocarril de Baeza á Vadollano; las colonias agrícolas y casas de labor; El Arroyo, Arroyo de la Alcuñuela, Arroyo de los Jarales, La Cruz, Torrubio, La Zarzuela, etc.

Habitantes: 37.632.

Minas: Coto de Sur, San Miguel, El Mimbres, Arrayanes (2), Pozo Ancho, Los Quinientos, San Francisco, Las Cadenas, La Gitana, San Tragantón, Ceño, Los Angeles, Santa Margarita, San León, La Trinidad, Santa María, San Ramón, La Simpliza, La Memoria; todas en explotación.

Número de... { Mineros. — 5.000. } Sanos portadores de gérmenes. { No se puede precisar. — Invadidos, 250. — Proporción por 100, 20. }  
Tejeros. —  
Poceros. —

Animales infectados... Ninguno.

Epoca.—Todo el año.  
Importación.—Causas.—El parásito específico.  
Procedencia.—Endemia local.  
Terreno.—Granítico.  
Humedad.—Mucha.  
Interior de la mina..... Temperatura.—25°, á 30° centígrados.  
Dimensiones.—Desde 98 á 515 metros de profundidad.  
Se descubre el anquilostoma adulto en las deposiciones; los gérmenes de este parásito aparecen en forma ovoidea, con delgada cubierta, transparentándose el contenido bajo el aspecto de mórula, con segmentaciones esféricas, y cuyas dimensiones son de cinco micras de largo por tres de ancho. Realizados cultivos á temperaturas de 25° á 30°, se puede ver la evolución del helminto, desde las veinticuatro horas, en cámaras húmedas.  
Análisis microscópico de las heces  
Lesiones cutáneas.... Exantemas en el período inicial, pápulas pruriginosas.  
Formas clínicas..... Anemia aguda perniciosa, icterica, manifestaciones dispépsicas y similares del paludismo, diarreas.  
Indice endémico..... Morbilidad.—El 20 por 100.  
Mortalidad.—El 15 por 100.  
Inutilidad para el trabajo.  
Días de trabajo perdidos.—7.500.  
Natalidad.—  
Limpieza corporal.—Ni se practica ni se exige ninguna clase de cuidado personal.  
Profilaxis individual... Limpieza de pies y manos.—  
Calzados en el trabajo.—  
Descalzos en el trabajo.—  
Análisis de heces para la admisión.—No se realiza.  
Análisis de heces periódico del 20 por 100 en las minas no infectadas.—No se efectúa.  
Contra la humedad de la mina.—Ninguna.  
Ventilación de la mina.—La natural por los pozos.  
Número de retretes en el exterior.—Ninguno.  
Número de retretes portátiles en el interior.—Ninguno.  
Prohibición de defecar en la mina.—Multas.—Ninguna.  
Baños.—Duchas.—Desconocido su uso.  
Lavabos.—No existen.  
Prohibición al infectado de bajar á la mina.—No se prohíbe.  
Educación higiénica del minero.—Ninguna.  
La contestación negativa á esta última parte del cuestionario sugiere á quien esto escribe la protesta por la indefensión en que la colonia minera se encuentra.  
Si por la ignorancia en que hasta ahora se estaba respecto á la naturaleza infecciosa de esta enfermedad, se justificaba en cierto modo la falta de adopción de medidas profilácticas, hoy, que se conocen los medios para remediar estas causas, es ocasión de suplir y subsanar aquellas incomprensibles omisiones.  
Estando bajo la esfera de acción asignada á la sanidad del campo, la inspección y la higiene de estos lugares, debemos denunciar estos hechos, reclamando una pronta investigación micrográfica que diagnostique el parásito intestinal, para poder aislar á los enfermos, someterlos á tratamiento adecuado, é impidiendo, con energías y bien ordenadas desinfecciones, construcción de letrinas, etc., la propagación del mal.

Sanidad del campo.—Parte de la Memoria del director general de Agricultura, Minas y Montes.—Madrid, 1912.

### IV

#### CAMPAÑA EN EL EXTRANJERO

Como prueba de lo que puede conseguir la lucha contra la anquilostomiasis, consignaremos la que Alemania emprendió en las minas de Westphalia.

(1) Véase el número 3.555.

(.) ¡Mina de propiedad del Estado! ¡Qué ejemplaridad!



Desde 1892 á 1895 se practicó una información por el Dr. Lobker, á instancias del Gobierno; y después de esta *enquête* se comenzó la verdadera campaña en 1896.

En dicho año se impusieron á las Compañías mineras el empleo de baños, del vestuario y de los *water-closetts*.

Por una orden de 12 de Marzo de 1900 generalizóse la disposición á todas las minas.

En 1902 comienzan las visitas de inspección, y se comprueba en ellas que, aun con las medidas adoptadas, existía gran número de enfermos de anquilostomiasis.

En 13 de Julio de 1903 se dicta una nueva orden, en la cual se dispone que sea obligatorio el análisis ó dictamen previo de las heces de todo minero cada dos ó tres meses mientras exista un solo portador de gérmenes. Se hace igualmente obligatorio el tratamiento previo de los mineros infectados, comprobado que haya sido por el análisis, prohibiéndoles, hasta su curación, que desciendan á las minas.

Los resultados fueron los siguientes:

En 1903: de 188.730 mineros, fueron examinados 17 161, resultando un 9,09 por 100 infectados. En 1904 había descendido la proporción á 1,005 por 100; es decir, que fueron 2.500 en vez de 18.000 los infectados.

Y en 1905, la zona minera de Westphalia estaba casi indemne de anquilostomiasis.

Gracias á análogas medidas, según atestigua el Dr. Kolle en su *Bacteriología experimental*, parece que entre los trabajadores de la perforación de los túneles del Simplón y de Looschberg ha permanecido poco menos que desconocida la anquilostomiasis.

En Bélgica la enfermedad era una verdadera plaga; pero en este país, modesto y trabajador como pocos, los resultados conseguidos fueron admirables en breve tiempo.

A propuesta del Dr. Malvoz se crearon una especie de parques ó dispensarios especiales, volantes ó transportables, que sucesivamente van estableciéndose en los sitios infectados. Por este sistema, el año de 1904 Malvoz y Lambinet habían examinado 7.000 mineros, entre los cuales trataron y curaron á 900 con un gasto de unos 16.000 francos.

Numerosos dispensarios belgas fueron siendo creados conforme al expresado modelo, que es una barraca transportable, con ocho á diez camas y un laboratorio anejo, cuyo coste viene á ser el de unos 10.000 francos.

En Lieja, por lo menos, podía contarse desaparecida la anquilostomiasis en 1908.

Además, por leyes especiales, las grandes explotaciones como las pequeñas, están obligadas á tener baños y duchas, según la importancia y el capital de la Compañía. A fines de 1906 solamente en la cuenca hullera de Lieja había 21 explotaciones, que tenían modernas instalaciones de baños y duchas para el uso del personal obrero, de los cuales unos 7.000, ó sean un 80 por 100, hacían uso de ellos.

Las Compañías habían gastado en esta campaña de saneamiento unos 600.000 francos. En 1910 había 34 centros mineros con baños y duchas, habiendo ascendido á 76 por 100 el número de mineros que la utilizaban.

Ultimamente se calculaba en 1.200.000 francos el gasto total de las instalaciones de esta clase en Bélgica.

En Francia no son los resultados tan halagüeños; al parecer, y por lo que podemos leer entre líneas, la cuestión presenta allí caracteres muy análogos á la nuestra. No otra cosa parece deducirse de la proposición de M. Calmette para constituir en las zonas mineras unos «Patronatos médicos mineros» en los cuales el médico *goce de completa libertad profesional é independencia moral suficiente para el ejercicio de sus funciones*.

Con respecto á la anquilostomiasis en particular, la ini-

ciativa de Calmette tuvo lugar en 1902. En 1905, de 80.078 obreros, solamente 8.900, ó sea el 1,8 por 100, se habían examinado, dando por resultado 163 casos.

Realmente, vemos que la campaña francesa no reúne las condiciones y mucho menos los excelentes resultados obtenidos en Bélgica y Alemania.

Austria tiene desde el 4 de Julio de 1904 una legislación especial para combatir la anquilostomiasis.

Reasumiendo: en tan interesante cuestión, en una endemia tan manifiesta, más aún, en una endemia declarada oficialmente en varias ocasiones, como hemos hecho constar en el presente capítulo, no se ha hecho nada ó se ha hecho muy poco para evitarla, pues si bien existe un laboratorio y un hospital bajo la dirección de un competentísimo médico en La Carolina, es propiedad de una Empresa minera alemana, la ya citada de *El Centenillo*, que tiene montados á la moderna sus servicios de profilaxis, ni es bastante ni, por otra parte, es garantía suficiente de que en toda aquella zona minera se hayan adoptado las medidas científicas necesarias y hoy completamente probadas para extinguir la enfermedad, que requiere una constante, enérgica, independiente y desinteresada labor y una suma de dinero no despreciable si la campaña ha de ser fructuosa, y á ello debe tenderse en vista de los éxitos lisonjeros que se han obtenido, en la forma que hemos relatado, particularmente en Bélgica y en Alemania. Urge, pues, poner remedio á esta cuestión si no se quiere que dentro de muy pocos años todas nuestras minas estén infectadas. No es un asunto baladí, pues aparte de que la enfermedad en sí es un peligro, sus consecuencias son quizá más graves que la enfermedad misma, puesto que esas anemias profundas que ocasiona hacen muchas veces del individuo enfermo terreno abonado y propicio para el desarrollo de una tuberculosis, todo lo cual pudo y debió ser impedido con una campaña contra la endemia, ya que la anquilostomiasis es una enfermedad perfectamente evitable en nuestros días.

No es menos digno de tenerse en cuenta que no solamente la padece el minero, sino que puede contagiar y contagia muchas veces á sus familias.

Y si á los mineros y á sus familias les interesa, no menos debe interesarles á los ingenieros de Minas, de lo que á algunos han pagado el tributo á la enfermedad, aun en aquellos tiempos en que se negaba ó se desconocía su existencia. Afortunadamente, el ilustrado Cuerpo de Minas parece que se ha dado cuenta de la importancia y gravedad del asunto, y no digamos que ellos han de influir poderosamente en que las Compañías se presten al cumplimiento de las disposiciones gubernativas para emprender una verdadera campaña contra la endemia y sobre los obreros para que adopten precauciones higiénicas, seguras y positivas, en evitación del contagio.

Pero, más que á todos, al Gobierno le corresponde el hacer obligatoria la higiene más severa de nuestras minas.

#### LA CÁRCEL Y EL PRESIDIO

«De nuestros establecimientos penales se sale, la mayor parte de las veces, sin curar el alma y degenerado el cuerpo.»

CANALEJAS.

Muchísimas páginas pudieran escribirse si tuviéramos tiempo, espacio y antecedentes, difíciles de reunir, hablando de la higiene, mejor dicho, de la negación ó carencia de toda higiene en nuestros presidios, de sus enormes deficiencias sanitarias y de sus anticuados procedimientos penitenciarios.

Que la inmensa mayoría de nuestras cárceles son antros



infectos donde toda podredumbre tiene lugar, no es un secreto para nadie, pues para no dejarnos mentir, aún están en pie, aunque parezca imposible que todavía permanezcan así algunos, todos esos antiguos, ruinosos y destartados conventos, hospitales y cuarteles que, inservibles ya para el uso á que se les destinó, se han utilizado para instalar en ellos las cárceles de las capitales de provincia. Y no se diga de lo que son las de los pueblos y cabezas de partido.

En la cárcel madrileña reza una inscripción que nunca con más razón se escribió: «Odia al delito y compadece al delincuente.» Y aquí, al menos, el edificio es de moderna construcción y para el objeto á que se le destina, la luz y el sol bañan sus paredes, el aire visita al fin á los pobres presos, aunque no á todos; pero ¿y esos edificios, que, como decíamos en otro capítulo á propósito de los cuarteles, son centenarios, tres ó cuatro veces algunos de ellos, y están carcomidos, sucios y tan antihigiénicos, que para ellos parece hecho el aforismo sanitario «La piqueta es á veces más eficaz ó tanto como el bisturí?» ¿Qué decir de ellos?

Y no se crea que asunto tan interesante se encuentra abandonado. No; desde largo tiempo existe una Junta Superior de Prisiones, que fué transformada en un alto Consejo Penitenciario, que ignoramos si funciona, que creemos que no desde que en tal transformación se tuvo la feliz o infeliz idea de llevar á formar parte del mismo á las personas más ilustres de la política, es decir, que se quiso hacer un Consejo de notables, y todos sabemos el resultado que suelen dar tales organismos, en cuyas reuniones hay generalmente más ausencias que las indispensables para celebrar sesión. Pero si el Consejo no, hay en cambio Juntas locales de Prisiones en todas las provincias, de las cuales forman parte dignísimos y competentes vocales (magistrados, arquitectos, ingenieros, sacerdotes, médicos, industriales, comerciantes, etc.), que se reúnen con toda la frecuencia necesaria, discuten con todo interés los asuntos, turnan en el cargo de visitantes de los establecimientos penitenciarios, estudian los problemas de la alimentación, del vestido, de la instrucción y del trabajo de los presos y, en una palabra, de cuanto con ellos y el edificio se relaciona, nombrándose ponentes para los asuntos especiales; por ejemplo: á un médico, cuando se trata de enfermerías, higiene, etc.; á un arquitecto, si el asunto es de obras, etc. Y hay que consignar en su honor que todos, aun siendo el cargo puramente honorífico, rivalizan en celo é interés en el cumplimiento mejor de sus deberes. Pero estas Juntas, que serían unos admirables organismos si sus brillantísimos informes, sus desvelos y sus buenísimos propósitos en favor del pobre delincuente tuvieran eco en las altas esferas oficiales, cosa que no suele ocurrir, no tuvieran que luchar, no ya sólo con la escasez de recursos de que disponen, sino con lo que es peor, con los retrasos, rémoras y dificultades sin cuento que tienen para que los Ayuntamientos les abonen el contingente con que han de contribuir á este servicio. Bastará con decir que el Ayuntamiento de Madrid, por ejemplo, y como éste los de otras provincias, jamás suelen estar al corriente de sus pagos, sino, por el contrario, que suelen deber meses y aun anualidades, lo que significan muchos millares de pesetas, que se traducen en una imposible y deficiente administración, por buena y grande que sea la voluntad de los que constituyen las Juntas de Prisiones.

(Continuará.)

## Periódicos médicos.

### GINECOLOGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Cistocele y uretrocele; sus causas y tratamiento.**—El Dr. M. Barragán dice que con relativa frecuencia se presentan en nuestra consulta enfermas, quejándose de su aparato urinario: unas, con síntomas subjetivos de cistitis, y otras, de incontinencia de orina, no falsa, sino verdadera, provocada por la posición vertical, por la tos, esfuerzos, etc.; pasamos al reconocimiento y nos encontramos, en muchas de ellas, con una vejiga perfectamente sana y orina normales.

Estos síntomas de cistitis, así como la incontinencia de orina, en muchos casos—como hemos dicho—tienen por causa una perturbación de orden mecánico, el *cistocele vaginal* unas veces, y otras el *uretrocele*, visible y tangible en cuanto colocamos á la paciente en posición ginecológica ordenándola que tosa.

**Génesis.**—Todos conocéis las relaciones anatómicas entre el aparato genital y el urinario en la mujer; el aparato genital de la mujer y la vejiga viven bajo el mismo techo—el peritoneo—, descansan sobre el mismo suelo—el periné—, las celdas donde habitan están en contacto íntimo por una de sus caras, se alimentan de las mismas fuentes y su inervación espinal y simpática es común á las dos; no es de extrañar, por tanto, que si en estado normal tienen relaciones tan íntimas, las tengan también en el orden patológico. Todo está dispuesto admirablemente para que las afecciones del útero y sus anejos ejerzan su influencia sobre la vejiga; pero no se limita esta relación sólo á esto, el uréter está en contacto con el cuello del útero, cruza un borde lateral á la altura del orificio interno, se adosa sobre el fondo lateral de la vagina para penetrar en la vejiga, puede ser por tanto comprimida por todos los tumores que evolucionan en el útero y sus anejos, y en el embarazo.

Esta *acción patológica* del útero y sus anejos sobre el aparato urinario, puede manifestarse de tres modos distintos: *acción mecánica*, *acción refleja* y por *infección* (1).

**Acción mecánica.**—Entre las afecciones producidas por los cambios de estética se encuentran el *cistocele vaginal* y *uretrocele*. La hernia que hace la vejiga á través del anillo vulvar, cubierta por la pared vaginal, la cual representa el saco peritoneal del enterocele, constituye el *cistocele*.

Antes de aparecer en la vulva la parte deprimida de la pared vesical para constituir el cistocele, ocupa solamente la vagina, y se continúa insensiblemente con ella, no existe cuello. Este período preparatorio no merece el nombre de cistocele y puede existir mucho tiempo sin constituir el cistocele verdadero, como tampoco el simple plisado de la vagina.

Excepcionalmente la vejiga, en lugar de deprimir la pared anterior de la vagina se interna á través de una hendidura de la capa muscular de esta pared y la cubre sola la mucosa; por tanto, la pared vesical herniada corresponde á la pared vaginal y no al anillo vulvar.

**Causas.**—Las aplicaciones de fórceps, la estancia prolongada de la cabeza fetal en el estrecho superior, los prolapsos y desviaciones del útero, son casi siempre la causa del cistocele; por eso es excepcional en las nulíparas.

Primitivo ó secundario el cistocele, su producción está

(1) Barragán y Bonet: «Relaciones patológicas entre el aparato urinario y genital en la mujer.», Discurso inaugural de la Sociedad Ginecológica Española, 1919.



representada por la deformación vesical y subordinada al relajamiento de la vagina ó de sus medios de sostén y de unión con las partes vecinas.

Las desviaciones del útero, sobre todo la anteversión y el prolapso, son las consecuencias necesarias de ello.

Para algunos autores el cistocèle es la causa primitiva y produce el prolapso uterino por las tracciones que ejerce sobre este órgano, pero en realidad los diversos prolapsos que se observan en los órganos genitales de la mujer constituyen los términos de una misma serie, pueden aparecer aisladamente ó asociados.

**Síntomas.**—Es sabido que el cistocèle constituido se presenta bajo la forma de un tumor de color rojo más ó menos duro y poco movable; es ordinariamente reductible, y la presión ejercida sobre él provoca las ganas de orinar, no siempre; porque hay casos en que falta. En los comienzos de su evolución se confunde con el tubérculo anterior de la vagina, parece un simple aumento de éste, más tarde se hace más visible con la marcha y los esfuerzos y crece poco á poco hasta adquirir el volumen de un huevo. Los casos de cistocèle del tamaño de una cabeza de feto—Rober—ó de casquete de sombrero—Chancier—son muy excepcionales.

Las enfermas acusan *trastornos funcionales y síntomas locales*: los primeros son micciones difíciles y frecuentes, sobre todo en la posición vertical cuando el cistocèle es pequeño; pero cuando es voluminoso produce la retención incompleta; las enfermas son retencionistas con todas sus contingencias—poliuria—, hematurias, infecciones vesicales agudas con todo su cortejo sintomático. Esta infección aguda, si se deja persistir la causa, se hace crónica y la retención, unida á la depresión de la pared vesical, provoca la formación de cálculos fosfáticos; es natural, como que los fosfatos y carbonatos de cal encuentran las dos condiciones abonadas para precipitarse.

**Cistoscopia.**—En el cistocèle sin infección vesical, la vejiga aparece con sus colores casi normales; en el vértice y parte posterior del trigono, muy cerca del cuello, se ve la depresión donde se interna la vejiga; su color es de un rojo sucio, los uréteres son atraídos por la hernia, están más hacia adelante, la abertura de éstos es más prolongada.

Cuando existe infección, la imagen cistoscópica es semejante á la de la cistitis aguda.

El cistocèle sólo puede confundirse con el *uretrocele* caracterizado por un tumor que no pasa generalmente del volumen de una bellota, situado inmediatamente por debajo del canal uretral.

Antes de la uretroscopia no era tan fácil el diagnóstico diferencial entre el cistocèle y el uretrocele, el cual se conseguía, después de comprobar con el tacto que por su parte superior no se continuaba con la vejiga ó por el cateterismo explorador con un benique ligeramente encorvado, siguiendo la pared inferior.

**Tratamiento.**—La hidroterapia, inyecciones astringentes, decúbito dorsal prolongado con taponamiento vaginal, y cateterismo frecuente, pesarios, etc., son los medios que deben aconsejarse, porque alivian siempre y curan alguna vez con éxitos comprobados en muchas de nuestras observaciones, sobre todo en los de pequeño volumen ó de primer grado.

Cuando después de un tiempo prudencial no se obtienen resultados, sino al contrario, es necesario recurrir á las intervenciones cruentas; tanto más, cuanto que el cistocèle rara vez se encuentra aislado, le acompaña ó le procede el prolapso uterino, ó el rectocèle, y no pocas veces la prolongación del cuello uterino.

La elitrorrafia anterior, combinada ó no con la colpope-

rineorrafia, á la usanza de Sims, Hegar, Martín, Doleris, Pozsi, Kelle, etc., son los procedimientos más generalmente empleados, los cuales á fuerza de sabidos los tendréis olvidados; poco he de decir, por consiguiente; sólo sí anotar la necesidad de combatir antes la infección vesical si ésta existe.

Recientemente hemos operado tres enfermas; una de ellas ha tenido la particularidad de tener un cálculo, alojado y adherido, en la depresión vesical, diagnosticado por cistoscopia y extraído por vía natural en trozos pequeños; antes de operarla pudimos ver el cistocèle.

Sólo daré cuenta de este último, puesto que en los tres hemos seguido la misma técnica. La extracción del cálculo fué muy sencilla. Dilatación uretral, introducción del dedo pequeño, primero, después, el índice, despegamiento del cálculo con éste, de menuzamiento y extracción con pinzas de anillo. Seis días de espera, después para colocar la vejiga en condiciones quirúrgicas y elitrorrafia, siguiendo la técnica siguiente: Descenso de la matriz para exteriorizarla, fácil en estos casos, á no ser que exista algún proceso aneja; colocación de una pinza de fijación por delante del meato, la cual nos servirá, en unión de la colocada en el cuello uterino, para dibujar la incisión de avivamiento. Esta casi siempre será elíptica y debe traspasar los límites de la convexidad formada por el cistocèle, es decir, darle á la superficie de avivamiento la mayor extensión posible para asegurar el mayor éxito; disección del colgajo, colocando otras dos pinzas de fijación laterales. Generalmente la separación de la mucosa vaginal es fácil con el bisturí corriente y los dedos. Hemostasia minuciosa. Después, en un segundo tiempo, hemos reducido la superficie cruenta, con una sutura continua profunda, no penetrante, claro es, con catgut, y, por último, sutura superficial con seda, continua, amovible, reforzada con dos ó tres puntos de crén entrecortados. Esta sutura no debe quitarse hasta la tercera ó cuarta se mana para evitar la reproducción.

Las tres enfermas, como casi todas las que hemos operado—que son muchas—, están curadas; pero no se olvide antes de intervenir, colocar la vagina y la vejiga en condiciones quirúrgicas, destruyendo la flora bacteriana vaginal y la infección vesical cuando exista, y que muchas veces será preciso combinar la elitrorrafia, con la colpopeo-ineorrafia y amputación del cuello uterino. (*Segovia Médica*, 15 de Diciembre de 1921).

## OTORRINOLARINGOLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. Sinusitis frontal doble y panoftalmia. Curación. —

El Dr. A. Frías y Oñate refiere la siguiente nota clínica:

Individuo de diez y nueve años de edad, de constitución normal. Se quejaba de dolores muy agudos en el ojo derecho. Párpados muy inflamados, exoftalmia ligera, pérdida completa de la visión, córnea turbia, cámara anterior estrecha, miosis; hago el diagnóstico de panoftalmia y propongo como medio radical de curación la enucleación inmediata para acabar, sobre todo, con los dolores desesperados que turbaban al enfermo. Es aceptada la operación y la llevé a efecto sin inconveniente alguno, llamándome solamente la atención el encontrar el ojo sin lesión interna que explicara el proceso inflamatorio intenso que en él había.

A los cinco días de operado y cuando ya me figuraba que mi enfermo estaría en francas vías de curación, me avisa el practicante encargado de su asistencia, que seguía mal, pues tenía la cara fuertemente inflamada. Efectivamente, mi enfermo estaba grave; había una inflamación de



los tejidos blandos de la órbita, de los párpados y de todos los tegumentos adyacentes, gran fluctuación que se extendía hasta la región occipital, derrame purulento muy fétido por la nariz, fiebre alta, decaimiento general acentuado. Nos decidimos frente á este cuadro por intervenir quirúrgicamente: hicimos una incisión amplia de los tegumentos, desde la raíz nasal hasta 5 pulgadas más atrás. Al practicar dicha incisión salió una gran oleada de pus, y después de limpiar cuidadosamente, observamos ligero trayecto fistuloso en el hueso, por donde salía pus del seno, lo cual nos dió ya la seguridad que el origen del proceso estaba en la cavidad sinusal. Trepanamos con la gubia y el martillo, saliendo gran cantidad de pus del seno, agrandando la brecha con la pinza gubia de Lombard. La pared intesinusal estaba perforada, comunicando ampliamente los dos senos, que eran de grandes dimensiones. Raspamos minuciosamente con la cureta toda la cavidad ósea, lavamos con agua oxigenada pura y cauterizamos con cloruro de cinc al décimo.

A beneficio del estilete de Panas destruimos el conducto frontonasal, y con un estilete guiador que hemos mandado construir para esta operación, pasamos un hilo de seda que sirve de guía por á una gasa que sale por la nariz para drenar por ella. Taponamos con gasa yodoformada los dos senos y el resto de la amplia cavidad supurante situada entre los tegumentos y el plano óseo, sutura de la herida sinusal, dejando una parte de la herida sin cerrar, con objeto de poder cambiar la gasa.

Procedemos para su curación de la siguiente manera: sacamos por la nariz la gasa que tenía de drenaje, quedando para guiar la nueva gasa un hilo de seda que estaba amarrado de la porción terminal de la gasa que se quita. Lavamos por la pequeña abertura con agua oxigenada pura hasta que salga por la nariz y entonces anudamos en el hilo de seda la nueva gasa y halamos por el cabo hasta que salga por la nariz. Después de los siete días de operación y convencidos de la permeabilidad del canal nasofrontal, suprimimos el drenaje, siguiendo solamente con lavados hasta cerrarse el pequeño agujero por donde se hacían.

Con este proceder hemos logrado la curación de este caso en veinticinco días, no quedándole al enfermo más que parte de la herida de la piel de la región frontoparietal, que hubo que incindir ampliamente para darle salida á la enorme cantidad de pus que tenía. (*Vida Nueva*, Noviembre de 1921.)

## ANATOMIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El [nódulo cartilaginoso de la sexta vértebra cervical, por A. Levi y M. Laurent.**—Estos autores han observado que algunos sujetos presentan, á nivel de la apófisis espinosa de la sexta vértebra cervical, un nódulo de consistencia elástica, depresible bajo el dedo, á través de los tegumentos, y de tamaño que varía entre el de un guisante y el de una avellana. En algunos casos es movable transversalmente, y si se le moviliza, pellizcándole entre los dedos, produce á veces en ellos la impresión de una especie de rechinar, como si se frotasen una contra otra dos superficies óseas rugosas.

El mismo enfermo percibe en ocasiones esta sensación de crujido que sólo rara vez puede apreciar el oído. Basta algunas veces comprimir el nódulo en cuestión, de delante á atrás, para determinar una crepitación áspera.

La consistencia de dicho nódulo es generalmente la del tejido cartilaginoso, pero algunas veces es más dura, recordando la del hueso, especialmente cuando es movable.

La existencia de tal nódulo no parece ser un hecho muy raro, por cuanto los autores le han encontrado, en poco tiempo, sobre 12 sujetos, sin dedicarse á buscarla de un modo sistemático.

Al principio creyeron hallarse en presencia de una producción patológica, pero al comprobar, en las observaciones y exámenes ulteriores, la fijeza de su localización y la ausencia de toda causa mórbida y de toda reacción local, adquirieron el convencimiento de que se trataba de una anomalía del desarrollo, consistente en la falta de osificación de la extremidad de la apófisis espinosa de la sexta vértebra cervical.

El estudio atento del desarrollo óseo de las vértebras viene en apoyo de esta opinión, explicándonos la causa de que sea la sexta vértebra cervical la afectada por esta anomalía.

Todas las vértebras dorsales y lumbares tienen un punto de osificación complementario mediano, destinado á la extremidad de su apófisis espinosa, la cual es, por esta causa, alargada y terminada por un solo tubérculo. Esto mismo ocurre, de ordinario, en la séptima vértebra cervical, que es una vértebra de transición entre las cervicales y las dorsales.

Las otras vértebras cervicales no tienen punto complementario espinoso, siendo sus correspondientes apófisis cortas y bífidas. Solamente la sexta cervical puede presentar con frecuencia, pero no siempre, el repetido núcleo complementario de osificación, en cuyo caso aparecerá también larga é indivisa. Si el tal punto de osificación espinosa no existe y el esbozo cartilaginoso de la apófisis es indiviso, aun puede osificarse más ó menos completamente á expensas de los puntos de osificación primitivos; pero si ésto no tiene lugar, la extremidad de la apófisis espinosa de la sexta vértebra cervical permanece cartilaginosa, dando lugar al nódulo de que venimos ocupándonos.

Este nódulo constituye, pues, el *ultimum moriens*, por decirlo así, del esbozo cartilaginoso del esqueleto, pudiendo, en efecto, ser observado á las edades más avanzadas. Todos los sujetos, con tal anomalía, vistos por los autores, son adultos, la mayoría viejos, teniendo uno de ellos setenta y siete años; dos, setenta, y otros dos, sesenta y tres años.

El nódulo puede estar inmóvil y dar solamente la sensación de elasticidad y depresibilidad del cartilago; puede articularse más ó menos completamente con el resto de la apófisis espinosa y puede, asimismo, hallarse parcialmente osificado, en cuyo caso se le encuentra movable, dando al dedo y á veces al oído, impresión de rechinar ó de crujido.

La comprobación del tan repetido nódulo no parece tener ningún valor patológico, pero un observador, no prevenido, se le atribuiría seguramente, como les ocurrió á los autores.

Según la consistencia más ó menos dura ó elástica, según la movilidad anormal ó no, según la existencia ó no de crujidos, se le tomaría fácilmente por una nudosidad reumática ó un tofo gotoso, por un adenoma sebáceo, una adenitis ó una bolsa serosa inflamada, por un fragmento de hueso fracturado, etc., etc.

Para evitar semejantes errores, es precisamente por lo que han creído útil los autores señalar la existencia y la frecuencia de este nódulo cartilaginoso, y algunas veces óseo, así como indicar su sitio preciso, su origen patogénico y su carencia de toda importancia patológica. (*Presentation de malades faite dans la seance du 2 décembre. Société Médicale des Hôpitaux de Paris*).—T. R. I.



## OBSTETRICIA

## EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El alumbramiento artificial hidráulico en la práctica.**—Los Dres. Alberto Peralta y Manuel Luis Pérez hacen un estudio minucioso de este medio de tratamiento, exponen los casos tratados, y después de una crítica del procedimiento seguido por otros autores, establecen las siguientes conclusiones:

a) *En lo que respecta á su técnica:*

1.<sup>a</sup> El éxito del alumbramiento hidráulico, en mucha parte, depende de la tensión grande en que se inyecte el líquido, y como consecuencia, de la mayor cantidad de él que se consiga acumular en menos tiempo.

2.<sup>a</sup> El dispositivo único de la jeringa de Guyon permite reunir las condiciones anteriores, aparte de que simplifica el procedimiento por no tener que recurrir al ayudante; cosa á tomar muy en cuenta en los casos de urgencia y al ponerlo en manos del médico práctico.

3.<sup>a</sup> La cantidad de líquido necesario para desprender la placenta varía entre 600 y 800 gramos en términos generales; en casos menos frecuentes se puede tener que llegar hasta 1.000 y 1.500 gramos para obtener éxito.

4.<sup>a</sup> La aparición de líquido rojizo por la vulva, en escasa cantidad, no debe inducir á la suspensión del método, ni implica tampoco su fracaso definitivo, mientras se mantenga la tensión intravenosa, lo que obliga á continuar inyectando.

5.<sup>a</sup> La aparición del líquido rojizo por la vulva y la desaparición de la tensión líquida intravenosa, indica el desprendimiento total de la placenta y, por consiguiente, la terminación del hidráulico, ó bien, un desprendimiento tan extendido, que el alumbramiento hidráulico se hace desde ese momento inútil.

b) *En lo que respecta al mecanismo de su desprendimiento:*

1.<sup>a</sup> El mecanismo del desprendimiento placentario por el alumbramiento hidráulico puede, sin temor, compararse al mecanismo fisiológico del alumbramiento.

2.<sup>a</sup> Lo que en primer término provoca el desprendimiento de los cotiledones, es el desparalelismo que á raíz de la replección placentaria se establece entre cara placentaria del útero y cara uterina de la placenta y que en último término produce la dislocación de ésta.

3.<sup>a</sup> El hidroma retroplacentario, en nuestro concepto, representa un papel de importancia, como coadyuvante del desprendimiento cotiledoneano.

4.<sup>a</sup> La contracción uterina provocada por el aumento de peso, la temperatura del agua inyectada y la distensión placentaria, juegan, para nosotros, un rol más secundario.

5.<sup>a</sup> La acción hemostática de la placenta por el alumbramiento hidráulico no la hemos constatado.

c) *En lo que respecta á sus indicaciones:*

1.<sup>a</sup> La hemorragia cataclísmica del alumbramiento contraindica el método hidráulico.

2.<sup>a</sup> La inercia uterina trayendo retención total prolongada de placenta por retención prolongada con desprendimiento parcial y hemorragia discreta es la indicación más frecuente del alumbramiento hidráulico, comprobado el fracaso de los ocitócicos.

3.<sup>a</sup> La inercia uterina con desprendimiento parcial precoz y hemorragia, crea otra indicación del hidráulico.

4.<sup>a</sup> Las adherencias anormales, total ó parcial, que producen también retención prolongada de placenta, indican el alumbramiento hidráulico, después de una acción ocitócica negativa.

5.<sup>a</sup> El espasmo de orificio interno ó anillo de Bandl,

acompañados de adherencia placentaria, no contraindican el procedimiento hidráulico, en tanto que el encastillamiento ó encarcelamiento de ella son tributarias del alumbramiento manual.

6.<sup>a</sup> El alumbramiento hidráulico encuentra aplicación también con fin profiláctico, siempre que haya necesidad de extraer la placenta inmediatamente al parto, ó cuando sea permitido sospechar estados graves como consecuencia de probables alumbramientos patológicos.

d) *En lo que respecta á su situación frente á otras terapéuticas:*

1.<sup>a</sup> El alumbramiento hidráulico en los casos de inercia del alumbramiento, debe ser posterior al recurso de los ocitócicos.

2.<sup>a</sup> Su empleo, en los casos de indicación, debe ser preferido al Credé, por los inconvenientes que importa este último.

3.<sup>a</sup> El alumbramiento hidráulico debe ser utilizado antes que el manual, cuando ambos estén indicados.

e) *En lo que respecta á sus ventajas:*

1.<sup>a</sup> El alumbramiento hidráulico aparece hasta ahora como una operación sin riesgo, frente á los riesgos que implica el alumbramiento manual.

2.<sup>a</sup> Siempre que se haya recurrido á él, sujetándose á una técnica rigurosa, no podrá invocarse al alumbramiento hidráulico como causa de infección puerperal.

3.<sup>a</sup> La difusión de su conocimiento y aplicación en los casos indicados habrá de disminuir, con toda seguridad, el índice de morbilidad y mortalidad por infección puerperal. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 8 de Diciembre de 1921.)

## OFTALMOLOGIA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Oftalmodinia y dacriorrea durante los movimientos del maxilar inferior, por el Dr. A. Gabrielides (Constantinopla).**—Es un bonito trabajo referente á sinergias funcionales, con motivo de un caso observado por el autor, que, por lo curioso, merece conocerse en extracto.

Una mujer de cuarenta y ocho años, afecta de una artropatía generalizada crónica, que consultó al autor por padecer fuertes dolores oculares é hipersecreción lagrimal, en el momento que movía el maxilar inferior para comer y hablar, estando imposibilitada de realizar, por temor al dolor, tan imprescindibles funciones.

Explorada perfectamente, no se encontró ningún motivo, aparte de la artropatía generalizada, que explicase tan extraña sintomatología.

El autor le prescribió morfina en inyección y urotropina al interior, con lo que la afección mejoró, haciendo entonces una radiografía de la articulación temporomaxilar, que resultó negativa; á pesar de lo cual, hizo responsable á la inflamación de dicha articulación del cuadro clínico ocular.

Con respecto á la patogenia de esta afección, el doctor G. recuerda, de una parte, las opiniones reinantes acerca de la inervación nerviosa de la secreción lagrimal (del trigémino, del facial, del simpático) inclinándose del lado del séptimo par; y de otra, se ocupa de las vías anastomóticas que fisiológicamente unen el V par con el facial, para buscar la explicación de la hipersecreción lagrimal con los movimientos de la mandíbula y los accesos de dolor sentidos por la paciente.

Desecha, y con sobrada razón, y nosotros así lo hemos hecho en un trabajo sobre el particular (Síndrome de Marcus - Gunn, *Annales d'Oculistique de Paris*, Septiem-



bre de 1919, pág. 513), la corteza cerebral, los centros nucleares y el ganglio de Gasser, como sitio de estas anastomosis sensitivo secretorias-motrices, y cree que se verifican periféricamente por intermedio del nervio aurículo-temporal, cuya proximidad á la articulación temporomaxilar es muy evidente y de la que se propagaría al nervio la excitación que había de ocasionar el dolor y la hipersecreción lagrimal.

En este caso la clínica demostró que el mencionado nervio auriculotemporal, tendido á modo de puente entre el trigémino y el facial, lleva fibras sensitivas y secretorias, interesadas en su funcionalismo.

Nosotros hemos demostrado en un trabajo anterior (Contribución al estudio de la curabilidad de las parálisis oculares de origen traumático. Sustitución funcional del VII par por el V par craneal (*Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, 1918, pág. 71), que el nervio auriculotemporal, que pone en comunicación el V par con el facial, está formado no sólo de fibras sensitivas y secretorias como hasta entonces se sabía, sino que también conduce filetes motores, que en casos determinados como en el nuestro, pueden sustituir funcionalmente á las fibras degeneradas del facial (*De Archives d'Ophthalmologie de Paris*, Octubre de 1921.)—**DOC-TOR MARÍN AMAT.**

## CIRUGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. Osteitis del trigono (os trigonum de Bardeleben).

—D. Andrés Hernández Cabré, acerca de este interesante caso, dice:

«A veces se encuentra en la parte posterior del astrágalo, y sobre el reborde externo del canal del flexor propio del dedo grueso, un huesecillo independiente, unido al resto del astrágalo por una sutura. Este huesecillo, indicado desde 1864 por Gruber y encontrado de nuevo algunos años más tarde por Sieda, Shepherd, Albrecht, ha sido especialmente bien estudiado en 1883, por Bardeleben, quien le ha dado el nombre de hueso trigonum.»

«El hueso trigonum se desarrolla á expensas del cartilago embrionario del astrágalo, y en los sujetos que presentan esta anomalía, en realidad, el cartilago en cuestión da origen á dos huesos distintos: uno anterior, relativamente voluminoso, que podría llamarse astrágalo propiamente dicho, y otro posterior mucho más pequeño, que es el trigonum. Esta sustitución de nuestro astrágalo por dos piezas óseas distintas, existe formalmente en gran número de vertebrados inferiores, principalmente en el axolote (intermediario I é intermediario II). También se encuentra muy frecuentemente en los marsupiales. La anomalía humana es, por lo tanto, una reproducción de una disposición que es típica en la serie animal, y adquiere así todo el valor de las anomalías reversivas.»

«Morfológicamente el hueso trigonum de Bardeleben representa la extremidad inferior ó distal del rayo intermedio de la pierna.»

«El hueso trigonum, cuando existe en estado de aislamiento, representa el piramidal del carpo. El resto del astrágalo ó astrágalo propiamente dicho es el homólogo del semilunar.»

Se trata, pues, de un niño, Buenaventura Iglesias, de trece años, campesino, natural y residente en Solivella (Tarragona); hospitalizado en Mayo del corriente año en el Hospital del Sagrado Corazón.

Refiere el paciente que á primeros de Noviembre del pasado año, á consecuencia del roce producido por un zapato

algo estrecho, se produjo una herida en la parte posterior del pie, un poco por encima del talón.

Curada la herida, prodújose más tarde un absceso, que le obligó á guardar cama con fuertes dolores locales y alteraciones del estado general, fiebre, cefalalgia, estado saburral de vías digestivas. Así continuaron las cosas dos días, adquiriendo gran intensidad los fenómenos locales. Fuertes dolores espontáneos y á la presión.

Llamado el facultativo, operó al paciente dilatando el absceso y dando salida á gran cantidad de pus allí coleccionado, viniendo una remisión de los síntomas generales y calmando en parte el dolor local, y quedando una fistula por donde salía un líquido seropurulento. Continuaba el enfermo guardando cama ya que al probar de levantarse aumentaba el dolor y edema de la extremidad afecta.

Al mes y medio, poco más ó menos, de intervenido se cerró la fistula formándose nuevamente y al poco tiempo un absceso. Este se abrió espontáneamente al cabo de unos días, quedando una fistula que persistió hasta que fué operado.

Los padres del enfermo en vista de la marcha insidiosa del proceso y de que el paciente tenía que guardar cama por no poder utilizar su extremidad, decidieron traerlo á Barcelona y hospitalizarlo en el Hospital antes citado.

Examinado el paciente se notaba la extremidad inferior más voluminosa que normalmente y por palpación la piel tensa, dolores provocados á la presión. Examinada la fistula que presentaba en la parte posterior del pie, un poco por encima del talón, se percibe con el estilete la sensación de algo duro en el fondo de la fistula, á la par que muy irregular.

Practicóse entonces para más seguridad diagnóstica unas radiografías con las que pudo comprobarse que se trataba de una caries del trigonum.

En vista de que todos los tratamientos conservadores fracasaban se planteó la intervención, que fué llevada á cabo con éxito en 21 de Mayo último. Abierto el foco morbozo se extrajo el hueso carcomido, con raspado de la cavidad. Los huesos próximos y en particular el astrágalo estaban sanos, por lo menos macroscópicamente.

Caró el enfermo en poco tiempo, sin que por ahora tenga el más ligero trastorno.

Examinada la pieza patológica macroscópicamente, podía observarse el hueso carcomido y con dentellones. Microscópicamente pudo comprobarse que se trataba de una osteitis tuberculosa que muy bien podía incluirse en la variedad anatómica, de tuberculosis ósea, correspondiendo á la caries que como sabemos es una forma difusa.

Con este es el tercer caso que durante mi corta vida científica he podido conocer. El primero fué uno descrito por el Dr. Bonrepau y otro por el Dr. J. M. Vilardell (26 de Diciembre del pasado año 1920). De este trabajo son los siguientes párrafos:

«El sujeto en cuestión presentaba dolores de dos meses de fecha localizados delante del tendón de Aquiles en su punto de inserción, no atribuibles á un traumatismo. A la exploración daba la impresión de una osteitis de la cara superior del calcáneo ó de una reacción inflamatoria producida por una hiperostosis en forma de espina, no rara en este hueso.»

«A fin de aclarar el diagnóstico se le practicó una radiografía que dió por resultado manifestar la presencia del hueso trigonum afecto de osteitis. Intervenido, mediante incisión retroperoneal, fué extirpado de una sola pieza el hueso enfermo. La herida cicatrizó por segunda intención á los veinticinco días.—(*La Medicina de los Niños*, Noviembre de 1921.)



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

### Boletín de la semana.

¡Migajas de disposiciones!... Muy importante para los titulares. —¿A quién corresponde *protegerlos y defenderlos*?

Dando una muestra más de nuestra constante política de ayudar, prestar apoyo y aun hacer nuestra toda iniciativa, venga de donde viniere, encaminada al mejoramiento de la organización sanitaria de España, insertamos en nuestro último número la circular de invitación para un Congreso, que con el nombre de primer Congreso de reorganización sanitaria, han ideado varios dignos compañeros á quienes, desde luego, aplaudimos por su resolución en decidirse á tomar parte activa en este género de propaganda, en el cual era tan reducido el número de los que con entusiasmo, desinterés y perseverancia, venían desde hace años trabajando.

Conste, pues, nuestro incondicional aplauso, sin regateos, ni distingos; pero séanos dado el mostrarnos doloridos por alguna frase de la susodicha circular, no por lo que á nosotros pueda referirse, sino por lo que á otras eximias y patrióticas personalidades atañe.

Con efecto, después de muy justas apreciaciones acerca del descuido de las autoridades, del desdén de las entidades sociales y de la inerte pasividad del Cuerpo médico, en general, se dice en el documento referido, como galardón á los que toda su vida han trabajado y á los que mucho, aunque no todo han conseguido: «*Así hemos asistido todos á una triste comedia, en la que compañeros nuestros alardeaban de haber obtenido de tal ó cual ministro, migajas de disposiciones sanitarias, ya por favor personal, ya en fuerza de vergonzosas humillaciones, ó después de interminables antesalas.*»

¡Vaya por Dios con las migajas! A tales nos supieron también cuando las obteníamos á los que en fuerza de propaganda, escritos, campañas parlamentarias, reuniones públicas, viajes costosos y molestos para reuniones de propaganda en las provincias, y tantos y tantos otros esfuerzos personales, constituyendo un grupo poco numeroso, pero convencido y entusiasta, conseguimos que la Sanidad pública, en España, saliera del estado de *simple negociado* en la Subsecretaría del Ministerio de la Gobernación, para ser una *Dirección general* con inspectores provinciales, Laboratorios, Institutos de Higiene y Parque sanitario, que han podido acudir al remedio de epidemias, como las de Oporto, Vendrell,

Vigo, Barcelona, Canarias y cien más, y esto sin humillaciones, que nunca se han empleado, ni había por qué emplearlas, cuando se defendía una causa santa y se propagaba una idea justa y generosa.

¡Vaya por las migajas! ¡Y como deseamos que los nuevos adalides puedan en su día recoger algunas como las que han recogido sus predecesores, y decirse con satisfacción: nosotros hemos hecho lo que nadie hizo, hemos emprendido lo que á nadie hasta nosotros se le ocurrió y hemos logrado amasar un *pan de boda*, digno de presentarse en el banquete de la patria, mejor que las migajas recogidas por nuestros antecesores!

Por nuestra parte, nos limitamos á desear que los nuevos mantenedores de la *inédita idea* de la reorganización sanitaria de España, que cuando la hayan conseguido, les sea dado el ser heredados y sustituidos por personas que consideren con mayor justicia y agradecimiento lo que ellos se proponen hacer, que ellos han mostrado al juzgar lo que sus antecesores esforzada y sufridamente consiguieron.

Sin que podamos responder *por ahora* de la exactitud de la noticia, tenemos entendido que el respetable y benemérito Cuerpo de Carabineros ha solicitado del Ministerio de la Gobernación que los individuos del Instituto y sus familias reciban asistencia facultativa gratuita de los médicos titulares de los puntos de su residencia.

No comprendemos cómo semejante pretensión pueda haber sido formulada por quien tenga conocimiento de lo que es y representa la asistencia benéfica que, por *contrato* con los Ayuntamientos, prestan los médicos titulares. Estos sufridos y heroicos funcionarios vienen desde hace muchos años solicitando su dependencia directa del Estado, cuando menos en el sentido de la garantía del pago de sus haberes, y no dejaría de tener gracia, siquiera fuese muy triste gracia, el que el Estado, sordo á su equitativa pretensión, respondiese señalando una obligación y una merma de emolumentos á los que se niega á considerar como dependientes suyos y á los que sabe la situación angustiosa en que se encuentran para el cobro de lo que mediante *SOLEMNE CONTRATO* han ajustado con los Municipios.

No olvidamos que ya un señor ministro de la Gobernación cometió el inaudito atropello de imponer una obligación análoga á la que ahora solicitan los carabineros, en favor de los individuos de la



Guardia civil; pero el que esto se realizara sin la justificada protesta del Cuerpo médico y sin el apoyo de los que tienen por deber oficial el defenderle, no es una razón para que ahora, en que el aumento de los haberes de los Institutos referidos justifica menos que nunca semejante medida, se pretenda que la adopte *ab irato et quia nominatur* Minister el que rige un departamento civil y es el jefe de los servicios de Beneficencia y de Administración local.

Raro nos parece el caso; pero aún nos parece más el que se nos diga que, habiéndose acudido por la Superioridad en consulta á la Junta de Patronato y Defensa de los médicos titulares, haya eludido ésta su concreta contestación, alegando que el asunto no es de su incumbencia.

Esperamos confiadamente en que el órgano oficial de esta Junta desmienta semejante rumor; pues de otro modo dirían con nosotros los titulares: ¿qué especie de Patronato y de Defensa es ésta, que en ocasión tan precisa y en asunto tan concreto ni nos *patrocina* ni nos *defiende*?

DECIO CARLAN.

### Primer Congreso Nacional de Médicos de los Accidentes del Trabajo.

DISCURSO LEÍDO EN LA SESIÓN INAUGURAL POR EL DR. LOZANO, CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Señoras y señores:

La influencia de la Ciencia Médica en las normas y costumbres de la sociedad se ofrece tan repetidamente, que su conocimiento es ya dominio vulgar; sería, pues, menosprecio á los que me escuchan con tanta benevolencia y cortesía, estudiarla en este momento.

Abí están como ejemplo, además, las leyes de sanidad, de higiene, de urbanización, que recogen periódicamente todas las mutaciones que sufre la Medicina, en el concepto de la enfermedad.

Pero existe una modalidad entre las relaciones de la Medicina y de la Sociedad, que sólo se presentan raramente y merced á las profundas evoluciones sociales que presenciarnos en los últimos años.

Esta influencia no se manifiesta actuando desde la Ciencia á la Sociedad, sino que se inicia y parte de ésta para llegar á aquella.

La gran revolución social que ha significado la guerra europea impruso á la Ciencia Médica el estudio de materias alimenticias artificiales, sucedáneas ó sustitutivas de los alimentos naturales, para evitar el hambre, que por el bloqueo de la guerra amenazaba á tantos millones de seres humanos. Y después de tan triste ensayo con los alimentos formados bajo una fórmula bioquímica, hubo de rectificarse, al encontrar que á estos alimentos artificiales faltaban las vitaminas, que sólo pueden darlas los alimentos naturales y los cuales por no existir en los creados bajo la rigidez de una fórmula, produjeron la destrucción de los huesos en los sujetos así alimentados.

Abí tenemos, pues, dos problemas resueltos por la Ciencia Médica después de haber sido planteados por las necesi-

dades sociales; el de los alimentos sustitutivos y el de las vitaminas.

Pues al igual del ejemplo anterior, las leyes de seguros de accidentes, fuerzan y obligan á los médicos á resolver cuestiones múltiples, complejas y diariamente nuevas que surgen del carácter experimental y de tanteo que tiene todavía lo relativo á accidentes, tanto en España, incorporada recientemente á esta legislación social, como en aquellas otras que la tuvieron desde el año 1876.

Estas nuevas formas de accidentes que no cuentan con un estudio previo en los libros y las cuestiones jurídicas que de ellos se derivan, han de ser recogidas en las leyes y reglamentos con el mismo ritmo que las ofrece la realidad si se quiere evitar litigios entre el damnificado y el responsable. Pero para que dichas leyes y reglamentos las recojan, es necesario que las presentemos ya estudiadas los médicos, reuniéndonos anualmente en Congresos y Asambleas, para discutir y acordar, ó fundando periódicos especializados que las den á conocer entretanto que son llevadas al Congreso.

Y es de advertir, que los médicos no tenemos tregua en esta continua aparición de hechos nuevos, porque como en el fondo de todo seguro se busca finalidad económica ó financiera, el apremio de la Sociedad es intenso para exigirnos que curemos pronto, bien y con el menor número de gastos.

En el último Congreso general de Medicina, celebrado en Madrid en el año 1919, cúpome la suerte de presidir la sección de Accidentes y Ortopedia, y allí pude observar con tristeza la penuria de nuestros conocimientos sobre asuntos que casi eran viejos en otras naciones, y ví la pobreza en libros y periódicos dedicados á los accidentes, en grado tal, que no existe ninguno de estos últimos en España, y creo que tampoco ninguno de los primeros. Ante aquel espectáculo concebí la idea de crear una Sociedad permanente en España que se ocupase de organizar todos los años un Congreso de Accidentes, buscando por este medio excitación para intensificar el trabajo individual de los médicos, hasta llegar, si era posible, á la formación de algunos especialistas que, como peritos, son tan útiles en otros países.

Desde aquel Congreso celebrado en el año 1919, y que se dignó incluir en sus conclusiones la de la sección de Ortopedia y Accidentes, que acordaba celebrar en España todos los años un Congreso de Accidentes, no se había podido reunir éste por falta de medios. Ha sido precisa la presencia en el Ministerio del Trabajo, del Excmo. Sr. D. Leopoldo Matos, para que se obtuvieran dichos medios, donados de los gastos particulares que como ministro le corresponden, y sobre todo hemos logrado de su benevolencia é interés hacia nuestra causa, todo el calor que requieren estas empresas (juntamente con las molestias que estaba dispuesto á realizar sin esta desdichada crisis).

Cúmpleme dar las gracias más expresivas desde este sitio al excelentísimo señor ministro del Trabajo en nombre de todos los congresistas y también en nombre de la Ciencia y en el de las víctimas de accidentes, que ven en este Congreso y en los sucesivos, ancha vía para que se desarrolle nueva era de perfeccionamiento en la curación de las lesiones, en la justipreciación del daño que causa un accidente y en la exacta indemnización de éste, pues la justicia, en estos asuntos, se traduce siempre en ahorro colectivo, tanto por lo que conserva, cuanto por lo que da, pues una y otra forma hacen que la riqueza se difunda por todas las capas sociales y se refleje al fin en la riqueza nacional.

S. M. el Rey, cuando supo que este Congreso era un hecho, mostró deseos de conocer su organización y su alcance, dándonos consejos que revelaban un exacto conocimiento de los problemas inherentes á los accidentes y alentán-



donos á perseverar en nuestra labor, á fin de que España no vaya á la zaga de otras naciones.

Son muchas las cuestiones que tenemos planteadas sobre seguros de accidentes, aun reduciéndonos al campo de la Medicina estrictamente, y dejando de lado las que interesan á la jurisprudencia, que pudieran ser estudiadas por personas técnicas en estos mismos Congresos; y por ser tantas, no es posible otra cosa para mí que la simple enumeración. Unas tienen realidad en España, y otras es de esperar que la tengan en lo futuro; pero, tanto para éstas como para aquellas, se requiere que los médicos estén preparados, se hallen formados en esta rama de la Medicina legal.

Entre las que nos ofrece realidad y que necesitan perfeccionamiento, se hallan el diagnóstico exacto de las lesiones, pues no basta decir que un enfermo sufre un esguince ó relajación del hombro, sino que es necesario determinar los ligamentos y músculos que están rotos, las grietas ó fisuras que existen en los huesos, sin constituir verdadera fractura, las lesiones á distancia, de los nervios, si queremos hacer un pronóstico de tiempo, de presunta alteración funcional y de invalidez temporal ó definitiva, total ó parcial. Y en este sentido, además de todos los recursos que exige un buen diagnóstico, sobresale entre ellos, el examen con los Rayos X, que debe ser impuesto como obligatorio en todo accidente asegurado.

Un día cae un obrero de sus propios pies, llevando un saco de cemento sobre el hombro. El enfermo tiene todo el cuadro de una contusión del hombro, sin fractura ni dislocación. El médico que le asiste diagnostica un simple esguince y fija en ocho días el tiempo necesario para la curación definitiva. Pasa un año y el enfermo no puede servirse de su brazo izquierdo. Se cree en una simulación y se celebra una junta de médicos en la que ninguno encuentra lesión ostensible que pueda explicar la impotencia funcional del brazo. Es reconocido por otro nuevo médico, el cual descubre, con los Rayos X, una fractura de las vértebras cervicales, es decir, una lesión á distancia del hombro, donde actuó el traumatismo. Aquella lesión le comprimía los nervios del plexo braquial, causantes de la invalidez definitiva que sufría el lesionado. Por este ejemplo se ve claramente que las Sociedades de Seguros y hasta la Ley de Accidentes debieran exigir sistemas de reconocimiento, de diagnóstico, diferentes en cada caso, pero que es posible fijar actualmente si nos apropiamos la experiencia adquirida por las grandes Sociedades de Seguros que funcionan desde hace largos años.

Esto que contamos del diagnóstico, puede decirse con más motivo del tratamiento de los accidentes; la mayor parte de las Sociedades alemanas tienen normas de tratamiento con miras á la seguridad, á la rapidez y á la disminución del grado de incapacidad funcional que obligan á los médicos facilitando su cometido.

Ahí está la atrofia del músculo cuádriceps del muslo que á tantos sujetos ha dejado inválidos y tantos miles de pesetas ha costado, pudiendo evitarse con los modernos tratamientos de los esguinces de la rodilla; las contusiones del muslo y las fracturas del fémur que son lesiones acompañadas frecuentemente de dicha atrofia, deben tratarse con la movilización precoz y constante.

Es necesario para resolver convenientemente lo que se refiere á la atrofia del músculo cuádriceps, que el lesionado ayude al médico trabajando en su oficio, siempre que sea posible, después de transcurrida una semana, por término medio, en vez de acogerse á las muletas, de permanecer quieto y jugando á las cartas durante semanas y meses, pues el enemigo más grande de su curación está en la inmovilidad.

Y por la misma causa es necesario que la ley auxilie á ese lesionado, ofreciéndole á cambio de su buena voluntad, una renta armónica al grado de su incapacidad mientras ésta dure, en vez de ofrecerle una invalidez definitiva, parcial, transcurrido el plazo legal.

Hay un ejemplo elocuentísimo en las estadísticas alemanas; la atrofia del cuádriceps se cura, por término medio, en cuatro semanas, cuando el accidente que motiva aquella atrofia recae en sujetos que no están asegurados, y, en cambio, dura de seis á ocho meses en aquellos que están asegurados. Y esto sucede sin que el lesionado exagere ó simule las molestias.

Todo depende de que el uno procura reanudar su trabajo lo antes posible, y el otro, siguiendo el consejo del médico, ó creyendo exagerar el daño, usa las muletas ó queda inmovilizado en casa, inspirado por lo que le dicen los libros clásicos.

En las lesiones cerradas de los dedos veo yo constantemente una incapacidad más larga en aquellos accidentados que han tenido tratamiento á base de inmovilidad, que en los privados de toda asistencia médica.

Es evidente que la ley y las Sociedades de Seguros deben dar normas de tratamiento en aquellas lesiones que la experiencia ha demostrado ser las más curables. Y en esto no hace falta discurrir mucho, bastará con hacer una copia de las grandes Sociedades de Seguros que funcionan en el extranjero.

Temo extenderme demasiado si sigo enumerando las cuestiones que afectan directa y casi exclusivamente á la formación de médicos especializados en accidentes del trabajo, y por ello me limitaré á narrar lo que ocurre en una sola lesión, en aquella que es típica por exenta que esté de combinaciones con otras lesiones.

Elijo la fractura de la diáfisis del fémur sirviéndome de ellas como paradigma de la manera como la enseñamos hoy en las Facultades de Medicina y como se enseñaba antes de que hubiesen venido los accidentes del trabajo á exigir mayor precisión en los resultados curativos.

Habría que decir á los alumnos ó estudiantes que la fractura del fémur, aun bien tratada, ó sea aplicándole una perfecta terapéutica, arroja 136 muertes entre 3 586 accidentados, ó sea una mortalidad de 3,8 por 100 según cantan las estadísticas de la cuatro principales sociedades de seguros de Alemania.

Sería engañar á estos futuros médicos y por consiguiente á las Sociedades de Seguros que representan, si apoyándose en lo que se vé ordinariamente cuando se toman casos en corto número, en el corto número que puede tener un solo médico, se creyese que la muerte por fractura del fémur es cosa que no se da casi nunca. Con este aviso, además, prevendrán estos médicos algunas de las causas de muerte en los fracturados del fémur, cosa que no harían creyendo que la fractura no tiene mortalidad.

Y al hablarles de las causas de muerte, se les dirá que la mayoría son perturbaciones funcionales en el corazón, en los pulmones, en las arterias ó en las venas y en los riñones. Y como estas alteraciones requieren casi siempre una perturbación previa, se plantea la cuestión de determinar el tanto de culpa que tienen en la muerte, el accidente asegurado y las lesiones antiguas y anteriores á éste, que existían en los vasos, en los pulmones ó en el riñón.

Sería divagar, el análisis ó el estudio de estas cuestiones derivadas de la combinación del accidente con las lesiones viscerales preexistentes, pero queda bien demostrado, con lo que hemos dicho, que problemas ó cuestiones de esta clase no existirán en la muerte de un sujeto no asegurado contra



accidentes. En este caso la certificación del muerto termina las funciones del médico; en el caso asegurado, tras la certificación de la muerte, queda el determinar cuál ha sido la causa inmediata de ésta.

Prosiguiendo con el ejemplo de la fractura del fémur, habremos de decir que en la estadística austriaca que comprende 2.051 casos, se curaron 113 de una manera completa, 250 pasajeramente y 1.719 con indemnización. La consecuencia práctica que se deriva de estas cifras es que quedan inválidos muchos más de la mitad de los lesionados con fractura del fémur y que por lo tanto las Compañías de Seguros y el médico como representante de ellas, deben sacar cuentas de lo que es más conveniente á los intereses sociales, si el caso es de aquellos que tienen asegurado el jornal y la asistencia médica: estas cifras demuestran que alguna vez convendrá á la Sociedad reconocer la invalidez definitiva, desde el primer momento, en vez de hacerlo después de abonar los jornales y gastos de curación del plazo legal completo necesario para calificar la incapacidad definitiva.

A este propósito convendrá saber también que el término medio de la curación en la estadística anteriormente citada, exigió veintitrés semanas.

Esta cifra debe compararse con la de cuarenta días que suelen darnos los libros clásicos, antes de que los seguros de accidentes hubiesen hecho estadísticas y estudiado con interés, con el interés de lo que toca al bolsillo, y veremos una diferencia de ciento veinte días aproximadamente.

La consecuencia que se deriva de esta última cifra, es que el médico, ignorante de la verdad, es apremiado por la Compañía aseguradora para que dé el alta al asegurado, puesto que han transcurrido cuarenta ó cincuenta días del accidente. El accidentado alega por otra parte que el funcionamiento de su pierna no es completo y de ahí surgen cuestiones y litigios enojosos, que terminan casi siempre con una injusticia para una ó para otra parte.

Sabiendo que la curación exige más tiempo de lo que se creía hasta ahora, no surgirán estos litigios, pero más interesante que la mortalidad y que la curación á la invalidez definitiva, es siempre para el médico, y por lo tanto, para el estudiante, conocer los grados de invalidez temporal y el tiempo que suele durar ésta en los distintos casos.

A este efecto y deseando introducir en mi patria los adelantos de fuera, expondré aquí los de una estadística austriaca, que son los siguientes:

Fueron indemnizados con una renta, después de haberse curado su fractura y hallándose ya en condiciones de reanudar su trabajo, 1.717 individuos, y de los cuales 23 tuvieron una renta de 1-9 por 100; 193, con 10-19 por 100; 328, con 20-30 por 100; 331, con 33,  $\frac{1}{3}$ -49 por 100; 319, con 50-65 por 100; 411, con 66,  $\frac{2}{3}$ -83,  $\frac{1}{3}$  por 100, y 112, con 100 por 100.

Las causas que motivan la incapacidad parcial definitiva ó temporal, son varias y deben ser bien conocidas, ya que al evitarlas separamos también esas rentas, que si no se hallan establecidas todavía, como creo, en la ley española, seguramente que llegarán á estarlo en tiempo próximo, pues aparte lo que tienen de justo, servirán para evitar litigios originados por la falta de grado de valoración de incapacidad ante la total y la parcial, cifrándose un solo grado, que es lo que siempre ó casi siempre se ventila en los litigios de nuestro país.

Tienen además estas rentas graduales otro aspecto, que es el moralizador; pues declarada la invalidez total definitiva de un obrero cuando en realidad puede ejecutar ciertos trabajos, y se le compensa la incapacidad en su justo grado y de una manera prolongada y hasta definitiva, es evitar que ese obrero sea rechazado del trabajo y lanzado á la taberna

na para ser víctima y materia contumaz de muchas cosas malas.

(Continuará.)

## UN DOCUMENTO MEDICO INTERESANTE

Es bien sabido que la Asociación de la Prensa de Madrid tiene un Cuerpo Médico para su asistencia, organizado el año 1895 por el Dr. Pulido Fernández, quien le vino, en cierto modo, dirigiendo como jefe, hasta que un espíritu de desconcierto y abundosas desatenciones con el mismo tenidas por las Juntas directivas de la Prensa, privaron de todo valor y eficacia á esta jefatura y organización.

Acordadas ciertas reformas en el personal médico y en la organización de estos servicios; impresas las tales reformas y anunciadas al público por los diarios de más circulación, médicos del Cuerpo se dirigieron á su director, el Sr. Pulido, y requirieron su intervención para entender en el asunto, reunir los médicos y ocuparse en examinar y resolver acerca de lo que á todos importaba. Esta junta fué convocada por el señor Pulido, se celebró la noche del 9 de Diciembre último en una sala de la Real Academia de Medicina, se reunieron todos los profesores en persona ó en representación, faltando solamente dos ó tres de los veintiséis que forman el Cuerpo, estudiaron el caso, y se acordó por unanimidad votar y firmar un manifiesto dirigido á la Junta directiva de la Prensa, declarando disuelto el Cuerpo la noche del 31 de Diciembre, visto que se organizaba sin consultarle otro nuevo, y dejar en completa libertad á la Prensa para que constituyese á su gusto la nueva organización. Innecesario es decir que, dada la clase de estos profesores, no había que pensar en huelgas, ni en que se pudiera crear conflictos de asistencia mientras se organizaba el nuevo servicio.

Concedora la Junta directiva de este acuerdo, se dirigió su Secretario invitando y consultando á los médicos á permanecer como antes; y habiéndose dirigido á su vez al Sr. Pulido algunos de los médicos consultando el caso, éste pidió aclaraciones á la Junta y solicitó hablar con ella; pero ni aquéllas fueron dadas, ni esta entrevista fué concedida, y entonces el Sr. Pulido dió en el Ateneo de Madrid, la noche del 31 de Enero, una extensa Conferencia examinando el caso, y notificando que la inspiración esencialmente espiritual y generosa, que había servido para constituir en 1895 un Cuerpo Médico de alta jerarquía, con profesores eminentes y abnegados, estaba, tiempo hacía, ya muerta; que la organización era muy otra, y que las relaciones entre los médicos y la Prensa debían de acomodarse á las normas corrientes que tienen las Sociedades y Cooperativas de asistencia médica. Las condiciones y nuevas inteligencias acordadas, impresas y dadas á conocer por la Junta directiva, eran incompatibles evidentemente con el desinterés del Cuerpo Médico y el régimen que se mantuvo con general aplauso durante más de un cuarto de siglo.

La Junta directiva, ó porque viera que no estaba



conforme con la nueva organización de asistencia la mayoría de los socios de la Prensa, ó porque comprendiera que había acordado un positivo desacierto, ó por lo que fuere, se contuvo y dió á entender á los médicos que todo seguía igual; fué recabando, uno tras de otro, su adhesión, con su ruego de permanencia, y aquellos médicos que habían firmado un acuerdo, parece que han resuelto seguir prestando sus servicios, ignoramos ya en qué condiciones, porque la inspiración fundamental de la organización pasada, que fué la de una franca y meritísima generosidad, ha quedado fatalmente modificada con el cambio de personas y de convenios entre ambas partes contratantes: Prensa y Cuerpo Médico. Mantuvieron su firma los Sres. Tapia y Covisa.

Retirado de este Cuerpo el Sr. Pulido, por requerimientos de su decoro y convicciones, cumple EL SIGLO MEDICO la promesa hecha por aquel al público que le escuchó la noche del 31 de Diciembre, publicando el manifiesto que fué examinado, discutido, aprobado y firmado en definitiva.

El documento tiene valor de actualidad y de vida, y puede servir para la historia de esa crisis interesante que presenta la evolución importantísima de las organizaciones de asistencia médica á las Sociedades.

Lo prometido fué que viera la luz en el órgano más autorizado y venerable de la Prensa médica, el que desde hace sesenta y siete años viene siendo el Archivo de la vida médica española, y cumplimos la promesa.

Helo aquí:

Señor Presidente y demás señores de la Junta directiva de la Asociación de la Prensa.

Muy estimados y respetables señores: en nombre de los individuos que forman el Cuerpo Médico de la Asociación de la Prensa, y en cumplimiento de mi deber, como decano del mismo, pongo en conocimiento de esa Junta lo que sigue:

En la noche del viernes 9 de Diciembre del año 1921, reunidos en la Real Academia de Medicina de Madrid los siguientes médicos de la Asociación de la Prensa: Doctores Compaired, Loza, Mejía (hermanos), Valle, Tapia, Tolosa Latour, Ramos, Baeza, Muñoz, Palancar, Silvestre, Arias, Sánchez Covisa, Grinda y Pulido Martín, bajo la presidencia de su jefe ó decano Dr. Pulido Fernández, quien representaba además á los doctores Huerta, Fernández Alcaide, Goyares, Bejarano, Lobo Regidor, Castresana, Benavente y Gimeno, total veinticinco; y después de un estudio detenido de las circunstancias y estado á que ha venido á parar la asistencia que, durante veinticinco años, ha prestado el Cuerpo médico que forman, han convenido en dirigir á la Junta directiva de la Asociación de la Prensa el siguiente manifiesto y los acuerdos subsiguientes por ellos adoptados.

Cuando al organizarse la Asociación de la Prensa, con un fin esencialmente benéfico y de auxilio á las necesidades de los señores periodistas—hace de esto ya un cuarto de siglo,—el entonces director de aquella, D. Miguel Moya (q. s. g. h.), se dirigió á su particular amigo, colaborador y accionista de *El Liberal*, que suscribe, solicitando de él organizase un servicio médi-

co, digno de las personas á quienes había de destinarse, el Dr. Pulido aceptó el compromiso de realizar en breve plazo lo que se le pedía; y así lo hizo.

Habiendo sido siempre, desde su primera juventud, amantísimo de la prensa; habiendo interesado en ella parte de su modesta fortuna, y honrándose con la amistad de muchos periodistas, el Sr. Pulido concibió el propósito de formar un Cuerpo brillante, de hombres eminentes en la ciencia y en la profesión, y dotados de tales cualidades de saber, generosidad y abnegación, que dieran por resultado que la Prensa dispusiera de un Cuerpo Médico que no tuviera rival en Madrid; ni en Palacio, ya que algunos médicos de la Real Familia formaban parte de él, y se le habían incorporado además los especialistas más renombrados, en las más fundamentales dolencias entonces especializadas. Fué este resultado un triunfo de la solicitud, los asedios, la persuasión y la amistad del Sr. Pulido.

Un punto esencial ofrecía dificultades en la práctica: el de la retribución de los servicios médicos, los cuales no podían prestarse de modo totalmente gratuito, ni á título de caridad, porque no lo consentía el decoro de la Asociación, ni la seguridad del servicio mismo, por lo que había necesidad de tarifarlos.

Pero hacer esto ofrecía también dificultades: porque dejar que la Asociación de la Prensa abonase lo que creyera justo y digno, era comprometerla á señalar retribuciones altas, que superaban sus recursos, pues los grandes prestigios que formaban el Cuerpo no podían ser ofendidos con mezquinas retribuciones. Y pedir á los profesores que fueran, ellos mismos, los que señalaran sus honorarios, era trasladar el mismo conflicto de delicadeza, porque su conciencia profesional no les permitía señalarse cantidades irrisorias, que avergonzarían á quien las recibía, y dejaran, en el común sentir social, una sensación de inferioridad, ofensiva al valor real del servicio mismo y á las consideraciones de quienes lo prestaban. De esta dificultad se salió bien, autorizando la Prensa y el Cuerpo Médico, respectivamente, al Sr. Pulido, para que fuese él quien buscara la fórmula práctica de resolverla.

Y esta fórmula la concretó el Sr. Pulido en las siguientes atribuciones:

«El Sr. Pulido, actuando como jefe del Cuerpo Médico, recibirá, en el mes de Enero, un estado detallado de los servicios que hubiese prestado cada uno de los profesores (1); los tarificará con entera libertad; su estimación será por todos aceptada, y elevará los respectivos estados con una Memoria á la Asociación de la Prensa, la cual abonará al Sr. Pulido la cantidad señalada cuando pueda, y éste la repartirá entre los profesores, dando á cada uno lo suyo, bien razonado y mediante recibo.»

Además de esto, el Dr. Pulido requirió, para poder, cumplir á satisfacción de todos tan delicada misión, los siguientes compromisos de parte de la Prensa: Que no hiciese nada que pudiera ofender la delicadeza del Cuerpo: que no se admitiesen más profesores que los que el mismo Cuerpo considerase indispensables, y fuesen

(1) En el año pasado.





*escogidos por él*, y comprometidos, para evitar intromisiones inconvenientes y disonantes, con el carácter del Cuerpo.

Y de parte del Cuerpo: Que considerase sus servicios como una prestación generosa hecha á la Prensa, por amor á la misma, y en consideración á las estrecheces de sus afiliados, siendo, por lo común, personas modestas, y á menudo sin recursos. Por lo cual, el señor Pulido se permitiría tarifar, de suerte que los servicios más caros no fuesen retribuidos por no poder serlo, pero que se les pudiera señalar cifras que fuesen más bien simbólicas que verdaderas estimaciones.

En uso de estas atribuciones, el Sr. Pulido, desde el primer momento, señaló tres pesetas á cada visita: suprimió todo precio á las consultas y llamadas extraordinarias; suprimió de pago, asimismo, las consultas hechas en casa de los profesores de distrito; redujo el valor de las operaciones á lo puramente preciso para subvencionar algo á los ayudantes... etc., etc. Es decir, el Sr. Pulido asumió las responsabilidades de reducir el pago á una octava, ó décima parte, de su valor real. Todos los profesores se conformaron y mostráronse siempre agradecidos á los buenos servicios del Sr. Pulido, porque todos eran altas reputaciones, percibían saneados ingresos de su clientela particular y se complacían en rendir esta ofrenda á un personal compuesto en su mayoría de jóvenes periodistas, en quienes los médicos sólo veían la cultura, el ingenio y la simpatía.

En los primeros años marchó muy bien todo, y la Prensa estuvo perfectamente asistida y á poca costa. Pero luego empezaron las informalidades. Menudearon nombramientos hechos á tontas y á locas. En el Cuerpo entraron algunos que por sus necesidades, y por sus antecedentes profesionales, no armonizaban con los antiguos del Cuerpo, y estos nombramientos se hacían sin la consulta convenida. Comenzó ya el desorden; los profesores se vieron á veces desconsiderados y sobrevinieron renunciaciones y dimisiones de los más distinguidos; el cargo del decano ya no tuvo efectividad: una insignificante atención que se tenía de enviar al Cuerpo Médico un billete de entrada en los espectáculos de la Prensa, y que por su escaso número no afectaba en poco ni en mucho á la recaudación general, les fué suprimida; el Decano mismo se vió privado del suyo; no se tuvieron presente la delicadeza, la altura y la generosidad de los médicos, como si lo que hacían en bien de la Prensa fuese una cosa insignificante, careciera de valor, constituyese un deber estricto, ó quedase ya retribuido con sólo llamarse «médico de la Prensa» (1); siendo este un título y servicio que nunca ni á nadie proporcionaron reputación, ni un cliente particular; antes bien le reducía los cobros de otros clientes. La falta de seriedad hizo que se desorganizaran los servicios de los distritos; y por ello hubo disgustos, protestas y mal-estar intenso. En fin, abundaron las faltas y los testi-

monios expresivos de que la asistencia se hallaba en una lamentable desorganización, y que había desaparecido aquella concertada inspiración y elevada espiritualidad que rigieron durante los primeros años. De toda justicia es reconocer que la culpa de este mal la tuvieron las Juntas directivas y las Juntas generales, porque fueron las que faltaron á un régimen moral ya convenido. Esta desconsideración ha tocado su límite, cuando los profesores se han enterado, con motivo del último reparto, que de sus modestos estipendios se les pide, ó sustrae, una rebaja, precisamente cuando todos los servicios se encarecen; y que una nueva y deplorable organización de asistencia médica, acordada libremente, sin tener la atención de consultarla con el Cuerpo Médico, viene á darles trato de malos criados despectivamente despedidos. Siendo de advertir que esta queja no supone, ni por lo más remoto, que se ponga en duda el derecho de la Asociación de la Prensa á modificar y á organizar sus servicios. Esto es indiscutible; pero lo es también que cuando actúan, previo convenio, dos partes en materia importantísima, y de estas dos partes, la una es *abnegada y generosa*, y la otra es la *favorecida*, la más elemental consideración, y el respeto á un personal tan alto como el de la clase médica, demandan estima y atenciones, que en esta ocasión han faltado por completo.

Este conjunto de incomprensibles y ofensivas faltas y mortificantes desafectos, han obligado á los médicos del Cuerpo á tomar los siguientes acuerdos:

1.º El Cuerpo Médico de la Asociación de la Prensa reconoce haber terminado ya el cometido que determinó su acción, y acuerda disolverse, lo cual realizará á las doce de la noche del 31 de Diciembre del año actual de 1921.

2.º Este Cuerpo seguirá prestando sus servicios hasta dicho día y hora. Pasados los cuales se hará cargo de la asistencia la nueva organización médica que le suceda.

3.º El Cuerpo Médico entregará, según costumbre y derecho desde su fundación, hace veinticinco años, los estados de asistencia y servicios prestados durante el año 1921 al Sr. Pulido, su decano de siempre, en los primeros días de Enero. Este señor los tarificará conforme á su habitual derecho y entregará á la directiva de la Prensa la completa liquidación y total abono de las existencias de 1921.

4.º El Cuerpo ratifica al Sr. Pulido su confianza para que siga representando y defendiendo los intereses de dichos médicos con el decoro, la seriedad y la perseverancia que siempre ha demostrado.

Madrid, 15 de Diciembre de 1921.

El decano,  
ANGEL PULIDO.

Este acuerdo ha quedado incumplido como hemos dicho. Consultados algunos de los médicos dicen no saben en qué parará todo. Es un hecho que la Junta directiva de la Prensa no ha cumplido la reforma acordada en Junta general y publicada; que los médicos se han rendido á una positiva desestimación de sus pres-

(1) Algún individuo de la Junta directiva, ignorante en absoluto de este particular, ha podido creer que las grandes figuras médicas que han visitado la Prensa, han debido á ésta su fama, y ello es de todo punto falso.



tigios y sus derechos; que el Sr. Pulido ha renunciado á toda intervención, y se inhibe de intervenir en cobros y representaciones, y que la decadencia y desarmonía que existe entre los mismos factores de la Prensa donde está rota la unión que hubo en pasados tiempos, y no ha tenido sucesor la prestigiosa figura y solicitud del fundador Sr. Moya, anuncia crisis económicas quizás menos solventes, probablemente, que las muchas tenidas en los pasados tiempos.

Habrà quien diga: *Sicut vita, finis ita.*

### Solemne sesión del VII Centenario de la Facultad de Medicina de Montpellier.

Desde la una las tropas cubren la carrera y contienen á la multitud; el viento sopla (esto sucede á diario) y el sol brilla, para los individuos del Norte, con intensidad; nosotros le encontramos pálido, sin fuerza; el nuestro brilla más.

A la una y treinta los magistrados, precedidos de los ujieres, todos ellos vestidos de gran gala, salen del Palacio de Justicia (muy próximo á la Facultad), y van á pie hasta ésta.

A las trece y cincuenta sale el presidente de la República, con su cortejo, de la Prefectura; va en un coche á la Grand Doumont, guiado por soldados. Un escuadrón de gendarmes, mandado por un coronel de Dragones, le da escolta.

En el gran patio de la Facultad, en el que, dando la espalda al anfiteatro anatómico, se ha levantado un estrado para el presidente y su séquito, el anfiteatro está coronado por las banderas de los países que asisten al Centenario. Las campanas de la Catedral tocan sin cesar, y las bandas de música entonan aires marciales. A las dos en punto llega el presidente á la Facultad, donde es recibido por el rector y el decano, rodeados por los profesores. En el vestíbulo el presidente deposita una palma de oro en la placa conmemorativa de los estudiantes muertos en campaña, á la que le dan guardia de honor los alumnos de la Escuela Militar de Medicina.

Han tomado asiento en el estrado diez minutos antes de la llegada del presidente los delegados nacionales y extranjeros de las Facultades de Medicina del mundo, el prefecto, el alcalde, el general comandante de la Región, con sus ayudantes, y el cardenal, con sus camareros.

A la derecha presidencial, sobre el claustro de la Catedral, todos los estudiantes nacionales y extranjeros.

Precedido de los maceros, penetra en el patio, acompañado de Mr. Derrien, siendo recibido con una ovación delirante; le siguen los ministros, el rector y los catedráticos de Medicina.

Se destaca de los trajes negros del séquito presidencial, embutidos en sus levitas, la nota de color que dan los trajes académicos de los catedráticos de Montpellier, el granate de la Medicina, el bermellón de Derecho, el amarillo de las Letras, el azul de Ciencias, y en uno de los costados, en polícroma viva, las togas de los profesores extranjeros que honran á la Universidad con su asistencia. Las bandas entonan «La Marsellesa» y los vivos se suceden sin cesar, y dominando todo este estruendo, las campanas de la Catedral voltean continuamente, completando el cuadro y el regocijo de Montpellier.

Una vez hecho el silencio, el rector, Mr. Derrien, toma la palabra. Da las gracias al presidente y al ministro de Instrucción Pública por haber honrado estas fiestas con su presencia, á los delegados extranjeros por el honor que les hacen asistiendo en representación de sus Universidades, y dedica unas frases en particular á la Universidad de Strasbourg, nuevamente ingresada en el número de las francesas. Recuerda con sus breves palabras los principales hechos de esta Facultad, y señala que la concordia y el orden reinan en Montpellier gracias y en virtud de la obra de su Universidad. Por último, dirigiéndose á los estudiantes, les excita (puesto que el porvenir está en sus manos) para que los métodos y doctrinas de esta Escuela persistan y que continúen con entusiasmo la obra, pues apoyada por ellos, la Facultad continuará su labor de progreso.

El profesor Vires se levanta para hacer el resumen de la obra que la Medicina ha realizado durante los siete siglos que la Escuela de Montpellier lleva de existencia.

Recuerda la organización de la Escuela médica, acaecida el 17 de Agosto de 1220, por la bula del cardenal Conrad, legado de S. S. Honorio III; habla de las enseñanzas en Montpellier por las Escuelas rabinistas existentes en el bajo Languedoc en el siglo IX; después, la llegada de los médicos españoles y la vuelta de los estudiantes cristianos que habían tenido que ir á estudiar á otras Universidades; por último, y tras numerosos incidentes, el estatuto del cardenal Conrad que reunía en un todo coordinado los esfuerzos valiosos de todos, hasta aquel momento disociados. Trata de la división existente en la Edad Media entre los estudiantes, que se organizan en dos grupos: los unos viven en los conventos, con los frailes; son los huéspedes de los colegios fundados por el Rey, los Papas y los cardenales; los otros, independientes de todo, se establecen en la colina, viven ardientes y entusiastas una vida que rechaza el feudalismo y la burguesía.

Los estudiantes españoles pensamos en la naciente división que se quiere hacer de ellos, colocándoles en la misma situación que el sabio profesor francés recuerda de su Universidad, y que si en la Edad Media pudo tener una razón de ser y que condujo, precisamente á esta región, por reacción natural, á las guerras religiosas, con el triunfo pujante del protestantismo, del que aún no ha podido librarse, ya que la población pertenece en su mayor parte á esta religión, á lo que tal vez no se hubiese llegado con un poco más de tolerancia y discreción. ¡Quiera Dios que en España se reaccione á tiempo, evitando días luctuosos, que se aproximan con aterradora rapidez, por el empeño de unos cuantos que, guiados por su interés personal, tratan de llevar á España y á sus Universidades la intransigencia y las luchas religiosas, sin considerar que en ellas los estudiantes todos deben ser eso, estudiantes, dejando para fuera las pasiones políticas y fanáticas, que sólo al desastre pueden conducir á unos y á otros!

Recuerda que en esta época los profesores y los alumnos se veían obligados á viajar para poder completar sus estudios, que no eran más que teóricos.

En la del Renacimiento brilla, en primer término, entre los profesores de esta Universidad, Rabelais, que, huyendo de la lucha religiosa, se refugió en Montpellier, pronunciándose por la Escuela hipocrática. A partir de esta fecha, esta Facultad no ha interrumpido su fidelidad al culto de Hipócrates.

En el siglo XVII es cuando llega la lucha religiosa que antes mencioné. En este mismo siglo se funda el Jardín Botánico, continúan en el siguiente (XVIII) estas luchas y brilla en esta Escuela, entre otros nombres, el de Bartz, que entra de lleno en el estudio de la Fisiología.

En los días tristes que la revolución todo lo arrasa, es víctima de ella la Universidad; pero poco después, y por un decreto de la Convención, se restablecía la Facultad de Medicina como continuadora de la antigua Universidad, laborando sin cesar desde esta época, como anteriormente, por el progreso de las ciencias médicas, de la Universidad á que pertenecen y por la Francia.

Es concedida la palabra al sabio profesor Forgue, que tiene á su cargo el relato de estos siete siglos de Cirugía, y con su voz un poco aguda, pero agradable, nos cuenta:

Los orígenes de los barberos-cirujanos, que, según ellos, se remonta á 1088, que en el siglo XI tomaron el título de profesores del arte de la Cirugía, esto, que está envuelto entre las brumas de la leyenda, no impide para que se sepa de una manera cierta que en el siglo XII existía un Centro de enseñanza médico y quirúrgico que estaba fundamentalmente en manos de los árabes y de los judíos. Lo que también es evidente es la libertad, casi la anarquía, que existía en estas Escuelas montpellerianas, como demuestra la famosa declaración de Guillermo VIII en Enero de 1181: «Nada de monopolios, nada de grados; libertad plena y completa para la enseñanza, libertad para el ejercicio; el que quiera que llegue, sin distinción de país ni de religión, puede poner escuela en la villa señorial.»

Recuerda que es á España y á Italia á quienes deben, en gran parte, el esplendor extraordinario que la Universidad de Montpellier alcanzó en el siglo XIV.

En 1376, el duque Luis d'Anjou, lugarteniente de Carlos V en el Languedoc, disponía «que los médicos tomasen uno de los cadáveres de los criminales que fuesen ajusticiados cada año».



Es el 24 de Mayo de 1794, cuando la Escuela de Cirugía desaparecía barrida por la revolución, para ser algún tiempo después unida a la Medicina, creada nuevamente por la Convención, con lo que se lograba la unidad que ya nunca habían de perder.

Cita como nombres fundamentales de la Cirugía en esta Universidad los de Guy de Chauliac, el de Laperyonie y el de Delpech, que son como glorioso trípode, en el cual se sostiene esta Escuela.

Al terminar, las músicas y el coro de los estudiantes entonan el célebre himno de Paladilhe, «Etudiants de Montpellier», coro que fué cantado también en el Centenario de la Universidad el año 1890. En el momento en que la frase «Aux drapeaux! Aux drapeaux!» suena, los asistentes, todos de pie, contemplan cómo se despliegan las banderas de las Asociaciones de estudiantes nacionales y extranjeros, y son tremoladas, desde la terraza, en tanto suenan los aplausos y las ovaciones a la Facultad y a los distintos países que representan.

Restablecido el silencio, le es concedida la palabra a M. Vidal, que ostenta la representación de la Academia de Medicina; después de frases encomiando la labor llevada a cabo por esta Universidad y, sobre todo, por la Facultad de Medicina, recuerda entre las glorias poco ha desaparecidas la del gran Grasset, y al entregar el diploma de que es portador, hace votos por el engrandecimiento de la Facultad y de Montpellier.

M. Bordet, profesor de la Universidad de Bruselas, se levanta a hablar en nombre de las delegaciones extranjeras, en medio de los hurras de los estudiantes y de los aplausos de la concurrencia.

Da ante todo las gracias a sus compañeros, los delegados extranjeros, por el honor que le han hecho al designarle para representarles, que, por otra parte, cree que le correspondía por ser Bélgica el país hermano de Francia y al que más se parece y los que están unidos por mayor número de lazos morales, materiales y hasta de idioma. Después de asegurar que Francia es el punto del cual salen los conocimientos, para después extenderse por el mundo entero, termina haciendo un llamamiento a ésta: «Ella debe servir también a los fines de mejoramiento humano y neutralizar el loco espíritu de destrucción, del que el mundo ayer aún soportaba los espantosos efectos.» Una ovación formidable termina este discurso, y el presidente de la República, el rector y el decano abrazan con efusión al profesor extranjero.

Acto seguido los representantes de las Universidades van pasando a depositar los diplomas, los pergaminos y hasta los voluminosos libros de que son portadores, en los que constan el saludo de la Universidad y la firma de los profesores que la forman. Va entre ellos el único representante de España, el Dr. Martínez Vargas, de Barcelona, que asistiendo a estas fiestas se ha encontrado con la desagradable novedad de que España nada había hecho, a nadie había enviado, y asume la representación de la Universidad de Barcelona, única que por esta causa es representada en una ceremonia en la que todas las Universidades del mundo lo están. Madrid se queda sin representar, pues ningún profesor fué a estas fiestas, y la única persona que, no estudiante, asistía a ellas y que es la que esto firma, no osó asumirla, temiendo que la Universidad no sólo no lo hubiese agradecido, sino que hasta le hubiese molestado al verse tan humildemente representada. Ninguno de los actuales ha de vivir en otro Centenario de esta Universidad; pero bueno será que se tenga en cuenta este caso, por si surge alguno parecido, en el que no deberemos hacer el ridículo como en la ocasión presente.

El rector se levanta para dar las gracias a todos los concurrentes y para solicitar del Poder público no abandone la Universidad, para que ésta pueda siempre seguir su obra de cultura y de unión.

El ministro de Instrucción Pública, M. Leon Bernard, se levanta en nombre del Gobierno, y después de unas frases, las corrientes de los ministros en estas ceremonias (lo mismo son aquí que allí), se levanta la sesión, con vivas estruendosos a Francia, su presidente y a la Facultad de Medicina de Montpellier.

La ceremonia ha terminado; la gente abandona lentamente el local, que esta noche volverá nuevamente a llenar, en la recepción. Resumen: han sido demasiados discursos y éstos excesivamente largos; los extranjeros, sobre todo, estamos un poco fatigados, pues las dificultades del idioma obligan a una atención fija y constante para no perder las palabras; han sido tres horas de discursos continuos; sin

embargo, hay que reconocer que la ceremonia ha resultado grandiosa y severa. Salimos satisfechos de ella, a pesar del cansancio; si todo lo que en Montpellier nos han enseñado hubiese tenido esta seriedad, más satisfechos hubiésemos vuelto a nuestros países de esta población, que su pecado fué sólo pensar en divertir a sus huéspedes, olvidando que éstos eran gente de estudio y que al lado de la diversión estiman tal vez más encontrar la ciencia que tanto aman.

Noviembre de 1921.

DRA. ELISA SORIANO

## REMITIDO

Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO.  
Madrid.

Muy señor mío y distinguido compañero: La Unión Farmacéutica Nacional, aparte la acción de los Tribunales de Justicia, quiso que un Jurado competente y de altura examinara la conducta de los farmacéuticos denunciados por Martínez Villar, bajo el aspecto profesional. Y este Jurado, formado por las prestigiosas personalidades (exceptuando la última) que firman el adjunto dictamen, ha fallado como en éste se dice.

La Unión Farmacéutica Nacional agradecerá a usted mucho le publique, en la prestigiosa revista que tan acertadamente dirige, para contribuir así a la divulgación de la defensa de los farmacéuticos, tan despiadadamente maltratados por la Prensa diaria.

Con este motivo se ofrece de usted atento s. s.

q. l. e. l. m.

GUSTAVO LÓPEZ GARCÍA

20-1-1922.

## CAMINO DE LA VERDAD

La Unión Farmacéutica Nacional que, extremando su discreción, no quiso contestar a las escandalosas acusaciones derivadas de las denuncias de Martínez Villar, en el Congreso, hasta no poder presentar testimonios irrefutables de la injusticia de éstas, presenta hoy ante la opinión pública como primer punto de la defensa de los farmacéuticos acusados, el siguiente Dictamen, emitido después de maduro estudio de la cuestión por las ilustres personalidades que le firman y cuya alta autoridad social y científica es positiva garantía de imparcialidad y acierto en sus juicios:

*Dictamen.*—Los que suscriben, constituidos en Jurado para dictaminar sobre el aspecto profesional de la conducta de los farmacéuticos denunciados en el Congreso por el diputado Sr. Martínez Villar, a requerimiento de la Unión Farmacéutica Nacional, declaran:

1.º Que el farmacéutico, en cumplimiento de su función profesional, está obligado a interpretar, conforme a su criterio científico y técnico, los puntos dudosos de la prescripción médica y a subsanar con su buen sentido los posibles errores de escritura, siempre que no se trate de medicamentos de escasa actividad terapéutica en cuyo caso deberá consultar previamente con el médico prescriptor (1).

2.º Que todas las fórmulas capciosas presentadas a los farmacéuticos denunciados por el Sr. Martínez Villar son de escasa actividad terapéutica, perfectamente congruentes y de tan corriente uso casi todas, que en ellas no ha tenido el farmacéutico que hacer otra cosa para interpretarlas, que suplir con el recuerdo de la práctica diaria el nombre dudoso.

(1) *Nota de la Redacción.*—El texto de este párrafo está copiado literalmente del original recibido y no nos atrevemos a subsanar el sentido de él que creemos debió ser el contrario.



Respecto á si, en todos los casos, la interpretación dada por el farmacéutico ha sido la acertada, tratándose de casos distintos, sería preciso un dictamen para cada caso. Y, estando el asunto *subjudice*, podría parecer una intromisión con propósitos coactivos el que ésta Comisión se adelantara con su fallo al de los Tribunales; que es de suponer escuchen para dictarle el informe de la Real Academia de Medicina.

3.º Esta Comisión reprueba la forma despiadada con que se ha tratado á una profesional dignísima, merecedora de toda clase de respetos por la importancia y la delicadeza de su función social y por la honradez y corrección con que la desempeñan sus individuos, y censura la ligereza con que, de un incidente ordinario en las relaciones medicofarmacéuticas, ha derivado la malicia una infundada alarma á la opinión y un injusto desprestigio para la clase farmacéutica.

Madrid, 9 de Enero de 1922.

*José Rodríguez Carracido*, rector de la Universidad Central, académico de Medicina, de Ciencias y de la Lengua y senador.

*Angel Pulido*, presidente de la Comisión Permanente del Real Consejo de Sanidad, académico de Medicina y senador.

*Rafael Ureña*, decano de la Facultad de Derecho.

*Dalmacio García Izcarra*, director de la Escuela de Veterinaria.

*José María Blanc y Fortacin*, presidente del Colegio de Médicos de la provincia de Madrid.

*Luis Ortega Morejón*, presidente del Comité Central de Subdelegados de Sanidad y senador.

El secretario de la Unión Farmacéutica Nacional, *Gustavo López García*.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,5; ídem mínima, 696,6; temperatura máxima, 12,6; ídem mínima, 2,6; vientos dominantes, OSO. NE.

Ha disminuído en alguna proporción el número de los afectos gripales que en las semanas anteriores se venían presentando; sin embargo, aún se presentan numerosas neumonías, bronconeumonías, congestiones pulmonares y bronquitis de los bronquios medianos y de los gruesos.

Las fiebres infecciosas y las eruptivas siguen decreciendo; en los afectos crónicos predominan los reumáticos y las complicaciones de los de corazón.

## Crónicas.

**Brigadas sanitarias.**—Los efectos beneficiosos de la disposición que ordenaba su constitución, no se dejaron esperar, y muchas de ellas tienen en la actualidad una organización digna de todo aplauso.

En el momento de escribir estas líneas, y como demostración de lo dicho más arriba, leemos el siguiente telegrama:

«*Sevilla 7 (4 t.)*.—La brigada sanitaria provincial ha adquirido seis automóviles con material moderno de desinfección para los pueblos de la provincia, y acto seguido comenzará la campaña de higiene.»

**En honor de los estudiantes americanos.**—El martes próximo, día 14 del actual, á las cuatro y media de la tarde, tendrá lugar en el teatro de la Comedia un festival en honor del Ateneo de Estudiantes Hispanoamericanos.

El Sr. Fresno, director de la Compañía del Coliseo Imperial, representará el monólogo *¿Con quién hablo?*; á continuación, el Sr. Ortega Munilla leerá el prólogo que, para esta

fiesta, dedica á la obra de los Sres. Pérez Lugín y Linares Rivas, *La casa de la Troya*, obra que será representada, después de la lectura, por el cuadro artístico de la Casa del Estudiante.

A dicho festival se invitará á Sus Majestades y Altezas Reales.

Las localidades se despacharán en las oficinas del Ateneo de Estudiantes Hispanoamericanos (Mayor, 1, piso segundo).

**La litiasis urinaria**, por D. Angel Pulido Martín. Estudio clínico de los cálculos del aparato urinario y su tratamiento. Segunda edición, corregida y aumentada. Precio, 10 pesetas en todas las librerías.

**La Honradez.**—El Colegio de Médicos, de esta corte, ruega encarecidamente á los médicos de Madrid y provincias, que antes de que soliciten tomar parte en el concurso de médicos de la Sociedad La Honradez, pidan datos y antecedentes á la Secretaría del expresado Colegio, Gran Vía, 8 y 10.

**Premio Marqués y Mata.**—La Sociedad Económica Barcelonesa de Amigos del País, no adjudicó en el año 1920, por falta de mérito, entre los aspirantes, el diploma honorífico y la dotación de 800 pesetas procedente de la fundación del Dr. Marqués y Matas, destinada al joven que más se distinguiera en los estudios de la Facultad de Farmacia. Esta circunstancia ha dado lugar á que, en el año actual, pudieran ser dos los agraciados, que son los farmacéuticos Sres. Francisco Mestres Pintó y Alberto Gallart Girol.

**Colegio de huérfanos de médicos.**—D. Gabriel Montero, filántropo que prodiga sus buenas obras en Madrid, ha donado un vagón de carbón al Colegio del Príncipe de Asturias.

De todos nuestros lectores es conocido el desprendimiento del Sr. Montero y nos congratulamos al reiterarle en nombre de los huérfanos su agradecimiento y el de la clase médica.

Los últimos donativos recibidos en esta administración han sido los siguientes: 75 pesetas de D. Juan Díaz de la Sala, director de lo Contencioso, por dietas devengadas en la fundación Rodríguez Abaytua; 75 del Dr. Cortezo por el mismo concepto y 10 del médico de la Bañeza (León), D. Laureano Alonso González.

Se ha encargado de la dirección de las obras de reforma y reparación del edificio del Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos, el conocido y reputado arquitecto Sr. Rogí.

**La Honradez.**—Se nos envía rogándonos su publicación el siguiente suelto:

«Esta Sociedad, de conformidad con lo que dispone el Reglamento por el cual se rige y gobierna, abre un concurso para cubrir algunas plazas de médicos numerarios y 23 de supernumerarios, con arreglo á las siguientes bases:

1.ª Los aspirantes deberán por lo menos contar cuatro años en el ejercicio de la profesión.

2.ª Que no excedan de cuarenta años.

Los interesados que se crean con derecho á tomar parte en este concurso, deberán dirigir sus instancias documentadas al señor presidente interino de la Sociedad, hasta el día 20 del presente mes, en el domicilio social de la misma, Madera, 11, principal, derecha.»

**En honor del Dr. Pagés.**—Ha sido obsequiado con un banquete en el restaurante Tournié el sábado pasado por la labor que recientemente ha llevado á cabo en la campaña de Melilla, el cirujano del Hospital General y médico militar D. Pagés.

Entre los numerosos comensales figuraban muchos de los jefes y oficiales que resultaron heridos y fueron operados por el Dr. Pagés. Uno de ellos era el teniente coronel Millán Astray, á quien salvó la vida el cirujano cuando el jefe del Tercio recibió un balazo en un pulmón.

Asistieron también los Dres. Marañón, Soler, Hernando, Tapia, Fernández Victorio, Covisa, Bourkaib, Sáiz de Aja, Hinojar, Rodríguez Mata, Hernández (D. Silverio), Pulido (hijo), Bastos, Bejarano, Arquellada, Nogueras, García Peláez, Sancho, Bertolotti, Sanchis Banús, Serradas, Taboada, Stoker Mirabed, Sánchez Atienza, Castillo, Torre Blanco, Areces, Celada, Carabot, Díaz Gómez, Mouriz, Coca, Fontes, Luque y otros muchos.

Ofreció el banquete el Dr. Mateo Milano, é hicieron también uso de la palabra los Sres. Gómez Ulla, Millán Astray,



el Dr. Olivares y el decano de la Beneficencia provincial, Dr. Castelo.

El Dr. Pagés dió gracias por el homenaje, en tonos de modestia muy sentidos.

**Conferencia del profesor Pittaluga en Sevilla.**—El día 5 del corriente el ilustre Dr. Gustavo Pittaluga, catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid y secretario de Redacción de EL SIGLO MÉDICO, dió en el teatro Llorens de Sevilla una interesantísima conferencia sobre los problemas sanitarios de mayor actualidad.

El conferenciante fué presentado por el profesor de aquella Universidad, Dr. Cortés.

Los puntos desarrollados por el disertante fueron interesantes y profundamente tratados, y así lo supo apreciar el público selecto que escuchó la conferencia, subrayando con aplauso unánime las manifestaciones del Dr. Pittaluga.

**El Estado sanitario de Inglaterra.**—Según noticias recibidas de Londres en los últimos días de Enero, la epidemia de gripe que se ha declarado en Inglaterra parece aumentar de intensidad particularmente en el Norte.

En Glasgow las defunciones se han triplicado en el transcurso de la semana última del mes.

En Escocia la epidemia adquirió proporciones desconocidas hasta entonces. La semana última se han registrado 282 defunciones, en tanto que en la semana precedente sólo hubo 154.

En uno de los grandes manicomios de la capital, las tres cuartas partes del personal sufría la gripe, mientras solamente seis de los alienados han sentido los efectos de la epidemia.

En Bristol se han registrado 467 casos de difteria, que han causado 47 defunciones.

**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.

**Material sanitario y para la Marina de guerra.**—La *Gaceta* ha publicado un Real decreto del Ministerio de Marina, que insertaremos en nuestra Sección Oficial, autorizando al ministro para adquirir por gestión directa, sin las formalidades de concurso ó subasta, el material quirúrgico y sanitario que es preciso para las atenciones de los hospitales, dependencias y buques de la Armada.

**Madame Curie académico.**—Al cerrar nuestra edición nos llega la noticia de que la ilustre colaboradora del sabio Pedro Curie ha sido elegida académico de la de Medicina de París.

El nombre y merecimientos de la eminente profesora es conocido de todo el pueblo español, que tuvo el honor de agasajarla no hace mucho tiempo.

En 1910 la Academia de Ciencias de París, reconociendo que los méritos de Mme. Curie eran más que suficientes para desempeñar un puesto de académico, la negó, sin embargo, el derecho á ser elegida, porque el Reglamento prohíbe á las mujeres formar parte de la Academia.

El día 7 del corriente, la de Medicina la otorga por una votación casi unánime el merecido honor, precedido de la renuncia á la elección de los demás candidatos, de sustituir en ella al Dr. Rewier, fallecido recientemente.

Madame Curie sucedió en 1906 á su marido en la Cátedra que éste explicaba en la Sorbona, siendo también el primer caso que se daba en Francia de que una mujer desempeñase el profesorado universitario.

En fin, el premio Nobel que se la otorgó en 1911, la consagró como una eminencia del mundo científico.

Sus estudios sobre radioactividad la han hecho sabia y merecedora de todo género de distinciones.

**Productos García Suárez.**—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio García Suárez, Calle de Recoletos, 2 triplicado, cuya lectura recomendamos.

**Mercurio Coleolo Serono.**—Al presente número acompañamos un prospecto del Instituto Nacional Médico Farma-

cológico, 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.



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

### ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

## Radiozono

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

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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



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

Suecosor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1