

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Auxiliar de la Facultad de Medicina,
ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

J. SANCHIS BANÚS
Auxiliar de la Facultad de Medicina.
Del Hospital General.

J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Je-

F. TELLO

Director del Instituto Alfonso XIII
L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del

R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Del Hospital General

Del Hospital General.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

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

SUMARIO: Sección científica: Encefalitis polimorfa prolongada, en evolución de hace dos años, por el Dr. E. Fernández Sans.—Luxación congénita del hombro, deformidad congénita del hombro, y la mal llamada parálisis obstétrica, con lesiones debidas á traumatismos producidos por maniobras imprudentes en el parto, por el Dr. J. Lecref.—Cicatrices queloidianas ligeramente salientes en burletitos costeos y picados, por el Dr. Sicilia.—El riñón y las glucosurias, por Justo Caballero y Fernández.—Saneamiento é higienización de España, por el Dr. Luis Muñoz Antuñano.—Bibliografía, por el Dr. Marín A. at.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Homenaje á Cajal.—Primer Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación y Exposición anexa.—Universidad de París. Facultad de Medicina.—Curso teórico-práctico de análisis clínicos por el Dr. Mouriz.—Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.—Sección oficial: Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Academia Nacional de Medicina,
jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno,
médico consultor del Manicomio Nacional de Leganés, etc.

SUMARIO: *Dificultades para denominar con exactitud á la en un principio llamada encefalitis letárgica.—Actualmente parece el más apropiado el nombre de encefalitis polimorfa.—Es característico de esta dolencia lo múltiple y heterogéneo de sus manifestaciones sintomáticas.—Los autores describen formas clínicas cada vez más numerosas.—Otra circunstancia muy importante es la frecuente prolongación del proceso y la persistencia indefinida de algunos trastornos.—Exposición de una historia clínica, que demuestra prácticamente los anteriores asertos.—Resumen.—Nota bibliográfica.*

En mi primera comunicación casuística á la Academia Nacional de Medicina sobre la *Encefalitis letárgica* (13 de Marzo de 1920) ya hice notar que esta denominación por demasiado concreta no convenía á todos los casos, no siendo tampoco completamente satisfactorias ninguna de las otras apelaciones propuestas, así de significación sindrómica; cual anatomopatológica, tales como las de polioencefalitis superior aguda, poliomesoencefalitis epidémica, encefalitis oftalmoplé-

jica, encefalitis epidémica, encefalomielitis epidémica, meningoencefalitis epidémica (adoptada por mí en mi monografía sobre esta enfermedad), neuraxitis, etc., y si en aquella fecha, hace ya dos años, no respondían á la total realidad clínica los nombres sugeridos, las designaciones ideadas después cumplen menos aún ese requisito, porque con el transcurso del tiempo se han ido conociendo, en profusión creciente, cada vez mayor variedad de manifestaciones sintomáticas de la encefalitis, justificando el calificativo de proteiforme, que desde hace tiempo se la aplica.

La falta de caracteres sintomáticos constantes permite comprender que por muchos autores se haya preferido la designación de epidémica, pero tampoco es completamente comprensiva de todos los casos, pues si bien es cierto que hemos aprendido á conocer esta enfermedad, cuando ha hecho su aparición en forma de epidemia, también estamos obligados á admitir su presentación esporádica, en manifestaciones aisladas, aceptándose en la actualidad que así debió existir, aunque solo en rarísimas ocasiones se revelara por trastornos ostensibles y jamás se diagnosticara, por desconocimiento de su categoría nosológica, antes del brote pandémico que ahora está acabando de extinguirse.

Ante los inconvenientes lógicos que ofrecen todas las denominaciones y en la imposibilidad de encontrar una que sea perfecta, creo que deben considerarse como las menos defectuosas las dos siguientes: una nue-

va, la de *encefalitis polimorfa*, que va siendo cada vez más empleada, y con razón, pues dá cuenta de la múltiple variedad de los síntomas por los que esta enfermedad puede revelarse; y otra, la más vieja de todas, la primitiva designación de *encefalitis letárgica*, que con un valor nada más que convencional como el que tienen tantos términos de la nomenclatura nosológica, pudiera conservarse precisamente por su antigüedad, por lo mucho que se ha generalizado su uso, y además porque realmente el estado letárgico ó la tendencia al mismo, más ó menos acentuada, duradera ó transitoria, es un síntoma muy frecuente, que se observa no sólo en la forma letárgica propiamente dicha, sino también aunque no sea más que como un esbozo y fugazmente en numerosos casos de las otras variedades.

Los apegados á lo tradicional y además convencidos de la importancia nada más que relativa de la precisión terminológica, pueden, pues, permanecer fieles al nombre ya clásico y hasta vulgarizado, de *encefalitis letárgica*, mientras que los celosos del rigorismo científico y amigos de los perfeccionamientos innovadores deben preferir el de *encefalitis polimorfa*.

En realidad, esta última denominación tiene la ventaja de que pone de relieve uno de los caracteres más importantes de esta dolencia, sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, la múltiple heterogeneidad de los síndromes á que da lugar. Este polimorfismo se advirtió ya desde los primeros casos de la pasada epidemia, pero entonces no se podía sospechar que llegara á la extraordinaria variedad que después nos ha demostrado la ulterior experiencia clínica de esta tan interesante enfermedad.

En lo que á mis observaciones personales se refiere me llamó la atención en un principio el contraste entre los síntomas irritativos difusos de unos casos, que ofrecían gran semejanza con el cuadro de las meningitis ó meningoencefalitis agudas, y los trastornos fundamentalmente depresivos ó inhibitorios de la actividad psíquica, á la cabeza de los que debe mencionarse el típico letargo, asociado á alteraciones de carácter marcadamente focal, como las tan frecuentes, casi constantes parálisis oculares; estas divergencias sintomáticas sirvieron de base á mi primera clasificación en formas difusas y focales, así como por el mismo motivo otros observadores fueron multiplicando las variedades clínicas; entre ellas conquistó muy pronto lugar preferente la caracterizada por el predominio de manifestaciones hipermiotónicas é hiperquinéticas, por sacudidas musculares principalmente, y por esta razón llamada forma mioclónica, con la que tiene mucha afinidad el tipo más interesante aún y también muy tempranamente descrito con el calificativo de pseudo-parkinsoniano, y conocido después con la denominación de parkinsonismo post-encefálico.

Estas dos formas, mioclónica y parkinsoniana, bastante raras en el primer año de la epidemia, han ido después, á partir de 1920, abundando de tal manera, que á ellas pertenecen la inmensa mayoría de los casos tardíos, los que todavía hoy estamos viendo; y por las peculiaridades de su pertinaz evolución y por la grave-

dad de su pronóstico, á ellas casi exclusivamente se refieren los numerosos trabajos que en la actualidad sobre la encefalitis letárgica ó polimorfa se publican.

Pero desde el comienzo de la explosión epidémica se iban conociendo ya no sólo estas dos formas, que son, sin disputa, las más importantes, la letárgica y la mioclónica, sino también otras llamadas psíquicas, con fenómenos delirantes ó de confusión mental, así como las dolorosas, cuyo conocimiento tanto interesa desde el punto de vista diagnóstico, y otras más raras, con síntomas sistemáticamente medulares y aun polineuríticos.

Y este polimorfismo, ya inicialmente advertido, se ha ido revelando después en progresivo aumento, apreciándose, no sólo al comparar entre sí las observaciones correspondientes á las diversas formas clínicas, sino también en la evolución individual de muchos casos en sí mismos considerados, de un modo intrínseco; es decir, que además de la multiplicidad de las variedades sintomáticas, se ha demostrado la diversidad de aspectos sindrómicos que un mismo caso puede presentar en las sucesivas fases de su curso; de estas apariencias preteiformes del cuadro clínico de la encefalitis ha hecho mención, entre otros autores, Hassin (1) (*), quien dice que los diversos tipos pueden combinarse en el proceso padecido por un mismo enfermo, y de ello es ejemplo bien patente la historia clínica que motiva el presente trabajo, en la que, como se verá más adelante, revistió la dolencia en el transcurso de dos años, cinco formas diferentes, hallándose aún la última de ellas en evolución activa.

La mejor demostración de que á medida que el tiempo pasa van aumentando las pruebas del polimorfismo de la encefalitis, es que cada día son más numerosas las formas clínicas que distinguen los autores. En mi monografía sobre esta dolencia, publicada en Mayo de 1920 (2), describí ocho variedades sintomáticas y evolutivas, la letárgica, la mioclónica, la dolorosa, la ambulatoria, la parapléjica, la polineurítica, la serpigiosa y las abortadas ó incompletas.

También en la misma Memoria citaba la clasificación de Cruchet (3) que pasaba entonces por ser la más compleja y comprensiva, pues admitía nueve formas: mental, convulsiva, coreica, meningítica, hemipléjica, pontocerebelosa, bulboprotuberancial, atáxica y polio-mielítica anterior; pero después se han dado á conocer divisiones más numerosas, en progresión creciente, y así, Tilney y Howe (4) estudian 14 tipos: letárgico, catiléptico, hemipléjico, parálítico agitante, polioencefálico, coreiforme, mioclónico, multiforme, como los más comunes, y como más raros el meningítico, polio-mielítico anterior agudo, epileptomaniaco, psicósico agudo, el que afecta al sistema nervioso simpático y el abortado; y Wechsler (5), en Marzo de 1921, lleva más adelante aún la diferenciación, pues distingue hasta veinticinco variedades.

Además de esta heterogeneidad sindrómica, cada vez más plenamente comprobada, según acabo de demos-

(*) Véase la nota bibliográfica al final del artículo.

trar, ha contribuido mucho á modificar el primitivo concepto del curso y del pronóstico de la encefalitis, el más exacto conocimiento de su evolución, á que se ha llegado en la actualidad.

Se supuso en un principio, y así parecía demostrarlo la observación de los primeros casos, sobre todo en un corto período de tiempo, que se trataba de un proceso agudo, y que los enfermos ó morían pronto, ó se curaban del todo; pero una experiencia más prolongada y acaso también una modificación de los caracteres patológicos de la dolencia, probó que la realidad no se adaptaba á una tan sencilla fórmula, y que en los casos no mortales era muy frecuente que no se lograra la curación, sino que persistieran trastornos de considerable importancia, algunas veces por tiempo indefinido, y esta rectificación del criterio evolutivo y del juicio pronóstico en el sentido de aceptar el paso al estado subagudo y aun al crónico bastante á menudo, es otra circunstancia de sumo interés, que debe tenerse muy presente al concebir la noción moderna de la encefalitis polimorfa.

A este respecto existe perfecta unanimidad en los escritos de cuantos se han ocupado recientemente de esta enfermedad. Achard (6) ha insistido reiteradamente en la importancia nosológica y pronóstica de las formas que llama prolongadas, cuya existencia también reconoce Foix (7), en un magistral artículo de un tratado didáctico. Frank A. Ely (8), con motivo de un caso con síntomas residuales y tendencia á las recidivas y á la cronicidad, llega á la conclusión de que no todos los enfermos de encefalitis mueren ó curan, sino que varios pasan á una fase subaguda ó crónica, y en algunos se advierte la propensión á reiteradas recaídas; aun los casos leves, frecuentemente dejan al sujeto inapto para el trabajo durante muchos meses.

Walter M. Kraus (9) ha publicado también un caso en evolución por varios meses, con grave narcolepsia recurrente.

Pero de todas las formas, son la mioclónica y la parkinsoniana, sobre todo esta última, las más temibles por la tenacidad con que perduran sus síntomas y por lo rebeldes que se muestran á todos los medios de tratamiento. Esta persistencia, muy larga siempre, y en ocasiones indefinida de los trastornos motores irritativos que caracterizan á dichas formas, obliga á conceptuar como más sombrío de lo que se supuso en un principio el pronóstico de las mismas y el de la encefalitis en general, pues es de tener en cuenta que cualquiera de los otros tipos clínicos puede andando el tiempo transformarse en uno de aquellos á que me estoy refiriendo, cuya prolongada duración se demuestra, entre otros muchos ejemplos clínicos, por los citados por Souques (10), que entre sus observaciones personales de la forma parkinsoniana, cuenta con cuatro casos de más de dos años de fecha y con otros dos de más de tres años.

Mas esta pertinacia evolutiva, aunque más frecuente, como he dicho, en las variedades parkinsoniana y mioclónica (de ésta poseo yo una observación personal, que dura ya más de un año) no es un triste privilegio

exclusivo de ellas, sino que, si bien más rara vez, ocurre también en las demás, habiendo Claude (11) en una comunicación casuística señalado la permanencia por largo tiempo de diversas perturbaciones, como parestias, movimientos coreiformes, disturbios visuales, etc.

En los casos en que alguno de esos síntomas se instala con caracteres de cronicidad y perdura de modo ilimitado, se acostumbra á hablar de *secuelas* de la encefalitis; pero aunque esta denominación sea acertada algunas veces, no creo que pueda aplicarse con exactitud siempre, pues en muchas ocasiones, más que de verdaderas alteraciones residuales, de remanentes estables de un proceso ya extinguido, se trata de manifestaciones peculiares de la misma enfermedad, todavía en evolución activa. Muy á menudo los caracteres de esas pretendidas secuelas demuestran que no son éstas expresión de la última fase definitiva é irreparable, cicatrizal por decirlo así, de las lesiones encefalíticas, sino que responden á perturbaciones más vivaces, en vías de modificación, en sentido regresivo unas veces y progresivo otras y, por lo tanto, parece lógico considerarlas como formando parte integrante de la propia entidad nosológica, de la encefalitis *in actu*.

De esta opinión es Netter (12) autor de tan vasta experiencia y tan merecido prestigio en este asunto, el cual afirma que el virus de la encefalitis posee aptitud de larga persistencia que permite explicarse la aparición tardía de unos síntomas, y la evolución progresiva de otros.

La observación clínica que voy á referir es un clarísimo ejemplo de todas las circunstancias que he procurado poner de relieve en el curso de este escrito: heterogeneidad sindrómica, persistencia de los trastornos y prolongada evolución activa del proceso, sucediéndose los unos á los otros los diversos complejos sintomáticos, con remisiones intercalares.

El enfermo es un hombre de treinta y un años, robusto, campesino, natural de un pueblo de una provincia castellana, dedicado siempre á las faenas agrícolas. Carece de antecedentes neuropáticos familiares y él ha disfrutado siempre de salud envidiable, no recordando haber padecido ninguna enfermedad; niega haber sufrido contagios venéreos, ni haber cometido abusos alcohólicos.

La enfermedad actual comenzó el 12 de Marzo de 1920, con las apariencias de un catarro gripal, pero rápidamente aumentó la fiebre y se presentó delirio violento y agitación frenética, que persistió un mes entero; después cayó en un profundo letargo, estando tres meses dormido. La fiebre como se ha dicho fué muy alta y continua al principio y luego siguió presentándose irregularmente durante tres meses y medio.

A mediados de Julio despertó del letargo, advirtiéndose entonces que estaban parésicos los miembros inferiores, continuando así durante cuatro meses; estos trastornos de déficit motor se atenuaron luego hasta desaparecer y el enfermo se repuso, pero continuaba con la faz y la mirada inexpresivas. A fines del año 1920 reapareció la fiebre durante varias semanas, y tres meses más tarde, hacia la primavera de 1921 se pre-

sentaron dolores violentos en el miembro inferior derecho, que subsistieron tres meses, teniendo que guardar cama. Cesaron después los dolores y se restableció nuevamente hasta el punto de que en el verano de 1921 pudo dedicarse á las tareas del campo, aunque cansándose muy pronto.

En Octubre último comenzó á notar que se iba poco á poco agarrotando; experimentaba rigidez creciente, primero en la extremidades inferiores, luego en las superiores, y más tarde en el tronco, siéndole cada vez más difícil moverse y llegando el estado contractural á interesar á todo el cuerpo, incluso á las mandíbulas. También le molestaba una salivación intensa, y persistía desde el principio del mal una acentuada tendencia á quedarse dormido en cualquier parte y á cualquier hora.

Cuando fué explorado por mí, en Enero de 1922, ofrecía una absolutamente típica actitud de parkinsoniano, con envaramiento general, inmovilidad completa, rostro átono, sin el menor indicio de expresión mímica, con ptosis manifiesta y mirada mortecina, apagada. El reflejo rotuliano y los de la muñeca estaban muy exaltados bilateralmente. Existía la sialorrea ya mencionada y la masticación era difícil, por la contractura de los músculos masticadores.

La palabra era bastante clara, solo algo lenta, monótona, y articulada en voz baja.

No se advertía temblor, ni lo hubo más que transitoriamente en los miembros inferiores al principio de la fase parkinsoniana; se observaba con mucha claridad el fenómeno llamado de la rueda dentada, ó de la extensión pasiva por resaltos del antebrazo (y también en la flexión, aunque en menor grado), sobre todo, en el lado derecho.

Este conjunto de síntomas, la evolución tan característica, y por si faltara algo, la permanente propensión letárgica, justifican plenamente el diagnóstico de encefalitis polimorfa, que se encuentra ahora en un período de parkinsonismo.

Este caso, en su dilatada evolución, que cuenta ya dos años de fecha y aún no se halla agotada, ha pasado por cinco fases sindrómicas diferentes que corresponden á otros tantos de los numerosos tipos que se distinguen en la encefalitis; adoptó primero la forma delirante, después la letárgica, más tarde la parésica, á continuación la dolorosa, y actualmente la parkinsoniana, sin que á pesar de su prolongado curso de dos años, se halle todavía extinguida la actividad morbosa del proceso encefalítico.

Por su polimorfismo sindrómico y por su larga evolución constituye, pues, este caso una palmaria demostración de todo lo expuesto en las precedentes páginas.

RESUMEN.—La enfermedad epidémica, pero también presentable esporádicamente, que en un principio se denominó *encefalitis letárgica*, puede seguir designándose con este nombre, siempre que se le atribuya un valor solamente relativo y convencional; pero mejor la convendría, según su concepto moderno, la calificación de polimorfa, pues constituye uno de sus caracteres más importantes la multiplicidad de sus síndromes, no

sólo en las diferentes variedades comparadas entre sí, sino en un mismo caso, en distintos períodos de su evolución. También es de sumo interés, sobre todo para pronosticar el porvenir de los enfermos, la circunstancia de que frecuentemente persisten de modo indefinido algunos trastornos, así como la tendencia á las recaídas, y la sucesión de cuadros clínicos diversos en determinados casos, de todo lo cual es prueba práctica la precedente historia clínica.

Nota bibliográfica.

1. HASSIN: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, pág. 513, Diciembre de 1921.
 2. FERNÁNDEZ SANZ: *La llamada Encefalitis letárgica*, Madrid, 1920.
 3. CRUCHET: *Paris Medical*, 14 de Junio de 1919.
 4. TILNEY Y HOWE: *Epidemic Encephalitis*, New York, 1920.
 5. WECHSLER: *Statistics of Epidemic Encephalitis; Neurol. Bull.*, 3-87, Marzo de 1921.
 6. ACHARD: *L'Encephalite lethargique*, París, 1922.
 7. FOIX: *Art. Encephalite lethargique, in Traité de Pathologie Médicale de Sergent, Ribadeau-Dumas y Babonneix*, tomo V, pág. 195, París, 1921.
 8. FRANK A. ELY: *Journal of Nervous and Mental Disease*, pág. 119, Febrero de 1921.
 9. WALTER M. KRAUS: *New York Neurological Society*, 7 de Diciembre de 1920 (*Journ. of Nerv. and Ment. Dis.*, página 126, Febrero de 1921).
 10. SEUQUES: *Revue Neurologique*, núm. 6, pág. 566, 1921.
 11. CLAUDE: *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 2 de Marzo de 1920.
 12. NETTER: *Revue Neurologique*, núm. 6 pág. 573, 1921.
- Madrid, 14 de Febrero de 1922.

La luxación congénita del hombro, deformidad congénita del hombro y la mal llamada parálisis obstétrica, con lesiones debidas á traumatismos producidos por maniobras imprudentes en el parto

POR EL

DR. J. DECREF

No es la primera vez que me ocupo de este asunto que tiene gran importancia. Me ocupé de él en mi discurso de ingreso y alguna sesión literaria de la Real Academia Nacional de Medicina y en un trabajo detallado que publicó *Andalucía Médica*, en 1916. Creía que había dejado bien establecida la verdad según los trabajos de Küstner, Lange, Finck y Gaugele confirmados en mi práctica, cuando una memoria aparecida últimamente en la *Revue d'Orthopédie*, de Kirmison (núm. 6, 1921), debida á Wilmoth, titulada «Luxación congénita del hombro, deformidad congénita del hombro», me obliga á insistir sobre tan interesante asunto para que la opinión médica española, más influida por las publicaciones francesas que por las alemanas, no se despiste de nuevo fomentando procederes que pueden dar origen á daños irremediables. Desde luego, estamos ya conformes todos en que la llamada por los franceses

hasta 1908 parálisis obstétricas, no son tales parálisis en la inmensa mayoría de los casos debidas á la distensión del plexo braquial, sino á otras lesiones de las que he de hablar ahora.

Heremos una ligera descripción de los síntomas.

En los primeros momentos después del parto se nota que el niño no mueve más que un brazo, permaneciendo el otro completamente inmóvil con el hombro más elevado y pálido (esta última observación es de Finck y yo he podido comprobarla), más puntiagudo, pues falta el relieve deltoidiano apareciendo como desprendido, el brazo péndulo adherido al cuerpo, en rotación interna á veces tan acentuada que el dorso de la manita toca al cuerpo.

Si intentamos girar el brazo hacia afuera y separarle del tronco el dolor se hace sin duda agudísimo porque la criatura grita, llora y protesta con violentos movimientos de todo el cuerpo. Hasta los estudios de Lange, todo el mundo creyó que esto era debido á una distensión del plexo braquial que determinaba una neuritis causada por las maniobras violentas de un parto distócico. A Lange hubo de extrañarle que si bien esa lesión era lógico que determinara la parálisis del brazo y hasta los dolores, no lo era tanto que ocasionara la gran rotación hacia dentro de todo el brazo, y lo mismo pensó Küstner, emprendiendo una serie de investigaciones radiográficas que dieron por resultado la demostración de que desde los primeros momentos existía un gran descenso del húmero por distensión de la cápsula y en muchos alteración ó desprendimiento del cartilago epifisario superior del húmero, cuyo giro en rotación interna explicaba una fuerte contractura muscular. También era entonces más explicable la inmovilidad instintiva para defenderse del dolor y la exacerbación de éste al intentar cambiar la posición del brazo, así como la deformidad característica del hombro. Sin perjuicio de que en algún caso pudiera esto complicarse con alguna distensión del plexo braquial que á su vez fuera causa de una paresia ó parálisis, si no se ponía remedio á la lesión, era muy razonable suponer que esa inmovilidad continuada durante meses ó aun años determinara atrofas con fuertes degeneraciones musculares que hicieran casi desaparecer por completo los movimientos solo por esta causa sin necesidad de que existiera la otra lesión primitiva nerviosa, así como la deformidad de los huesos que constituían la articulación cuya función no había podido ni aun iniciarse.

Convencidos de estas verdades aplicaron el tratamiento, que hoy es clásico, poniendo á estos niños recién nacidos una férula en forma de bandera hecha de cartón, reforzada con tiras de aluminio. Lo que constituye el asta es de una longitud próximamente igual á la del brazo del enfermito incluyendo la mano hasta la raíz de los dedos y de unos 5 ó 6 centímetros de ancho. La parte que pudiéramos llamar de la bandera se hace de forma que ocupe toda la parte anterior del tórax. Bien forrada de algodón hidrófilo se coloca esta última parte del aparato sobre el tórax de forma que corresponde al asta sostener el bracito en abducción y rotación externa. Cuando el niño que padece esta lesión es recién na-

cido y se le aplica esta férula con cuidado, diariamente, después de una suave sesión de amasamiento y movimientos pasivos en las articulaciones del hombro, codo y mano, se logra alcanzar la normalidad en poco tiempo. Dos niños que yo he podido asistir en estas condiciones y á cuyas madres enseñé á emplear este sencillo medio de tratamiento, vieron desaparecer aquellas deformidades diagnosticadas de parálisis obstétricas, para cuyo alivio aconsejaban los médicos que aguardaran á que tuvieran mayor edad y desarrollo con objeto de aplicarles la electroterapia. Dicen los alemanes, á mi parecer con muy buen sentido: ¿es que si en estos casos existiera real y verdaderamente una parálisis por distensión del plexo braquial, estos enfermitos se curarían tan fácilmente por un procedimiento semejante? Lo que ocurre, es que están en lo cierto al apoyar que estos traumatismos son originados por violentas maniobras del parto, determinando distensiones capsulares de mayor ó menor intensidad que desprenden, á su vez, el húmero en total ó la epífisis de su diáfisis permitiendo que las contracciones musculares actúen dislocando todos los tejidos y cuyo único remedio consiste en que los restituyan á su sitio recuperando su anatomía y fisiología, y cuando esto pasa se ve que todo vuelve á la normalidad, incluso aquella decoloración de la piel de la región que también observó Finck y que depende, según éste, del hematoma interarticular producido y cuya reabsorción se facilita lógicamente con dicho tratamiento.

Ocorre con frecuencia, que se cree que es una parálisis y se aplaza su tratamiento, sin saber en qué se apoya esta desdichada opinión, aunque supongo que sea por el error de creer que todas las parálisis tengan el mismo origen y, por lo tanto, las mismas precauciones y tratamiento, ó, sencillamente, por desconocimiento en absoluto de ninguna de las teorías que son más ó menos conocidas para explicar estas alteraciones, que se abandona por completo el tratamiento convirtiéndose las deformidades pasajeras en definitivas, mas las que van viniendo como consecuencia complicando extraordinariamente el problema, dificultando su resolución, como ocurre en otras edades cuando se abandonan por mucho tiempo parecidas lesiones. Transcurren días, meses y aún años, las deformidades aumentan y las parálisis secundarias por atrofas musculares se establecen, los huesos crecen poco y sin función, cambiando su textura y su forma y entonces es cuando se piensa, sin atender bien al estudio de la etiología y patogenia, que estas alteraciones pueden ser lo que Wilmoth llama «Luxaciones ó deformidades congénitas del hombro».

En estas condiciones, si el paciente llega á ciertas edades, no se puede sacar partido de estos procedimientos incruentos según Lange más que hasta los diez años y mucho me parece; bien es verdad que él solo asegura la mejoría en estas circunstancias, nunca la curación. Yo he obtenido un éxito muy satisfactorio en un niño de ocho meses cuya lesión no era muy exagerada, y de esta condición depende mucho, pues el buen resultado está seguramente en relación inversa

de la mayor edad y mayor intensidad de las lesiones.

Cuando el individuo pasa de esa edad sólo una sección de la inserción del pectoral que hace desaparecer la contractura de este músculo según Helbing, ó por osteotomía del húmero según Hoffa y Spitzzy, se logra mejorar la situación porque se hace desaparecer la rotación interna del brazo pudiendo hacerse la flexión del antebrazo con la mano en supinación. Sin embargo, esto depende mucho de la intensidad de la lesión, por lo que se debe siempre intentar corregirla antes con medios incruentos.

En niños de ocho ó nueve años he podido conseguir poco en cuanto la deformidad es acentuada.

Pierre Wilmoth para defender la tesis de que esa lesión no es de origen traumático muchas veces, sostiene que puede presentarse hasta en los partos normales. Para caer en este error no hace falta más que clasificar de parto normal alguno que no lo ha sido. Veamos lo que sobre este tema se puede discurrir. En primer lugar, todos los casos publicados por Kütsner, Lange, Finck, Gaugele, casi todos los que presenta Wilmoth y los que yo he visto, menos uno, se habían presentado después de partos muy laboriosos, incluso la mayor parte con aplicaciones de fórceps, pero yo he observado que en todos los casos en que se ha presentado esta alteración se había empleado una maniobra muy frecuentemente usada para ayudar el parto hasta en los normales, y es la de enganchar al feto con el dedo índice por la axila con objeto de ayudar á su expulsión una vez que ha salido la cabeza, y al tirar, como el bracito no puede hacer aún la abducción porque se encuentra aprisionado, pegado al cuerpo, el destrozo de la articulación es muy frecuente. En el caso que yo he mencionado de mi práctica en que el parto fué poco dificultoso, hubo en cambio esta maniobra y es muy posible que igualmente sean como este los partos normales de que habla Wilmoth. Tan creo que esta manera de actuar es la que produce tan lamentables daños, que yo por lo menos no he dejado de comprobar en ninguno de los casos que he visto, que se haya dejado de ejecutar, y parece muy lógico que así sea dada las lesiones que se producen y el mecanismo por el cual se explica su producción. Si en el caso que se nos presente se averigua bien esto, se examinan y se comprueban los síntomas descritos, no queda para asegurar el diagnóstico más que la confirmación por la Radiografía, que una vez hecha salta á la vista la diferencia entre el hombro sano y el lesionado, y si además en ambos tiramos una línea que partiendo del extremo más externo de la sombra del acromión vaya recta hasta la sombra del extremo superior de la diáfisis del húmero, pues el núcleo epifisario no suele distinguirse aún, sobre todo en el lado afecto, y otra que partiendo del centro de la cavidad glenoidea vaya á terminar en el mismo sitio que la anterior, veremos que en el lado sano se forma un ángulo casi recto y de lados cortos, mientras en el traumatizado se forma otro distinto de unos 45° y cuyos lados son más largos, haciendo resaltar el espacio interarticular que es mucho mayor en la articulación afecta.

Si el enfermo pasó la niñez sin tratamiento alguno

y se os presenta en la adolescencia ó en la edad adulta, según es mayor el tiempo pasado, se observa que las deformidades han aumentado y los huesos tienen un desarrollo muy inferior á los del lado sano y no hay que decir que las dificultades de función tienen la culpa, si bien se han limitado al hombro donde casi existen movimientos que han sido sustituidos en parte por la amplitud de los de deslizamiento de la escápula á costa del mayor desarrollo del supraespinoso y la porción cervical del trapecio que contribuyen al mayor desdibujo del cuello y el hombro; en cambio, los restantes de codo y mano, se han restituido casi todos, compensando en parte, asimismo, la falta absoluta de rotación externa del brazo; pero en este caso, aun haciendo las operaciones que están indicadas, el alivio sobreviene después de una larga y bien dirigida reeducación, pero jamás se llega á la normalidad como cuando se acudió á tiempo á remediar el mal. Hace diez y nueve años, cuando yo presenté aquí, en esta Real Academia, mis primeros trabajos sobre las primeras reducciones incruentas de luxación congénita de cadera por el procedimiento de Lorenz, que se hacían en España, hice notar que el atraso en que se encontraban los huesos de la articulación con respecto á su desarrollo, caminaba rápidamente hacia su normalidad en cuanto, reducida la luxación, se ponían en contacto por ocupar su normal posición hasta el punto de que á las pocas semanas se podía apreciar en las radiografías que se hacían para comprobar la contención de la reducción, la sombra del núcleo óseo de la epífisis superior del fémur que antes sólo en la cadera normal se apreciaba, y esta actividad en dicho desarrollo continuaba si la luxación se curaba con el uso de la articulación, hasta el punto de que, en los casos buenos, á los seis ú ocho años, era ya difícil al que no tuviera mucha práctica en lectura de radiografías de este género, averiguar qué cadera era la operada. Pues esta ley se cumple en esta otra articulación del hombro, y como esta morfología fisiológica que tan indispensable es para el porvenir en el funcionamiento de las articulaciones nunca se logra más que de esta manera, véase si tiene importancia el asunto que nos ocupa, sobre todo para que sea aplicado el remedio en las mejores condiciones, tanto por su eficacia, como por su oportunidad, y de ahí el que yo hace años estudie y publique estos trabajos que tienden á divulgar la etiología, patogenia y tratamiento de esta lesión, influyendo además en su profilaxia en contra de los que, por error, creyendo que sólo existe una distensión del plexo braquial, creen, asimismo, equivocadamente que ésta no puede ser tratada hasta que el niño tiene cierta edad, ó creyendo que es una deformidad congénita, contra la cual nada pueden nuestros recursos hasta que el desarrollo de la criatura nos permita aliviarlo con alguna operación quirúrgica, ó que tomándola por una luxación congénita traten de reducirla y contenerla, reducida por procedimientos conocidos para otro género de luxaciones que no hacen en este caso más que empeorar la situación, en una palabra, que todas estas suposiciones vienen á concluir en que no se haga lo que es debido, dejando

pasar el tiempo oportuno para hacerlo y haciendo ya irremediable el daño que ha de influir durante toda la vida del nuevo ser, en disminuir notablemente su capacidad para la vida social.

Respecto á si en algún caso se presenta al mismo tiempo la parálisis por distensión del plexo braquial, no niego la posibilidad, pero sí he de decir que igualmente que los autores de la escuela alemana, jamás en ningún caso en que reciente la lesión debieran manifestarse las alteraciones de reacción propias de tal lesión pude comprobarlo; por lo tanto, sigo y seguiré creyendo que es rarísimo que se presente, y aunque así no fuera nunca he podido comprender por qué el tratamiento apropiado para estos casos se ha de postergar para otra ocasión, y creo además que no impide, sino muy por el contrario, ayuda á dicho tratamiento el lógico y oportuno de las lesiones producidas en la articulación. Las lesiones originadas en esta forma, como ocurre con las del ciático en los niños ya de cierta edad cuando se reducen luxaciones congénitas de la cadera difíciles en que hay que hacer grandes tracciones para hacer descender la cabeza del fémur hasta la cavidad cotiloidea, se curan perfectamente empleando el tratamiento apropiado y prematuro, pero si se abandonan, las complicaciones cada vez más graves alejan cada día que pasa más la probabilidad de la curación.

Wilmoth describe un caso en el cual se ha presentado esta lesión en ambos hombros, cosa tan rara que es la primera vez que lo he leído, y se vale de este argumento para sostener que puedan ser congénitas estas lesiones, pero niego la consecuencia puesto que en un parto difícil dada la violencia á que se apela en algunas ocasiones y lo inocente que hasta ahora se creyeron ciertas manipulaciones como la que he descrito y á la cual achaco el mecanismo de producción, nada tendría de particular que actuara sobre los dos hombros de un mismo sujeto. Diré en apoyo de mi tesis, que todos los facsímiles de radiografías que aparecen en el trabajo de Wilmoth indican claramente que hubo alteración del núcleo óseo de la epífisis sin género de duda por traumatismo.

Para terminar, Froelich, de Nancy, publicó el año pasado en la *Revue de Chirurgie*, París, números 7-8, 1921, un artículo sobre este tema en el cual, después de seguir llamando á esta lesión parálisis braquial, reconoce las lesiones articulares y admite, sin discusión, que en los recién nacidos es curable perfectamente por el procedimiento de Lange. Hay que tener en cuenta que este autor, en el último Congreso de Cirugía Ortopédica tenido en Strasburgo, ha sido el encargado de la ponencia sobre tratamiento incruento de la luxación congénita de la cadera que ya venía mixtificándose con infinidad de modificaciones de esas que se pretende hacer generales, porque en algún caso especial creyeron útil emplearlo mejor ó peor indicado, y prescindiendo de esa exagerada patriotería que llevan ridículamente á los franceses hasta este terreno sagrado para ciertas pasiones, enturbiando su indiscutible mérito y maestría en la clínica, se ha decidido é impuesto en las conclusiones el más sencillo tratamiento que desde un prin-

cipio inició Lorenz, de Viena, después de una discusión científica en que con su talento y dominio de la clínica en esta especialidad convenció á todos de la verdad.

Como de hacer las cosas como es debido en un principio depende que una lesión de tanta importancia se cure bien, y como el abandonarla en los primeros años es la causa de que un ser se encuentre casi ó totalmente inútil de sus brazos, me ha parecido oportuno llamar la atención sobre tan importante asunto, en el cual la pasión, más que el razonamiento, pudiera equivocar el verdadero camino con perjuicio del que sufre.

En resumen: las llamadas luxaciones congénitas ó deformidades congénitas del hombro y parálisis obstétricas son traumatismos originados por maniobras imprudentes ejecutadas durante el parto, por lo que hasta ahora se ha visto y estudiado.

La maniobra que las produce más frecuentemente es la de enganchar al feto por la axila con un dedo ó con el gancho de una rama del fórceps, con objeto de tirar de él y favorecer su expulsión, debiendo suprimirse en absoluto.

En mediatamente después del alumbramiento debe examinarse detenidamente la criatura, y si se notara alguna de las alteraciones que hemos descrito, se procederá cuantos antes á la aplicación del tratamiento preconizado por Lange, ayudado de las prácticas de amasamiento y electroterapia, si ésta fuera necesaria, porque es la única manera de lograr una curación completa en semejantes casos.

Cicatrices queloidianas ligeramente salientes en burletitos corteos y picudos

FOR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

Son las que restan después de escrófulas ganglionares en muchacha linfática asentando lado izquierdo submaxilar sobre dos infiltraciones persistentes del tejido pariaenítico cubriente que conserva el enrojecimiento de tono alilado ó morado característico, quedando depresiones epidérmicas bordeadas de estas líneas, teniendo marcada tendencia á las reacciones congestivas y fluxionarias por el menor traumatismo é irritaciones de pomadas, siendo sobre tejidos de aspecto fofo, habiendo durado hasta hace poco la supuración.

Alta frecuencia con electrodo fino aplicado sobre los relieves y chisporroteo.

Cicatrices cara palmar dedos con extensión á palmas consecutivo á quemaduras. — Han sido producidas por aceite hirviendo cuyas vejigas y ulceraciones difíciles de curar en órganos tan movibles y retractiles por el dolor como son las manos de niña, ha determinado una flexión tan acentuada de tendones flexores que al estrechar las heridas ha permitido al tejido inocular aumentar en espesor todo lo que debiera en amplitud quedando burletes ó bandas fibrosas muy engrosadas y duras con cierta igualdad en su espesor, sobre todo en dedo índice donde pasa de un centímetro el tejido cicatricial manteniendo muy saliente las zonas de la extensión y en la cara palmar se ve la rama principal, de la cual salen las bifurcaciones en sentido de los dedos, siendo de

más á menos conforme vamos de fuera adentro, quedando reducidas á delgadas líneas muy cortas é incompletas que cruzan en otros pliegues de flexión. Indicaba operación de escisión, ó sección transversal con estiramiento y palmeta, pero la alta frecuencia con electrodo apropiado siguiendo las líneas morbosas de la hiperproducción durante más de cuarto de hora hasta cambiar color en ambos casos por otro grisáceo oscuro y reblandecimiento de tejidos, los cuales quedan como encharcados de serosidad, flictenizados, de tumefacción blanda en toda la producción morbosa unido al amasamiento y vendaje apropiado y sólo con pocas aplicaciones fué venciendo la rigidez, siendo innecesarias las aplicaciones de fibrolisina en que se había pensando, la cual en adultos se usan y por vía intravenosa en lupus muy duros en algunas de sus variedades especiales.

Botriomicoma.—Producción en mujer vieja como nodulito de un rojo bastante indurado enquisante grueso pediculado con rotura en collarín de capa córnea.

EL RIÑÓN Y LAS GLUCOSURIAS ⁽¹⁾

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

POR

JUSTO CABALLERO Y FERNANDEZ

Podemos, para terminar este trabajo, afirmar que la teoría quimicobiológica que nosotros defendemos y que consideramos racional, se apoya en hechos experimentales que la práctica ha sancionado, como son: la considerable cantidad de glucosa que se encuentra en la sangre de la arteria renal y que se gasta en dicha glándula por los mecanismos que ya mencionamos, puesto que no sale por la vena más que una parte bastante menor y por la orina (nos referimos á un ser sano) una cantidad insignificante; el trabajo enorme llevado á cabo por el riñón; la importancia funcional de la célula renal; la llamada diabetes renal, cuyo tipo es la floridzínica, que ocasiona glucosuria sin hiperglicemia, y que suponemos debida á una actividad de la glándula; actividad defensiva que tiene por único y exclusivo objeto el tratar de evitar que vuelva al torrente circulatorio (lo que ocasionaría al organismo indudable trastorno) la glucosa que no fué gastada en las diversas funciones intrarrenales, por estar probablemente el órgano afecto de hipofuncionalismo; dejando en suspenso la hipótesis de que el riñón floridzínico tiene la facultad de obtener glucosa por síntesis, por no tener confirmación experimental y por parecer inverosímil que el riñón fabrique todo el azúcar que se elimina en las grandes dextrosurias.

CONCLUSIONES

- 1.^a El riñón no puede considerarse como un filtro, sino que es una verdadera glándula secretora.
- 2.^a La propiedad de segregar orina es debida á la actividad biológica de la célula renal.
- 3.^a La orina normal tiene glucosa, aunque en pequeñas proporciones.
- 4.^a Decimos que hay glucosuria cuando en la orina se presenta azúcar reconocible por los métodos clínicos.
- 5.^a La glucosuria es un síntoma capaz de presentarse en múltiples dolencias, y la diabetes es una enfermedad que no debe confundirse con aquélla.

(1) Véase el número anterior.

6.^a Es preciso separar bien las causas de la glucosuria y las que son capaces de originarla diabetes. Hecha esta diferenciación, se puede afirmar que no hay ninguna teoría que explique satisfactoriamente la salida de azúcar con la orina.

7.^a La glucosuria, lejos de ser la consecuencia de lesiones anatómicas del riñón, debe interpretarse como consecuencia de la actividad defensiva de la célula renal.

8.^a Nuestros trabajos han sido encaminados hacia la demostración:

- a) De la presencia de azúcar en la orina normal.
- b) De la riqueza en glucosa de la sangre de la arteria renal.
- c) De la pequeña proporción de este hidrocarbonado que existe en la vena renal.
- d) Del papel del riñón en la glucosuria experimental floridzínica; y
- e) De las lesiones renales consecutivas á la glucosuria.

9.^a La diferencia entre la cantidad de glucosa de las arterias y venas renales patentiza que este hidrato de carbono en parte se destruye, en parte se transforma en otros cuerpos, y en pequeña proporción se elimina, como consecuencia de la actividad glandular.

10. Habrá glucosuria cuando la glándula renal reciba mayor cantidad de dextrosa de la que necesita para cumplir con las funciones que le están encomendadas, ora por existir hiperglicemia, ora porque el riñón se halle momentáneamente ó de un modo definitivo en hipofuncionalismo.

11. Siendo el riñón órgano regulador de la glucosa circulante, debe eliminarla cuando se halle en proporciones que hagan peligrar las leyes físicas intraorgánicas y él no pueda destruirla. La glándula renal deja, pues, pasar la dextrosa, no por ser incapaz de retenerla, sino, al contrario, la glucosuria indica que la glándula, á costa de su integridad anatómica, muchas veces cumple su papel protector de la economía y trata de conservar, dentro de ciertos límites, una constante composición del suero sanguíneo.

12. Esta explicación quimicobiológica es sumamente racional y está apoyada en indiscutibles hechos experimentales.

Barcelona, 12 de Junio de 1920.

Verificó el ejercicio del grado de doctor y fué calificado de sobresaliente.

Madrid, 5 de Noviembre de 1920.—El presidente, *Rafael Mollá*.—Vocales: *Laureano Olivares*, *Florestán Aguilar* y *Pedro Vallcorba*.—El vocal secretario, *Isidoro Rodríguez Trigueros*.

Bibliografía.

- Achard.—«L'insuffisance Glycolytique», *Paris Médical*, 5 Abril 1913.
- Albarrán.—«Nuevos estudios de la fisiología y de la patología de los riñones», *La Clínica Moderna*, Junio 1903.
- Albasanz.—*La secreción interna de los riñones y la opoterapia renal*, 1917.
- Balthazard y Macaigne.—*Manual de Patología Interna*, tomo II, págs. 11, 24 á 28.
- Bar y Daunay.—«La prueba de la floridzina en las mujeres albuminúricas», *La Clínica Moderna*, Agosto 1903.
- Baudouin.—«Etude clinique des glycémies», *Paris Médical* 3 Mayo 1919.
- Batlés.—*Anatomía humana descriptiva*, tomo I, pág. 277.
- Brault.—«Les variations de la glycosurie dans les cancers du pancreas», *La Presse Médicale*, 21 Marzo 1908.
- Beaunis.—*Physiologie Humaine*, tomo I, pág. 140; tomo II, págs. 182 y 383.

- Begouin, Bourgeois, etc.—*Tratado de Patología Quirúrgica*, tomo I, pág. 124.
- Busquet.—«Influence de la température extérieure sur la glycosurie», *La Presse Médicale*, 9 Enero 1909.
- Cabanes.—«Valor diagnóstico de los exámenes químicos de orina», *Tesis del Doctorado*, 1910.
- Camis.—«Glucosuria consecutiva á la destrucción de los conductos semicirculares», *El Mes Terapéutico*, 13 Abril 1912.
- Camus y Roussy.—«La glycosurie hypophisaire», *Paris Médical*, 4 Abril 1914.
- Capera.—«Determinación de la glucosa por la fenilhidracina», *La Previsión Médica Española*, Enero 1911.
- Carnot.—*Opoterapia*, págs. 205, 256, 268, 498 y 601.
- Castaigne y Rathery.—«Le diabète, la goutte, l'obésité», páginas 5 á 26, 40 á 69.
- Casares.—*Análisis Químico*, tomo II, págs. 252 á 289.
- Cazzaniga.—«Glucosuria agónica», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 28 Noviembre 1914.
- Corral.—*Clinica Propedéutica*, págs. 513 á 523.
- «Congreso Alemán de Medicina Interna» celebrado en Wiesbaden, Abril 1913.
- Dufourt.—«La signification de la disparition du sucre chez les diabétiques», *Le Journal Médical*, 15 Abril 1908.
- Epstein y Schwalbe.—*Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica*, tomo VI, pág. 737.
- Ehrmann.—«Substances actives contre le diabète adréalinique», *La Presse Médicale*, 26 Agosto 1908.
- Fernández (Obdulio).—«Intervención del páncreas en la diabetes», *La Actualidad Médica*, Abril 1913.
- Gilbert y Baudovin.—«Hidratos de carbono de la orina normal», *Paris Médical*, 12 Julio 1919.
- Gilbert y Lereboullet.—«La glycosurie diabétique», *Paris Médical*, 6 Mayo 1911.
- Gley.—*Fisiología*, págs. 19, 137, 327, 600 á 614, 634 á 638, 659, 664, 739 á 735, 759.
- González Prats.—*Hematotecnica normal*, pág. 377 á 381.
- Gram.—«Diabetes renal», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 21 Octubre 1915.
- Grasset.—*Tratado de Fisiopatología Clínica*, tomo I, páginas 435 á 463; tomo II, pág. 54.
- Griggi.—«Reactivo indicador para la dosificación del azúcar», *La Clínica Moderna*, Abril 1905.
- Hédon.—*Précis de Physiologie*, págs. 388, 419, 427 y 434.
- Hédon.—«Expériences de transfusion réciproque par circulation carotidienne croisée entre chiens diabétiques et chiens normaux», *La Presse Médicale*, 12 Mayo 1909.
- Hirschfeld.—«Origine du diabète», *Revue de Médecine Interne*, tomo I, n.º I.
- Hoppe-Serler.—«La glycosurie chez les vagabonds», *L'Indépendance Médicale*, Junio 1900.
- Ivon.—*Análisis de orinas*, págs. 315 á 355.
- Jeanselme, Chauffard, etc.—*Maladies des Reins*, págs. 67 á 76 y 99.
- Keen.—*Cirugía*, tomo I, pág. 176; tomo IV, pág. 113.
- Labbé.—«Patogenia y clasificación de las diabetes sacarinas», *El Mes Terapéutico*, Diciembre 1910.
- Lambling.—*Précis de Biochimie*, págs. 61 á 65, 105, 209, 263, 338, 379 á 422.
- Landonzy y Bernard.—*Elementos de Anatomía y Fisiología Médicas*, tomo I, págs. 95 á 148.
- Laulanié.—*Elements de Physiologie*, págs. 457, 522.
- Lecorche.—*Traité du diabète*, págs. 3 á 125, 372 á 390, 468 á 492, 546.
- Lelièvre.—«Recherches expérimentales sur l'évolution y le fonctionnement de la cellule rénale», *Tesis del Doctorado*, París, 1907.
- Lépine.—«Le sucre virtuel du sang», *Paris Médical*, 4 Abril 1914.
- Lépine.—«Glicosuria y levulosuria alimenticias», *La Clínica Moderna*, Abril 1903.
- Lépine y Boulud.—«Le sucre total du sang», *La Presse Médicale*, 5 Agosto 1908.
- Linossier.—«Les maladies de la nutrition en 1913», *Paris Médical*, 5 Abril 1913.
- Linossier.—«Les maladies de la nutrition en 1911», *Paris Médical*, 6 Mayo 1911.
- Linossier.—«Les maladies de la nutrition en 1914», *Paris Médical*, 4 Abril 1914.
- López Pérez.—«Glucosurias, pseudoglucosurias y diabetes; diagnóstico de las mismas por el análisis químico de la orina», *Clinica y Laboratorio*, Abril y Mayo 1910.
- Luciani.—*Fisiología Humana*, tomo I, págs. 111, 210, 805 á 829, 909, 935, 941, 944; tomo II (Parte 1.ª), págs. 50 á 55 (Parte 2.ª), pág. 529.
- Marañón.—«Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición».
- Marfori.—*Tratado de Farmacología y Terapéutica*, página 775.
- Merklen.—«La diabetes: orientación actual de la afección», *Le Monde Médical*, 15 Febrero 1913.
- Osler.—*Tratado de Patología Interna*, tomo I, pág. 634.
- Pernjo.—«Dos casos de diabetes de síntomas secundarios», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 7 Noviembre 1894.
- Pfaundler y Schossmann.—*Tratado Enciclopédico de Fisiología*, pág. 149.
- Pi y Suñer.—«La antitoxia renal».
- Pi y Suñer.—«Influencia de las aguas de Mondariz sobre el recambio nutritivo».
- Pigeaud.—«La diabetes», *La Medicina Científica*, Junio 1913.
- Pignot.—«Procédé colorimétrique pour doser le glucose», *Paris Médical*, 28 Diciembre 1918.
- Ramón y Cajal.—*Manual de Histología normal*, página 672.
- Ramón y Cajal.—*Manual de Anatomía patológica*, páginas 17 y 31.
- Rathery y Lienard.—«L'influence de l'alimentation carnée sur la glycosurie», *Paris Médical*, 5 Abril 1913.
- Richardière y Sicard.—*Maladies de la nutrition*, pág. 144, 149 á 178, 198 á 223, 287 á 295, 343 á 353.
- Richet.—*Dictionnaire de Physiologie*, págs. 228 á 538.
- Robert y Tissot.—«La diabetes», *La Medicina Científica*, Octubre 1910.
- Rodríguez Carracido.—*Tratado de Química Biológica*, páginas 81, 116, 738.
- Roger y Chiray.—«La glucuronuria normal y patológica», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 14 Julio 1915.
- Roger.—«Glycosurie et glycoronurie», *Paris Médical*, 25 Septiembre 1915.
- Ronchese.—*Guide pratique pour l'analyse de urines*, página 298.
- Sabrazés.—«Investigación del azúcar sin reactivo», *La Clínica Moderna*, Febrero 1906.
- Sanz Felipe.—«Los análisis en los diabéticos», *La Clínica Moderna*, Diciembre 1916.
- Sergent.—*Técnica Clínica*, pág. 145.
- Testut.—*Anatomía Humana*, tomo IV, págs. 457 y 494.
- Tirad.—«Sobre glucosuria», *Revista de Especialidades Médicas*, 10 Enero 1915.

Toledo.—«Revista de Biología», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 14 Noviembre 1913.

Toledo.—«Revista de Biología», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 21 Febrero 1912.

Toledo.—«Un concepto nuevo en la patogenia de la diabetes», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 14 Septiembre 1910.

Tollens y Bourgeois.—*Hidratos de Carbono*, págs. 59, 369, 379, 416.

Torre.—*El artrismo*, pág. 137.

Toussaint.—«La diabetes conyugal», *La Medicina Científica*, Diciembre 1908.

Vogt.—«Diabetes floridzínica y glucosuria alimenticia», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 21 Octubre 1903.

Worms.—«Estudios clínicos sobre la diabetes», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 15 Agosto 1895.

Wisenko.—«L'action de l'acide glutarique sur le diabète phloïdizique», *Revue de Médecine Interne*, tomo I, n.º 4.

Zulzer.—«Sur le diabète expérimental», *Archives générales de Médecine*, Septiembre 1907.

X.—«Diabetes y traumatismos», *Le Monde Médical*, 5 Mayo 1908.

X.—«La diabetes mellitus», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 21 Enero 1914.

X.—«Las nuevas investigaciones sobre patología renal», *Le Monde Médical*, Septiembre 1911.

X.—«Medicamentos que dificultan la investigación y dosificación de la glucosa», *La Clínica Moderna*, Diciembre 1915.

X.—«Nuevos procedimientos para la determinación de la glucosa en la orina», *La Clínica Moderna*, Mayo 1903.

Saneamiento é higienización de España ⁽¹⁾

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

Pero sí habremos de mencionar algo de lo que en el asunto se hace en otras partes. Todas las naciones americanas, y no ya sólo en los Estados Unidos, donde se ha llegado al máximo en la materia, cuando colonias agrícolas y poblaciones enteras de jóvenes reformados, sino todas las de América del Sur, Argentina, Brasil, Uruguay, etc., podrían dar lecciones provechosísimas en este sentido á su madre patria.

En cambio, recorred, como lo hemos hecho nosotros más de una vez, las celdas de la Cárcel Modelo de Madrid donde se encierra á los «chicos»; encerrados—tal es el nombre—, y podréis ver en un pasillo una fila de cuartos sucios, sin ventilación directa, á estos chicuelos, llamados vulgarmente *quincenarios*, entre los cuales se encuentra desde el ladronzuelo aprendiz hasta el invertido sexual, confundidos, mezclados por las más diversas causas y condenas; son, generalmente, los hijos de criminales, de la prostitución, del arroyo..., harapos sociales; pero, al fin, pobres niños desamparados, carne de presidio por vivir gran parte de su vida infantil encerrados en estas celdas antibigiénicas, con el zambullo al lado lleno de sus excrementos; celdas que vuelven á ocupar con gran agrado suyo é indiferencia de los que debieran velar y no velan por ellos; y no dos ó tres veces, sino muchas, innumerables, las suficientes.

(1). Véase el número 8.559.

LA SANIDAD DE LAS COMARCAS RURALES

I

«Los españoles conocen muy bien las grandes cosas; pero desconocen en absoluto las pequeñas».

BEYLE (Stendhall).

¡Los pueblos! ¡El campo! ¡La sanidad de los campos! Son asuntos que los españoles, con ser el nervio de la verdadera sanidad, ni conocen ni se han puesto seriamente a meditar en la necesidad é importancia de su estudio. ¡Los pueblos! ¡Las pequeñas localidades! ¡Los insignificantes!

«La sanidad de las ciudades y la sanidad de los campos, la defensa de las vidas amenazadas por tantos estragos y de los cultivos invadidos por tantas plagas, son altos deberes de gobierno, totalmente abandonados en España, siendo desconsolador que, á las tentativas modestas é ineficaces ensayadas hasta el día, pueda aplicarse, fomentando un cruel escepticismo, aquella locución verbal que juzga en ocasiones más dañoso el remedio que la enfermedad misma».

Las anteriores palabras, escritas por Canalejas en la revista *Nuestro Tiempo*, en un hermoso trabajo, que tenía por título «La última tregua», en el cual expuso su programa de gobierno para el reinado de Don Alfonso XIII, son bien elocuentes y tienen toda la autoridad mayor por venir de un estadista que demostró cumplidamente conocer á fondo todos los problemas de gobierno más interesantes para el país.

No es, en el fondo, el problema de saneamiento en nuestros campos y de nuestras pequeñas localidades diferente del de las grandes agrupaciones urbanas. Las mismas importantes cuestiones vienen á constituir, en último término, el punto principal de vista desde el cual debe considerarse el asunto para emprender un estudio que tenga por base el saneamiento é higienización de nuestros campos. El agua, la casa, el alimento, las infecciones y epidemias, y todos los grandes problemas de higiene municipal de las grandes ciudades, son, en suma, los mismos que afectan á las comarcas rurales; pero su peculiar modo de vivir los habitantes de éstas, las condiciones económicas y de orden social, debidas á su especial modo de ser, dan al problema, aun siendo el mismo, un aspecto diferente, ya que no en el fondo, en sus procedimientos, y no ya sólo en la manera de corregir las deficiencias sanitarias, sino de estudiarlas, pues no son iguales los elementos modernos de que pueden disponerse en una gran urbe para el conocimiento de los asuntos que afectan á la higiene actual que aquellos que con enormes dificultades de orden material y económico pueden reunirse, y no siempre, en los pueblos y aldeas.

Siendo sus recursos muy escasos, mezquinos sus presupuestos, y generalmente el abandono y la ignorancia su norma de conducta, no está del todo injustificado el que se considere al Estado como el verdadero culpable del atraso higiénico de nuestras comarcas rurales. El Estado, á modo de un padre, puede y debe cuidarse de la educación y tutela de todos sus hijos, con igual celo, y al fin y cabo, campos y pueblos, hijos queridísimos son de la madre patria, y además, vivero de la raza, de sus energías, de sus futuros hombres de Estado y de ciencia, porvenir de la nación, gérmenes ocultos y diseminados en esos pequeños lugarejos perdidos en apartados rincones del país.

Responsabilidad enorme del Estado es la incuria con que deja abandonados á sus propios esfuerzos esos pequeños Municipios que no tienen atendidas las más elementales necesidades de la higiene moderna. Díganlo, por ejemplo, pueblos como Adanero (Ávila), donde un vecino se suicida arrojándose al pozo (y ya van varios casos) que surte de agua potable á la población, y el vecindario, por no perecer de sed, tiene que consumir días y días aquella agua infecta y

contaminada por la descomposición cadavérica. Dígalo también el pueblo de Villarrín de Campos (Zamora), donde siendo enorme la morbilidad (el 95 por 100 de los habitantes) y mortalidad por paludismo, ocasionado por falta de saneamiento de una laguna próxima, acuden al Monarca en solicitud, que hasta la fecha (y ya han pasado unos años) á pesar de la regia recomendación, no ha sido todavía resuelta. Díganlo los vecinos de Villalobón (Palencia), donde, seco y agotado un manantial, y costando solamente 2.000 pesetas el alumbramiento de otro inmediato al pueblo, tienen que ir, á veces á pie, á surtirse de agua en una fuente del arriabal de Palencia, distante tres kilómetros de la localidad. Díganlo, por último, todos los pueblos de España en que la última epidemia gripal ocasionó víctimas innumerables.

Miles de ejemplos, que llenarían un volumen, pudieran añadirse; pero no es preciso, porque, afortunadamente, ya han ido percatándose políticos y profanos á la ciencia, del estado antihigiénico y vergonzoso de los pueblos que constituyen el territorio nacional.

Y eso que de estos oscuros lugares, donde toda enfermedad encuentra cobijo y medios de desarrollarse rápidamente, segando vidas y aumentando las cifras de mortalidad que aterran al leerlas, son de donde van saliendo los hombres que han escrito y escribirán la Historia de España. Cortés, naciendo en Medellín; Espartero, en Granátula; Prim, en Reus; Cervantes, en Alcalá; San Ignacio, en Loyola, y tantos otros, guerreros, poetas, santos y hombres ilustres de todos los tiempos, condiciones y ramos del saber, son títulos sobrados con que los pueblos pagan al Estado, desinteresadamente, el abandono en que tienen tan importantes cuestiones, que hasta por egoísmo debían atender.

Los habitantes de las grandes poblaciones desconocen por lo general el problema que nos ocupa; no les interesa, á pesar de ser el mismo que á ellos les afecta. Y tal asunto es interesantísimo, pues no sólo ya aquellas causas encerradas en el pequeño recinto urbano de los pueblos, que, en último caso, no serán sino una miniatura de las que se encuentran en las grandes poblaciones (fuentes, mataderos, viviendas, etcétera), sino más esencialmente aquellas otras colocadas en pleno campo, lejos de la agrupación urbana, y que, por su especial modo de ser, han de influir tanto ó más que las primeras en la salud pública y deben estudiarse y resolverse.

Con efecto: la vida de los pueblos es la indicadora de sus leyes, de sus necesidades, de sus temores y de sus esperanzas.

En las grandes ciudades, el campo se aleja del centro de la población hasta desaparecer por completo en el sentido de verdadero campo; ó, en otros términos, la vida íntima de estas urbes populosas modifica y acomoda sus necesidades hasta á los habitantes de sus cercanías.

Las fábricas ocupan grandes áreas, que llenan de escombrías y detritus el terreno en los barrios extremos de la capital; se amontona lo viejo y lo inservible en el *confort* central en suburbios infectos, en los que buscan cobijo la hamponería y la miseria. Más lejos, en otros lugares, el burgués busca esparcimiento á su espíritu cortesano, fatigado de la vida diaria, y acota terrenos, que artificiosamente convierte en pequeños jardines, haciendo, si así puede entenderse, el campo que no existe.

En otras partes, los Ayuntamientos hacen parques llenos de flores, de árboles, todo artificial, y, en fin, la vida de la gran ciudad hace que el obrero, el empleado, el aristócrata y, en una palabra, el habitante de la población ni conozca el campo ni viva en él, porque su vida social le atrae al centro, donde desarrolla sus actividades y consigue sus beneficios en la lucha de la vida.

En cambio, el habitante de los pequeños pueblos disminuidos por la inmensidad de los campos, reduce su vida casi siempre á la espera de las cosechas, á los cultivos, á las faenas agrícolas, y las conversaciones y el ambiente de estas pequeñas localidades es esencialmente agrícola; el rico y el pobre, consagrandose sus actividades á explotar la tierra, que se agrupa en torno de su pequeño lugar, pasan su tiempo en el campo, unos labrándole, otros observándole; es decir, eternamente en el campo.

Distintas, pues, han de ser las condiciones higiénicas de unos y otros sitios. Muy atendibles serán los desvelos que hombres de ciencia se hayan tomado en previsión de los peligros que atañen á los ciudadanos de las capitales; muy laudables las Ligas contra la tuberculosis, los patronatos de protección á la infancia, fundando Sanatorios, Dispensarios y Gotas de Leche; las iniciativas sociales que construyen casas y barrios obreros, y tantas medidas justísimas, necesarias y loables.

Si triste es la cifra de mortalidad, tristísima, desconoladora es la de la emigración. Hay puertos españoles, como Coruña, donde se calcula en 1.000 personas diarias la cifra de emigrantes en ciertas épocas; es decir, 30.000 mensual; pobres campesinos que huyen de sus tierras pantanosas, improductivas, en las que las fiebres y las infecciones y la miseria destruyeron vidas y costumbres, arrojando de su seno al pobre labrador, que, fuera de su hacienda, nada posee!

Urge, pues, poner remedio á estos males. Y desconociéndose por completo y en absoluto, como hasta hace pocos años ocurría en otros países, este estado sanitario rural; urge, repetimos, conocerle, para poder poner remedio paso á paso, con fe y perseverancia, haciendo labor útil y productiva en favor de la resolución de los graves problemas que de esta incuria pudieran surgir irremediables, en un momento dado, aun con toda la voluntad posible, pues mal puede remediarse aquello cuya procedencia se desconoce.

No es labor de un día solo. El estudio de estas causas morbosas es complicado, porque son varias y bastantes las que hay que estudiar, por ejemplo, el paludismo, verdadero azote de los campos, que hace imposible la vida activa de regiones, en otros tiempos feraces y hermosas, hoy convertidas en campos de desolación; otras, atacadas inmemorialmente por el terrible mal; otras, en fin, colocadas por las necesidades en el mismo foco palúdico, como sucede con las estaciones ferroviarias.

Así se vive, desgraciadamente, siendo esto casi desconocido por muchos españoles en comarcas extensísimas. Extremadura entera, las huertas murcianas y alicantinas, las tierras de Levante y Andalucía, etc.

Otro problema capital es el del abastecimiento de aguas de los centros rurales. Inútil es decir que este asunto es de los más abandonados por el Estado, ya que poco ó muy poco ha hecho en este sentido, como lo prueban poblaciones importantes por aguas abastecidas, en las que, prescindiendo de su impotabilidad, cuando no al mismo tiempo de su escasez, están expuestas á toda contaminación. Díganlo si no los 4.932 abastecimientos insuficientemente protegidos y los 2.872 que son insalubres por carecer de toda protección.

Justo es decir que no todo es incuria en España; en España se trabaja mucho, tanto como en el extranjero quizá; pero este trabajo no se organiza, á veces se desconoce hasta en los mismos centros en que se trabaja, y nunca se ensalza ni se estimula como merece; los muchísimos datos sueltos que en este y en otros asuntos tenemos se pierden sin conocerlos en ninguna parte, teniendo que decir, erróneamente muchas veces, que España es un país de incuria imperdonable.

Por tal razón debe acometerse la completa organización de los servicios, reuniendo los datos aislados que puedan existir anteriormente, acumulándolos en un plan general, acomodándolos á él, aportando otros nuevos y modificando y completando los existentes.

Así podremos saber, al final de nuestra labor, el índice palúdico español, las comarcas atacadas, las aguas de que disponemos, sus medios de conducción y distribución, sus análisis químicos y bacteriológicos, la alimentación y el trabajo del habitante del campo, las epidemias y las endemias, las condiciones higiénicas de nuestras minas, de nuestras vías férreas, y tantos otros datos, que juntos constituirían el inventario de nuestra sanidad rural.

Bien conocidos estos datos, aportados con conciencia y con verdad, podrán proponerse las medidas con las que pueda modificarse el atraso sanitario lamentable de España; tan lamentable como era en Francia y Alemania no hace muchos años; tan lamentable como lo es aún en otras naciones más ricas y poderosas que la nuestra, tan criticada siempre en toda ocasión.

Para conocer estos datos con verdad y conciencia, no podemos proceder sino como modernamente se procede en estos asuntos en los países en que la ciencia marcha á la cabeza de la civilización.

Una labor esencialísima, que es la que concienzudamente ha de llevarse á cabo en el laboratorio, analizando los datos obtenidos y aportados por la investigación oficial y burocrática, pues en el laboratorio es donde han de resolverse los futuros problemas de la agricultura y de la sanidad, como lo han comprendido ya, encaminándolo en ese sentido, todas las naciones civilizadas. En el laboratorio han de analizarse aguas, sangre de palúdicos, alimentos, bebidas, etc.; ahí es donde ha de hacerse labor científica y verdadera.

Y en este sentido y en esta orientación deben organizarse los modernos servicios sanitarios, con amplios laboratorios, bien dotados de material suficiente, al ejemplo de Alemania, de Inglaterra, de los Estados Unidos, etc., donde en estos laboratorios, no los médicos, sino ellos y los ingenieros de todas las ramas de la Ingeniería, químicos, doctores en Ciencias, farmacéuticos, veterinarios, entomólogos, etcétera, deben ocuparse en la resolución de los problemas que afectan á la Agricultura, á la Sanidad, á la Industria, al Comercio, y en una palabra, á la riqueza nacional.

Y si tal no se hiciera, los laboratorios, y la sanidad misma, seguirían anémicos y siendo engendros sin resultados prácticos; y volvería á hablarse de desorganización sanitaria (y lo más grave es que lo sería con justos motivos) cuando de nuevo la segadora imperdonable de vidas nos visitara en forma de epidemia gripal, tifoidea, cólica, etc.

«Hombres y no leves», decía Costa; y nosotros diríamos «hombres capaces de hacer cumplir las leyes», que en España las hay sobradas; pero que por espíritu innato de nuestro pueblo no se cumplen.

Pero no es esto sólo; es que hasta ahora venimos equivocadamente creyendo que el problema de la sanidad es solamente un problema de policía sanitaria, cuyo cumplimiento venía efectuándose, bien ó mal, en virtud de compromisos internacionales que á ello nos obligaban. Pero policía sanitaria puede hacerse cuando hay sanidad; se puede vigilar una fuente cuando antes esta fuente tenía el agua potable y pura; puede obligarse al cumplimiento de las ordenanzas urbanas sanitarias cuando las casas sean higiénicas y sanas; se podrá obligar á no infringir las medidas adoptadas contra el paludismo cuando antes se hayan saneado los terrenos ó se hayan hecho las obras necesarias para evitar el origen del mal; pero si nada de esto se hace, si no se sa-

nean los terrenos, si no se hace un plan de abastecimientos de aguas, de casas higiénicas, etc., plan que debe elaborarse conjuntamente por médicos, ingenieros y arquitectos, exigir una policía sanitaria parece una absurda solución del problema.

Y hechas estas necesarias generalidades acerca del asunto, pasaremos á estudiarle en sus detalles, concretando y limitando los más urgentes problemas que afectan á la sanidad de nuestras comarcas rurales.

II

LA VIVIENDA RURAL

Sin instrucción, sin higiene y sin seguridad, no se puede vivir en los campos.

CANALEJAS.

En España, aparte de las informaciones del Instituto de Reformas Sociales sobre las *casas obreras*, apenas si se ha ocupado nadie de la *casa rural* y de la *casa campesina*, á no ser que tuviera recogidos algunos datos la Inspección de Sanidad del Campo, si llegó á cumplir con lo mandado en el capítulo IX de su reglamento.

Siendo ministro de Gracia y Justicia D. José Canalejas, que tenía verdadera obsesión, en su privilegiado talento, por las cuestiones sanitarias, según demostró en más de una ocasión, ordenó emprender una información á los registradores de la Propiedad, cuyos datos, aunque incompletos, fueron lo suficientemente expresivos para que escribiera en su prólogo de *El Instituto del Trabajo*: «Seguro estoy que cuando el Gobierno reúna la nueva información encargada á los registradores de la Propiedad por el actual Ministro en términos análogos á la primera que tuve la honra de publicar siendo ministro de Gracia y Justicia, aparecerá justificado una vez más que «los braceros viven pobres, miserables y hacinados en el territorio de la Audiencia de Madrid.» «Habitan tugurios los más de ellos en la Audiencia de Burgos.» «Ocupan albergues antihigiénicos horribles, y á veces con la obligación de trabajar para el amo cuando éste quiere, sin alterar el precio, en el territorio de la Audiencia de Cáceres.» «Se alojan en barracas infectas, que valen cinco á diez duros, en el territorio de La Coruña.» «Promiscúan sin aseo é higiene en Granada.» «Poseen viviendas horribles en Sevilla;» «y casas y chozas repugnantes en Valencia.»

Estas palabras bastarían para pintar la horrible situación del país. Crudas son y no son dichas con demasiada elocuencia, aunque sí con menos dulzura que las del párrafo italiano citado.

Concepción Arenal, de inolvidable recuerdo, mujer todo amor y caridad, decía en cierta ocasión: «El mayor mal que se puede hacer á un pueblo es adularle, y los que están dispuestos á sacrificarse por su patria no deben nunca sacrificar la verdad.» Hermosas palabras que en todo este trabajo podríamos recordar, y muy particularmente en esta interesante cuestión.

Que no somos una excepción, por muy mal que estemos, también lo hemos dicho y lo repetiremos. En una información francesa llevada á cabo por algunos eminentes doctores de París, *Rapport sur l'état de la tuberculose dans les petites villes bourgades, communes de France*, que tenemos á la vista, leemos lo siguiente: «Muy frecuentemente, la habitación se compone de un techo muy bajo que corresponde á una habitación única, á una ventana única, que á veces no se puede abrir, siendo otras veces solamente la puerta la única abertura; el suelo, de tierra, es más bajo que el exterior; al lado de la pared se acumulan basuras, estiércol y detritus. Esta habitación sirve de cocina, comedor y dormitorio; en los rincones oscuros hay lechos, o, mejor dicho, se amon-

tonan en promiscuidad de sexos los individuos de la familia; una chimenea humosa hace la atmósfera irrespirable. Para aumentar la insalubridad, comunica á veces con el establo de la vaca, la cabra ó el puerco, y no está separada sino por una débil pared de tablas que no llegan al techo..., etcétera.»

¿A qué seguir relatando miserias, que sólo citamos á título de no pasar por adúladores del Extranjero, donde también hay sus defectos, grandes y numerosos? Este tipo de habitación, tan á lo vivo y con tanto colorido descrita, es muy corriente en España en todas sus regiones, sobre todo en Asturias y en Galicia, donde el establo y la habitación humana suelen estar casi juntos, y no hemos de esforzarnos en pensar lo que ello supone para la salubridad de la casa.

Todos hemos visto, al menos en fotografía, las cuevas inverosímiles en las que una población miserable y harapienta se amontona en muchos pueblos, especialmente del Mediodía de España (la Mancha, Murcia, Granada, Almería, etc.) y en algunos otros sitios, como, por ejemplo, en Aragón (Calatayud), etc.

El doctor Reyes Prósper, en su obra *Las estepas de España*, describe unas originales habitaciones de este género que abundan en Guadix, y que hemos tenido ocasión de ver. En este mismo libro se habla de las cuevas de Villacañas, también de estilo troglodítico, haciendo constar además, como dato curioso, el amor que estos moradores tienen á sus cuevas, hasta el extremo de que, habiéndoles dado (cuando á consecuencia de una inundación quedaron más inhabitables) casas confortables en el vecino pueblo, las abandonaron apenas el agua desapareció de aquéllas y pudieron vivir de nuevo á su manera.

Estas cuevas se construyen excavando en un cerro y haciendo en esta excavación una ó varias habitaciones. El piso suele estar más bajo que el terreno, teniendo que bajar varios escalones, á veces, para entrar; se comprende que sean propensas á inundarse, y frecuentemente no tienen otra ventilación que la de la puerta y la de la chimenea. Por lo demás, son bastante espaciales la mayor parte de las que hemos tenido ocasión de ver en diferentes puntos de España.

No hablaremos de las Hurdes, ese selvático y curioso país que, como el valle de Caso, en Asturias, viven su vida separada de toda comunicación y de todo signo de civilización, comiendo de la caza y de sus escasos rebaños, procreando bajo un montón de piedras que constituyen toda su habitación, y esto en pleno siglo de aeroplanos y dirigibles. ¡Parece increíble! Pero no lo es. Solamente una vez un ilustre prelado alzó su voz en el Senado en demanda de amor para aquellos pobres seres, de quienes también nos ha hablado como él sabe el ilustre escritor Blanco Belmonte; seres que quizá, después de todo, viven mejor en sus casas trogloditas que nosotros en medio de una refinada civilización, sin el dinero suficiente para gozarla, sino para sufrirla, excepto unos cuantos que pueden disfrutar de ella.

(Se continuará.)

Bibliografía.

ABRÉGÉ D'OPHTALMOLOGIE, por el Dr. A. Monbrun, jefe de Laboratorio de la Facultad de Medicina de París, Louis Arnette, editor, París, 1922.

Es un precioso y completísimo Compendio de Oftalmología de 185 páginas en 8.º con 39 figuras y 3 láminas, en el que el autor trata con verdadera fortuna todos los capítulos de la Especialidad Oftalmológica, pues ha sabido compaginar la concisión, con la claridad y sencillez; resultando en con-

junto un libro útil en la práctica; pero á nuestro juicio, aún más que para los estudiantes, para los que parece estar hecho, para los médicos generales y hasta para los mismos oculistas que deseen estar en un momento dado en posesión de una verdadera síntesis de los conocimientos de su profesión, dado el gran caudal de materias científicas que contiene y su poco volumen.

DR. MARÍN AMAT.

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Restauración del hueso maxilar inferior por una costilla. — El Dr. D. Ricardo Lozano comunica el siguiente caso clínico:

Un muchacho sufría un voluminoso osteo-sarcoma del lado derecho del maxilar inferior; el tumor, por su volumen y adherencias, parecía inoperable; pero en la mesa de operaciones se demostró que la resección completa de dicha mitad del maxilar inferior era posible y así se hizo en una extensión tal, que comprendía todo el hueso desde la sínfisis mentoniana hasta la circulación tóporo maxilar. Así la ejecutó el profesor Lexer, en su viaje á nuestra Universidad, el último año. El enfermo tenía cicatrizada la herida un mes después.

Entonces se pensó en restaurar el maxilar inferior y al efecto planeamos la operación sobre la transplatación de la octava costilla, en la solución de continuidad que había quedado en el hueso maxilar tras la extirpación del osteo-sarcoma.

Tomamos la octava costilla izquierda del mismo paciente que había de ser restaurada en una extensión aproximada de 18 centímetros con todo el periostio y con unos 2 centímetros del cartílago costal. Extirpada la costilla, se preparó el campo operatorio en la cara, abriendo toda la cicatriz de la primera operación y procurando, como así se consiguió, que los músculos quedasen á los lados de la nueva herida y que permaneciese intacta la mucosa de la boca. Desgraciadamente hallamos en el fondo de la herida un absceso del volumen de un garbanzo sobre la ligadura infectada de la arteria facial y el cual absceso había pasado desapercibido hasta aquel momento. Esta contrariedad nos ponía en el trance de una infección sobre todo el campo operatorio y de riesgo de no prender el nuevo injerto. Sin embargo, continuamos la operación, porque la costilla estaba ya separada sobre la mesa y el campo operatorio dispuesto para recibirla.

Se colocó la costilla en posición inversa á como la habíamos encontrado; es decir, el extremo anterior se colocó atrás y el extremo posterior se colocó delante. De este modo el cartílago condral se implantó en la fosa glenoidea del hueso temporal con propósito de que formase allí la articulación. El extremo opuesto de la costilla se suturó á la sínfisis mentoniana del maxilar inferior, siguiendo una técnica que no es momento el actual de describir.

Se suturaron por encima de esta costilla todas las partes blandas y apareció la cara con una forma muy próxima á la normal. La concavidad y la dirección oblicua de la costilla se adaptaban perfectamente para la restauración que buscábamos.

El enfermo y la herida siguieron un curso normal hasta el dozavo día, en que aparecieron síntomas de infección en el sitio peligroso que hemos indicado anteriormente. La infección sólo ocurre siempre que se presenta en una herida

que contiene un cuerpo extraño; se difundió y persistió, aunque con caracteres benignos.

Dos meses después el enfermo tenía la costilla en su sitio y ya hacía diez días que comía por el lado opuesto cuando se marchó á su pueblo por no querer permanecer más tiempo en la clínica.

No conocemos el resultado final, pero casi seguramente que aquella infección habrá terminado atacando á la costilla y desprendiéndola. Pero siempre habrá quedado demostrada la posibilidad de esta restauración.

En nuestro caso el resultado habría sido perfecto sin esa contingencia desagradable de la infección, pues los tejidos mostraron su tolerancia para el injerto, aun estando infectados.

Nos parece mejor el empleo de una costilla para sustituir la rama del maxilar inferior, que el empleo de la espina ilíaca anterior y superior, que han empleado otros cirujanos. Los primeros autores que recomendaron esta operación fueron Lexer, Sykoff y Garré. Este último obtuvo buen resultado con la operación en el año 1908, implantando 10 centímetros de una costilla en una solución de continuidad, á causa de un adamantinoma.

Posteriormente, muchos autores, que no es este el momento de mencionar, se lanzaron en el mismo camino, como puede verse en el libro del profesor Lexer, que trata de Cirugía restauradora.

Nuestro caso es el primero de los realizados en España y esperamos que el porvenir ofrecerá á nuestra Cirugía casos de obtener esta restauración tan importante desde el punto de vista estético y funcional. (*Revista de Odontología*, Febrero de 1922.)

2. Hernia reducida en masa.—El Dr. E. L. Eliason publica el siguiente caso clínico:

Anamnesis.—W. S., joven negro de veinte años, había tenido dos días antes de ingresar en el hospital Howard, dolores tenésimicos en el abdomen. Unas tres horas después comenzaron los vómitos, que habían continuado hasta la fecha de su ingreso. El intestino no se había evacuado desde que comenzó el ataque. El paciente dijo que tenía un escalofrío y que había tenido fiebre. Un médico declaró que el caso era de apendicitis aguda y envió al paciente al hospital.

Exploración física.—El reconocimiento general no tuvo ninguna relación con el caso. El abdomen, sin embargo, estaba distendido, sensible y timpánico. La región inguinal izquierda estaba algo más llena que la derecha. Al interrogar al enfermo manifestó que había tenido una hernia de aquel lado desde la niñez y que se podía reducir fácilmente, siempre que descendía. Había descendido al comenzar este ataque y era mucho mayor que en ninguna otra ocasión y se redujo muy lentamente con la manipulación á las tres horas de comenzar el ataque. No podía decir con precisión qué ocurrió primero, si los vómitos ó la aparición de la hernia. Los ruidos peristálticos habían aumentado en intensidad y en frecuencia. Se observó sensibilidad en ambas regiones ilíacas, pero más pronunciada en el lado izquierdo. El ligero relleno en la región inguinal, consistía en un cordón espermiático algo espesado y edematoso. No se pudo encontrar hernia. A la palpación profunda, más allá del ligamento de Poupart, se observó un aumento en la resistencia masiva.

La hematimetría reveló 10.200 leucocitos. La temperatura era 100° F. (37°7 C.).

Operación y resultado.—Se practicó una incisión, como si se tratase de una hernia inguinal izquierda. El cordón estaba edematoso y el ciego contenía algún líquido sanguinolento. Proyectándose en el límite superior del saco había un

trozo de epiplón congestionado. Al verificar tracción sobre el epiplón, que se hallaba situado en el anillo interno, salió de debajo del músculo una masa congestionada y edematosa de epiplón del tamaño de una naranja pequeña. Lo redujimos de nuevo, pero debido á que no retrocedía y libertaba el anillo, lo sacamos de nuevo y lo ligamos á través del epiplón normal. Al tratar de empujar hacia atrás el muñón ligado, el dedo se dió con un saco cerrado, debajo de los músculos, con un pequeño nudo inmóvil de intestino, en su parte más profunda, á unas 3 pulgadas (7,5 cm.) más abajo del anillo.

La tracción sobre el saco no permitió llevar esta constricción con el intestino invaginado hasta el anillo interno, á riesgo de desgarrar el intestino obstruido. Practicamos más abajo una incisión paralela, abrimos el peritoneo y seccionamos desde dentro el anillo constrictor.

Se trataba de una hernia de Richter del íleon. Después de aplicar solución salina caliente durante algunos momentos, el intestino reveló vitalidad y lo volvimos á colocar en el abdomen. Practicamos la reparación, según el método de Bassini, y el paciente se repuso sin complicaciones. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 19 de Enero de 1922.)

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El bismuto en el tratamiento de la sífilis.—Los doctores Nicolás V. Crego y Adolfo H. Muschielli hacen un estudio de la acción del bismuto en varios casos por ellos tratados, y establecen las siguientes conclusiones:

1.^a El ioduro de bismuto es una sal perfectamente inyectable por vía endovenosa, no trae trastornos (excepto un ligero acné iódico de la observación I), habiendo llegado á la dosis de 0,025 gramos por inyección diaria, dosis que creemos puede aumentarse todavía. Lo consideramos especialmente indicado á ensayarse en las afecciones nerviosas y en las formas intersticiales y esclerosas de la infección treponémica. Tiene también acción sobre las otras manifestaciones cutáneas y mucosas de la sífilis.

2.^a Los tartrobismutatos ácidos de potasio y de sodio en suspensión acuosa no pueden casi usarse por vía intramuscular por ser excesivamente dolorosas las inyecciones, aun cuando con ellos hemos podido llegar á dosis totales hasta de 0,75 gramos; tienen acción evidente sobre las manifestaciones de la sífilis, especialmente en las placas mucosas de los casos estudiados. Evidentemente la acción es parecida á la del tartrobismutato neutro de potasio y sodio, y, como para éste, será mejor emplearlos en suspensión oleosa y por vía intramuscular.

3.^a El tartrobismutato de potasio y de sodio demuestra, como el anterior, una acción evidente sobre las manifestaciones de la sífilis. En los casos que hemos estudiado hemos tenido que dejar de lado las inyecciones con suspensión acuosa del remedio, para usar exclusivamente la suspensión oleosa, tolerándose tal vez mejor la que es alcanforada. En el enfermo en que hemos empleado estos dos tipos de suspensión oleosa hemos llegado sin inconveniente en veinte días á la dosis de 2 gramos, modificándose despacio (observación VII) las lesiones chancrosas, y al parecer más rápidamente las placas mucosas y las manifestaciones cutáneas (observación IX). Las dosis de 0,20 á 0,40 gramos por inyección son toleradas por los enfermos, no ocasionando reacciones generales.

4.^a El salicilato básico de bismuto, ó subsalicilato de bismuto, es una sal, como ya hemos dicho, tan eficaz como las anteriores para el tratamiento de las manifestaciones de la

sífilis. Hemos llegado con él á dosis totales de 3 gramos en veinte días y con inyecciones hasta de 0,60 gramos cada una en suspensión oleosa, sin inconvenientes en el estado general, mejor toleradas aún que las de los tartrobismutatos. Tiene acción evidente sobre las manifestaciones secundarias y terciarias (placas mucosas, sífilides, gomas, iritis, etcétera) y digno de llamar la atención la mejoría del caso de sífilides pustulosas malignas de la observación XII. Su acción favorable en los chancros y la adenopatía, tiene un carácter parecido á la de las otras sales que hemos estudiado, se modifican más bien despacio, lo mismo que el estado de infiltración que los acompaña.

5.^a De las sales que hemos estudiado, el salicilato básico de bismuto es la que tiene más bismuto en su molécula (alrededor de un 59 por 100); después siguen los tartrobismutatos ácidos, con un 51 á 52 por 100; en seguida el tartrobismuto de potasio y de sodio, con un 48 por 100, y, por fin, el ioduro, con un 35,40 por 100. Esto nos dice claramente que por vía intramuscular tendremos una superioridad del salicilato básico, no solamente en tolerancia y facilidad de preparación de las inyecciones, sino también en cuanto á la proporción de bismuto que se inyecta asociado á un radical ácido muy poco tóxico, como es el ácido salicílico. Creemos que el salicilato básico de bismuto ha de entrar corrientemente en la práctica de las inyecciones intramusculares de las sales de bismuto, lo mismo que el ioduro de bismuto para las inyecciones endovenosas. Además, estas mismas inyecciones deben ensayarse en otra afección por protozoarios, en la *leishmaniosis*, algo frecuente en el Norte del país (en la que no hemos ensayado por no tener en este momento ningún enfermo afectado por ella) y en la *framboesia tropical*, en la *lepra* (ensayos que ya hemos empezado, observación XV), y también en la *tuberculosis*, recordando al efecto que Sauton ha visto que se detiene el desarrollo del bacilo de la tuberculosis en los cultivos en presencia de sales solubles de bismuto.

6.^a Cabe ahora la pregunta: ¿Los compuestos de bismuto consiguen curar las manifestaciones ó síntomas de la sífilis?

En la sífilis primaria, los chancros evidentemente se modifican, pero con cierta lentitud, y esto depende del grado de infiltración que tienen. La adenopatía consecutiva se modifica también lentamente. Nuestras observaciones sobre los chancros no coinciden exactamente con las de Sazerac y Levaditi, L. Fournier y Guenot en el hombre, excepto en la parte en que éstos afirman que hay una atenuación más ó menos marcada de la adenopatía. Dichos autores hablan de cicatrización rápida del chancre; pero esto no significa necesariamente la curación del mismo, y á este propósito señalamos la observación I del mismo Sazerac y Levaditi, donde dicen que á los dos meses todavía había infiltración de los tejidos donde estaba asentado el chancre. Así es que no se puede dar sino un valor muy relativo á la desaparición superficial y aun profunda del treponema en los exámenes que han hecho tanto en los chancros como en los ganglios (en nuestra observación VII los treponemas persistían en la superficie, como en otros espiroquetes banales, aun diez días después del tratamiento).

La persistencia de la infiltración y de los ganglios evidentemente tiene que indicar persistencia de la infección.

En la sífilis secundaria es evidente la tendencia á la desaparición, con cierta rapidez, de las placas mucosas no ulceradas y exulceradas, de las pápulas hipertróficas (condilomas planos), de la roséola, y una desaparición ó atenuación más lenta, pero visible, de las sífilides papulosas y pápulo-pustulosas, de la iritis. La sífilis llamada maligna se beneficia con la medicación bismútica.

La comprobación de estos hechos es importante, porque aún no curada la infección general, pueden ayudar las sales de bismuto á la profilaxis de las manifestaciones contagiosas, y en esto estamos de acuerdo con L. Fournier y Guenot. La atenuación lenta de la adenopatía secundaria, indica claramente la persistencia también de la infección general.

En la sífilis terciaria, hemos notado, lo mismo que los demás observadores, la cicatrización de gomas en las mucosas y otros cutáneos (por ejemplo, en la observación XI).

En estas condiciones, es permitido afirmar que las sales de bismuto tienen acción curativa visible sobre las manifestaciones externas ó tangibles de la sífilis primaria, secundaria, ó terciaria, y en este sentido pueden servir de medicación auxiliar con las ya conocidas, para el tratamiento de los síntomas cutáneos y de las mucosas, y por analogía, para los órganos internos ó profundos.

Un hecho digno de llamar la atención, es la persistencia de los ganglios ó de la infiltración de los tejidos en el chancre, y aún á veces en otras manifestaciones, *lo que obliga á repetir la serie de inyecciones*. La medicación bismútica, al tener que repetirse por series, no elimina el inconveniente de las medicaciones actuales, mercuriales, arsenicales, ioduradas; por consiguiente, no se la puede considerar, como afirman L. Fournier y L. Guenot, como «la más poderosa contra el flagelo sífilítico». Además, todavía no conocemos el resultado alejado ó final de las series bismúticas, sobre la enfermedad y sobre el organismo; no hay que olvidar que se ha señalado y hemos reseñado ya en qué consiste la acción tóxica del bismuto.

Los autores mencionados indican la aparición de la estomatitis ligera como un hecho frecuente, también la albuminuria á veces, y es natural que se tenga presente también la retención del bismuto por los órganos, tanto por su efecto en los mismos, como por su acción sobre el estado general al hacerse la eliminación de él, especialmente si llega á efectuarla en masa. Nosotros no podemos señalar en cerca de dos meses de ensayos, ningún accidente tóxico de las sales de bismuto, tal vez ello sea atribuible á la pureza de los productos empleados, puesto que hay casos con dosis totales que han alcanzado á 2 y 3 gramos.

Lo expuesto nos dice también, que la medicación bismútica dudosamente todavía puede alcanzar por sí sola (excepto en algún caso que la experiencia irá señalando), lo que se llama la curación abortiva y la radical de la sífilis.

La sífilis nerviosa ofrece todavía amplio campo de experimentación para dicha medicación bismútica (especialmente utilizando la vía endovenosa).

No olvidemos también que la biología del germen de la sífilis incompletamente conocida aún, obliga á aceptar y á ensayar en los enfermos cualquier medicación en que se note un efecto sobre la enfermedad, siempre que esa medicación no afecte mayormente al organismo del enfermo. Por estas circunstancias, la medicación bismútica merece ser ensayada y aun usada desde ahora, siempre que se obre con prudencia, hasta más amplia experimentación.

Dicha medicación bismútica, según nuestra experiencia, puede alternarse con las otras medicaciones y puede usarse con la medicación iodurada.

Debe seguirse en el tratamiento de la sífilis con las medicaciones y los métodos actualmente en uso, de preferencia á la medicación bismútica propuesta recientemente, la que debemos considerarla en estudio. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 22 de Diciembre de 1921.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sobre un caso de quiste hidatídico orbitario.**—El Dr. E. Maestre Dávalos refiere la siguiente nota clínica:

El día 7 de Enero del presente año se presentó en el Dispensario de Oftalmología del Instituto Rubio, que dirige el Dr. Leoz, y por indicación del cual escribo la presente nota clínica, la joven Juliana Muñoz, de catorce años de edad, natural de Sanchidrián, provincia de Avila.

Presentaba la enferma una gran exoftalmía del ojo izquierdo, oblicua é inferoexterna, que dejaba absolutamente falto de protección al ojo. Dijo el padre, que la acompañaba, que llevaba enferma hacia cuatro años; y al decirle nosotros que cómo habían dejado llegar las cosas á este estado, que así como ahora lo tenía, sólo llevaba dos meses, lo cual, hasta cierto punto, no es creíble, por ser ésta una enfermedad de marcha muy lenta.

Examen de la enferma.—Presenta, como ya hemos dicho, una gran exoftalmía, estando el ojo fuertemente desviado hacia delante y hacia fuera. Al tacto se apreciaba una tumoración entre el ojo y la pared interna de la órbita, que se perdía hacia atrás, y cuyo límite posterior no era posible apreciar. Presentaba algo de resistencia.

La visión estaba reducida á 3/50 de la escala de Wecker, lo cual se explica por ser lentísima la elongación del nervio óptico, mientras que en otros casos, siendo menor la exoftalmía, la visión es nula.

Al examen oftalmoscópico se comprobó la existencia de una neurorretinitis, no muy intensa, con ligero éstasis papilar.

Diagnóstico.—Desde luego el diagnóstico fué de una tumoración orbitaria; pero, debido á la resistencia que presentaba, pensamos pudiera tratarse de un quiste hidatídico; y una vez pensado esto, hicimos, previa anestesia local, la punción, que confirmándonos en nuestro diagnóstico, dió salida á un líquido transparente, rosáceo, cual corresponde al del quiste de equinococos vivos.

Una vez hecho y confirmado el diagnóstico, se le expuso al padre de lo que se trataba, y se les citó para internamiento en la clínica para ser operada, pero hasta la fecha no han vuelto.

Los quistes hidatídicos de órbita son, en general, poco frecuentes, pues en realidad no se conocen más allá de 80 á 85 casos. Son muchísimo más frecuentes en la República Argentina, pues Cabaut, en dicha nación, ha podido él solo reunir 40 casos.

La sintomatología, al principio, es muy variada, pues hay desde el caso que ha hecho pensar en el glaucoma por sus violentísimos dolores, hasta el que ha evolucionado sin el menor dolor. El primer síntoma importante y que revela está el quiste en plena formación, es la exoftalmía, que puede ser directa ú oblicua, según donde asiente el quiste.

Siguen las alteraciones de la visión, por compresión ó estiramiento del nervio óptico, ó también por penetrar las hidátides entre las vainas del óptico, presentando al examen oftalmoscópico éstasis papilar y neurorretinitis. Son frecuentes las alteraciones de la córnea, que esta enferma no presentaba, debidas al lagofthalmos, y que pueden pasar, desde la simple paratititis superficial á la queratitis supurada con panofthalmía y pérdida del ojo.

Son más frecuentes en el hombre que en la mujer, se dice que por la mayor frecuencia con que está en contacto con el perro el hombre que la mujer.

Anatomía patológica.—Los quistes hidatídicos de la órbita están constituidos, como todos, por tres capas: la exterior,

formada por tejidos conjuntivos estratificados; la media, que es una membrana anhistá, transparente, amorfa, y la interior ó membrana germinativa, que es la que contiene las vesículas hijas y los scolex. El líquido hidatídico es transparente, rosáceo, y contiene gran cantidad de cloruro de sodio, algunas veces pequeñas cantidades de glucosa, y no tiene albúmina mientras vive el equinococo.

Diagnóstico.—Es imposible diagnosticar el quiste por los datos que suministra el enfermo, habiendo sido diagnosticados muchos de ellos al hacer una punción exploradora en el acto operatorio, estando diagnosticados de sarcomas. Solamente pensando en que pueda ser un quiste, y si, como en este caso, se puede apreciar algo de resistencia é inmediatamente se hace la punción que confirme el diagnóstico, se podrá decir que se ha hecho un verdadero diagnóstico de equinococo intraorbitario.

Tratamiento.—El tratamiento ideal, como en todas las neoformaciones, sería la enucleación total del quiste; pero esto en la mayoría de los casos es muy difícil, casi imposible, por estar en base de órbita y aun emitir prolongaciones por los agujeros y cavidades inmediatas.

Se ha aconsejado la escisión de la mayor cantidad de bolsa quística, seguida de inyecciones y el drenaje. Otros aconsejan solamente la punción del quiste seguida de las mismas inyecciones modificadoras. Entre los líquidos que se inyectan se encuentran las soluciones de bicloruro ó biyoduro de mercurio, el agua fenicada, el líquido de Gram.

El profesor Lagleyse, de Buenos Aires, que es el que ha operado más casos, describe un procedimiento suyo que consiste en la extracción, previa abertura del quiste, de la membrana germinativa mediante una pinza, con la cual, después de cogerla, se hace un movimiento de torsión, y, reducida á pequeño volumen, se la extrae por la abertura. Se sutura conjuntiva, sin preocuparse de la bolsa periquística, cuyas paredes se adosan con la vuelta del globo ocular á su posición normal.

En nuestra enferma, en realidad, no teníamos bien determinado el procedimiento á emplear, pues pensábamos ver detenidamente lo que se pudiera hacer, pero la enferma no ha vuelto. Si volviera y la operásemos, sería motivo de otra nota clínica el método empleado y los resultados obtenidos. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, Enero de 1922.)

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Observaciones sobre variaciones de peso en niños de segunda infancia.**—Los Dres Juan C. Navarro y Enri-

que Beretervide, dicen que desde comienzos del corriente año se han propuesto verificar por la balanza y por pesadas, rigurosamente hechas personalmente, lo que podía haber de cierto en la falta de crecimiento é inapetencia que sufren, según los padres, algunos niños cuyas edades varían entre tres y catorce años, y que no presentan aparentemente ninguna lesión visceral aguda ó por lo menos en actividad durante la observación. Al comienzo se les dió sustancias tales como protoxalato de hierro, recalcificantes diversos, jarabe yodotánico, jarabe de Gibert (en aquellos en que se sospechaba heredosifilis) y, por último, algo tan anodino desde el punto de vista tónico y digestivo, como la solución del citrato de sodio al 5 por 300.

No sin asombro, los observadores notaban que había, con todas esas sustancias, á las que hay que agregar el aceite de hígado de bacalao, que se dió en muy pocas ocasiones (y que proporcionó grandes aumentos), aumentos más ó menos considerables de peso.

El número de observaciones presentadas es de 110, divididas así: 67 mujeres y 43 varones; del total han aumentado de peso 91 niños, es decir, 82,72 por 100, habiendo disminuído ó quedado estacionario, 19, ó sea un 17,27 por 100.

Tomando aisladamente los niños de ambos sexos, obtienen que las mujeres han tenido aumento en un 83,58 por 100 y disminuído en un 11,26 por 100; el porcentaje de los varones es algo más bajo, pues da un 81,3 por 100 de aumento y 18,60 por 100 de disminución o estacionamiento del peso.

En un segundo cuadro presentan los autores las modificaciones de peso según la edad y el sexo, haciendo una media de gramos de aumento diario para cada niño observado, encontrándose con cifras sumamente elevadas en algunos casos, estudiando igualmente en detalle las sustancias que estos niños han tomado durante la observación.

Así, los niños que no han tomado *ningún medicamento*, han aumentado en una proporción sensible en un 75 por 100 de los casos; los que han tomado la solución citada de *citra to de sodio*, el 85,71 por 100; con *jarabe yodotánico*, el 85,70, con *recalcificantes*, el 83,33 por 100; con *protoxalato de hierro*; el 0,90 por 100; con el *aceite de hígado de bacalao*, el 100 por 100.

En definitiva, nada de esto debe de extrañar, puesto que está de acuerdo con la fisiología, y sólo hace notar el hecho frecuente de aumento de peso, realmente inesperados por su proporción, teniendo cinco observaciones con aumento superior á 3.000 gramos; 9 con aumento superiores á 2.000 gramos; 13 con aumentos superiores á 1.000 gramos, y 21 que han aumentado entre 500 y 1.000 gramos. El número de pesadas de cada enfermo es arriba de tres.

Para explicar este hecho de observación, es necesario considerar el factor psíquico que debe jugar un papel muy importante con el examen, la pesada y la medicación, llamada tónica, que se le da al niño.

Termina aconsejando practicar estas pesadas regulares en niños de consultorio externo de los hospitales, adonde los llevan por inapetencia y signos imprecisos, pues de este modo podrán tranquilizar á los padres con datos concretos. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 12 de Enero de 1922.)

OBSTETRICIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Infecciones puerperales. Ruptura del útero, vagina, periné, recto y ano. Caso clínico.**—El Dr. José Pereda Gálvez, publica la siguiente interesante nota clínica.

La señora A. C., de Güira de Macurijes, casada, de diez y nueve años, primípara, con feto vivo, pelvis normal, sin hemorragias, fué traída á la clínica á los cinco días de su parto. La temperatura á 40°, el pulso á 140, escalofríos repetidos y loquios fétidos. A la inspección y tacto se notó un verdadero destrozo de sus órganos genitales. El útero con dilatación de un peso en el orificio interno, tenía su cuello roto á ambos lados en una extensión de una pulgada, flotando ambos labios del mismo, en la vagina. Ésta en toda la extensión longitudinal y en su cara posterior, el recto en su cara anterior y en toda su porción vaginal, vulva, ano y periné formaban una gran cavidad en donde se encontraban materias fecales y una gran cantidad de exudado purulento y tejidos esfacelados. Sin pérdida de tiempo se hizo la limpieza de la matriz con cureta gruesa y gasa, se irrigó suficientemente y practicamos la traquelorrafia y sutura de todas las demas laceraciones infectadas, después de una cuidadosa preparación de todos los bordes de las heridas. Sueros polivalentes y tónicos cardíacos completaron el tra-

tamiento. Desde el día siguiente á la operación la temperatura descendió á 38°, el pulso á 110, y fué mejorando sucesivamente hasta desaparecer todo indicio de infección. A excepción de la sutura del cuello, ninguna de las otras heridas cicatrizó, siendo necesaria una segunda intervención, al mes, para reconstruir el tabique recto vaginal y el periné; habiendo sido dada de alta por curación completa y cicatrización. Fué asistido por los Dres. Parra, Gómez, Morales, Sabi y Pereda Carreras.

No siendo mi ánimo censurar, presento este caso con el objeto de que se haga cargo este Congreso de la necesidad en que nos encontramos de seguir hablando, á pesar de lo mucho que ya se ha hablado, sobre infección puerperal y conducta á seguir por los tocólogos en el parto. La campaña iniciada en nuestro país hace más de treinta y cinco años, por aquel grupo de cirujanos y parteros á cuyo frente iba el esforzado paladín de nuestros progresos en el arte de curar, el insigne Gabriel Casuso, organizador de la Cirugía en Cuba, y á quien se debe principalmente los entusiasmos que se despertaron en nosotros por la práctica de los procedimientos bactericidas, no ha sido suficiente.

No sé si será muy radical el Dr. Bell al afirmar «que todos los tocólogos deben reconocer honradamente que casi siempre puede evitarse la infección puerperal y que su producción en cualquier caso que se examine, ó en que se haya intervenido, es una grave acusación contra el tocólogo ó la partera», pero de todos modos es necesario que luchemos más todavía, que nos agrupemos para hacer cambiar las estadísticas. Hace falta que nuestra conciencia hable muy alto, ya que no es posible aceptar que la ignorancia sobre asepsia y antisepsia sea el origen del mal. Hay que practicar asepsia completa y exagerada si es posible, ó renunciar á la práctica de exámenes é intervenciones. Hay que convenir, por otra parte y debe tenerse siempre presente, que el parto normal es una función fisiológica y que sólo debe intervenir cuando hay motivos patológicos suficientes. Cuando sea necesario, ayudar á la mujer, cuando no sea necesario, no estorbarla.

Es indispensable condenar el exagerado uso del fórceps, la intervención de todas las parturientes, porque el embarazo y el parto no son estados patológicos, ni el acto de dar á luz es una enfermedad, y á veces los entrometimientos en el parto convierten la espectacular comedia en un drama inevitablemente desagradable.

Una mujer normal que pára no necesita fórceps, ni cesáreas, ni versiones. La naturaleza actúa suficientemente. Hay que darle tiempo. Esa es la conducta racional que debemos siempre seguir. Asepsia á conciencia é intervenciones muy justificadas. Mas calma por parte del tocólogo, menos manipulaciones de la comadrona, evitarían en gran número de casos la actuación del cirujano ginecólogo. (*Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Diciembre de 1921)

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Nuevas medicaciones de la epilepsia.**—El Dr. Ruiz Moya, después de un luminoso estudio sobre tan interesante punto, ha establecido las siguientes conclusiones:

1.^a El desacuerdo existente en lo que atañe á la etiología y patogenia de la epilepsia, desacuerdo producto no del modo de interpretación de los hechos, sino de su variabilidad, nos impide establecer una terapéutica etiopatogénica.

2.^a El tratamiento clásico por los bromuros y los demás medicamentos de ha largo tiempo preconizados en la epilepsia, no nos ha producido resultados satisfactorios ni aun

en el orden sintomático, por lo que hemos prescindido de ellos, entregándonos al ensayo de nuevas substancias y procedimientos.

3.^a En todo caso en que por el análisis de la sangre ó del líquido cefalorraquídeo ó por el examen clínico tengamos la seguridad de preexistencia de sífilis, personal ó hereditaria, haremos uso del tratamiento específico, intensiva y reiteradamente.

4.^a En nuestros casos con Wassermann positivo franco, el tratamiento específico nos ha reducido el número de accesos, sin otra modificación. En los de W. positivo débil y W. negativo, también ha disminuído el número de accesos, pero al suspender el tratamiento, los enfermos han caído en estado de mal, del que no padecieron antes ó han sufrido accesos de agitación.

5.^a El tartrato bórico potásico, preconizado por Marie-Grouzon y Bouttier á la dosis de 3 gramos diarios, lo hemos desechado de nuestra terapéutica antiepiléptica. En seis casos hemos obtenido: en dos epilepsias de la nombrada esencial, al cuarto y al octavo días, respectivamente, ha producido estado de mal, muriendo el segundo en el tercer día. En otro, también esencial, ha reducido los accesos de casi diarios á cinco al mes, apareciendo tres y cuatro vértigos diarios, durante dos y tres días y con intermitencias de uno ó dos. En otro, con accesos seguidos de tendencias agresivas aumentaron los accesos, disminuyendo desde el día de la suspensión del medicamento. En los otros dos epilépticos con trastornos psíquicos, se distanciaron los accesos sin modificación de estos trastornos.

6.^a El ácido feniletilbarbitúrico, preconizado por Pecheux, Franz, Maillord y otros, es el medicamento del acceso epiléptico. El estudio de diez y ocho casos nos permite hacer estas afirmaciones: a) Las primeras dosis deben ser altas. — b) Las dosis débiles permiten la reaparición de los accesos. — c) Una vez conseguida prácticamente la dosis media deberá continuarse por tiempo indefinido. — d) No hemos tenido manifestaciones tóxicas de importancia con su empleo prolongado; los trastornos consistentes en sueño invencible, somnolencia, mareos, laxitud general y alguna vez hipotimia, se han presentado al principal tratamiento, desapareciendo con la continuidad. — e) Los mejores resultados los hemos obtenido en los casos de aparición reciente de epilepsia y en los enfermos jóvenes. — f) Mientras más frecuentes y más violentos son los accesos, más eficaz es el medicamento. — g) En los casos de accesos infrecuentes, muy distanciados, la continuidad con las dosis medias no hace más que alejarlos, siendo necesario aumentar las dosis de vez en vez, con arreglo á las circunstancias individuales, obteniéndose así el mismo resultado que en aquéllos. — h) La epilepsia nombrada esencial es la más tributaria de este tratamiento. — i) En los epilépticos con accesos de agitación y manifestaciones psíquicas; es nocivo; no anula los accesos por completo y aumenta violenta y considerablemente la agitación y aquellas manifestaciones. — j) En los epilépticos alcohólicos y sífilíticos, si bien se obtiene una muy notable mejoría, los accesos no llegan á desaparecer. — k) El ácido feniletilbarbitúrico es el medicamento específico de los accesos de epilepsia esencial: los anula desde el primer momento impidiendo su aparición, pero no modifica el terreno epiléptico, esencialmente en el orden psíquico. — l) La dosis máxima por nosotros empleada ha sido 50 centigramos al día. No debe llegarse á esta dosis. — m) La necesidad de aumentar la dosis intermitentemente en los enfermos con accesos poco frecuentes nos hace pensar no sea necesaria su continuidad en éstos, debiendo administrarse á altas dosis dos ó tres días antes de la fecha en que solía aparecer el ó los accesos y á

dosis y media diez ó doce días después. — m) El enfermo antes inútil para toda clase de trabajo manual, sometido á tratamiento puede dedicarse á un trabajo de fuerza.

7.^a La ineficacia ó nocividad del luminal en lo que atañe á las manifestaciones psíquicas de los epilépticos nos ha inducido á buscar un coadyuvante. Los estudios sobre el tartrato potásico arriba citados; los estudios de Hernández Briz acerca del ácido fluorhídrico sobre los accesos convulsivos de la coqueluche; la afirmación de Tappeiner de que el fluoruro sódico obra como paralizante del sistema nervioso (Manquat); el papel grandemente antiséptico de los fluoruros y de las sales de boro; y la tendencia á encontrar fenómenos de anafilaxia de origen intestinal en la patogenia de la epilepsia, según Widal, Abramí y Brisaud, nos ha llevado á ensayar un compuesto que, actuando como fluoruro, pudiera hacerlo como sal bórica.

Hemos ensayado—desconocemos si se ha ensayado antes en terapéutica—el fluoborato potásico, á 10, 15 y 20 centigramos diarios, cinco por dosis; lo hemos empleado (y seguiremos haciéndolo) unido al luminal en los epilépticos agitados y excitados y unido á un alcalino vulgar en éstos y en algunos casos de manía aguda con gran agitación.

El escaso tiempo de empleo no nos permite sacar conclusiones ni aun provisionales, pero hasta ahora — dos meses de empleo—los resultados obtenidos son: en cinco casos de violenta agitación maníaca, disminución ostensible de ésta y de la incoherencia del enfermo, con notable mejoría de su habitual estado gastro-enterico. En tres epilépticos, sin luminal, ligera distanciaci3n de los accesos y gran disminuci3n de la agitación ó excitaci3n psíquica. En cuatro epilépticos, unido al luminal, los accesos ó han desaparecido ó se presentan muy de tarde en tarde y la agitación ó excitaci3n hácese discontinua, menos violenta y, sobre todo, menos duradera. En uno de estos casos la agitación ha desaparecido, sustituyéndose por excitaci3n é intranquilidad, mejorando el estado mental que le hacía violento é impertinente; los intervalos de normalidad son de vez en vez más prolongados y la excitaci3n de muy corta duraci3n; en este mismo enfermo, el luminal sólo agravó el estado psíquico.

En ninguno de estos enfermos hemos hallado complicaciones achacables al uso del fluoborato potásico. (*Vida Nueva*, Diciembre de 1921.)

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Una nueva y sencilla reacci3n de precipitaci3n del líquido cefalorraquídeo con el elixir paregórico, por M. René Targonla.—En un tubo de hemolisis se van echando sucesivamente: V gotas de agua destilada; XV gotas de líquido cefalorraquídeo; XV gotas de elixir paregórico. Se agita hasta obtener una mezcla homogénea.

En un tubo testigo, el reactivo es puesto en presencia de 1 c. c. de agua destilada sola.

La reacci3n se lee al cabo de doce á veinticuatro horas. Con líquidos normales no se produce ningún precipitado, mientras que, por el contrario, los líquidos sífilíticos dan una precipitaci3n, más ó menos abundante, que puede llegar, especialmente en la parálisis general, hasta la clarificaci3n del líquido.

Según el autor, esta reacci3n de ejecuci3n tan fácil, es específica. (*Société de Biologie*, sesi3n del 7 de Enero de 1922.)—T. R. I.

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.

Hoy como ayer; mañana como hoy. — Las crisis y los intereses profesionales. — R. I. P. autonómico.

La política española podría compararse con un rosario, cada una de cuyas cuentas representara una crisis: las pequeñas ó los *AVES* son las crisis parciales, y las gruesas ó los *PATER*, las totales. Pues bien; después de tres ó cuatro *AVES* que de Agosto acá se han sucedido (á pesar de lo que la gravedad de las circunstancias debiera haber influido en el Gobierno y en los políticos), acabamos de pasar por un *PATER* de *padre y muy señor mío*: el señor Maura ha dejado el Poder, llevándose al impositivo Sr. Cierva y al regionalista y proteccionista catalán Sr. Cambó; los partidos liberales han tirado de los dos representantes que en el Gobierno tenían, y el ministro de Instrucción Pública, Sr. Silió, ha permanecido incólume, sin duda para que continúe la obra de reparación que desde hace algunos días ha iniciado en su destrucción autonómico-universitaria.

El Gobierno ya saben nuestros lectores cómo ha quedado constituido; debiendo nosotros únicamente recordarles que en las carteras que á nuestro interés profesional afectan han sustituido: al conde de Coello de Portugal, que nada en el terreno sanitario ha hecho, el joven animoso y culto Sr. Piniés, y al Sr. Francos Rodríguez, quien por las circunstancias se ha visto obligado á limitar á reformas parciales sus proyectos de reconstitución médico forense, el Sr. Bertrán y Musitu, caracterizado regionalista, quien, como es de suponer, dados los antecedentes de *escuela*, se limitará á barrer hacia adentro de su privilegiado rincón. En fin, no anticipemos juicios, y esperemos con la serena tranquilidad que nos dan, por una parte, el convencimiento de la razón y bondad de nuestra causa, y por otra, el absoluto desinterés personal que nos hace mirar las contiendas políticas desde aeroplano y sin nubes.

Decíamos poco antes, que el Sr. Silió ha emprendido un movimiento de reconstitución en la destrucción autonómico universitaria, que sus reformas habían ocasionado. Y no lo decimos en son de censura; desde el primer momento en que hemos calificado de errónea la obra de dicho señor, siempre

hemos reconocido en él un buen deseo de acierto, que con más mesurado desarrollo y con más desinteresados inspiradores, le hubieran llevado á ser un buen reformador de nuestra enseñanza superior, dado que ni cultura, ni buen deseo, ni actividad, le falta.

Pero no nos negará el más íntimo de sus amigos, que se ha visto obligado á reconocer que nuestras Universidades no pueden regirse autonómicamente; pues si él tuvo precipitación en concederles la prerrogativa de la independencia, mayor la han puesto ellas en demostrar la exactitud de los dos peligros que, desde luego, le señalábamos: el *nepotismo egoísta* y la *indisciplina*. Demostración del primer extremo es lo ocurrido en la Facultad de Medicina con la provisión de las plazas de alumnos internos: el Claustro dispuso que se concediesen, sin oposición, á voluntad de cada catedrático, matando así el concepto de Cuerpo selecto y de galardón al mérito demostrado de que dicho Cuerpo venía tradicionalmente gozando. Pues bien, los estudiantes por una parte, dando muestras de elevación de espíritu y de vivir en otras esferas que sus maestros, han acudido en queja (según nuestras noticias) al Ministerio, y por la Subsecretaría del mismo se ha derogado el acuerdo del Claustro y dispuesto que continúe para la provisión el sistema de oposiciones y de exámenes.

¡Bien por los estudiantes y bien por el señor subsecretario!; pero... ¿dónde está la pastora? Digo... ¿dónde está la autonomía?

Pues la autonomía está en espíritu en el contenido de la adjunta nota oficiosa que con motivo de la *fiesta decretada* por el ministro para el pasado día y *rechazada* por el Claustro, ha hecho decir al primero *ex abundantia cordis*:

«Pero no será ocioso advertir, sin que con ello se prejuzgue la sentencia del pleito, que ni siquiera está iniciado, que el régimen autonómico no atribuya á los Consejos universitarios facultad para determinar cuál es el alcance de las disposiciones que con carácter general emanen del Poder público, pareciendo más propio de ellos la consulta en los casos de verdadera duda, y, en último extremo, la razonada reclamación frente á las posibles intromisiones de la Administración central en lo que estimen prerrogativa propia que con la autonomía se les concediera».

Muy bien, señor ministro, y estamos dispuestos á acompañar á V. E. á los solemnes funerales que

suponemos que organizará por el descanso del alma de la difunta.

¡Qué bien decía el gran Compoamor, cuando decía:

«...Nunca creas
En la base inmortal de los derechos;
Pues pese á las ideas,
Llévan el mundo á puntapiés los hechos».

DECIO CARLAN.

HOMENAJE Á CAJAL

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Mi querido amigo y compañero: Un día de estos iré á la Academia por la mañana, antes de que enciendan la calefacción, para contemplar el retrato á que usted alude. Y, á ser posible, llevaré á mi mujer.

Considero este cuadro como un testimonio valiosísimo de afecto y consideración de la Academia. Por la honra que con ello me dispensa le envío la expresión de mi profunda gratitud.

No se moleste usted en salir de casa estando delicado de salud, para verme y tratar del asunto del homenaje. Yo iré por la suya después de anunciarle previamente mi visita.

Anticipo desde luego un deseo que quisiera ver respetado: Nada de sesiones solemnes ni de efusiones retóricas de tono panegírico. Mi lamentable estado de salud no podría tolerarlas ni la modestia de mis méritos consentirlas. En toda la medida, como decían los griegos: Procedamos, pues, seriamente sin exageraciones, y mirando, antes que á la persona, á los continuadores de su obra. Imitemos á Alemania en donde cuando un investigador insigne se jubila ó cumple los cincuenta años de su doctorado, toda la fiesta se reduce á la publicación de un libro colaborado por discípulos y amigos. Y si en tan cultos países esto basta á la satisfacción de un sabio y á la ejemplaridad social del homenaje, ¿cómo no ha de satisfacerme á mí, que me tengo por un modesto obrero de la ciencia, animado y confortado por el amor de la patria?

Pero la citada forma de homenaje, la más espiritual y discreta, está ya en marcha. Acerca del asunto podrá informarle á usted el Dr. Tello. En sufragar los gastos del libro hallarán amplio cauce á sus finezas los amigos generosos, caso de no encontrarse editor.

Y de sobrar dinero, tendría su empleo en costear la reedición de algunas monografías antiguas agotadas.

Existe, además, un proyecto de *Instituto Cajal ó biológico*, aprobado por las Cortes, y que tiene consignación en el presupuesto. Comprado el terreno, las obras van á comenzar estos días. Y me aseguran que el Gobierno está dispuesto para dar impulso á la construcción, á aumentar la cifra presupuestada, que actualmente es de 100.000 pesetas. Los parlamentarios cultísimos y de sólido prestigio como usted podrían emplear su influencia en estimular y asesorar al Gobierno y á las Cortes acerca de este asunto de vital interés para la biología patria. Pero de esto y de la organización de la labor del futuro Instituto, ya tendré el gusto de cambiar impresiones con usted.

Para mí, personalmente, nada deseo, según he repetido tantas veces. Estimo que el dinero de la nación y de los particulares generosos debe servir, no para recompensar á un hombre cuya carrera científica está á punto de terminar, sino para facilitar medios decorosos de trabajo á sus continuadores, y forjar, por consiguiente, los futuros maestros.

Con ello recibiría yo el más halagador de los homenajes y el más confortador de los consuelos.

Sabe le quiere de veras su amigo y admirador,

S. RAMÓN CAJAL.

Madrid, 4 de Marzo de 1922.

P. D. Esta tarde á primera hora he examinado el retrato. Ha quedado muy bien, no obstante haber sido tomado de una fotografía. Gran honor para mí es que dicho cuadro figure en el salón de sesiones y haciendo *pendant* con el del insigne Mercado. He aquí una deuda más de gratitud contraída con usted, de quien he recibido tantos favores y atenciones.

* *

1 de Marzo de 1922.

Sr. D. Sebastián Recasens.

Mi distinguido amigo: Por tener á la misma hora un asunto ineludible no pude concurrir á la reunión citada para el homenaje á Cajal.

Deseo por ello enviar á usted mi adhesión para cuanto se intente. Ya sabe usted mi cariño y mi admiración hacia don Santiago.

Me gustaría que se hallara una forma de gratitud nacional que fuera al mismo tiempo consolidación y continuación de la obra científica realizada por Cajal, es decir, que el País se decidiera á aprovechar en toda su plenitud: a) los descubrimientos de Cajal; b) el ejemplo de austeridad y constancia para la investigación, y c) el núcleo de hombres que ha sabido formar.

Yo creo que ese sería el monumento que más satisfaría al viejo maestro y un precioso precedente para que la historia de nuestra cultura no quede cortada con la muerte de cada uno de sus grandes representantes.

De todos modos, yo contribuiré á cualquier clase de acto de gratitud y respeto que ustedes sugieran.

Un saludo afectuoso de su buen amigo,

JOSÉ CASTILLO.

* *

3-3-922.

Excmo. Sr. D. Sebastián Recasens, presidente de la Comisión del homenaje á Cajal en Madrid.

Mi querido amigo y compañero: Complimentando, muy complacido, los acuerdos del Claustro ordinario y de la Comisión ejecutiva, me dirijo á usted para que tenga la bondad de dar cuenta á la Comisión que preside tan dignamente, de nuestro deseo de solidarizarnos en todo lo posible con el Homenaje Nacional. Es firme nuestro acuerdo, de erigir dentro del edificio de nuestras Facultades de Medicina y Ciencias, un monumento al maestro D. Santiago Ramón y Cajal; colocaremos, además, una lápida en Petilla, y celebraremos un acto académico en honor del maestro el día de su jubilación.

Es deber nuestro dedicar nuestros esfuerzos primeramente á la espléndida realización de esos actos. Cumplido ese deber, haremos cuanto podamos para cooperar en los actos que ustedes preparan, pues la Universidad de Zaragoza se considera como la más obligada con el maestro, honor de España y gloria del mundo científico.

Suyo afectísimo amigo y compañero,

RICARDO ROYO VILLANOVA.

* *

(Madrid-Barcelona, 384-27-3-14.)

Te felicito proyecto homenaje Ramón Cajal; suprimido nombre suyo Escalafón quedará esculpido aureola dorada fastos inmortalidad; adhiérome iniciativas.--MARTÍN A. VARGAS. decano.

Primer Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación y Exposición anexa.

La Academia de Higiene de Cataluña, cuya principal misión es la de cooperar á la resolución de los problemas sanitarios, fundada en 1892 por prestigiosas personalidades científicas, ha realizado durante veintinueve años una labor intensa y constante.

En su archivo figuran numerosos trabajos interesantísimos y que han servido muchos de ellos de norma en las esferas de la administración sanitaria.

En 1906 realizó el Primer Congreso de Higiene de Cataluña; en 1912, el Primer Congreso Español de Higiene Escolar, en unión con la Sociedad barcelonesa de Amigos de la Instrucción, y en 1920 una Exposición Regional de Higiene, cuyos éxitos fueron muy superiores á las esperanzas de sus organizadores.

Hoy existe un formidable movimiento social é higiénico en favor de la habitación conforme á las reglas de la Higiene y acomodado á las fuerzas económicas de cada una de las clases sociales. El mismo Estado y los Municipios intervienen, no sólo en la parte legislativa, si que también en la económica, contribuyendo á la construcción de casas baratas, realizando el socialismo desde arriba para favorecer á las clases obreras y á las pocas favorecidas por la fortuna.

En las escuelas, cuarteles, hospitales, asilos, locales industriales, teatros, en una palabra, en todas las habitaciones llamadas colectivas, el progreso higiénico ha penetrado algún tanto en nuestro país y parece querer entrar en franca vía de realización, aun cuando nos encontremos lejos, muy lejos, del ideal.

Pero si dirigimos la mirada á la habitación privada en España, ¡qué espantosos descubrimientos se hacen, tanto en las ciudades como en el campo!

A ese movimiento de filantropía y de reforma social en pro de la habitación sana que se inicia en España, la Academia de Higiene de Cataluña ha creído de su deber contribuir con la celebración en Barcelona, durante la primera quincena del mes de Junio de 1922, del *Primer Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación y Exposición anexa*, á fin de colaborar por modo científico, práctico y con potente impulso á la solución del problema de la habitación, que tanto ha de contribuir á disminuir nuestra vergonzosa cifra de mortalidad y á regenerar y moralizar la raza.

La Exposición anexa al Congreso será una lección de cosas interesantísimas, de enseñanzas objetivas, mudas pero elocuentes, donde podrá verse la habitación higiénica y los medios de conservarla sana, y la insana, junto con los procedimientos para sanearla, con lo cual, propietarios, inquilinos y la opinión pública podrán contribuir á la obra humanitaria del saneamiento de la habitación, que es, al propio tiempo, la principal profilaxis de la tuberculosis y otras infecciones.

A esa obra del Primer Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación, deben colaborar todas las profesiones relacionadas con la higiene de la vivienda y todos cuantos sientan en su pecho el noble deseo de redimir á la familia del hogar insalubre y á la colectividad de locales antihigiénicos.

Así, todos unidos en un esfuerzo común, con la idea madre de ser útiles á la Humanidad, habremos cumplido con nuestro deber.

Barcelona, Noviembre de 1921.—Por la Junta organizadora, el presidente, *Dr. Guillermo López*; el secretario, *doctor R. Jori Biscamps*.

Reglamento.

Artículo 1.º El primer Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación se celebrará en Barcelona durante la primera quincena del mes de Junio de 1922 en el local que oportunamente se señalará.

Art. 2.º El Congreso tiene por objeto el estudio de todas las cuestiones relativas á higiene y saneamiento de la habitación.

Art. 3.º El Congreso se compondrá de miembros protectores, colectivos, numerarios, adjuntos y agregados.

Serán miembros protectores todos los que hagan al Congreso un donativo que no sea menor de 50 pesetas.

Las Corporaciones podrán inscribirse en calidad de miembro colectivo y estarán representadas por un delegado designado por las mismas.

Podrán inscribirse como miembros numerarios todos los médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, arquitectos, ingenieros, abogados y maestros de obras titulares residentes en España.

Podrán inscribirse como miembros adjuntos todas las personas que se interesen por la higiene y saneamiento de la habitación. Los expositores serán considerados como miembros adjuntos y estarán exentos del pago de la cuota de congresista.

Podrán ser miembros agregados las personas de la familia de los miembros numerarios y adjuntos y los estudiantes de las profesiones citadas anteriormente.

Los congresistas de las distintas categorías podrán asistir á todas las sesiones del Congreso, pero únicamente los numerarios y colectivos tendrán voz y voto en las discusiones.

Art. 4.º Los congresistas abonarán una cuota de 30 pesetas los colectivos, 15 los numerarios, 10 los adjuntos y 5 los agregados al hacer su inscripción.

Art. 5.º Las inscripciones se harán por escrito y se dirigirán al señor secretario de la Junta organizadora (Valencia, 339, pral., 2.ª), procurando los que se inscriban anotar con claridad sus nombres, títulos y dirección. Las entidades indicarán su título y residencia.

Art. 6.º Los señores que se inscriban recibirán un resguardo que canjearán á su debido tiempo por el título de congresista, el cual les dará derecho á asistir á todos los actos que se celebren con motivo del Congreso, á todo lo que del mismo se publique y á la rebaja que se obtenga de las Compañías de ferrocarriles.

Art. 7.º Una Junta organizadora, constituida por miembros de la Academia de Higiene de Cataluña, como entidad iniciadora de la celebración del Congreso, representantes de todas las Corporaciones que tengan más ó menos relación con el problema de la higiene y saneamiento de la habitación, y personas de reconocida competencia en la materia que quieran prestar su concurso personal, tendrá á su cargo todos los trabajos de preparación de dicho Congreso, á cuyo fin nombrará de su seno cuantas comisiones crea necesarias.

Art. 8.º La Junta organizadora nombrará de su seno un Comité ejecutivo que estará encargado de llevar á la práctica los acuerdos tomados por la misma.

Art. 9.º El presidente de la Junta organizadora será el ordenador de pagos de todas las Comisiones que se nombren.

Art. 10. El Congreso se dividirá en las siguientes secciones:

1.ª Sanitaria.—2.ª Económica.—3.ª Legal.—4.ª Demográfica.

Cada sección podrá dividirse en las subsecciones que la Mesa de cada una de aquellas estime conveniente.



Art. 11. El Congreso celebrará:

1.º Una sesión preparatoria que presidirá la Junta organizadora y en la que se elegirá la Mesa definitiva del Congreso, los presidentes de honor del mismo y los presidentes y secretarios de cada sección.

2.º Una sesión inaugural en la que el señor secretario de la Junta organizadora dará lectura á una Memoria-Reseña de los trabajos verificados hasta aquel día para la celebración del Congreso. Acto seguido el presidente de la misma pronunciará su discurso y luego todas aquellas personas que el Comité Ejecutivo designe.

3.º Sesiones ordinarias en las secciones respectivas que se celebrarán simultáneamente, fijando ellas mismas la orden del día y nombrándose los vicepresidentes y vicesecretarios que crean convenientes, así como los presidentes de honor de las respectivas secciones.

4.º Una sesión plenaria en la que los presidentes de sección darán cuenta de lo verificado en cada sección respectiva, votándose después las conclusiones propuestas por ellas, la población donde haya de celebrarse el segundo Congreso y el presidente y secretario de la Junta organizadora del mismo.

5.º Una sesión de clausura en la que el secretario general del Congreso leerá una Memoria de los trabajos realizados durante el mismo, cerrando el acto un discurso del presidente.

Art. 12. La Junta organizadora entregará al secretario general del Congreso los trabajos recibidos y clasificados para las secciones á que deban destinarse, y éste entregará á los secretarios de cada sección los que á la misma correspondan.

Art. 13. Los secretarios de sección, al terminar las sesiones ordinarias, entregarán al secretario general del Congreso las actas de cada sesión en limpio, así como todos los trabajos que se hayan leído, para confeccionar el libro del Congreso.

Art. 14. Los temas oficiales del Congreso, que la Junta organizadora designará, deberán ser entregados por sus autores antes del 30 de Abril, con objeto de poder ser impresos y repartidos á los señores congresistas.

Estos temas serán leídos en la sección respectiva, en un tiempo que no deberá pasar de media hora.

Art. 15. Todos los señores congresistas numerarios y colectivos podrán presentar cuantas comunicaciones tengan por conveniente, procurando que sean breves y tenerlas presentadas ocho días antes de la celebración del Congreso.

Art. 16. El tiempo asignado á cada comunicación no deberá pasar de quince minutos y los oradores que tomen parte en la discusión no podrán hablar más de cinco minutos.

Art. 17. El texto escrito de todas las comunicaciones y discusiones deberá ser entregado al finalizar la sesión al secretario de la sección respectiva.

Art. 18. Se procurará que las comunicaciones se concreten al final en forma de conclusiones, para que en el caso de no ser posible leerlas íntegramente, por falta de tiempo, puedan los congresistas hacerse cargo de las mismas mediante una síntesis en forma de conclusiones.

Art. 19. Para la buena marcha de las sesiones el presidente de la misma cuidará de encauzar y dirigir las discusiones, tomando cada sección las disposiciones que estime convenientes para el mejor éxito del Congreso.

Art. 20. Podrán celebrarse conferencias de asuntos relacionados con el objeto del Congreso, previo convenio entre el señor conferenciante y la Junta organizadora, anunciándose oportunamente el día, hora y local en que deben darse.

Art. 21. Antes de la celebración del Congreso los señores inscritos recibirán el programa definitivo de los trabajos recibidos, temas y ponentes, festejos, excursiones, visitas, conferencias, etc.

Art. 22. Toda la correspondencia, así como las ponencias y comunicaciones, se dirigirán al señor secretario de la Junta organizadora, Dr. D. Ramón Jori Biscamps (Valencia, 339, pral., 2.ª).

Art. 23. La Junta organizadora, una vez terminado el Congreso, se constituirá en Comisión ejecutiva de los acuerdos firmados por el mismo.

Art. 24. La Junta organizadora y la Mesa del Congreso decidirán en último término sobre toda cuestión no prevista en este Reglamento.

Universidad de París. Facultad de Medicina.

AÑO ESCOLAR 1921-1922

Curso de vacaciones, de repaso y de perfeccionamiento. —Clínica Médica del Hotel-Dieu; profesor: M. A. Gilbert; profesor agregado: M. Maurice Villaret.

Curso de perfeccionamiento (Pascuas de 1922).—Las nociones recientes médico quirúrgicas sobre las enfermedades del hígado, de las vías biliares, del páncreas y sobre la diabetes.

Programa del curso. Clínica Médica del Hotel-Dieu (Anfiteatros, Trousseau y Bichat).

Lunes 10 de Abril de 1922.—Nueve mañana: M. Maurice Villaret. Nociones generales sobre la fisiología patológica del hígado y sobre los grandes síndromes que de ella derivan. Manera de examinar un hepático; interrogatorio; exploración física.

Dos y media tarde: M. Henri Benard. Los síndromes que resultan del funcionamiento vicioso de la célula hepática. Exploración clínica de las funciones hepáticas: investigación y valor de la glaucuria intermitente, de la amoniuria experimental, del nitrógeno total y residual, de la indicanuria, de la glucoronuria y de la hemoclasia provocada.

Cuatro y media tarde: M. Deval. Exploración de las funciones hepáticas por los métodos de laboratorio. Técnica del análisis de orinas y resultados (hipo é hiperazoturia; coeficiente azotúrico; acidosis; animoaciduria). Técnica del análisis de la sangre y resultados (azotemia; nitrógeno liberado por el hipobromito; nitrógeno total, ureico, residual; coeficiente ureosecretorio de Ambard).

Martes 11 de Abril.—Nueve mañana: M. Herscher. El síndrome ictericia. Colemia fisiológica y patológica. Colemetría. Urobilina y estercobilina; su investigación y su valor clínico. Ictericias colúricas y acolúricas. Ictericias disociadas. Investigación de las sales biliares; su valor clínico.

Dos y media tarde: M. Chabrol. El síndrome ictericia. Las ictericias por hiperhemolisis. Estudio de la resistencia globular. Ictericias acolúricas sencillas. Ictericia crónica esplenomegálica. El síndrome de Banti. La esplenectomía en el síndrome de Banti y la ictericia crónica esplenomegálica.

Cuatro y media tarde: M. Chabrol. El síndrome ictericia. Las ictericias acolúricas sintomáticas. La investigación de las hemolisinas. Sus relaciones con las anemias, las ictericias y la hemoglobinuria paroxística.

Miércoles 12 de Abril.—Nueve mañana: M. Henri Benard. El síndrome ictericia. Las ictericias toxi-infecciosas. La espiroquetosis icterígena; su diagnóstico clínico y de laboratorio.

Dos y media tarde: M. Saint Girons. La ictericia grave. La azotemia en las ictericias. Nociones nuevas, patogénicas, clínicas y terapéuticas.

Jueves 13 de Abril.—Nueve mañana: M. Maurice Villaret. El síndrome de hipertensión portal. Consideraciones de conjunto anatomofisiopatológicas. Nociones generales sobre las manifestaciones clínicas del síndrome, y en particular sobre los trastornos de la eliminación urinaria.

Dos y media tarde: M. Maurice Villaret. El síndrome de hipertensión portal. Los derrames ascíticos y pleurales en el curso de las enfermedades del hígado; estudio clínico, físico, químico, citológico, bacteriológico y terapéutico; importancia diagnóstica de las reacciones de Rivalta, de Gangi y del colargol. Las circulaciones colaterales de la pared toracoabdominal.

Cuatro y media tarde: M. Jomier. El síndrome de hipertensión infrahepática. Estudio clínico y terapéutico del hígado cardíaco.

Viernes 14 de Abril.—Nueve mañana: M. Maurice Villaret. Las relaciones del hígado y del tubo digestivo en patología. El tramo digestivo en el curso de las afecciones hepáticas.

Dos y media tarde: M. Henri Benard. El hígado sífilítico. Cirrosis sífilítica. Las hepatitis sífilíticas febriles. Ictericias de las sífilis é ictericias de los arsenobenzoles. Estudio clínico y terapéutico.

Cuatro y media tarde: M. Dumont. El hígado disintérico. El absceso del hígado. La concepción actual de las angiocolitis y de las hepatitis agudas. El diagnóstico de la disentería por los medios clínicos y los procedimientos de laboratorio (examen de la sangre é investigación de las amebas.) Nociones prácticas sobre su tratamiento.

Sábado 15 de Abril.—Nueve mañana: M. Paul Descomps. Los quistes hidatídicos del hígado, estudio clínico y terapéutico. Las supuraciones perihepáticas.

Dos y media tarde: M. Dumont. El hígado palúdico. Las ictericias del paludismo; la fiebre biliosa hemoglobinúrica; las cirrosis palustres. Diagnóstico del paludismo por los procedimientos de laboratorio; examen hematológico é investigación de los hematozoarios. Nociones de terapéutica práctica.

Cuatro y media tarde: M. Maréchal. El hígado tuberculoso. La cirrosis adiposa. Estudio clínico y terapéutico.

Martes 18 de Abril.—Dos y media tarde: M. Maurice Villaret. El hígado alcohólico; estudio clínico y terapéutico. Las piletis.

Cuatro y media tarde: M. Brin. Diagnóstico de la sífilis hepática por los procedimientos de laboratorio. Investigación de la reacción de Bordet-Wassermann, particularmente en el líquido ascítico; técnicas de coloración del treponema en los cortes de hígado. El diagnóstico biológico del quiste hidatídico; reacción de Ghedini-Weinberg.

Miércoles 19 de Abril.—Nueve mañana: M. Paul Descomps. La litiasis biliar no complicada. Nociones nuevas sobre su patogenia; el papel de la colestera; su dosificación en el suero sanguíneo. Estudio clínico y terapéutico de los cólicos hepáticos.

Dos y media tarde: M. Saint Girons. Las complicaciones de la litiasis biliar. Angiocolitis y colecistitis. Estudio clínico y terapéutico. Cirrosis calculosas.

Cuatro y media tarde: M. Coury. El cáncer del hígado y el cáncer de las vías biliares; sus formas clínicas; su diagnóstico.

Jueves 20 de Abril.—Nueve mañana: M. Herscher. Las cirrosis biliares; nociones prácticas sobre su diagnóstico y su tratamiento. El diagnóstico clínico de las ictericias crónicas.

Dos y media tarde: M. Henri Benard. El cáncer del páncreas; estudio clínico y diagnóstico. Las pancreatitis.

Cuatro y media tarde: M. Deval. El diagnóstico de la insuficiencia biliar y pancreática por los procedimientos de laboratorio. Examen químico de las heces (coeficiente de utilización de las grasas de los proteicos y de los hidratos de carbono). Las hecomomías; su investigación en la sangre con el ultramicroscopio.

Viernes 21 de Abril.—Nueve mañana: M. Lippmann. Las adquisiciones recientes sobre la dietética, la higiene general y la cura hidromineral en las enfermedades del hígado.

Dos y media tarde: M. Okinczyc. Nociones prácticas de cirugía del hígado. Indicaciones y contraindicaciones operatorias. Cuidados post-operatorios.

Cuatro y media tarde: M. Okinczyc. Nociones prácticas de cirugía de las vías biliares. Indicaciones y contraindicaciones operatorias. Cuidados post-operatorios.

Sábado 22 de Abril.—Nueve mañana: M. Deval. Las adquisiciones nuevas relativas al diagnóstico de la diabetes por los procedimientos de laboratorio. Dosificación del azúcar en la sangre y en las orinas. Estudio horario de la glucosuria. Estudio químico de la glucemia.

Dos y media tarde: M. Saint Girons. El síndrome diabético. Los datos recientes sobre la patogenia pluriglandular de la diabetes y sobre las investigaciones clínicas necesarias al establecimiento de su diagnóstico y de su pronóstico.

Cuatro y media tarde: M. Maurice Villaret. El síndrome diabético. Las nociones recientes sobre las complicaciones de la diabetes (especialmente sobre el coma diabético), y sobre su tratamiento (pruebas de tolerancia de los hidrocarbonados, etc.).

Este curso de enseñanza de vacaciones, de orden esencialmente práctico, comenzará el lunes 10 de Abril de 1922, á las nueve, en la clínica médica del Hotel-Dieu (anfiteatro Trousseau), bajo la dirección del profesor agregado M. Maurice Villaret, médico de los hospitales, y con la colaboración de los Sres. Okinczyc, profesor agregado de la Facultad, cirujano de los hospitales; Herscher y Chabrol, médicos de los hospitales; Lipmann, Jomier y Brin, antiguos jefes de clínica; Saint Girons, jefe de clínica; Coury y Maréchal, jefes de clínica adjuntos; Paul Descomps, Henri Benard, Dumont y Deval, jefes de los laboratorios de anatomía patológica, de bacteriología y de química.

Comprenderá 31 lecciones y terminará al cabo de dos semanas. Tendrá lugar regularmente, salvo los dos días próximos al domingo de Pascua, por la tarde, de dos y media á seis, y por la mañana antes de las diez, de modo que permita á los médicos que se inscriban, seguir los servicios hospitalarios de París.

Estará ilustrado con láminas, proyecciones fotográficas y microscópicas y acompañado de presentaciones de enfermos, de instrumentos, de piezas y de preparaciones microscópicas. Reaerá principalmente sobre el examen clínico en el lecho del enfermo y sobre los procedimientos recientes de terapéutica médica, quirúrgica, fisioterapia é hidromineral.

Se distribuirán á todos los alumnos, sumarios detallados con el resumen de cada lección.

Se entregará un certificado á los alumnos al terminar el curso.

Los derechos de laboratorio son 150 francos.

Serán admitidos los doctores franceses y extranjeros, así como los estudiantes matriculados en la Facultad, siempre que presenten el recibo de haber abonado los derechos. Los recibos de pago de los derechos relativos á este curso serán entregados en la Secretaría de la Facultad (ventanilla número 3), los jueves y sábados, de doce á tres.

NOTA.—Durante las vacaciones del año escolar 1921-1922 tienen lugar en la clínica médica del Hotel-Dieu, en las

mismas condiciones y bajo la dirección del profesor agregado M. Maurice Villaret, médico de los hospitales.

1.º Dos cursos de perfeccionamiento;

a) Uno sobre las enfermedades del hígado y del páncreas (vacaciones de Semana Santa).

b) El otro sobre las enfermedades del tubo digestivo (vacaciones del verano; Septiembre).

2.º Un curso de repaso:

De clínica práctica y de aplicación de los métodos de laboratorio al diagnóstico (vacaciones del verano; Julio.)

Curso teórico-práctico de análisis clínicos para médicos, farmacéuticos y estudiantes de los últimos años, por el Dr. Mouriz.

I

Espustos. Obtención del material. Caracteres generales. Examen químico. *Investigación citológica*. Elementos más importantes. *Investigación bacteriológica*. Preparaciones teñidas. Cultivos. Inoculaciones. Homogenización. Bacilos de Koch y principales gérmenes patógenos. Bacterias hemoglobínicas. Aislamiento. El esputo en las enfermedades del pulmón.

II

Investigación bacteriológica de las secreciones de la boca y de la garganta. Obtención del material. Bacilo de la difteria. Caracteres morfológicos, tinctoriales y biológicos. Inoculación. Diagnóstico diferencial. Marcha de la investigación. Angina de Vincent. Otras anginas. *Investigación bacteriológica de las secreciones nasal y conjuntival*.

III

Contenido gástrico. Caracteres generales. Aspecto y datos microscópicos del contenido en algunas enfermedades.

Investigación química cualitativa. Reacción. Ácido clorhídrico libre. Ácido láctico. Ácidos grasos volátiles. Pepsina y pepsimógeno. Labfermento y labzimógeno. Materias biliares. Sangre, etc.

Investigación química cuantitativa. Ácido clorhídrico libre y combinado. Acidez total. Déficit del ácido clorhídrico. Métodos especiales para el diagnóstico del carcinoma gástrico. *Examen microscópico del sedimento*.

IV

Hecas. Examen macroscópico. *Investigación microscópica*. Elementos normales. Elementos patológicos. Su aspecto en determinadas enfermedades. *Investigación química*. *Investigación bacteriológica*. Tifoidea Paratífus. Disentería. Tuberculosis, etc. Marcha de la investigación.

V

Orina. Identificación de un líquido como tal. Caracteres generales. Determinación cuali y cuantitativa de los elementos normales. Elementos patológicos. Marcha de su investigación y determinación cuantitativa. Pigmentos anormales. Determinación exacta de la glucosa. Acidosis. Examen microscópico del sedimento. Clase de cilindros y valor diagnóstico de los mismos. Células de significación patológica. Exploración de la función renal. Constante de Ambard. La orina en los estados patológicos. *Investigación de la naturaleza de los cálculos*.

VI

Líquidos ascítico y pleurítico. Examen citológico. Examen químico. Diferencia entre trasudados y exudados. Examen bacteriológico. Preparaciones teñidas. Siembras en medios adecuados de cultivos. Inoculaciones.

VII

Líquido cefalorraquídeo. Consideraciones generales. Recuento celular. Examen citológico. Marcha de la investigación, según se trate, de proceso infeccioso ó de sífilis de los centros nerviosos. Wassermann (reacción de). Su técnica en líquido cefalorraquídeo. Reacciones coloidales. Curva de Lange. Reacción del mastic y azul de Berlín. El líquido cefalorraquídeo en procesos patológicos.

VIII

Sangre. Recuento globular. Hemoglobina. Valor globular. Fórmula leucocitaria. Citología normal y patológica. Índice de Arneth. Significación diagnóstica y valor pronóstico de las fórmulas citológicas en determinadas enfermedades. Anemias. Poliglobulias. Leucemias y pseudoleucemias. Parásitos en sangre. Examen químico. Micro-determinaciones de Bang. Poder antitriptico.

IX

Hemocultivos. Técnica de los mismos para aislamiento de estreptococos, estafilococos, fiebre de Malta, meningococos, fiebre tifoidea, carbunco, etc. Aislamiento de gérmenes anaerobios de la sangre. Examen de los hemocultivos en gota suspendida. Preparaciones teñidas, etc. Siembras posteriores a los medios adecuados. Diferenciación e identificación de los gérmenes mediante reacciones de inmunidad.

X

Reacciones de inmunidad. Precipitinas. Su aplicación en biología. Aglutininas. (Reacción de Vidal). Bacteriotropinas. Índice opsonico.

XI

Bacteriolisinas. Hemolisinas. Desviación del complemento. Valoración de antígeno, amboceptor y complemento. Preparación de antígenos y amboceptores.

XII

Reacción de Wassermann. Valoraciones indispensables cuando se usan antígenos coesterinizados, dado el irregular contenido en complemento de los sueros de cavia. Reacción de Sachs-Georgi. (Reacción de Weinberg).

El curso se dará en la Farmacia y Laboratorio del doctor Mouriz. Carretas, 12. Tel. 12-33 M.

Academias y Sociedades.

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

CURSO DE 1921 Á 1922

PREMIO DEL DR. CAMIRUAGA

Encargada esta Academia de conceder un premio, del legado que con el mismo objeto otorgó el académico difunto D. José Angel de Camiruaga, á la mejor Memoria sobre un punto científico designado de antemano, queda abierto desde esta fecha un Concurso acerca del tema: *Estado actual del tratamiento de la neuro sífilis*, sobre las siguientes bases:

1.ª Se concederán dos premios: el primero consistente en la cantidad de 1.000 pesetas y título de socio correspondiente (si el autor no reside en Bilbao) al autor de la mejor Memoria que, á juicio de un Jurado nombrado al efecto, lo merezca, y que versará sobre el tema ya anunciado, y el segundo, otro que consistirá en un accésit y diploma de carácter honorífico á la Memoria que siga en mérito á la anterior. La Academia se reserva el derecho de no conceder el premio si la Memoria carece de suficiente mérito á su juicio.

2.^a Las Memorias ó trabajos recompensados con el premio pasarán á ser propiedad de la Academia, que los podrá imprimir en tirada aparte sin otra obligación que la de poner á la disposición de sus autores 15 ejemplares para el primero y 5 para el del accésit. Pero si por la situación económica de la Academia no pudiesen hacer edición especial de los trabajos premiados, se limitará á publicarlos sucesivamente en el periódico *Gaceta Médica del Norte* en lugar preferente, entregando á cada uno de los autores el número de ejemplares antes indicado.

3.^a Los trabajos no premiados serán sellados hoja por hoja, quedarán de propiedad de sus autores, y si no se recogen en un plazo de treinta días, serán quemados con el sobre que contenga el nombre del autor.

4.^a Una vez publicados los trabajos premiados, quedarán de propiedad de sus autores.

5.^a Podrán optar al premio todos los médicos, farmacéuticos, veterinarios y profesores dentistas de España que se hallen en posesión del Título correspondiente. Quedan exceptuados los individuos que formen parte del Jurado calificador.

6.^a El dictamen del Jurado calificador es inapelable.

7.^a La cantidad consignada como premio se pagará á los treinta días de haberse dictaminado el fallo, sin que se requiera otro justificante que un certificado del Título, acompañado de un sobre con el lema, conteniendo en su interior el nombre y apellido de su autor.

8.^a El plazo de admisión de trabajos termina el 1.^o de Septiembre de 1922.

9.^a El premio y el accésit se adjudicarán en la primera sesión académica ordinaria del próximo curso.

10.^a Los trabajos deben presentarse en papel blanco, tamaño 8.^o, forma apaisada, escrita en castellano, á máquina, ó si son manuscritos, con letra clara, y sin que contenga más signos ó notas que las relacionadas con el tema. Los que traigan alguna indicación por la que pueda descubrirse el nombre de su autor, serán rechazados.

11.^a Los trabajos deberán ser encabezados con un lema elegido por el autor, incluidos, sin firma, en sobre blanco, de tamaño corriente, en que se consigne el mismo lema y acompañados de otro sobre opaco y cerrado, conteniendo en su interior el nombre y apellido del autor, su residencia y el lema.

12.^a Dichos trabajos serán dirigidos al secretario general de la Academia, D. Carlos Mendaza, á su domicilio, Correo, 6, 3.^o, Bilbao, ó á la Academia, en sobre con franqueo certificado los de provincias, por correo interior y certificado los de la localidad.

Bilbao, 1.^o de Febrero de 1922.—El secretario general, *Carlos Mendaza*.

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

EXPOSICIÓN

Señor: Es de opinión general y anhelo frecuentemente expuesto, que los servicios del Estado deben evolucionar en el sentido de su perfeccionamiento progresivo, acomodándose á las necesidades del presente, á los adelantos de la época y á la unánime aspiración de obtener mayor utilidad dentro de la mayor economía. Para satisfacer tan plausible tendencia, que atañe por igual á los servicios técnicos y á los administrativos, varios Departamentos ministeriales han modificado su organización y su estructura y han visto y

comprobado las ventajas de especializar el trabajo, de agrupar las materias afines y de dar al conjunto la organización y el impulso de la unidad directiva. Y si en algún ramo de la Administración existe motivo que plenamente justifique la adaptación de los organismos actuales á las perentorias demandas de la vida moderna y de la política social, es en el que gobierna la Sanidad pública.

Antes de la guerra era ya difícil seguir el movimiento expansivo de la Sanidad, por los continuos progresos de la técnica y principalmente por la ampliación de sus actividades á los fértiles campos de la Medicina social; pero después, la intensificación de la lucha emprendida contra las enfermedades infecciosas, la emulación en el propósito de ahorrar el máximo número de vidas y de vigorizar el trabajo, la solidaridad internacional concertada para la defensa contra el peligro común y la creación de numerosas instituciones, oficinas, Ligas y Consejos que recogen los esfuerzos diseminados por todos los pueblos y á todos obligan á mayores empresas y sacrificios, multiplican extraordinariamente la labor sanitaria y piden con apremio una organización capacitada para seguir las nuevas orientaciones y apta para responder cumplidamente á sus iniciativas.

Unese á lo expresado, por lo que se refiere al momento actual, que en España comienza á surgir un cierto interés en favor de la higienización rural y urbana que conviene encauzar y fomentar para que no se malogre en sus principios, y que, aprobadas por el Real Consejo de Sanidad las bases para la iniciación del proyecto de seguro obligatorio contra la enfermedad, que ha de desarrollar el Instituto de Previsión, llegará pronto el momento de implantarlo y de acoplar la organización médica tradicional á la organización societaria, todo lo cual exige una amplia renovación de los moldes actuales, informada, como es de rigor, en conceptos de estricta justicia, que eleve y equipare la Sanidad del Reino á la dignidad y altura de las categorías similares de la Administración pública. Esto último, con tanta mayor razón cuanto que la complejidad y transcendencia de los problemas sanitarios de nuestro tiempo han impuesto, en muchos países, la determinación de crear Ministerios de Sanidad dotados de los elementos y créditos indispensables para realizar la magna obra profiláctica y regeneradora que aguardan los pueblos destrozados por la miseria ó acuciados por el malestar económico é industrial. Y ya que entre nosotros no sea posible imitar tan provechosos ejemplos, conviene secundarlos otorgando á la Sanidad el realce y las facultades que disfrutaban otros Centros análogos y que, en realidad, sólo significan una mayor facilidad para el cumplimiento de su misión.

En virtud de todo lo expuesto, el ministro que suscribe tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto del Real decreto.

Madrid, 28 de Febrero de 1922.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Rafael Coello y Oliván*.

REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación,
Vengo en decretar lo siguiente:

Art. 1.^o Se crea en el Ministerio de la Gobernación y bajo la dependencia del ministro, en sustitución de la Inspección general de Sanidad, la Dirección general del ramo, que se denominará Dirección general de Sanidad del Reino, la cual será de carácter técnico y tendrá á su cargo todo cuanto afecte á los servicios de la Sanidad civil é higiénica pública y será desempeñada por el actual inspector general.

Art. 2.^o Dependientes de la Dirección general de Sani-

dad, en sustitución de las tres Subinspecciones que hoy existen, habrá tres Inspecciones generales, que se denominarán de Sanidad Interior, de Sanidad Exterior y de Instituciones Sanitarias, las cuales serán desempeñadas por los actuales subinspectores, y además, una Sección Administrativa, que será desempeñada por un jefe de Administración de primera ó segunda clase del Ministerio.

Art. 3.º El inspector más antiguo, en los casos de ausencia, enfermedades y vacantes, asumirá todas las funciones del director. Los inspectores generales se sustituirán recíprocamente en la forma que ordene en cada caso la Dirección general.

Art. 4.º Tanto el director general como los tres inspectores percibirán los mismos haberes consignados en Presupuesto para sus anteriores cargos.

Art. 5.º La Dirección general de Sanidad, en caso de vacante, se proveerá mediante concurso entre doctores en Medicina especializados en materias sanitarias y de higiene pública.

Atribuciones de la Dirección general.

Art. 6.º El director general de Sanidad ejercerá todas las funciones y facultades que se relacionen con la defensa y fomento de la salud pública y será el jefe efectivo de los servicios y funcionarios adscritos á los tres Cuerpos de la Sanidad civil.

Serán atribuciones propias de este cargo las siguientes:

1.ª Dictar las instrucciones necesarias para la puntual ejecución de los Reglamentos y Reales órdenes.

2.ª Resolución, instrucción y trámite de cuantos asuntos le estén encomendados por Leyes, Reglamentos y disposiciones generales ó especiales del ramo, y comunicar las Reales órdenes expedidas por el ministro.

3.ª Corresponderse bajo su firma y en los asuntos de su resolución con los empleados públicos de igual ó de inferior categoría.

4.ª Ordenar y distribuir á las respectivas Inspecciones generales y á la Sección administrativa los trabajos en la forma más conveniente al buen servicio.

5.ª Examinar y anotar después de los inspectores y jefes de Sección, todos los expedientes de resolución de S. M. y dictar los Reglamentos é instrucciones del ramo, ajustándose á las prevenciones del ministro y salvo la autoridad de éste.

6.ª Dar cuenta y acordar con el Ministro las resoluciones definitivas de los asuntos que correspondan á las Secciones de la Dirección.

7.ª Informar al Ministro, siempre que éste lo ordene, acerca de cualquier punto de servicios sanitarios y proponerle cuanto sea conveniente al interés general.

8.ª Inspeccionar y dirigir los trabajos de los empleados de la Dirección, amonestándoles ó reprendiéndoles en su caso por faltas que cometan y dando cuenta al Ministro cuando considere necesaria una corrección mayor.

9.ª Presidir los remates y subastas del ramo cuando no lo hiciere el Ministro.

10. Nombrar el personal eventual cuando sus haberes no excedan de 1.250 pesetas, y, en todo caso, proponer el nombramiento de los de mayor sueldo.

11. Acordar y firmar la inversión de los créditos consignados en Presupuesto, previos los informes que considere convenientes, siempre que la cifra en cada caso no exceda de 1.250 pesetas, y proponer al Ministro la inversión de los que excedan de esta cantidad.

12. Proponer al Ministro las inspecciones que deban llevarse á cabo para la fiscalización de los servicios y asimismo

la ejecución de aquellas comisiones especiales ó informaciones sanitarias en el territorio nacional y en el extranjero que crea convenientes para la defensa de la salud pública.

13. Autorizará con su firma la publicación de escalafones de los respectivos Cuerpos sanitarios.

14. Formará y presentará anualmente al Ministro el proyecto de presupuesto para todos los servicios y personal de Sanidad.

De los inspectores.

Art. 7.º Los inspectores generales de Sanidad Interior, Sanidad Exterior y de Instituciones sanitarias, serán jefes de los respectivos Cuerpos y de las Secciones correspondientes del Ministerio, despachando directamente con el director general de Sanidad. Serán vocales natos del Real Consejo de Sanidad y formarán parte de la Comisión permanente, desempeñando el más antiguo las funciones de secretario de actas, tanto en ésta como en aquél, ejerciendo cada uno de ellos la Secretaría de su Sección correspondiente dentro del Consejo.

Art. 8.º Los cargos de inspectores generales se proveerán mediante concurso entre el personal médico de los Cuerpos respectivos y según determine el Reglamento de los mismos Cuerpos.

Art. 9.º Además de las funciones señaladas en el artículo anterior, corresponde á los inspectores generales las establecidas en el art. 8.º del Reglamento aprobado por Real orden de 27 de Julio de 1920, las de comunicarse y circular órdenes por correo y telégrafo á sus subordinados y las que se hallen establecidas ó se establezcan por los Reglamentos interiores de cada Cuerpo.

Art. 10. El jefe de la Sección administrativa continúa con las funciones que le concedió el citado Reglamento y las que directamente le encomiende la Dirección.

Art. 11. Quedan derogadas todas las disposiciones que se opongan á lo dispuesto en el presente Real decreto.

Dado en Palacio á 28 de Febrero de 1922.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Rafael Coello y Oliván*.

EXPOSICIÓN

Señor: Las tarifas sanitarias aprobadas por Real decreto de 24 de Febrero de 1908 no incluyen todos los servicios que prestan las autoridades de Sanidad, haciéndose preciso ampliarlas en varios extremos, sobre todo en lo referente á los que realizan los subdelegados de Farmacia, pues sólo aparece en aquéllas el concepto 13, relativo á apertura de farmacias y á las visitas extraordinarias ordenadas por las disposiciones vigentes en virtud de defectos subsanables.

Y como por la legislación actual tienen que realizar los subdelegados y demás autoridades sanitarias, con relación á las farmacias y laboratorios, varios actos y servicios sin remuneración de ninguna clase y con notorios perjuicios que no están compensados en forma alguna, la Inspección general de Sanidad, en cumplimiento de la cuarta disposición general del referido Real decreto de 24 de Febrero de 1908, que dispone puedan ampliarse las tarifas sanitarias cuando lo impongan las necesidades del servicio, con informe del Real Consejo de Sanidad, ha presentado una propuesta á este Cuerpo Consultivo para que recaiga acuerdo sobre unas tarifas referentes á los servicios que presten los subdelegados y demás autoridades sanitarias relativas á las farmacias y laboratorios, habiendo informado por unanimidad dicho Real Consejo la tarifa que ha de ser sometida á la aprobación de V. M. en el adjunto proyecto de Decreto.

En virtud de las razones expuestas, el ministro que sus-

cribe tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 28 de Febrero de 1922.—Señor: A. L. R. P. de V. M., *Rafael Coello y Oliván*.

REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación,

Vengo en decretar lo siguiente:

1.º Se aprueba la adjunta tarifa, acordada por el Real Consejo de Sanidad, de derechos de los subdelegados de Farmacia y demás autoridades sanitarias.

2.º Los derechos recaudados por este concepto se liquidarán en la forma dispuesta por la ley de 3 de Enero de 1907 y demás disposiciones referentes á las tarifas sanitarias.

Dado en Palacio á 28 de Febrero de 1922.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Rafael Coello y Oliván*.

TARIFAS

Tarifa comprensiva de los servicios sanitarios prestados por los subdelegados de Farmacia y demás autoridades sanitarias que deben ser retribuidos, á los efectos de los artículos 196 y 197 de la Instrucción general de Sanidad y de la ley de 3 de Enero de 1907.

El concepto 13 de las tarifas sanitarias aprobadas por el Real decreto de 24 de Febrero de 1908, será sustituido por el siguiente:

«Apertura de farmacias y laboratorios y vigilancia de su funcionamiento.

Por la visita para la apertura que prescriben los artículos 5.º y 42 de las Ordenanzas de Farmacia y 72 de la Instrucción general de Sanidad:

En poblaciones de más de 300.000 almas, 60 pesetas.

En las de 300.000 á 50.000, 40 pesetas.

En las demás, 30 pesetas; y gastos de viaje, á razón de 2,50 pesetas por kilómetro de distancia.

Visitas extraordinarias ordenadas por las disposiciones vigentes en virtud de defectos subsanables, devengarán iguales derechos.

Visitas de aperturas de laboratorios devengarán iguales derechos.

Visitas de farmacias por cambio de local, gastos de viaje.

Visitas anuales á las farmacias y laboratorios, con informe al gobernador, 25 pesetas, más dos tercios de la multa, en caso de infracción.

Visitas de las farmacias y laboratorios en virtud de denuncias formuladas ante las autoridades, 25 pesetas y gastos de viaje, más dos tercios de la multa, en caso de infracción.

Inspección y vigilancia de los establecimientos ó laboratorios en que se preparan productos farmacéuticos, especialidades, medicamentos específicos, opoterápicos y productos biológicos de uso médico. Visita anual, 25 pesetas.

Inspección y vigilancia de los botiquines, una vez por año, 20 pesetas y gastos de viaje.

Inspección y vigilancia de los Centros de especialidades, casas expendedoras al por mayor de productos químicos y farmacéuticos para la comprobación del cumplimiento de los Reglamentos de especialidades y de las sustancias tóxicas. Una vez por año, 25 pesetas, y en las faltas, dos tercios de la multa.

Inspección y vigilancia de las droguerías al por menor y de otros establecimientos donde pueden cometerse infracciones de las ordenanzas y demás disposiciones referentes al ejercicio de la Farmacia, dos tercios de la multa.

Vigilancia é inspección sanitaria de los alimentos y locales donde se preparan y expenden, en los casos en que sean requeridos por las autoridades, 15 pesetas.

13 bis.—Registros de títulos de los directores de laboratorios de especialidades y directores de los laboratorios de sueros, vacunas y productos biológicos, 25 pesetas.

Expendición de toda clase de certificados que afecten á la profesión y que se deduzcan ó no de libros registros que tienen que llevar dichos funcionarios.

Certificados reducidos de los datos que deben constar en el libro registro, incluso certificación de cese en el ejercicio profesional, 10 pesetas.

Certificados deducidos de datos que necesite adquirir el subdelegado, sin que sea preciso consten obligatoriamente en dicho libro, 20 pesetas.

Duplicado de esta certificación, 5 pesetas.

Certificado expedido por las autoridades sanitarias haciendo constar hechos referentes á farmacias, laboratorios, droguerías ó almacenes de especialidades al por mayor, ó acerca de drogas, especialidades farmacéuticas y demás productos para uso médico, 25 pesetas.

Aprobado por S. M. Madrid, 28 de Febrero de 1922.—El ministro de la Gobernación, *Rafael Coello y Oliván*.

REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación, de acuerdo con la Comisión permanente del Consejo de Estado,

Vengo en decretar lo siguiente:

Art. 1.º Se concede la nacionalidad española á D. Juan Fernando Dancker y Oppenheim, súbdito danés.

Art. 2.º La expresada concesión no producirá efecto alguno hasta que el interesado preste juramento de fidelidad á la Constitución y de obediencia á las leyes, con renuncia de todo pabellón extranjero, y sea inscrita en el Registro civil.

Dado en Palacio á 28 de Febrero de 1922.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Rafael Coello y Oliván*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 717,4; ídem mínima, 705,2; temperatura máxima, 18°,1; ídem mínima, 1°,2; vientos dominantes, OÑO. SO.

Las variaciones observadas en la marcha de los afectos catarrales y gripales agudos de localización del aparato respiratorio y de los infecciosos del tubo digestivo, sigue siendo la que venía iniciándose hace tres semanas; esto es, en sentido favorable de decrecimiento; en cambio, se han registrado numerosos casos de tífus exantemático, procedentes de focos infectos, á que es de suponer que acuda la acción inspectora municipal con los fáciles procedimientos de desinfección y limpieza acreditados contra esta epidemia.

Crónicas.

Una conferencia del Dr. Goyanes.—El próximo jueves, 16 de Marzo, á las seis de la tarde, dará el Dr. Goyanes en la cátedra 6.ª de la Facultad de Medicina una conferencia acerca de la *Cirugía vascular*.

De esperar es que satisfaga con creces la curiosidad con que esperan escucharla los alumnos de la Facultad y muchos médicos que se interesan por estas cuestiones.

Facultad de Medicina de Madrid.—Curso breve de Radioterapia ginecológica por el profesor Recasens (exclusivo para médicos), desde el día 27 de Marzo al 6 de Abril.

Disponiendo la clínica ginecológica de la Facultad de un excelente material para la radioterapia profunda, el curso será teórico-práctico, pudiendo los alumnos familiarizarse en el manejo de este medio terapéutico.

El importe de la matrícula (100 pesetas por alumno) se destina á la compra de material para el funcionamiento de la instalación.

Queda abierta la matrícula en la Secretaría de la Facultad, siendo limitado el número de inscripciones.

Programa de lecciones: Día 27 de Marzo: Naturaleza de la electricidad; estudio físico de las radiaciones producidas en la ampolla de Crookes.—Día 28: Rayos de Roentgen: Su origen, naturaleza y propiedades.—Día 29: Dosificación física de los rayos de Roentgen.—Día 30: Acción biológica de los rayos X.—Día 31: Dosificación biológica de las radiaciones de Roentgen.—Día 1.º de Abril: Técnica general de la aplicación de los rayos X en Ginecología.—Día 3: Indicaciones de la Roentgenterapia en Ginecología; técnica del tratamiento de las hemorragias metropáticas, de la tuberculosis génito-peritoneal, osteomalacia, etc., etc.—Día 4: Indicaciones y técnica de la Roentgenterapia de los miomas uterinos.—Día 5: Técnica del tratamiento del cáncer uterino por las radiaciones.—Día 6: Radioterapia del cáncer de la vulva; ídem del de mama.

Junta directiva.—La Sociedad Ginecológica Española ha elegido la siguiente Junta directiva para los años 1922 y 1923:

Presidente, D. José Bourkaib; vicepresidente 1.º, D. José Botella Montoya; vicepresidente 2.º, D. Luis Recasens; secretario general, D. Isaac Moreno; secretario de actas, D. José de Torre Blanco; vicesecretario, D. Francisco Luque; tesorero, D. Adrián García López; bibliotecario, D. Juan José de la Muela.

Conferencias.—Según carta que acaba de recibir el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Martínez Vargas, el Profesor Kolle dará tres conferencias sobre «Quimioterapia moderna» en esta Facultad, los días 29, 30 y 31 del presente mes de Marzo.

Necrología.—A la edad de ochenta y un años ha fallecido en Tolosa nuestro buen amigo y compañero D. Ramón de Azcue é Iribar.

Su clara inteligencia y caballeresco comportamiento le hicieron acreedor de un título de honor que le concedió el Colegio de Médicos de Guipúzcoa; y en la misma forma que por sus compañeros, fueron enaltecidos sus servicios por la villa de Tolosa, que le otorgó el nombramiento de médico honorario titular de la Beneficencia Municipal.

Fué subdelegado de Medicina en aquel distrito y médico forense.

EL SIGLO MEDICO se asocia al duelo de sus deudos.

Asamblea de químicos.—La asamblea general organizada por la Asociación Nacional de Químicos, celebró la sesión de apertura el domingo 26 de Febrero, á las once de la mañana, en el Salón de Actos de la Facultad de Ciencias de Madrid, á cuya solemnidad asistieron las personalidades académicas más conocidas en el ramo.

La sesión preparatoria se reunió el sábado 25 en el mismo local.

El deseo primordial de los doctores y licenciados en Química, y que logró un éxito, fué dar nuevo impulso al desarrollo de la Química en España, tanto en el terreno especulativo como en el de sus múltiples aplicaciones, para conseguir lo cual solicitaron la colaboración de todos aquellos que cultiven ramas especiales de conocimientos químicos.

En esta primera asamblea se abordaron, entre otros, temas tan interesantes como los siguientes:

«Enseñanza universitaria de la Química pura y aplicada.»

«La Química en la Agricultura.»

«Profesorado de Química en toda clase de Centros docentes.»

«Laboratorios municipales, de investigación industrial y del ramo de Guerra.»

«Nuevas industrias químicas.»

«Creación de una revista de Química pura y aplicada.»

«Validez de títulos extranjeros.»

Para los hospitales de la Cruz Roja.—El día 4 facilitaron á la Prensa la lista 51.ª de donativos recibidos con destino á la suscripción iniciada por la Reina doña Victoria para el sostenimiento de los hospitales de la Cruz Roja.

La cantidad recaudada asciende á 6.175.040,25 pesetas.

El gobernador de Madrid y el Hospicio de Aranjuez.—El último domingo, y sin previo aviso, visitó el gobernador civil de Madrid, marqués de la Frontera, el Hospicio de Aranjuez.

Del estado lamentable en que se encuentra el citado establecimiento benéfico es buena prueba el que la referida

autoridad piensa convocar una reunión extraordinaria en la Diputación, con el exclusivo objeto de dar cuenta y procurar la corrección de las muchas deficiencias que encontró en los servicios.

Pulmoserum Bailly.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio A. Bailly, 15 y 17, Rue de Rome, París, cuya lectura recomendamos.

Yodeosal.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio de la Viuda de García (Martínez Campos, 1, Madrid), cuya lectura recomendamos.

LIBROS DE MEDICINA FRANCESES.—Venta en francos. Condiciones especiales. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la LIBRERIA INTERNACIONAL, Churruca, 6, San Sebastián.



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

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

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, cañes, raquitismo, escrofulis no, etc.

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

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

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1