

# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLÍNICA DE MADRID

**Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO**

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

### REDACTORES:

**Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ**

**P. ARIAS CARVAJAL**  
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

**J. DE AZÚA**  
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

**L. CARDENAL**  
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.

**V. CORTEZO**  
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

**L. ELIZAGARAY**  
Médico del Hospital General de Madrid.

**A. FERNÁNDEZ**  
Alumno de Medicina.

**M. GAYARRE**  
Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

**A. GARCÍA TAPIA**  
Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

**J. GÓMEZ OCAÑA**  
Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.

**GONZÁLEZ AGUILAR**  
Director-Médico del Instituto Cervantes.

**J. GOYANES**  
Cirujano del Hospital General de Madrid.

**B. HERNÁNDEZ BRIZ**  
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

**T. HERNANDO**  
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

**J. MADINAVEITIA**  
Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

**G. MARAÑÓN**  
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

**A. MEDINA**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.

**B. NAVARRO CÁNOVAS**  
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

**J. ORTIZ DE LA TORRE**  
Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

**S. PASCUAL Y RÍOS**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

**A. PULIDO MARTÍN**  
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

**P. DEL RÍO HORTEGA**  
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

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

**F. TELLO**  
Sub-Inspector General de Sanidad

**L. URRUTIA**  
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

*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: Estrechez é insuficiencia de los orificios y válvulas del corazón y de la aorta, conferencia del excelentísimo señor doctor Huertas.—Bibliografía.—La Medicina y la guerra.—Cosas del siglo pasado: El ajo, preservativo de la gripe, por el Dr. Arias Carvajal.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Cosas de abogados, por Venancio Prieto.—Mitin sanitario de Toledo.—Los médicos y la autonomía, por S. F. López Prieto.—La vacunación obligatoria.—Medio social del médico titular, por Ramón Paadín.—Bases generales de constitución del Instituto de Medicina Social.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

#### HOSPITAL GENERAL, CLÍNICA DEL DR. HUERTAS (1)

### Estrechez é Insuficiencia de los orificios y válvulas del corazón y de la aorta.

Señores:

Aunque os parezca el epígrafe de esta conferencia muy complejo, porque abarca especies morbosas separadas y descritas en patología médica, dudo que os parezca, no sólo complejo, sino asaz sintético en relación con la importancia del asunto que vamos á tratar; quizá tenga la fortuna de demostraros lo que tantas veces os he dicho ante los enfermos cardíacos y que repito con el siguiente enunciado: *toda lesión de orificio ó de válvula cardíaca implica una lesión consecutiva de los vasos*, como afirmó Petter en las postrimerías del siglo que pasó.

El numeroso contingente de enfermos que acude á nuestra Clínica nos proporciona la favorable ocasión para el estudio de casos en los que encontramos siempre ejemplares genuinos de síndromes que permiten diagnosticar las estrecheces mitrales, las insuficiencias, las lesiones combinadas, su manera de iniciarse, las alteraciones orgánicas que se fragan y encadenan, el curso de la enfermedad hasta su terminación, siempre por la muerte, y lo mismo podemos observar con respecto á las estrecheces é insuficiencias, tanto

de la válvula tricúspide, como de las válvulas sigmoideas y orificio aórtico.

También veréis confirmado, con lamentable frecuencia, que estas enfermedades constituyen siempre un círculo morboso que empieza por una lesión de orificio ó de válvula, para terminar con profundas é irremediables alteraciones del músculo cardíaco, no sin haberse determinado antes trastornos de la hematosi y de la hematopoyesis.

Esta serie de trastornos son los que, y dicho sea de paso, sirven de fundamento á Petter para hacer severa crítica de la teoría de la asistolia sostenida por Beau, que tanta fortuna goza, con menoscabo seguramente de una buena interpretación clínica y de la eficacia terapéutica en momentos críticos, en que la concepción teórica se sobrepone á la realidad de los hechos. Ya volveremos sobre este asunto. Ahora, y estimando oportuno el conocimiento fisiológico que informa el criterio del gran clínico del Hospital de la Caridad de París, como asimismo los experimentos de C. Bernard, Ludwig, Bezold y Cyon, muy principalmente, sin perder de vista la autoridad clínica de Andral, Trousseau, G. Sée, Graves, Jacoud y Dieulafoy, entre otros, quienes están conformes en considerar como deficiente la teoría de Beau sobre la asistolia, teoría que, á pesar de todo, continúa por su sencillez.

No es, pues, la lesión primordial en el sentido restringido de válvula ú orificio la que acarrea la fase terminal de las afecciones cardíacas; es preciso tener en cuenta, además de la acción contráctil del miocardio, la elasticidad y contractilidad de los vasos, propiedades éstas que en cierto

(1) Conferencia dada en la Clínica de su cargo por el Excmo. señor Dr. Huertas.



modo son autónomas, y que pueden influir é influyen, desde luego, para la solidaridad funcional y determinaciones morbosas, como se ha demostrado por los experimentos de Ludwig y de Cyon al rectificar los trabajos de Bezold.

Es preciso no ver en los vasos, tubos inertes que reciben, pero que no reaccionan; al contrario, se debe considerar el sistema circulatorio como compuesto de dos elementos contráctiles: el corazón por un lado, y por otro, el conjunto de los *músculos vasculares*; el corazón que pone en movimiento la circulación y los músculos que la regularizan, según las necesidades y el estado funcional de los órganos por donde se distribuye la sangre. Según Petter, aún podrá añadirse que la contracción vascular tiene mayor energía y más importancia funcional, porque lleva la sangre á cada órgano con arreglo á las necesidades del mismo.

Nunca faltan en nuestra clínica enfermas en las que las lesiones han recorrido todas sus fases hasta llegar al estado impropriadamente llamado de asistolia, y siempre en estos casos hemos procurado poner de manifiesto que el término fatal, la muerte, no la ocasionaba sólo la debilidad del miocardio, sino la asinergia, es decir, que la vida concluye á consecuencia de la alteración de todos los órganos y la impotencia funcional consecutiva, sin la relación de causa á efecto que representara de algún modo la lesión misma, ya fuera de orificio ó bien de válvula.

Estos son los hechos, y en varias ocasiones, en recientes autopsias, hemos visto que en lugar de los trastornos congestivos y de éxtasis que debieran presentar las principales vísceras (pulmones, hígado y riñones), veíamos los efectos de alteraciones formativas dominando la atrofia.

En esta misma clase de enfermos, en plena astenia cardiovascular, hemos analizado la orina, cuya cantidad no pasaba de 300 á 500 gramos en las veinticuatro horas, con mucha albúmina, al propio tiempo que cilindros granulosos. Estos enfermos padecen también repugnancia para los alimentos, vómitos biliosos, no pueden digerir, y por esto, en buen concepto clínico, ¿estamos autorizados para decir que la muerte fué debida á la anemia ó á la apepsia? No; lo que ocurre, como consecuencia de esta *asinergia*, es la degradación orgánica general. Día por día, lenta, gradual y paralelamente se alteran sus órganos de tal manera, que llega un momento de su existencia en que sufren la supresión del tercio de energía, después de la mitad de la de sus pulmones, de su hígado, de su bazo, etc.; de manera que existe en el enfermo una porción de sí mismo viva y otra muerta. Y así gradualmente va muriendo molécula á molécula en cada uno de los penosos días de su existencia, pudiendo decirse con verdad, al cesar de vivir, que en realidad *ha cesado de morir* (1).

Por estas razones, veis que siempre, inspirado yo en este criterio del gran clínico francés, no me limito á una terapéutica de patrón en cierto modo, y como se desprende de la doctrina de Beau, sino que teniendo muy en cuenta la noción etiológica, la edad, sexo, profesión, hábitos de vida y curso de la enfermedad y estado actual, deducimos la importancia de las lesiones y los grados jerárquicos de los órganos lesionados.

Este criterio es tanto más racional en cuanto está basado en el círculo morbo de las enfermedades del corazón; círculo que siempre comienza, tanto en la lesión órica como valvular, por la fase *física* ó de trastorno circulatorio; la fase *química* con trastornos de la hematosi y anoxemia, fase *dinámica* con trastornos de la hematopoyesis, y fase

*terminal* que se caracteriza por la caquexia, degeneración de todos los órganos, y sobre todo, astenia vascular.

En este círculo morbo se encierra toda la patogenia y fisiología patológica de lo que ocurre en el curso de las cardiopatías, y que explicaremos á medida que exponamos los casos justificativos de nuestra conferencia, para la cual he creído necesario respetar los conceptos que han informado trabajos míos á propósito del corazón y de los vasos.

Concretando ahora el asunto nos ocuparemos de dos casos de insuficiencia mitral.

Pertenece el primero á una mujer de treinta y un años, soltera, de Zaragoza, y según lo que copio textualmente de la historia clínica que tengo á la vista hecha por el interno señor Ortega, es de malas costumbres, prostituta, con hábitos de intemperancia alcohólica y fumadora. Es hija de padre diabético, y la madre goza de buena salud; tiene dos hermanos. En la infancia padeció sarampión y escarlatina de curso breve; á los doce años, un reumatismo poliarticular; luego ha disfrutado de excelente salud. Menstruó por vez primera á los quince años sin molestias. Poco tiempo después comenzó su triste vida de mujer pública, que continuó en Toledo, por espacio de cinco años; allí contrajo un padecimiento, presentándosele un tumor en la región media y anterior del pecho, sobre el esternón. (¿De índole fímico?) Este tumor fué incindido, saliendo una gran cantidad de pus mezclado con sangre; la herida cicatrizó pronto, y como vestigio queda ahora una cicatriz de bordes irregulares de carácter indeleble. Poco después tuvo un ataque de ictericia que le duró unas dos semanas; luego padeció reumatismo articular que se repitió dur ante tres años, al cabo de los cuales se hicieron más penosos los síntomas del aparato respiratorio, con mucha fatiga y algo de hinchazón en la región maleolar. Pero cuando su estado se hizo verdaderamente crítico, imposibilitándola para toda clase de ejercicio, fué en el último mes de Diciembre, á consecuencia de excesos de todas clases que cometió durante varios días de crápula (dice que ingirió en una noche un litro de cognac); entonces fué cuando notó que en vez de la ligera hinchazón de sus piernas, el edema se había generalizado, anasarca que ha continuado hasta ahora, á pesar de los remedios que ha usado mientras le prestaron asistencia en su domicilio. Por la exploración se nota lo siguiente: Un estado intensísimo de anasarca, ascitis muy considerable con gran relieve de las partes declives (costados, órganos genitales externos, etcétera); la piel tiene el tinte característico de la ictericia, como asimismo las conjuntivas, coloración que contrasta con los tonos violáceos, cianóticos, de las mejillas y de los labios. Es tan grande el edema y tiene tal dureza, que la percusión del tórax resulta negativa para apreciar las alteraciones anatómicas, muy particularmente para fijar los límites del corazón, y lo mismo ocurre en la cavidad abdominal.

La auscultación, bastante dificultosa, nos permitió apreciar un soplo en el primer tiempo por debajo de la tetilla, sin desdoblamiento del segundo ruido; en la base de ambos pulmones se notaron estertores finos, crepitantes, combinados con sibilantes y roncus, que se extendían por la parte anterior, ganando en altura hasta el vértice izquierdo. El pulso era frecuente y de baja tensión, muy depresible y con arritmia; pulso venoso. Disnea intensa, tos frecuente y con expectoración mucopurulenta y con coloración hemática oscura. A pesar de su estado de somnolencia, no duerme, y frecuentemente acusa sobresaltos.

En esta enferma hubo necesidad de llenar indicaciones vitales y causales en cierto modo desde el instante en que ingresó en la clínica, y recordaráis bien que se pusieron in-

(1) PETTER: *Clínica Médica*.



yecciones de aceite alcanforado y de esparteína, muchas ventosas secas en la base del tórax y 40 gramos de la tintura de jalapa compuesta con 15 gramos de jarabe de espino cervical. Esta terapéutica dió el resultado apetecido, pues á las veinticuatro horas la enferma, aunque grave, daba lugar á discurrir respecto al tónico-cardíaco con que podríamos lograr mejor que se venciera un éxtasis tan intenso en todo el sistema venoso, que tan perentoriamente comprometía su existencia. Después de algunos razonamientos y teniendo en cuenta el pro y el contra, es decir, la indicación y la contraindicación, elegimos como medicamento la tintura de estrofantó, aplazando la digital hasta ver si lográbamos, como prólogo indispensable, que cediera algo más el agobio venoso, pues darla en el momento, hubiera sido una imprudencia que podía acarrear funestas consecuencias. Ya me habéis oído en otras ocasiones, al hablar de tan eficaz medicamento, que en estos casos de éxtasis tan acentuados, el efecto contráctil sobre el miocardio puede determinar un síncope por impotencia y muerte inmediata.

Así pues, formulamos diez gotas de tintura de estrofantó cada ocho horas, al mismo tiempo que el Sr. Ortega practicó pequeñas incisiones en el dorso de los pies y partes laterales de las piernas. A las cuarenta y ocho horas de este plan cedió en parte el anasarca, y los ruidos del corazón eran más perceptibles, por lo que nos decidimos con fundamento clínico á comenzar con el cordial para nosotros más eficaz, la infusión de hojas de digital primero, y la digitalina después, con arreglo á las necesidades cotidianas.

También, á instancias del Sr. Ortega, á quien le guiaba en este caso una suspicacia muy plausible, se pusieron unas inyecciones de sublimado corrosivo, ya que el estado de la enferma, cuando habían transcurrido cuatro semanas de su ingreso, permitía tales intentos terapéuticos, pues habían desaparecido los edemas, no tenía ascitis, se alimentaba con gallina, pescado, huevos y leche, y en estas condiciones pidió el alta para convalecientes, haciendo la promesa á nuestro ruego de que si recaía, como era seguro, volvería á nuestra sala.

A continuación de esta historia vamos á relatar la de la enferma de la cama número 3, que ingresó en el mes de Enero de 1912, causando estancia por breve tiempo (cinco días), pues tal era el estado de gravedad, que murió, sin que nos fuera posible, á pesar de nuestra solicitud, alargarle la vida.

La observación clínica ha sido realizada por el interno Sr. Ruigómez. En esta enferma, de gran estatura y con indicios de haber sido fuerte y de buena complexión orgánica, sus antecedentes hereditarios son buenos y los personales carecen de importancia. Hace cuatro años que sintió los primeros síntomas de la enfermedad que hoy acusa; durante su vida sexual tuvo doce partos en buenas condiciones (no vive ningún hijo). Desde los treinta y seis años empezó á engordar rápidamente, tanto, que según frase de la enferma parecía «como si la inflasen con una paja»; llegó á pesar 140 kilogramos. Hace bastante tiempo se le presentó una erupción en las piernas, que fué tratada por el doctor Azúa, de la que tardó en mejorár á pesar de los mellos que se pusieron en práctica.

El análisis de la orina reveló oliguria acentuada con albúmina y cilindros granulosos; la disnea es tan intensa que la obliga á estar sentada en la cama, y por auscultación se oyen estertores profusos crepitantes en la base del pulmón izquierdo muy particularmente, y sibilantes por todas partes. Los latidos cardíacos apenas se oyen, permitiendo apreciar un soplo, que siendo presistólico, ocupaba todo el primer tiempo; el pulso pequeño, irregular y sin la tensión

necesaria para obtener un trazado esfigmográfico, somnolencia, delirio y coma al final.

*Necropsia.*— Existe un panículo adiposo de mucho espesor, sobre todo en el vientre, en el que mide cerca de siete centímetros en los flancos; el pericardio tiene adherencias tan extensas que cuesta trabajo despegarlas de la cara anterior de los ventrículos; el corazón aumentado de peso, exudado pericardíaco abundante y turbio, riñón derecho aumentado de volumen, y el izquierdo, aunque no tanto, también es asiento de un [proceso congestivo; en el aparato sexual ligeros vestigios de antiguas flegmasías. Las asas intestinales muy dilatadas. Las aurículas muy dilatadas; adherencias fuertes en las valvas de la mitral; en el cayado aórtico hay placas ateromatosas, la cavidad del ventrículo izquierdo distendida contiene un coágulo cruórico; en la cavidad derecha dilatada existe otro coágulo bastante voluminoso, la válvula tricúspide aparecía insuficiente por retracción y engrosamiento de sus cuerdas tendinosas.

Pues bien, señores, estos dos casos, uno de insuficiencia mitral genuína y el otro de estrechez con insuficiencia, nos van á servir para justificar las aserciones que hicimos antes respecto al consensu anatómico y funcional del aparato circulatorio, como asimismo de las circunstancias especiales de los enfermos. La enferma de insuficiencia mitral tenía sus antecedentes personales en consonancia con la infección que había padecido, sarampión y escarlatina en la primera infancia y á los catorce años reumatismo poliarticular. Es seguro que este ataque de reumatismo se complicó con endocarditis, y al acentuarse se determinó la lesión que nos ocupa.

Nada notable perturbó luego su salud ni su vida sexual, hasta que después de diez ó doce años, y en medio de las intemperantes exigencias anejas á su condición de mujer libre, empezó á sentir trastornos gastrointestinales, alguna disnea y ataques de bilis. Este bosquejo de síndrome se acentuó bruscamente con motivo de un verdadero desenfreo orgiático y alcohólico. Su disnea se hizo intensa con tos quintosa, palpitaciones frecuentes é insomnio; el edema de las piernas se generalizó á los muslos constituyendo anasarca; sentía dolor sordo en el hipocondrio derecho; el tinte subictérico se hizo completo y la orina era escasa y de color oscuro. A pesar de su anasarca nos fué relativamente fácil apreciar un soplo intenso en el primer tiempo y desdoblamiento del segundo ruido. Sin la apreciación clínica que nos guió, basada en el criterio del sabio Petter, hubiéramos partido de los síntomas de foco; y después de precisar la insuficiencia mitral, siguiendo el encadenamiento de la fisiología patológica como derivación forzosa del trastorno mecánico de la circulación, hubiéramos pronosticado un fin próximo de la enferma acarreado por asistolia. Pero teniendo en cuenta la edad, el curso del padecimiento y, sobre todo, que aunque la fase química era evidente podríamos descartar las lesiones hematopoyéticas, creímos, y creímos bien, que la astenia cardiovascular no era irremediable y que el síndrome se prestaba á la interpretación favorable de ciertos síntomas. Así, por ejemplo, al tener en cuenta sus hábitos alcohólicos, descartamos las consecuencias degenerativas por no acusarse en el miocardio ni en los vasos nada que indicara el proceso granulograsiento, ni siquiera la endocarditis. La sífilis, muy admisible como posible, tampoco presentaba la periarteritis generalizada, ni la determinación por gomas implantados en su sitio de predilección en el fascículo de His.

Y siendo esto así, ¿por qué la enferma acusaba estigmas hepáticos y desdoblamiento del segundo ruido? Hago esta pregunta englobada porque relacionada con sus dos térmi-



nos habrá de ser favorable para la conclusión pronóstica y terapéutica.

En efecto, el estado del hígado nos permite asegurar la participación del corazón derecho con su insuficiencia de la válvula tricúspide, circunstancial y transitoria, dando lugar al desdoblamiento del segundo tono y al trastorno de la circulación del sistema de la vena porta, sistema que por particularidades orgánicas de las congestiones por su doble circulación, la funcional ó de la vena porta y la circulación de nutrición del órgano ó circulación hepática, resulta una doble circulación como en los pulmones, con la circunstancia predisponente, permitidme la palabra, de que para efectuarse la primera, la funcional, sólo se cuenta con el factor amovible de la *vis a tergo*. El trastorno circulatorio se hizo tan manifiesto en nuestra enferma, que el hígado, con ser muy abultado, era muy sensible á la presión y en los primeros días pudimos observar latidos isócronos con el sístole cardíaco, fenómeno que según Petter es respecto á las venas suprahepáticas lo que el pulso venoso á las yugulares, es decir, pulso venoso abdominal, coincidiendo con esto el tinte icterico y repetidas epistaxis nos indicaban el trastorno profundo visceral y el concurso lamentable y precario de tan importante función perturbada en sus modalidades principales; claro está, que mediante las consideraciones patogénicas que antes apuntamos nos dimos cuenta de que en esta enferma, á pesar de su estado de gravedad y en presencia de un síndrome tan evidente de asistolia ó astenia cardiovascular, no estaba dentro de la fase hematopoyética con degeneración del miocardio y de la endoarteria, y que por tanto, podíamos ser optimistas en nuestro pronóstico y activar con fe y perseverancia hasta lograr que paso á paso cesara la insuficiencia cardíaca mediante una abundante diuresis, la cual mejoró la circulación de la porta y la pulmonar, desapareciendo los edemas y el tinte icterico. Esta mejoría en la que no fué ajena la terapéutica empleada, de que luego hablaremos, permitió á la enferma pedir el alta, como antes se dijo.

El caso de la estrechez con insuficiencia de la válvula mitral, cuya historia clínica tan breve como interesante fué seguida de autopsia, es bastante para dar más valor á los razonamientos anatomopatológicos que vamos á describir, siquiera sea en pocas palabras, y justificar la importancia relativa, y solamente relativa, que tiene el diagnóstico aislado de válvula ó de orificio. Se ve en este caso que existe concatenación en el proceso patológico por el carácter de forma que ha adoptado en las distintas fases: primero, manifestación ligera de reumatismo, y luego, todavía joven y á pesar de los desgastes de una vida sexual asaz activa, su nutrición fué pervertida, y en poco tiempo llegó al peso singularmente excesivo de 140 kilogramos; luego empezaron las manifestaciones numerosas viscerales fraguadas de una manera insidiosa, puesto que existe gran discordancia entre las lesiones encontradas en la autopsia y lo que la enferma refirió el día de su ingreso. Es, pues, este caso, uno de tantos, en el que se puede observar que la noción etiológica por una parte y las condiciones individuales por otra, han acarreado estados anatomofisiológicos secundarios, y aun terciarios, que han producido simultáneamente el estado de asinergia y de astenia cardiovascular capaces de ocasionar la muerte en vez de hacerlo por *asistolia*, como generalmente se diagnostica, á pesar de los altos conceptos de crítica del gran Petter, con cuya doctrina estamos identificados de una manera absoluta. El artrismo determinó las lesiones del endocardio, de la endoarteria y las adherencias del pericardio y de la pléura, y esto sin síndromes acentuados, de un modo insidioso, y de poca reacción febril y dolorosa, como se efectúan

estas manifestaciones en los obesos, en quienes, por regla general, está embotada la sensibilidad. Establecida la perturbación circulatoria, encontró circunstancias muy abonadas en los embarazos múltiples, que más que con causas obran alguna vez como factor etiológico, aumentando la masa total de sangre, al propio tiempo que el trabajo fisiológico del corazón tiene necesariamente que reforzarse; con el desarrollo del feto se origina la hipertrofia transitoria del útero, y aparte de esto, puede darse el caso de que por distintos motivos se le agregue alguna perturbación funcional endocrina, que perturbe el metabolismo nutritivo y dé lugar á fenómenos de intoxicación. La obesidad es otra razón para la génesis de la astenia funcional del sistema vascular, aparte del influjo del corazón como centro impulsor en el que hay que suponer, cuando menos, sobrecarga adiposa como vimos en la autopsia además de la degeneración grasienta del miocardio. En estos casos de obesidad tan exagerada, las congestiones aparecen primero y son más intensas en el segmento regado, por la vena cava inferior, en razón á que la circulación en esta vena y todas sus afluentes se efectúan en sentido inverso de la gravedad. El exceso de grasa en el hígado ahoga en cierto modo la célula hepática, y esta circunstancia habrá de sumarse á las particularidades orgánicas de esta viscera que es la primera en congestionarse. Estas particularidades, como ya dijimos, estriban en que los pulmones tienen doble circulación: funcional ó de la vena porta, y la de nutrición del órgano, circulación de la arteria hepática. La de la vena porta, que es la más considerable, se realiza con mucha lentitud, porque sólo influye como potencia la *vis a tergo*, y las venas suprahepáticas, dirigidas de abajo arriba y adheridas á la glándula tienen sus boquillas abiertas y desprovistas de válvulas, es, decir, que por razones anatomopatológicas, el hígado, no sólo sufre las consecuencias de la circulación menor ó pulmonar, sino que se agrava luego y perdura más. El edema, mejor dicho el anasarca, en este caso también se relaciona con las condiciones de la enferma, porque está en plena caquexia y en plena desorganización de sus funciones hematopoyéticas. Esto, sin embargo, el análisis cronológico de los hechos que se desprenden de esta historia clínica nos autoriza á pensar que la dermatosis que la trató hace algún tiempo nuestro ilustre compañero el Dr. Azúa, muy bien pudiera relacionarse con los primeros episodios de esta enfermedad, pues como es natural, en la piel de las piernas es donde es más excéntrica la circulación, y es donde se manifiestan con más intensidad las várices, por estar más desprovistas de planos musculares subyacentes. El estado de somnolencia nos indicaba desde luego que el éxtasis circulatorio del cerebro se hallaba establecido desde hace algún tiempo, lo cual se sumaba á los demás síntomas de inminente gravedad, toda vez que los trastornos de esta índole son los últimos en presentarse y lo hacen cuando ya está roto por completo el resto de energía compensadora por parte de lo que era solidario entre el corazón izquierdo y el derecho; y por si esto no fuera bastante, la oliguria se anticipaba. En vista de lo cual, este síndrome encaja perfectamente en el episodio final, que después de Beau se llama asistolia, y aunque al parecer la denominaba con Petter astenia cardiovascular por asinergia, sólo hay un cambio de palabras, pero no de concepto, ¿no es así?

En esta enferma vemos, y sobre ello llamo vuestra atención, que los latidos cardíacos permitían apreciar los soplos en la punta del corazón y en la base para establecer el diagnóstico topográfico; el pulso, en cambio, no pudo observarse gráficamente por su extremada pequeñez; es decir, que como ocurre casi siempre, no es la asistolia en el rigoris-



mo de la acepción, sino la astenia vascular que alguna vez precede, ó cuando menos, acompaña á la cardíaca. Ya veremos luego al hablar de la miocarditis, que no son tan baldías como se pueden juzgar á primera vista, estas consideraciones patológicas, sobre todo como punto de partida para indicaciones terapéuticas de carácter perentorio, como podrán estimarse en otra conferencia.

## BIBLIOGRAFIA

LOS NIÑOS ANORMALES por el Dr. Juan Demoor, Médico Jefe de la Escuela de Anormales de Bruselas. Versión española de María del Pilar Oñate (Madrid, Francisco Beltrán, editor, 1919).—Nota bibliográfica por el Dr. E. Fernández Sanz, Ex Director del Seminario Pedagógico de Anormales.

La literatura referente á la anormalidad mental en la infancia, en su aspecto médico y pedagógico, se ha aumentado considerablemente en estos últimos años y en todas las naciones cultas con numerosas publicaciones; muchas de ellas, unas traducidas y algunas, las menos, originales, han visto la luz en nuestro país, de suerte que los médicos, los maestros y, en general, cuantas personas se dediquen ó piensen dedicarse al tratamiento, á la educación y á la asistencia de los niños psíquicamente anormales, poseen ya suficientes textos donde instruirse y documentarse, aunque no conozcan más idioma que el patrio.

Pero el valor científico y práctico de esas publicaciones es muy variable; algunas no pasan de ser simples recopilaciones de conceptos ajenos, sin crítica de los mismos y aun sin el cuidado de sistematizarlos en su exposición, con lo que á los ojos del lector se presenta una confusa miscelánea, que lejos de enseñar algo, oscurece las nociones que previamente se poseyeran y obliga á considerar como problemas difícilísimos ó inabordables, los que reducidos á sus verdaderas proporciones son mucho más sencillos; otras obras son muy estimables por su gran valor científico y doctrinal, pero están escritas con un tal desdén de las necesidades de la práctica, que quien las adquiere con el deseo de encontrar un Mentor seguro para vencer las dificultades técnicas que la realidad á cada paso ofrece, queda profundamente desilusionado después de su estéril lectura. Muy contados son los libros cuyo autor ha sabido ponderar justamente lo científico con lo práctico, lo especulativo con lo empírico, para que no resulte ni un tratado de pretensiones casi metafísicas, ni por el contrario un pedestre formulario de reglas arbitrariamente dictadas, sino que los detalles de ejecución técnica encuentren su breve y sencilla, pero convincente y fundamentada explicación en los argumentos y principios de generalización teórica.

A esta última categoría de libros, la mejor, ó más propiamente, la única buena, pero también la más rara, pertenece la obra del profesor Demoor, que correcta y fielmente traducida por la señorita Oñate, ha tenido el acierto de publicar el activo é inteligente editor D. Francisco Beltrán.

Demoor ha conseguido resumir en un volumen de unas 300 páginas cuanto de importante necesitan saber el médico y el maestro que de la infancia anormal se ocupan, siendo uno de los principales méritos de este libro, la habilidad con que el autor ha sabido engarzar los dos órdenes de conocimientos, médicos y pedagógicos, ensamblandolos de modo que constituyan un cuerpo único de doctrina coherente y homogénea, y que su lectura aproveche por igual á los que curan y á los que educan.

También es digno de encomio el cuidado que el autor ha tenido de no presentar los hechos de observación esquematizados, sino apoyados en sus fundamentos científicos y por

éstos demostrados; á estas bases científicas dedica la primera parte del libro, en la que sucesivamente expone las leyes biológicas del desarrollo en general y en especial desde el punto de vista pedagógico, y las más capitales nociones de fisiología y de patología generales y particulares del sistema nervioso.

El libro segundo es un estudio psicológico y patológico del niño normal y del anormal; en el capítulo II de esta segunda parte se ocupa de la investigación completa del anormal, comenzando por la herencia, el medio y la educación, para terminar por el examen corporal, psíquico, moral y pedagógico; el capítulo III, uno de los más interesantes de la obra, se refiere á una cuestión de tan capital importancia práctica, como la clasificación de los niños anormales que Demoor examina en un doble sentido, pedagógico y médico.

Las partes tercera y cuarta son de índole esencialmente técnica; en aquella se estudia el tratamiento y en ésta los métodos educativos aplicables á los anormales psíquicos, insistiendo, especialmente, en el valor de la gimnasia rítmica, y del trabajo manual y en la significación y organización de las escuelas especiales y auxiliares.

En un apéndice de gran interés práctico figuran numerosos modelos musicales para la ejecución de la gimnasia rítmica, así como la descripción, con ejemplos individuales, fielmente tomados de la realidad, de varios tipos de anomalías mentales infantiles.

Termina la obra con una extensa y muy detallada lista bibliográfica, cuidadosamente ordenada según las cuestiones tratadas en el texto, que puede servir de inmejorable guía á quien desee documentarse acerca de estas materias.

En suma, el libro del profesor Demoor, por lo completo, lo armónicamente concebido, lo acertado de la exposición didáctica, la abundancia de datos relativos á la más perfecta técnica de las operaciones descritas, y también por lo claro, por lo sencillo y lo conciso, es digno de figurar á la cabeza de cuantos tratados sobre asistencia y educación de los niños mentalmente anormales se han publicado.

## LA MEDICINA Y LA GUERRA

Esterilización secundaria y tardía, por el método de Carrel, de las heridas de guerra infectadas. (1)

POR

G. ROTTENSTEIN

Otra cuestión de importancia en la actualidad es la economía. Los administradores del hospital de Avignon me aseguran que no usando alcohol, ni éter, ni productos antisépticos costosos, á pesar del empleo abundante de algodón y gasa, economizo mucho más que mis predecesores.

Al principio estábamos entusiasmados con la rapidez de la cicatrización. Recuerdo uno de los primeros casos, una herida del codo con fractura, cuya abertura después de la operación era tan grande que cabía en ella un puño; pues en una docena de días había avanzado la cicatrización hasta el punto de que difícilmente podía entrar el tubo. Pero ha habido que calmar este entusiasmo. Una cicatrización tan rápida no es estable. Se ve al hueso insuficientemente esterilizado rehacer la osteítis, se forma un absceso, y una nueva intervención se hace necesaria. Hay, pues, que luchar contra esta tendencia á la cicatrización demasiado rápida. La cosa no es fácil, pues si con las compresas se forma una barrera demasiado dura, constituyen un obstáculo para la buena

(1) Véase el número anterior.



irrigación; y si las compresas se dejan flojas, no se oponen bastante á la cicatrización. Hay, pues, que guardar un término medio, enseñando por lo demás rápidamente la práctica el grado de presión á que deben dejarse.

Los análisis repetidos demuestran lo tenaces que son estas infecciones. Durante largo tiempo se descubre aún la presencia de numerosos microbios. Pero aunque la herida llegue á estar bacteriológicamente aséptica, es preciso no suspender la irrigación. La experiencia ha demostrado, en efecto, que si se suprime el tubo de irrigación cuando del laboratorio dicen que no hay microbios, sobrevienen los mismos accidentes que si se deja cicatrizar la herida sin oponerse á esta cicatrización. Es preciso dejar que los tubos sean empujados por la cicatrización, que va produciéndose desde el fondo hacia la superficie. Se disminuye progresivamente el número de tubos y su longitud, hasta dejarlos reducidos á uno solo, extendido en la superficie sobre la herida hecha superficial. Procediendo así no hemos tenido que deplorar más que un número ínfimo de recidivas, por lo demás muy frecuentes con todos los procedimientos.

No podemos decir, como hacíamos al principio, que la cicatrización de las osteítis fistulosas sea extremadamente rápida. Todo depende, en igualdad de las demás circunstancias, de la antigüedad de la lesión. Los casos antiguos en los que han sido practicadas varias intervenciones curan en general más rápidamente que los casos recientes, en los cuales la infección parece tener una resistencia mucho más grande.

De 92 observaciones de osteítis, consideradas respecto á la duración de la estancia hospitalaria (contando desde la fecha de la operación hasta el de alta del enfermo, sin tener en cuenta la fecha de la cicatrización), se deduce lo siguiente:

REGIONES	Número de observaciones.	Duración media de la estancia hospitalaria.
Clavícula.....	2	2 meses .5 días.
Omoplato.....	1	4 — 12 —
Húmero.....	8	3 — 9 —
Codo.....	9	3 — 12 —
Antebrazo.....	10	2 — 23 —
Mano.....	6	1 — 16 —
Pelvis.....	9	3 — 18 —
Fémur.....	11	3 — 10 —
Rodilla.....	3	3 — —
Pierna.....	16	3 — 5 —
Pie.....	7	2 — 10 —
Costados.....	6	2 — 22 —
Muñones.....	4	1 — 19 —

Por esta tabla vemos que la estancia media en el hospital, desde la fecha de la operación y con aplicación del método de Carrel, para una fractura de la pelvis ó del fémur, que son las más rebeldes, es de tres meses y medio. Esta duración parece poca cosa cuando se piensa que varios de estos enfermos padecían supuraciones desde Septiembre de 1914, habiendo sufrido numerosas intervenciones.

Ya se entenderá que nuestros enfermos han sido evacuados después de un período de observación que no ha podido traspasar ciertos límites. Este tiempo ha sido evidentemente demasiado corto para que podamos afirmar una curación definitiva, pues bien se sabe que las recidivas á la larga son frecuentes. Sin embargo, directa ó indirectamente hemos tenido noticias de nuestros enfermos de una manera regular. En todos la curación persiste desde hace varios meses, sin que uno solo nos haya anunciado la recaída.

## II.—Tratamiento de las heridas superficiales.

Bajo esta denominación comprendemos diversas variedades de heridas de origen muy diverso:

1.º Heridas superficiales primitivas, es decir, consecutivas á heridas de las partes blandas.

2.º Heridas que tienen los mismos caracteres que las precedentes, pero que son consecuencia de heridas penetrantes con fractura ó sin ella.

3.º Heridas superficiales de origen manifestamente trófico, que presentan aspecto liso, claramente átono, muy característico.

4.º Heridas superficiales consecutivas á flemones provocados.

Hemos podido observar una veintena de estos flemones. Tienen dos sitios de elección:

El primero en la superficie interna de la rodilla, donde se caracteriza por una depresión subcutánea, más ó menos extensa, muy fluctuante, sin reacción inflamatoria en las partes vecinas. La incisión da salida á sangre al principio, y más tarde á un líquido oleoso. Constantemente se extrae de la ulceración un haz esfacelado, constituido al parecer por tejido celular.

El segundo es la eminencia tenar, de una ú otra mano, más generalmente de la derecha. Se caracteriza por una escara negra, debajo de la que se halla un líquido sanioso, con reacción inflamatoria, á veces violenta, extendiéndose en ocasiones á todo el miembro superior, con fiebre elevada.

La causa productora de estos flemones nos es desconocida; no desprenden olor que recuerde el petróleo, la trementina, etc.

Seremos breves en la técnica de tratamiento de todas estas heridas, pues no difiere en nada de la instituida por Carrel para las heridas recientes. El tubo empleado aquí es cerrado. En las viejas heridas átonas es conveniente hacer al principio un raspado de la herida. A los pocos días las granulaciones cicatriciales se aplanan, la herida toma un aspecto rojo y vivaz; cuando el análisis bacteriológico prueba la ausencia de microbios, se puede hacer la sutura, que generalmente da buen resultado.

## III. Tratamiento de los proyectiles enquistados.

El número de proyectiles no extraídos y bien tolerados por los tejidos es relativamente considerable, pues en un año nos ha sido dado extraer 72. Incidentalmente haremos resaltar el gran interés que desde el punto de vista militar tiene el extraer lo más pronto posible todos los proyectiles, por pequeños que sean. En efecto, las nueve décimas partes de los proyectiles que hemos extraído, y los portadores de ellos bien lo saben, ocasionaban incomodidades y molestias que impedían prestar servicio. De aquí una prolongación de la hospitalización y una duración de la indisponibilidad que pudieran agregarse al tratamiento de la herida inicial.

Numerosas comunicaciones se han hecho sobre el microbismo latente de los proyectiles, entre ellas las de Lesne y Phocas á la Academia de Ciencias. Recomiendan disecar y extraer la pared del quiste que contiene al proyectil, y tratar la herida operatoria como herida infestada, es decir, no suturar.

Los tres primeros pacientes que tuvimos en tratamiento eran portadores de su proyectil desde hacía un año, llevándole uno en el brazo y otro en la pantorrilla. Desde que recibieron la herida se hallaban en el hospital. Fueron extraídos los proyectiles fácilmente, la cavidad quística reseca, y la herida operatoria suturada y drenada. A pesar del drenado la reacción inflamatoria fué considerable, la temperatura muy elevada, el estado general malo, la desunión se hizo



necesaria, y sobrevino una supuración abundante que no cedió hasta después de largas semanas de curas.

Esta experiencia nos sugirió la idea de emplear el método de Carrel para evitar el despertar del microbismo latente. Desde entonces todos nuestros enfermos han sido operados del mismo modo. Tras muy breves tanteos, hemos llegado a la técnica siguiente, cuya excelencia no ha sido desmentida ni una sola vez.

El proyectil es investigado radiológicamente. Desde hace algunos meses nos servimos del compás de Marion con éxito constante. El proyectil es buscado y extraído sin cuidarse de resecar la pared quística; se coloca un tubo abierto de Carrel en contacto con la cavidad, se sutura la aponeurosis con catgut, y la piel con hilo ó crin de Florencia. Nunca hemos observado la menor reacción local, y desde el punto de vista general, sólo una leve ascensión térmica se observa en la primera noche. Al séptimo día los hilos y el tubo son separados, y dos días después se cicatriza el pequeño orificio que daba paso al tubo y todo ha terminado.

Para documentarnos hemos conservado cierto número de estos operados durante un lapso de tiempo más ó menos largo. La curación siempre se ha mantenido perfecta. A título de experiencia hemos ensayado reducir al mínimo el límite de indisponibilidad.

Un enfermo, portador de un proyectil en la pared torácica, indisponible desde hacía más de un año, entró en nuestra clínica el 23 de Junio de 1916, fué operado el 28 de Junio, cicatrizó el 26 de Julio, y fué dado de alta el 10 de Julio con siete días de permiso, de manera que la indisponibilidad total, comprendido el permiso, duró veinticuatro días. Salvo muy raras excepciones, este resultado con relación al tiempo se obtuvo en todos los operados, quedando reducida á veintiún días la duración si se separa la entrada de la operación.

Por varias razones esto no se realiza; sin embargo, en 72 observaciones de proyectiles extraídos, consideradas en detalle, la estancia media, á contar desde la operación, es de diez y ocho días.

Terminaremos refiriendo con algunos detalles dos casos de aplastamiento del miembro superior, en los que el precoz empleo del método de Carrel nos permitió hacer la conservación, mientras que todo otro método, á nuestro juicio, hubiera fracasado.

En el primer caso, que se remonta al mes de Septiembre de 1916, se trataba de un soldado de Administración que convoyaba leche, el cual fué cogido en la estación de Avignon entre las planchas de un vagón, que le aplastaron el codo izquierdo. El médico de guardia ligó varios troncos arteriales, no estando comprendida entre ellos la arteria humeral. Dió algunos puntos de sutura, y en la mañana siguiente me fué presentado el paciente para la amputación del brazo izquierdo. Su estado en este momento era el siguiente: efecto de la copiosa hemorragia, malísimo estado general; era enorme el volumen del codo, que se presentaba negro y tumefacto, extendiéndose una hinchazón lívida hasta la mano. Bajo anestesia, hice soltar los puntos de sutura superficiales y profundos. La piel, desprendida y esfacelada, fué resecada en una gran extensión; algunas porciones musculares necrosadas, lo fueron igualmente; los huesos del codo estaban triturados, apareciendo negros y tumefactos á través de la desgarradura de la cápsula, la cúpula radial y el cóndilo externo del húmero. Me contenté con resecar estas porciones necrosadas con las pinzas cortantes. Cuando la operación estuvo terminada, la superficie desnuda ocupaba en el brazo y antebrazo la casi totalidad de la circunferencia del miembro, no quedando intacta más que una

banda de piel de 3  $\frac{1}{2}$  centímetros en la cara interna; su longitud era de 35 á 40 centímetros. Coloqué 11 tubos de Carrel en los intersticios musculares y en contacto con el hueso.

Los fenómenos consecutivos fueron relativamente simples. Después de un período de quince días, durante el cual la reacción febril fué bastante viva y el estado general precario, todo volvió á entrar en orden. Localmente no se produjo reacción inflamatoria ni edema de la mano.

En la actualidad la lesión está cicatrizada, sin que hayamos tenido que hacer ningún injerto. Puede realizar movimientos espontáneos de flexión del codo, moviéndose el antebrazo desde la flexión completa hasta formar un ángulo de 100°. Los movimientos de la muñeca son completos; los dedos, aunque un poco torpes, gozan de flexión suficiente para llenar las necesidades de la vida ordinaria. Esperamos que con un tratamiento fisioterápico apropiado recuperará la casi totalidad de los movimientos.

El segundo caso es más reciente, datando del mes de Abril de 1917. Se trataba de un soldado, al que estando en una fábrica una correa de transmisión le cogió un brazo. Presentaba una doble herida del antebrazo derecho, trituration de los dos huesos, fractura del húmero en su tercio superior, y varias heridas anfractuosas del brazo.

La operación estuvo calcada en la precedente: limpieza, resección de algunos colgajos musculares, extracción de esquirlas completamente libres, y colocación de ocho tubos de drenado de Carrel. En la actualidad, veinticinco días después del accidente, el período crítico ha pasado, el estado general es bueno, excelente el estado local, normal la temperatura, así que esperamos que el resultado sea tan perfecto en este enfermo como en el primero.

### Conclusiones.

El método de Carrel, aplicado al tratamiento secundario y tardío de las heridas infestadas, especialmente al tratamiento de las osteítis consecutivas á fracturas de guerra, permite suprimir rápidamente la infección, de la misma manera que impide la aparición de ésta cuando es aplicada primitivamente. Conviene aplicarla tras las intervenciones largas.

En las heridas superficiales y de las partes blandas produce la cicatrización regular y rápida. Para los proyectiles, permite la reunión por primera intención, evitando el resurgimiento del microbismo latente. Para las fracturas, da la posibilidad de consolidación y cicatrización rápidas. En resumen, la aplicación del método de Carrel responde á los tres deberes del cirujano militar: deber para con los enfermos suprimiendo sus sufrimientos y acortando la duración de su hospitalización; deber para con el Estado disminuyendo la duración de la hospitalización y el coste de las pensiones, y deber para con el país, permitiendo la recuperación rápida de lesionados aptos otra vez para el servicio en los ejércitos combatientes.

(Va seguido este artículo de 189 observaciones).

## Cosas del siglo pasado.

### EL AJO, PRESERVATIVO DE LA GRIPE

Desde remotos tiempos el ajo ha sido considerado como un poderoso antiséptico, y debido á estas cualidades figura el nombre de esta planta desde el año 4500 antes de J. C. en la gran pirámide de Ghizeh, edificada por Khnoum Khonfou. Después de esta fecha, aumentó de tal modo la fe en sus propiedades medicinales, que se le divinizó, y esta cir-



cunstancia hizo que fuera borrado de la lista de los vegetales comestibles, resultando el más horroroso de los sacrilegios comer ajos. Pero en la época del Renacimiento volvió el ajo á adquirir gran fama como preventivo de la peste, y Paracelso llegó á declarar que no existía específico más popular y poderoso en esta enfermedad.

Los médicos modernos, por otra parte, han reconocido como bien fundada la reputación del ajo como antiepidémico, y entre otros, Michel dice haber obtenido éxitos con su empleo durante la epidemia de cólera que atacó á la Provenza en el año 1837, administrando fricciones del jugo de la planta, á la vez que hacía ingerir á los enfermos un cocimiento de la misma.

Lange cita también varios casos de cólera curados por medio de cataplasmas y supositorios de ajo y usando el agua aliacea como brebaje y en lavados.

Habiendo comprobado Granich que los judíos de Wiesenitz se servían empíricamente del ajo contra el cólera, se le ocurrió la idea de experimentarlo durante una epidemia que se desarrolló en Beyrouth y en Damas, y obtuvo más de 80 curaciones completas de 100 atacados, y además le pareció comprobar en el ajo la ventaja de preservar del contagio á los que cuidaban á los enfermos.

Estas propiedades antisépticas del ajo son las que indujeron al Dr. Minchin á emplearlo en la profilaxis y en el tratamiento de diferentes enfermedades infecciosas. En un trabajo, que es la mejor monografía científica publicada acerca de la acción farmacodinámica del ajo, Minchin deduce la conclusión de que este vegetal puede prestar grandes servicios en los enfermos de tífus, fiebre tifoidea y difteria. Á los diftéricos les aconseja mantener en la boca un diente de ajo que morderán de cuando en cuando á fin de extraer el jugo y por este procedimiento se produce la caída de las falsas membranas que se presentan en las amígdalas ó en la faringe. E, pues, un tratamiento indicado en los casos en que sea difícil procurarse suero. Los resultados son asimismo satisfactorios en los casos en que la difteria ha invadido la laringe, empleando, entonces, la esencia de ajo en inhalaciones.

En fin, y esto ya no es del siglo pasado, un médico español, el Dr. Pérez, ha señalado la acción insecticida del ajo, sobre los piojos, las pulgas, los mosquitos y otros parásitos, y por consiguiente, en tiempo de epidemia, puede preservar de los gérmenes de que son portadores aquellos insectos.

Además, se sabe positivamente que el principio antiséptico del ajo se elimina por las vías respiratorias, y para comprobarlo no se necesita ser gran químico; basta no tener el sentido del olfato inhibido por un coriza. A esto se debe precisamente la acción de la esencia del ajo, según el doctor Minchin, sobre el bacilo de Koch, que ha sido comprobado en 1914 en el Hospital metropolitano de Nueva York, y Henri Leclerc ha podido demostrar la eficacia del medicamento en varios enfermos de tuberculosis pulmonar ó de bronquitis crónica.

Ahora bien, como es igualmente por las vías respiratorias por donde el germen de la gripe invade el organismo, parece lógico pensar que el comer ajos pueda ser una manera de preservarse del ataque del bacilo de Pfeiffer, aunque esto no quiere decir que sea un hecho consumado, ni mucho menos que deba abusarse de este recurso profiláctico.

He aquí cómo se relacionan los hechos antiguos con los modernos y cómo los médicos de hogar pueden encontrar recursos terapéuticos de gran utilidad práctica en ideas y principios preconizados por sus colegas de antaño.

Dr. P. ARIAS CARVAJAL.

## Periódicos médicos.

### MEDICINA INTERNA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La tuberculosis en los españoles de la República Argentina, por el Dr. Emilio R. Coni.**—Durante los diez años que estuve bajo mi dirección los cuatro dispensarios de la Liga argentina contra la tuberculosis (Tornú, Rawson, Fernández y Gache) y los seis años que estuve al frente del Sanatorio Dr. Tornú (hoy hospital), pude comprobar un hecho digno de llamar la atención, sea el número elevado de enfermos tuberculosos españoles, en comparación con las demás nacionalidades extranjeras.

En Diciembre de 1905 hice presente á la Dirección de la Asistencia Pública que en el Sanatorio Tornú ingresaban cierto número de enfermos españoles, con brevísima permanencia en el país, llegados en condiciones de inmigrantes, lo que indicaba que se habían embarcado ya enfermos en los puertos europeos. Esta denuncia motivó reclamaciones pertinentes del Intendente Dr. Roseti, ante la Dirección de Inmigración, á fin de que recomendara á su personal médico más prolijidad en el examen de los inmigrantes.

En Enero de 1908 dirigí á mi ilustrado amigo el Dr. Espina y Capo, de Madrid, presidente de la Asociación antituberculosa española, una comunicación señalándole el hecho por mí observado, que juzgaba digno de estudio por parte de los tisiólogos españoles.

En Octubre de 1909 presenté al Congreso de la Asociación Española para el progreso de las Ciencias, celebrado en Valencia, un trabajo intitulado «La tuberculosis en los españoles de la República Argentina». En él demostré que en un intervalo de ocho años (1901-1908) habían fallecido de tuberculosis pulmonar un número casi igual de españoles que de italianos, siendo esta última colectividad muy superior en población á la primera (casi dos veces).

Desde el 12 de Marzo de 1905 hasta el 30 de Junio de 1909 ingresaron al Sanatorio Tornú 1.411 pacientes, de los cuales 580 argentinos, 338 españoles, 293 italianos y el resto de diversas nacionalidades. Así, pues, los españoles constituían el 23,46 por 100 de los ingresos, mientras que los italianos alcanzaban á 20,03 por 100.

Decía en mi comunicación que la población obrera italiana se entrega generalmente á oficios ejercidos al aire libre (albañiles, vendedores ambulantes, barrenderos, carreteros, cocheros, etc.), mientras que los españoles se dedican de preferencia á profesiones más ó menos sedentarias, requiriendo pocos esfuerzos musculares y en ambientes cerrados, tales como porteros, mucamos, enfermeros, mozos de café, almacenes, trabajos de costura, etc. La experiencia ha demostrado que la bacilosis tiene su origen más frecuente en la habitación antihigiénica y sobrepoblada.

No pienso que la diferencia anotada pueda depender mucho de la alimentación ó hábitos de vida, pues los españoles é italianos tienen más ó menos la misma alimentación, con la diferencia de que los últimos hacen gran uso de pastas alimenticias, muy nutritivas como es sabido.

En el decenio 1907-1916 se han hospitalizado en el Hospital Tornú, según su director el Dr. Alejandro Raimondi, 5.341 enfermos pulmonares, divididos así por nacionalidades: 2.251 argentinos, 1.480 españoles, 904 italianos y 393 otros europeos; 104 uruguayos y 74 otros sudamericanos. Como se ve, los españoles predominan entre los extranjeros y algunos de ellos con una permanencia en el país de diez á treinta días.

El Dr. Raimondi ha observado que entre las mujeres



predominan las hijas de españoles nacidas en el país y casadas entre los diez y siete y veinte años. Resultaría, pues, que la predisposición de la raza española para la tuberculosis se prolonga hasta en la misma descendencia.

Desde principios de Junio del corriente año ha comenzado á funcionar en esta capital el Dispensario Nacional para enfermedades del pecho, dependiente de la Comisión asesora de asilos y hospitales regionales. Hasta el 15 de Octubre pasado se habían inscrito 515 enfermos, así divididos: argentinos, 279; españoles, 112; italianos, 55; rusos, 38; uruguayos, 10, y de diversas nacionalidades, 21. Se ve por estos resultados que los españoles han alcanzado á 112, mientras que los italianos á 55.

A partir del 1.º de Noviembre se han comenzado á anotar en las fichas respectivas la nacionalidad de los padres para los tuberculosos argentinos de ambos sexos.

En Europa, á estar á las estadísticas más recientes, la España aparece con una cifra proporcional de mortalidad tuberculosa superior á la de Portugal, Bélgica, Inglaterra, Holanda, Italia y Alemania é inferior á la de Escocia, Francia, Suiza, Noruega, Irlanda, Austria y Hungría (profesor Calmette).

En la capital federal la mortalidad tuberculosa mayor corresponde á los uruguayos 28,6 por 10.000 habitantes, viniendo en seguida los españoles con 17, los argentinos con 16, los italianos con 10,7 y, por fin, en la parte inferior de la escala, los rusos con 8. (*La Semana Médica*, 7 de Noviembre de 1918.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**2 Endocarditis crónica sin principio agudo, por el Dr. Louis M. Warfield.**—El autor hace un estudio fundado en el gran número de personas que tiene que reconocer, supuestas sanas y de las cuales han mostrado algunas lesiones cardíacas que no hubieran sido exploradas por ningún médico si se hubiese aguardado á que el enfermo le hubiese consultado de su motivo.

Durante mucho tiempo se ha sostenido que el reumatismo y las enfermedades á él asociadas, corea, amigdalitis y trastornos de desarrollo de los niños, eran responsables de la mayoría de los procesos deformantes crónicos de las válvulas mitral y tricúspide en los jóvenes. Aquellos de dichos procesos que conducen á la insuficiencia ovárica son más frecuentes en los hombres y los que llevan á la estenosis mitral en la mujer. La insuficiencia mitral es igualmente frecuente en ambos sexos. La sífilis congénita no constituye para el autor un factor etiológico tan importante como la sífilis adquirida. Se basa la estadística en reconocimientos practicados en gentes entre diez y ocho y treinta y nueve años, y en gran número de casos no se halla en los antecedentes muestra de infección alguna á que poder achacar la lesión cardíaca. La sífilis sólo la presentaban algunos de los más viejos. Naturalmente que en parte de los casos en que los antecedentes daban resultado negativo hay que suponer que hubo alguna infección aunque tan ligera que pasó desapercibida, lo cual no quita para que en otros sea forzoso reconocer su ausencia total, aparte de que las infecciones sufridas en la primera infancia no tienen indudablemente tanta trascendencia en el desarrollo de trastornos valvulares crónicos como las de la segunda infancia ó posteriores. De la estadística se desprende que la sífilis desempeña muy escaso papel en los casos de insuficiencia aórtica, pero hemos de tener en cuenta que solía tratarse de individuos menores de veinticinco años y sabemos que la aortitis lútica tiene su fecha corriente de aparición después de los treinta y sobre todo después de los cuarenta años.

En resumen: De lo expuesto se deduce que en muchos

jóvenes se hallan signos físicos evidentes de insuficiencia aórtica ó de estrechez mitral, sin que hayan padecido jamás molestias por parte de su lesión cardíaca ni sepan dar causa alguna para la misma.

Tal vez estos casos son los más moderados de endocarditis aguda, los cuales tienen un transcurso completamente libre de síntomas subjetivos y se han hallado accidentalmente al practicar el reconocimiento de gentes supuestas sanas. (*The Journal of the American Medical Association*, 21 Septiembre 1918.)

#### OTORRINOLARINGOLOGÍA

##### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. El radium en el cáncer de las primeras vías, por el Dr. Ricardo Botey.**—Trata el autor en su interesante trabajo de los procesos cancerosos de las primeras vías indicando las substancias que emplea en cada caso, y deduce de su estudio las siguientes conclusiones:

Los resultados obtenidos con el radio en los procesos dermatológicos de la nariz y de los labios, son de todo excelentes.

En los tumores malignos de las fosas nasales, de índole sarcomatosa, se consiguen éxitos recomendables, siendo el tratamiento cómodo, dado que es posible introducir el tubo radífero en pleno tumor.

En el cáncer del carrillo, de los labios y de la lengua, los éxitos no son frecuentes, consiguiendo resultados curativos solamente cuando el mal es poco profundo, y no ha invadido la submucosa, el músculo orbicular ó la musculatura lingual. En el paladar, los resultados son favorables cuando el neoplasma se extiende en su superficie.

La faringe y el velo palatino se prestan á la transfixión del tubo radífero en la masa del tumor, siendo en los fibroadenomas y adenomas los efectos beneficiosos. En los sarcomas se consiguen mejorías transitorias, fracasando en los epitelomas las aplicaciones del radio.

En el cáncer laríngeo adelantado, los efectos conseguidos con la intubación radífera no son más que paliativos, por más que, á veces, se logren mejorías que hagan creer en la curación.

En el cáncer laríngeo unilateral, consiguen las aplicaciones endolaríngeas de radio resultados satisfactorios; pero sobreviene más tarde la recidiva, fraguándose reacciones difusas perilaríngeas que comprometen la curación.

En el cáncer epiglótico y aritenóideo las aplicaciones de radio disminuyen el volumen del neoplasma, pero no logran la curación.

En el cáncer laríngeo limitado las aplicaciones á dosis pequeñas en sesiones breves proporcionan curaciones clínicas.

La radioterapia endolaríngea del cáncer viene auxiliada por las aplicaciones á cada lado del cuello, con dosis altas y fuerte filtraje, en la forma llamada del fuego cruzado, método con el cual se consiguen efectos muy enérgicos.

Después de la tirotomía, de la hemilaringectomía y de la laringectomía, las aplicaciones de radio evitan á veces la recidiva y corrigen á menudo esta última en sus comienzos.

La radioterapia endoesofágica del cáncer mejora la permeabilidad del conducto por durante algunos meses, pero á la larga se difunde profundamente el mal.

A pesar de los efectos paliativos y curativos del radio, en el cáncer de las primeras vías, la intervención quirúrgica, amplia y precoz, será casi siempre preferible, porque operando se elimina mejor el mal, y las recidivas, las invasiones ganglionares y las metástasis son menos frecuentes.

Por excelente que haya sido el resultado aparente de la



radiumterapia en el cáncer de las primeras vías, habrá que estar, por durante mucho tiempo, vigilando al enfermo, por temor á la recidiva, volviendo á irradiarla una porción de veces, y no dejando entre las tandas de aplicaciones intervalos demasiado prolongados. (*Revista Española de Medicina y Cirugía*, Diciembre de 1918.)

**2 Trombosis obturante y trombosis parietal, por el Dr. Manuel J. Rizzi.**—Del estudio de una interesante historia clínica de su observación particular, el autor deduce las siguientes conclusiones:

El caso que acabo de describir, si es interesante por el resultado obtenido operando tan tardíamente, lo es más aún por las enseñanzas prácticas que de él derivan. En un seno trombosado abierto ampliamente, extraído todo su contenido (trombus obliterante), examinado hasta donde la prudencia indicaba llegar, más allá todavía de la acción del trombus, realizando así, según el común parecer, una operación completa, con todo la enferma hubiera muerto si un exceso de precaución no me empujara á buscar en un sitio alejado la causa del peligro, esto es, el trombus parietal que más arriba descubriera.

Ahora cabe preguntar: ¿Cuándo se formó este trombus, antes ó después de la intervención, se constituyó conjuntamente con el obliterante, ó acaso precedió ó siguió al gran trombus obliterante? Contestemos desde luego á la última parte de la pregunta anterior, que el trombus se había organizado antes, puesto que en el momento de la operación se encontró en parte disgregado.

Los peligros y las complicaciones de esta grave dolencia y la manera de conjurarlos y tratarlos los he encontrado prolijamente tratados en muchos textos, pero ninguno de ellos menciona la coexistencia de ambos trombus y menos quienes atribuyan á esta coexistencia los malos éxitos obtenidos por los operadores.

Cuando se forma cada una de esta variedad trombótica, ¿qué causas contribuyen á la formación de un trombus obligerante parietal ó de ambos conjuntamente? La imposibilidad de responder con plena seguridad á esta pregunta nos obliga á ser muy cautos durante la intervención en un enfermo que se haya hecho el diagnóstico de trombo-flebitis de un seno. La septicemia ó la pioemia hubiera sido el resultado final de mi enferma á no mediar las circunstancias de referencia.

Por consiguiente, me permito formular á manera de un postulado, que en toda intervención por trombosis sinusal, máxime si se trata de los senos mayores, cuando en ellos se hallare un trombus obliterante, extraído éste, es deber de todo cirujano seguir adelante en sus investigaciones, para asegurarse que no exista junto con el anterior una trombosis parietal, capaz de seguir ejerciendo su nefasta acción sobre el organismo. Quizás con este proceder se logre en lo sucesivo disminuir las complicaciones y el número de casos fatales, producidos por la trombosis de los senos.

La punción del seno con aguja, con tanta frecuencia empleada, puede ser en muchos casos insuficiente para establecer con certeza el verdadero estado de un seno.

En los niños la trepanación hacia el agujero desgarrador posterior, es más fácil que en el adulto por la situación menos profunda, aunque el campo operatorio menor constituya una molestia para el operador. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, Octubre, 1918.)

## BIOLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Análisis experimental y teoría de las intoxicaciones anafilácticas y apotóxicas, por E. Behring.**—Es sabido que se consideran intoxicaciones anafilácticas to-

dos aquellos procesos morbosos que aparecen en individuos especialmente sensibilizados, provocados por el agente sensibilizador, que puede ser una proteína cualquiera en tanto no se halla desdoblada al estado de peptona por lo menos.

La proteína sensibilizadora provoca la formación de un anticuerpo anafiláctico y en tal concepto obra como antígeno. Dada su propiedad de engendrar la intoxicación anafiláctica, el autor la titula anatoxina. Cuando dicha anatoxina se encuentra con su anticuerpo, da lugar á un proceso de fermentación durante el cual se engendra el verdadero veneno causante de la anafilaxia que el autor califica apotoxina. Las investigaciones parecen poner de manifiesto que la apotoxina es un producto de derivación de la anatoxina, muy próximo á las proteosas. Pero se dan fenómenos en un todo análogos á la anafilaxia con cuerpos que nada tienen que ver con las proteínas y aun con estas mismas, sin que existan anticuerpos específicos. Estos procesos los considera el autor como anafilactoides. Gracias á sus investigaciones tiene Behring el convencimiento que para formular una teoría anafiláctica adecuada á explicar la formación de la intoxicación apotóxica es preciso tener en cuenta la importancia capital de las plaquetas sanguíneas.

Una vez adquirida la convicción de que las plaquetas son visibles en los vasos del mesenterio del cobaya, observó el autor las condiciones de las mismas en los animales sensibilizados, llegando al resultado que el *primum movens* en la intoxicación anafiláctica es la aglutinación de las plaquetas.

Partiendo del aserto que los síntomas de intoxicación en el shock anafiláctico parecen hacer sospechar trastornos funcionales cerebrales, y que algunos casos de shock tienen forma apoplética, pudo sospecharse que tenían lugar procesos embólicos en los vasos del encéfalo, y luego, después de los estudios acerca de las plaquetas, surgió la idea de que la obstrucción vascular por estos elementos tan alterables podía ser la causa del shock anafiláctico. Esta sospecha tiene á su favor el argumento de haber sido hallados trombos en los capilares y arteriolas de la piamadre y plexos coroideos. Es muy notorio que todas aquellas substancias que en sujetos no sensibilizados provocan reacciones anafilactoides, pertenecen á la clase de agentes que atacan energicamente á las plaquetas *in vitro* é *in vivo*.

Dado caso que las observaciones precedentes sean comprobadas por otros autores é interpretadas en el sentido que el shock anafiláctico de los cobayas sensibilizados, así como los síntomas de shock anafilactoides en animales normales sean imputables, en último término, á obstrucción trombótica de los más finos vasos encefálicos, surge la pregunta de si la acción anatóxica del suero productora del shock no puede y tal vez tiene que ser interpretada de otro modo que admitiendo *in vivo* una proteolisis generadora de un cuerpo de la naturaleza de la anafilotoxina obtenida *in vitro* por Friedberger.

Las investigaciones del autor parecen demostrar que la anafilotoxina no puede ser hecha responsable de la intoxicación sérica anafiláctica sobreaaguda y serán prueba evidente de ello si se confirma que la curva de la desnaturalización de las proteínas no antitóxicas del suero corresponde con la de las antitóxicas.

Con motivo de los experimentos realizados para la demostración de los problemas teóricos apuntados, ha obtenido Schlossberger un citoenzima puro de tal potencia coagulante, que un gramo del mismo coaguló 40 c. c. de una mezcla de fibrinógeno, seroenzima é iones cálcicos, mientras que un gramo de coagulen de Kocher Fonio, cuya acción hemostática se basa en su contenido en citoenzima en un experimento de comprobación se mostró dos mil veces me-



nos activo. Experimentado en cirugía, dió igual proporción de actividad. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 15 de Octubre de 1914).

2 **Una nueva prueba de contacto para la determinación de la albúmina en la orina, por el Dr. Ulmont Stewart.**—El autor examina los métodos usuales, principalmente el del calor, que tiene el inconveniente de ocupar mucho tiempo y de que al echar ácido para disolver los fosfatos ó carbonatos que pudieran existir, puede disolverse la albúmina si es poca cantidad ó bien esparcirse tanto la nubécula que no sea apreciable. La reacción de Heller es poco sensible, la de Tanret demasiado. El autor ha llegado á preparar el siguiente reactivo:

Acido pícrico diluido.....	10 gramos.
Sulfato de magnesia.....	400 —
Acido cítrico.....	20 —
Agua destilada.....	1.500 c. c.

Por ácido pícrico diluido hay que comprender el que proporciona el comercio, ó sea añadido de un 20 por 100 de agua. El sulfato de magnesia, además de favorecer la precipitación de la seroglobulina, tiene por principal papel dar mayor peso específico al reactivo, de modo que no se difunda la orina en él.

**Técnica.**—En un tubo de ensayo ordinario de unos 15 milímetros de diámetro se pone el reactivo hasta una altura de 4 centímetros.

En cuanto á la orina, debe emplearse centrifugada, porque si contiene elementos orgánicos en suspensión, pueden éstos dar lugar á una falsa reacción. Entonces se toma un tubo de cristal que tenga unos 5 milímetros de diámetro interior y suficientemente largo, el cual se introduce en la orina á analizar unos 2 centímetros. Obtírase entonces con el dedo la extremidad superior del tubo como si se tratase de una pipeta y se introduce su extremo inferior en el reactivo de modo que quede un poco por debajo de la superficie de éste. Quitando en este momento el dedo que ocluye el orificio superior, la orina desciende sobre el reactivo sin mezclarse con él y quedando una zona de separación muy evidente. Extraído el tubo que hace de pipeta para facilitar la lectura, se hace ésta sobre un fondo oscuro que puede muy bien ser un dedo del observador. En caso de haber albúmina se forma en la zona limitante un anillo blanco cuya intensidad da una idea de la cantidad. Las cantidades exiguas de albúmina pueden ser observadas fácilmente con este método. Después de cada ensayo se lavará cuidadosamente el tubo. Cuando el reactivo forme nubecillas hay que prepararle nuevamente, pues tanto el reactivo como la orina tienen que ser perfectamente transparentes.

El autor ha hecho gran número de experimentos para comprobar la exactitud de su método siguiendo su procedimiento, el del calor, y por fin haciendo el análisis microscópico como contraprueba. De todos ellos resulta que casi siempre coincidían los resultados de su método con los del método del calor, y cuando sus resultados eran divergentes, del análisis microscópico se desprendía que la mayoría de las orinas que con su método daban reacción positiva y con el calor no, eran patológicas. (*The Journal of the American Medical Association*, 28 de Septiembre de 1918.)

## NEUROLOGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El proceso curativo de la parálisis general por la terapéutica intrarraquídea, por Gonzalo R. Lafora.**—Es el autor un entusiasta partidario del tratamiento intrarraquídeo en la parálisis general, y en efecto, de la lectura de su trabajo y de los resultados obtenidos en los casos que pre-

senta, se desprende la bondad del procedimiento curativo.

Explica su técnica del siguiente modo:

Utilizamos los sueros del mismo enfermo preparados *in vitro*, según los procedimientos de Birnes y de Ogilvie. Cada ampolla de las que nos prepara nuestro constante colaborador el Dr. Escudé, á quien desde aquí repetimos nuestro agradecimiento, contiene 10 c. c. de suero centrifugado é inactivado y con una dosis conocida de sublimado ó de novoarsenobenzol Billon. Al principio empleábamos las dosis recomendadas como máximas de 2 miligramos de sublimado y de 3 centigramos de novoarsenobenzol; pero luego hemos empleado dosis mayores con buenos resultados, llegando á 4 miligramos de sublimado y á 7 miligramos de novoarsenobenzol. Claro es que, para llegar á estas dosis, es preciso haber dado previamente al enfermo otras menores.

Antes de iniciar las inyecciones intrarraquídeas sometemos al enfermo á cuatro ó cinco inyecciones intravenosas, dadas con intervalos de dos á seis días, de cianuro de mercurio (un centigramo) y de novoarsenobenzol Billon (0,30), que preparan al enfermo y nos dan idea de las susceptibilidades del caso á los tratamientos mercuriales y salvarsánicos. Las primeras intrarraquídeas son siempre de suero neosalvarsanizado, que produce reacciones más débiles que el mercurializado, y nunca pasamos de la dosis de 2 á 3 miligramos. De esta manera no pueden producirse los efectos reactivos intensos que á veces se han descrito y que, en algunos raros casos, han conducido á la muerte. Así, pues, el método es perfectamente inocuo.

En los intervalos de veinte á cuarenta días, entre cada dos inyecciones intrarraquídeas, empleamos las intravenosas en dosis crecientes y nunca dando más de dos por semana, procurando alternar las mercuriales con las neosalvarsánicas.

Esta combinación de ambos métodos hace que los productos medicamentosos lleguen al sitio de la lesión y á los restantes del organismo; pues no debemos olvidar que en la sífilis nerviosa no luchamos sólo con una localización del proceso sífilítico en el sistema nervioso, sino con una exageración de las lesiones en el sistema nervioso con respecto á las de los restantes órganos, ya que en los análisis anatomopatológicos de los restantes tejidos encontramos abundantes indicios de lesiones sífilíticas (arteriales, renales, hepáticas, etc.) coincidentes con las nerviosas. Esto hizo decir á Alzheimer que la parálisis general era una sífilis universal del organismo.

Y como resultado de su estudio hace las siguientes deducciones:

Las precedentes historias clínicas demuestran más que mucha literatura innecesaria. Al que haya tratado parálisis generales con los procedimientos antiguos, intramusculares é intravenosos, y se haya visto siempre desilusionado por la permanencia inquebrantable de los síntomas de laboratorio, y por la remisión incompleta de los síntomas clínicos durante breves períodos (por lo general), le convencerán, sin duda alguna, los resultados que aquí exponemos, en los que se ve una rápida y eficaz remisión clínica y una regresión más lenta, pero real, de los síntomas de laboratorio.

Creemos que ésta es la única terapéutica posible en los parálisis generales, pues haciendo el diagnóstico prematuramente es de eficacia segura.

La experiencia de más años dirá si teníamos razón ó no. (*Revista Española de Urología y Dermatología*, Noviembre de 1918.)



### 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.

#### Reunión interesante.

Como anunciamos en nuestro número anterior, verificóse en una de las secciones del Congreso de los Diputados, el lunes último, la reunión de representantes médicos que tienen asiento en ambas Cámaras. Acudieron todos los que se encuentran en Madrid y excusaron su presencia los que por enfermedad u ocupaciones ineludibles no pudieron concurrir, pero todos se adhirieron al acto incondicionalmente y ofrecieron su adhesión a los acuerdos que en él se tomaran. Después de exponer el señor Francos Rodríguez el motivo de la reunión y la necesidad de adoptar actitudes conducentes a defender los intereses de la salud pública y de las clases profesionales, amenazados ó desatendidos por los acuerdos ya hechos públicos de la Comisión extraparlamentaria para el proyecto de autonomía regionales, hicieron uso de la palabra los Sres. Maestre, Van Baumbergen, Gómez Ocaña y Cortezo, llegándose con facilidad al acuerdo de visitar á los individuos de la Comisión y del Gobierno, que puedan tener influencia en la modificación ó aclaración de ciertos términos de la ponencia al ser ésta llevada al Parlamento y en provocar un movimiento de opinión en todas las clases sanitarias, con objeto de que las Cortes puedan tener en cuenta los numerosos y variados intereses que se encuentran amenazados juntamente con el alto, nunca comprendido y por ende siempre desatendido de la salud pública.

La reunión fué numerosa, el espíritu que en ella reinó cordialísimo, sus acuerdos dignos de aplauso. Veremos ahora como todos responden, ó mejor dicho, como todos respondemos.

DECIO CARLAN.

### COSAS DE ABOGADOS

FOR  
VENANCIO PRIETO

Cuando, con la atención que es de suponer que lo hicieran todos los buenos españoles, leímos el Real decreto por el que se creaba y trataba de organizar una Comisión extraparlamentaria, con objeto de que estudiara y diese dictamen ó informe acerca del que lla-

man candente asunto (pleito debieran decir) de las autonomías regionales; cuando con avidez candorosa recorrimos su preámbulo y su texto, experimentamos una decepción desconsoladora, aún más grande de las que á diario nos hacen experimentar los políticos al uso. Pero, ¿de qué se trata?, nos preguntábamos; ¿de un asunto de enjundia constituyente y nacional ó de un laudo convenido ó á convenir entre litigantes al margen de la vida española?

No sabemos cuántos eran los llamados, si sabemos cuántos son los que habían acudido y que los unos como los otros, *¡todos eran abogados!*

Cuando, pasados unos días, hemos leído el resultado de los escritos y alegatos presentados, de los incidentes suscitados y de las vistas celebradas, ya no nos hemos admirado, pues el resultado era de esperar, pero hemos sentido con el poeta:

«Miedo en el corazón, llanto en los ojos»

Miedo en el corazón, porque de la *enrevesada urdimbre de equívocos, frases ambiguas, concesiones reticentes, distinguos sutiles y apelaciones nebulosas, nada puede salir (si llegase á ser Ley el tal engendro) que no sea pleito, disputa ó divergencia de interpretación*. Pleitos, divergencias y disputas que serán motivo de intranquilidad permanente, de protesta continua, de amenaza frecuente y de inevitables luchas.

Y todo ¿por qué? Porque un asunto de vida nacional que por igual interesa á los españoles todos, se ha sometido al estudio de una ponencia, de la cual se encuentran ausentes la inmensa mayoría de los españoles. Porque cuando se trata de cosa que atañe á la industria, al comercio, á la riqueza pública, á la cultura nacional, á la enseñanza, á la vida material del pueblo, á la defensa militar de su vida y á su progreso integral, se ha dado el estudio de la cuestión á los que sólo un sentido pueden llevar á ella, y no se diga que el sentido jurídico, que éste es una cosa y otra muy distinta es el sentido forense.

Los abogados, por muy ilustres y talentados que sean, no pueden eludir sus personalidades intelectuales de lo que los franceses llaman con frase insustituible *«le pli professionnel»*; con efecto, todo lo que escriben, lo escriben sobre los dobleces de su papel de autos, todo lo que piensan lo amoldan á su postura habitual de curadores, todo lo que sienten en política y en alientos patrióticos lo someten á sus Códigos escritos, no á las leyes vividas superiores y externas á la vida jurídica, que si no busca en ellas atmósfera, ni siquiera gozará ella de la vida artificial que la creó.

El abogado, si es criminalista, ve en todas las cues-



tiones la *causa*, el *criminal* y la *victima*; si es civilista, ve el pleito, la propiedad ofendida, el poseedor legítimo desposeído; si es administrativo, ve el expediente, la disposición mal aplicada, el abuso amparado por el descuido gubernativo ó por la interpretación viciosa. Todos estos son aspectos estimables de la vida, pero no son la vida toda, como no lo es el que el médico la considerara como hecho de perturbación de las leyes fisiológicas; originista la viera como cosa siempre amenazada por las asechanzas de la muerte. No, la vida, y sobre todo la vida social, colectiva, es cosa más comprensiva é *integrada* en cuyo resultado colaboran el sentido fisiológico, el político, el jurídico, el económico y..., la verdad sea dicha, en la Comisión extraparlamentaria, con la mejor voluntad por parte de su creador y de sus ejecutores, no ha hablado más que un sentido, el sentido forense. Nadie inculpamos, el miope no es responsable de no ver más allá de lo que su agudeza visual le consiente. Y nuestros políticos todos gobiernan, discuten é intervienen, según el grado de dioptrias que la naturaleza les ha concedido ó á que les ha reducido el hábito profesional.

¿Es que el problema de la autonomía llevado á los exagerados extremos de los regionalismos y de lo integral no es un problema de patria que á grandes y á chicos á todos nos interesa? ¿Es que las consecuencias de la nueva administración municipal, de la división regional, del desprendimiento del poder único que constituía la santa personalidad de España, no es un problema que hace latir por igual á todos los corazones y al que pueden aportar luz y soluciones todos los entendimientos con atención á todos los diversificados intereses?

¿En dónde están en la Comisión extraparlamentaria las representaciones de esos intereses á que aludimos? En la artificiosa delegación [del vocero, cuando debiera estar en la personificación misma del interesado.

Aunque trabajo nos cuesta, hemos de limitarnos, por imposiciones de la índole de nuestra revista, á sólo tratar los puntos que más estrictamente nos interesan: á la Sanidad y á la Enseñanza.

Veamos con qué claridad son tratadas las dos vitales cuestiones. No olvidemos, ante todo, que nos hallamos frente á un problema de índole absolutamente constituyente y en la resolución del cual debiera, por lo tanto, procederse con meditado andar y con claridad absoluta. Trátase de modificar la Constitución del Estado español, distribuyendo de modo diferente al que en la actualidad lo están las facultades que les son propias como á tal Estado y á las que son delegables en organismos complementarios suyos y de él dependientes, cuando menos en el concepto de partes de un todo.

Pues bien, si el Estado es la organización jurídica de un conjunto de hombres... y en este principio de definición hay perfecta convergencia en todos los tratadistas, siquiera luego termine en divergentes sus definiciones; si el elemento imprescindible del Estado es el conjunto de hombres, lo primero que al Estado in-

teresa, es que el tal conjunto exista y que sea lo más numeroso y lo más orgánicamente fuerte posible. Serán luego condiciones muy apetecibles, y ciertamente no incompatibles, la riqueza, la cultura, la influencia mundial y el destino histórico; pero lo que primero interesa y se impone es que haya hombres y que esos hombres sanos y robustos sean garantía de una raza continua y progresiva.

Es por lo tanto elemental, y de puro vulgar gedeonesco, que la función sanitaria del Estado es de todas la más indiscutible, innegable é inequívoca. Consecuencia de esto debiera ser que cuando se trata de modificar la Constitución integral de un Estado, lo primero que habría que reconocerle es lo intangible de su facultad para atender, legislar y cumplir su atención Sanitaria y que, cuando se trata de estudiar tan vital y fundamental problema como el de la reglamentación y distribución de sus funciones, lo primero que debiera hacerse era escuchar las voces representativas de la necesidad vital; es decir, invitar para ser oídos á los *voceros de la vida* y no congregar un concierto al unísono de los personeros de la artificiosidad jurídica.

No hablamos de memoria ni sin tener pruebas del resultado vicioso á que el vicioso procedimiento había necesariamente de conducir. Veamos cómo se resuelve ó se propone la resolución del problema en la ponencia que después de meritorio y laudable trasudor ha dado á luz la Comisión forense.

Al hablar de la *Constitución de las regiones*, dice la ponencia en el art. 3.º de su proyecto, después de enumerar la condición en que han de realizarse varios servicios de Obras públicas, Administración de justicia, Haciendas locales y públicas, Beneficencia, etc.:

*Colaboración regional, con salvaguardia de las funciones de este en materia de enseñanza, y coordinación para secundar la acción del Gobierno de S. M. en asuntos de policía y sanidad.*

Mucho hemos meditado sobre el tal parrafito y no nos sonroja el confesar, que no hemos entendido claramente qué diferencia substancial pueda existir entre la *colaboración con salvaguardia de los funciones del Estado* y la *coordinación para secundar su acción*. Siendo en un término (el de la *colaboración*) aplicado á la enseñanza y el de la *coordinación* á la sanidad, ¿qué es lo más y qué es lo menos? y si es lo mismo ¿por qué se usan términos diferentes?

¿Cómo, ni en materias tales, ni por tan eximios hombres podemos creer que se va intencionalmente al equívoco, por eludir dificultades y salir del paso? Seguros de que la obscuridad estaba en nuestra mente y no en el texto que tales plumas redactaron, nos hemos dado á indagar qué diferencia ocasional puede haber entre colaboración y coordinación, dado que los dos servicios á que ambos términos respectivamente se aplican, parece que son estimados, como no pudiera menos de serlo, por lo menos el uno de ellos, como función intrínseca é inseparable del ser y el organismo del Estado.

Valor especializado en el tecnicismo jurídico, no sabemos que le tenga ninguna de las dos palabras, y



como atmósfera supletoria del lenguaje técnico específico, hemos buscado la del léxico oficial y vulgar. Es decir, hemos acudido al Diccionario de la lengua.

Respecto á la palabra colaboración y al verbo de que es sustantivo, no hemos encontrado antecedente hasta la edición de 1899, y luego en la de 1914, lo cual demuestra que es locución de uso moderno. Dice así el Diccionario:

«Colaboración: La acción ó el efecto de colaborar.»

«Colaborar: Trabajar con otra ú otras personas especialmente en obras de ingenio.»

Tenemos, pues, que la región *trabajará con el Estado en las materias de enseñanza*. ¿Hasta dónde el uno y hasta dónde la otra? Luego lo veremos ó trataremos de verlo, porque lo de la *salvaguardia* de las funciones no nos saca por ahora de duda.

Sigue el Diccionario:

«Coordinación: La acción y efecto de *coordinar*.»

«Coordinar: Poner en orden y método algunas cosas. (Edición de 1832.)

«Coordinar: Ordenar cosas metódicamente. (Ediciones de 1899 y 1914.)

Y, por último: en el Diccionario de Autoridades de 1729, leemos.

«Coordinar: Distribuir, colocar, poner de nuevo en orden y método lo que antes estaba desordenado, ó con el tiempo se había confundido, ó lo que no estaba dispuesto con la proporción y orden conveniente.»

Ahora bien, como este término de *coordinación* es el que se aplica á la función sanitaria, tendremos lógicamente que el Estado y la región *pondrán en orden y método lo que en materia de Sanidad esté desordenado y confundido*, esto es, *todo, pues que todo y casi todo está por hacer*.

En esta *coordinación*, ¿qué parte le corresponde al Estado al mandar, sostener ó fiscalizar los servicios y los funcionarios sanitarios? ¿Qué parte ha de tomar en esta *coordinación* la región ó el Municipio?

Volvemos á confesar que no lo entendemos, y como estas cosas están escritas, ó deben estarlo, para que todo el mundo las entienda, so pena de dar lugar á litigios que á nadie debieran aprovechar y que seguramente perjudican á la buena administración, he aquí, que si lo que se ha querido decir es que el Estado legislará y dispondrá en el servicio sanitario, por ser el más íntimamente á él anejo, lo que estime conveniente al pro común y fiscalizará el modo de cumplir las funciones por él ordenadas en las regiones y municipios, mediante funcionarios de él dependientes, dejando la *coordinación* suplementaria á los organismos locales, dentro de las normas por él fijadas; si lo que se ha querido decir es esto, véase de qué modo tan claro se ha podido decir; y si no ha sido eso, tenemos el derecho de pensar que se ha querido cubrir con las confusiones hipócritas del amfibolismo un convencimiento que las inteligencias preclaras que han redactado la ponencia no podían menos de tener.

No se aclara más el asunto cuando se llega al capítulo de la *región catalana*.

Pasemos por el epígrafe, y aquí sí que vuelve el

*llanto en los ojos*, que después de *el miedo en el corazón*, sentíamos.

No hablemos de lo que nos inspira este epígrafe que reconoce, dígame lo que se quiera, desprendimiento de parte de lo que constituía la unidad de nuestro organismo nacional. Tanto diríamos, si lo que pensamos dijéramos, al ver este reconocimiento oficial de un trato de excepción, dado á una parte de nuestra alma, cuando ha podido optarse por epígrafe más comprensivo en que se abarcaran actual ó sucesivamente las regiones que surgieran á la vida autonómica, sin la gala de excepción más inspirada por la medrosidad azorada, que por el convencimiento sincero; tanto diríamos, que habíamos de seguro de incurrir en responsabilidad, si no material, moral, teniendo en cuenta quienes somos y para quien hablamos.

Olvidemos, pues, por un momento, que somos españoles, y suponiendo que de un estado ideal nos ocupáramos y que en él pudiera darse el caso patológico del suicidio parcial, veamos lo que respecto á la *región catalana* propone la malhadada ponencia. Dice el artículo 9.º: «Los servicios y el personal regionales concernientes á la Sanidad interior (policía de alimentos salubridad y seguridad en escuelas, obras, espectáculos y demás establecimientos públicos, hospitalización, asistencia á los pobres y genéricamente cuanto atañe á la higiene pública) habrán de mantener permanentemente la *coordinación*, como también los municipales, con los análogos del Estado, y secundar á estos últimos señaladamente para defensa contra enfermedades epidémicas ó contagiosas, y para la constante preservación exterior de la Sanidad del reino.

La Diputación y la Generalidad regionales estarán, además, facultadas con libertad plena para instaurar, sostener, regir ó reformar á expensas de la región, Institutos ó Establecimientos benéficos, así como cualesquiera organizaciones domiciliarias ó sociales de igual índole. Ejercerán sobre las funciones y obras benéficas ó benéfico-docentes de carácter particular que existan dentro de la región, salvo disposición en contrario ordenada por los instituidores, el protectorado gubernativo, incluso las facultades de investigación, que está atribuido actualmente á los Ministerios de la Gobernación y de Instrucción Pública. Se reserva á éstos la clasificación de las dichas fundaciones y obras como de beneficencia particular.

Queda á salvo la facultad del Estado para declarar lesivas y recurrir en vía contenciosa las resoluciones que contrarían las reglas funcionales.

Por muy grande que sea nuestro deseo de emitir una opinión sobre los múltiples conceptos contenidos en este párrafo complicado, como en el no menos complicado relativo á la enseñanza; por mucha que sea nuestra persuasión de que la oportunidad de emitir un juicio, siquiera sepamos que no ha de ser ni atendido, ni posiblemente leído por los que debiera serlo, la cosa resulta tan complicada (no en su esencia, sino en su forma artificiosa) que bien merece que nos ocupemos de ello y más despacio otro día.



# MITIN SANITARIO DE TOLEDO



Fotografías tomadas en el Laboratorio Municipal y al fin del banquete.



## LOS MÉDICOS Y LA AUTONOMÍA

POR EL

DR. F. LÓPEZ PRIETO

Desde que se planteó el pleito de la autonomía, vimos siempre un peligro para la consecución de las aspiraciones que la clase médica hace tiempo viene demandando; hemos de declarar, que al leer los nombres de los señores que habían de componer la Comisión extraparlamentaria para redactar las bases que el Gobierno, convertidas en proyecto de Ley, ha de presentar á las Cortes, y advertir entre ellas la presencia de personas que han demostrado gran interés por las cuestiones sanitarias, nuestros temores casi desaparecieron; por ello, nuestro desencanto ha sido mayor al leer en la prensa las bases que dicha Comisión ha presentado al Gobierno; en ellas, de una manera clara y terminante que no da lugar á torcidas interpretaciones, refiriéndose á la enseñanza, se exige el mismo régimen, sistema y condiciones, en todos los municipios de España; es decir, que la reconoce, y muy acertadamente por cierto, como función propia y exclusiva del Estado.

Pero cuando se refiere á la Sanidad, la cosa cambia por completo; la claridad brilla por su ausencia; un juego de palabras muy sonoras, pero muy á propósito para que cada Ayuntamiento pueda interpretarlo como mejor le convenga, que desde luego, en la inmensa mayoría de los casos, será en perjuicio de la sanidad y del médico. ¿Por qué ésta diferencia de criterio? ¿Es que á dichos señores, la epidemia que aún padecemos no les ha demostrado hasta la saciedad que la sanidad tiene que ser función única y exclusiva del Estado? ¿No se han convencido que á esos Municipios y á esas Diputaciones no se les puede encomendar tan importante misión, á no ser que lo que se pretenda sea el completo aniquilamiento de la raza, y que tengamos que desaparecer de la lista de los pueblos cultos? ¿Es que se desea poner el *inri* á la sufrida y abnegada clase médica, dejándola sujeta al yugo del tirano caci-que para que así no pueda cumplir su elevada y sagrada misión?

Los Dres. Cortezo y Francos Rodríguez que tantas pruebas de amor y cariño vienen dando á la clase, tan pronto tuvieron conocimiento de lo que se proyectaba, aun sin haber sido publicadas las bases, citaron á los demás compañeros que ostentan cargo parlamentario á una reunión, para tomar acuerdos y trazarse la línea de conducta que han de seguir en los respectivos Cuerpos Colegisladores cuando se discuta el proyecto de Ley; pero es necesario que nosotros también les ayudemos aportando nuestro grano al acervo común; no porque ellos tengan necesidad de estímulo, pero sí para darles más alientos y fuerza en sus peticiones; ¿qué podemos hacer? Ante todo procurar que siquiera una vez desaparezcan los personalismos que tan fatales resultados nos han dado; y sacudiendo la indiferencia y la apatía que domina á la clase, todos, absolutamente todos, pero más especialmente los titulares, *unidos*

como un solo hombre, condensen las aspiraciones más urgentes de la clase y enviarlas á dicha Comisión para que ellos exclusiva y concretamente las pidan al Gobierno.

El medio que á mí me parece más práctico lo expondré por si se estima factible.

Cada médico en una tarjeta postal, dirigida á un senador, diputado ó al presidente del Colegio de Médicos respectivo (para que éste á su vez reunidas las de todos los colegiados ó el mayor número posible de ellos, se las envíe á cualquiera de nuestros compañeros parlamentarios) en la cual haga constar su adhesión y el deseo que pidan: 1.º, Pago de los titulares por el Estado; 2.º, Que la inspección municipal sea desempeñada por el médico titular, y 3.º, Reconocimiento del carácter de funcionario del Estado, al igual que los profesores de instrucción primaria.

Si, como es de esperar, la clase no está muerta y responde al llamamiento enviando ocho ó diez mil tarjetas, podrán presentarse al Parlamento asegurando que tienen tras de sí una fuerza arrolladora.

Estas mismas peticiones *únicamente* creo que deben solicitarse en las distintas Asambleas que están anunciadas, pues á más de ser lo más importante para la clase, si lo involucramos con otras cuestiones, corremos el peligro de que para callarnos nos concedan lo accesorio y no lo principal.

Si se acepta la idea deben mandarse las tarjetas con la mayor rapidez, para que si es posible las tengan en su poder nuestros representantes al abrirse el Parlamento.

Este es el camino más práctico que en la actualidad creo debemos seguir; nada de alaradas ni voces destempladas; demostremos nuestra cultura y capacidad, para así en el caso de no ser atendidos en nuestras justas aspiraciones estar en condiciones de poder demostrar á todo el mundo que á la clase que tiene *sobras de energías* para mirar friamente la muerte en beneficio de la sociedad, *no han de faltarle* para hacer por todos los medios que sus justas aspiraciones sean satisfechas.

Madrid, 16-7-1919.

## LA VACUNACION OBLIGATORIA

El gobernador civil ha publicado un bando cuya parte dispositiva dice así:

«Primero. A partir del día 10 de los corrientes se declara absolutamente obligatoria la vacunación antivariolosa en la provincia de Madrid, concediendo un plazo improrrogable de treinta días para que, dentro de él y sin penalidad, puedan vacunarse todos los habitantes de la provincia. Los contraventores serán castigados con aplicación del artículo 596, casos tercero y noveno, del Código Penal.

Segundo. El día 10 del próximo mes de Febrero comenzarán á hacerse efectivas las sanciones impuestas en este bando.

**SIL-AL**

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO  
IGUAL EN COMPOSICION Y PUREZA AL NEUTRALON ALEMAN  
Laboratorio Gamir, VALENCIA. — J. Gayoso, MADRID



Tercero. Los alcaldes que no organicen dentro del plazo señalado el servicio de vacunación utilizando los procedimientos señalados en el Real decreto de 15 de Enero de 1903, serán castigados con multa de 500 pesetas.

Cuarto. A partir del día 10 del próximo mes de Febrero, la vacunación será forzosa. Quienes se resistiesen á ser vacunados serán castigados con multa de 500 pesetas ó arresto subsidiario de quince días. Los alcaldes que no cumplimenten esta orden, serán castigados con multa de 500 pesetas, sin perjuicio de pasar el tanto de culpa á los tribunales por desobediencia.

Quinto. A partir del día 10 del próximo mes de Febrero, queda prohibida la circulación por todas las carreteras y caminos de la provincia á quienes no estén vacunados. Todas las autoridades de mi mando quedan facultadas para exigir el certificado de vacunación, y en su defecto, para comprobar la vacunación. Los no vacunados, circulen á pie, en carruaje ó á caballo, serán conducidos al pueblo más próximo, y allí serán vacunados. Si se resistiesen, serán castigados con multa de 500 pesetas ó quince días de arresto subsidiario. Los alcaldes de los respectivos pueblos organizarán el servicio de vigilancia en sus términos municipales, por medio de los dependientes de su autoridad, bajo multa, si no lo organizan, de 500 pesetas. Igual multa les será aplicada si permiten el paso á personas no vacunadas por el término municipal de su jurisdicción.

Sexto. A partir del día 10 de Febrero próximo, será castigado con multa de 500 pesetas ó arresto de quince días, si no la hiciese efectiva, todo particular ó Empresa que admita á su servicio á empleados y obreros que no estén provistos del certificado de vacunación. Los que ya presten servicios deberán vacunarse y proveerse de dicho certificado.

En igual penalidad incurrirán los directores, gerentes ó encargados de colegios, academias, sociedades y asociaciones, sin distinción de sexos, que autoricen la asistencia á esos centros, ó la permanencia en ellos, de personas no vacunadas.

Séptimo. Los dueños y gerentes de hoteles, fondas, casas de viajeros, casas de huéspedes y casas de dormir, exigirán á sus clientes el certificado de vacunación á su llegada, y si no lo tuviesen, deberán presentarlo á las cuarenta y ocho horas, tiempo sobrado para vacunarse. Si al establecerse el día 10 de Febrero el servicio de investigación, resultase que no está vacunado alguno de los clientes de esos establecimientos, serán castigados los dueños, gerentes ó encargados con multa gubernativa de 500 pesetas ó quince días de arresto, si no la hicieren efectiva.

Octavo. Los portadores de certificados falsos, ó pertenecientes á otra persona, y los facultativos que faltaren á la verdad, certificando inexactamente, serán castigados con igual penalidad de 500 pesetas, ó arresto.

Noveno. El señor inspector provincial de Sanidad

y los subdelegados de Medicina girarán las visitas de inspección necesarias á los pueblos de esta provincia, para comprobar el cumplimiento de este bando.

Décimo. Para evitar enojosas molestias á las personas de notoria buena fe y responsabilidad, bastará su palabra de honor en el caso de que por olvido no llevasen consigo el certificado de vacunación, y no serán detenidas en el acto; pero deberán dar su tarjeta ó las señas de su domicilio á los agentes de mi autoridad que las reclamen, medio único de impedir que al amparo de esta excepción se eluda el cumplimiento del bando. Además de la multa correspondiente, se hará público el nombre de quienes den su palabra de honor en falso, para conocimiento del vecindario. Si la palabra de honor fuese dada fuera de Madrid, será comunicado por los alcaldes á este Gobierno civil, en el plazo de veinticuatro horas, el nombre y domicilio, para su comprobación inmediata.

Para gozar de este beneficio será requisito indispensable exhibir la cédula personal ó el «carnet» de identidad, según los casos.

Quedan exceptuados los militares en activo, sea cual fuese su clase ó graduación, los cuales podrán circular sin limitación de ninguna clase.

Undécimo. Quedan exceptuadas de las prescripciones de este bando las personas provistas de un certificado médico en el cual se haga constar que la ciencia aconseja no sean vacunadas, ó que son refractarias á la vacuna.

Duodécimo. Para la aplicación de las multas de 500 pesetas, de que se hace mención en este bando, delego expresamente mis facultades en los alcaldes presidentes de los Ayuntamientos de la provincia de Madrid.

Sin perjuicio de lo ordenado en este bando, exigiré directamente el cumplimiento y responsabilidad de las disposiciones sanitarias referentes á vacunación, estadística aislamiento y desinfección á los alcaldes, inspector provincial de Sanidad, subdelegados de Medicina, jueces municipales y médicos dependientes de las Beneficencias provincial y general, á tenor de lo mandado en el artículo segundo del referido Real decreto, aplicando el máximo de las sanciones gubernativas, sin perjuicio de pasar el tanto de culpa á los tribunales de justicia, cuando proceda.

## MEDIO SOCIAL DEL MEDICO TITULAR

Casi á diario se ocupa la prensa profesional de las vejaciones que por parte de los caciques somos objeto los titulares de España. Todos hemos presenciado lo ocurrido al extitular de El Pobo, y continuamente hay docenas de recursos en los Gobiernos civiles, alzándose contra destituciones injustas y atropellos de todo género; por creer los señores caciquillos que somos *criados* que se nos *echa* cuando á ellos se les inflan las narices... que suele ser á menudo. Pero dejando aparte todo esto que basta por sí para llenar de amar-

**LA DIABETES**  
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL  
**VINO URANADO PESQUI**

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, LABORATO RIO PESQUI Prim, 25. San Sebastián.



guras nuestra vida, hay otro orden de hechos que serían suficientes para que con gusto renunciásemos á la profesión si fuese factible; aun en aquellos partidos, con excepciones, en que el médico es respetado, querido y bien retribuido. Me refiero al medio social en que vivimos la inmensa mayoría de los titulares, aquéllos, sobre todo, que habitamos en pueblos de mil vecinos abajo, que somos los más.

Cambio brusco es el que sufrimos cuando al abandonar las aulas nos trasladamos á éstos míseros pueblos; difícil es que el estudiante de Medicina se imagine lo que le espera al terminar su carrera. Después de residir varios años en una capital, asistiendo en ella á teatros, paseos y de frecuentar el trato social de sus compañeros y amigos, se encuentra casi de improviso en un mal pueblucho, entre gentes ignorantes y á las órdenes de un monterilla... quizá analfabeto.

Pueblos hay en que el médico es el único intelectual. Ni boticario, ni veterinario, ni persona alguna con quien poder hablar de algo... sólo humildes labradores ó pastores ocupados única y exclusivamente en sus tierras y ganados. Sólo dos constantes amigos tenemos en estos pueblos; ¡si no fueran ellos! Uno es el periódico diario que confidencialmente nos cuenta lo que ocurre en el mundo al cual creemos no pertenecer... el otro, la revista profesional.

Diariamente es el cartero la persona que ansiamos ver en la puerta de nuestra casa..., pero líbrenos Dios de días lluviosos ó de nieves; entonces el pobre peatón no puede llegar á nuestra residencia... hasta ocho días puede durar la incomunicación que suele repetirse en los malos inviernos. Esto es debido á las malas vías de comunicación. La estación más próxima 40 kilómetros..., la carretera más próxima 15 kilómetros... y para llegar á ella hay que seguir quizás una mala senda.

No hay profesión más ingrata, todo es adverso al médico; compáresele con el militar, el abogado, el obrero, etc. Todos residen en mejores centros sociales, todos gozan de expansión algunas horas del día. Sólo el humilde maestro de escuela puede parangonarse con nosotros, pero aun éste tiene la enorme ventaja de que su *amo* no es el cacique, sino el Estado.

Nadie puede envidiarnos, somos ermitaños *a fortiori*. Sin tener con quién hablar, sin trato social, en mala vivienda y además juguetes de monterillas; es el médico titular el funcionario más digno de mejora; llenamos un vacío muy grande; ¡qué consuelo para estos lugareños saber que tienen quien con solicitud les atiende en sus enfermedades! Véase lo ocurrido en muchos pueblos durante la pandemia gripal.

Con poca diferencia es igual nuestro ambiente en todos los partidos de infima categoría. Y ya que este ambiente no puede cambiarse tan repentinamente como quisiéramos, que se pare en algo haciéndonos funcionarios del Estado, es decir, dándonos sueldo *cobrable* é independencia, que tanto necesitamos.

RAMÓN PAADÍN

Titular de Fuentelahiguera (Guadalajara).

## BASES GENERALES DE CONSTITUCIÓN DEL INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Dos síntomas esencialmente distintos pueden adoptarse para constituir tanta asociación humana de carácter libre ó voluntario: el sistema jerárquico y el sistema igualitario.

El sistema jerárquico consiste en la delegación previa de las iniciativas y de la dirección en los movimientos, por los individuos que han de constituir la asociación, en favor de uno ó de unos pocos que resultan investidos de autoridad sobre todos, constituyendo los jefes, los directores de la colectividad y monopolizando las iniciativas, la marcha y la representación de la misma.

Este sistema ó es puramente decorativo ó tiene, *a priori*, los siguientes defectos: es propicio á los personalismos; las determinaciones de la Asociación se hacen, no según la resultante del criterio de todos, sino según el criterio de esos pocos á quienes se confiere autoridad bastante para imponerla; las equivocaciones de esos pocos se pagan caras por muchos, y la explotación es la regla, porque no hay nadie tan altruista que anteponga en absoluto los intereses de la colectividad á los suyos propios cuando buenamente puede equilibrarlos en su provecho.

El sistema necesita para un buen funcionamiento que las diferencias individuales sean grandes, y es el natural, el necesario, y hasta el único posible cuando al lado de individuos que por su talento, su actividad, su energía y sus ambiciones sirven y aspiran á mandar, la generalidad, la mayoría, sirven sólo para obedecer por reconocimiento íntimo de su incapacidad para dirigirse por cuenta propia, y no reclaman otro derecho que el de renovar de tiempo en tiempo las personas que han de dirigirles.

Si éstos son hombres de verdadero talento, actividad, energía é interés por la Asociación, este sistema con sus defectos iniciales, puede prestar muy buenos servicios. Si falta cualquiera de aquellas condiciones, los resultados serán lamentables.

El sistema igualitario está fundado, como se comprende fácilmente, en la uniformidad de deberes y derechos para todos los individuos que constituyen la Asociación. La autoridad, la dirección y las iniciativas no son monopolizadas por unos cuantos, sino ejercidas por el conjunto. Las determinaciones de la Asociación son adoptadas según lo resultante del criterio de todos. Y no existe otra diferenciación en la forma de la colectividad que el nombramiento de comisiones ejecutivas ó representativas encargadas de dar realidad á los acuerdos adoptados, sin otras atribuciones ó poderes que los que para aquel caso les sean conferidos.

Este sistema es preferible siempre que las circunstancias se presten á ello porque con él se constituyen reuniones de hombres libres, no rebaños con pastores más ó menos dignos de serlo. Le basta para ser viable con que unos cuantos hombres de buena voluntad y desinterés se encarguen de sostenerle. El celo y el entusiasmo puestos por cada uno al servicio de la colectividad son mucho mayores, porque las responsabilidades alcanzan á todos. Y es el sistema necesario y natural cuando los individuos que han de constituir la Asociación tienen plena conciencia de sus deberes y de su personalidad. Es, pues, una Asociación entre iguales.

Con arreglo á estas consideraciones, y teniendo en cuenta las realidades del momento, propongo el siguiente proyecto de bases para la constitución del Instituto.

### I

El Instituto de Medicina Social es un centro de cultura y de acción social que se constituye con los siguientes fines:

1.º Emprender de modo científico y práctico toda clase de estudios é investigaciones médico-sociales.

**PEÑACASTILLO**

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso. Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander.



2.º Crear enseñanzas especiales de estos problemas para los distintos profesionales que en ellas pueden intervenir (médicos, maestros, ingenieros, arquitectos, etc.).

3.º Una propaganda social activa é intensa á favor de estas trascendentales cuestiones, y

4.º Ejercer la necesaria acción política hasta conseguir del Estado el reconocimiento y la independencia del *poder sanitario* y la creación de órganos oficiales encargados de sostenerla.

## II

Podrán ser miembros del Instituto todos los hombres de buena voluntad, sin distinción de profesiones, amantes de la salud y la cultura patrias, que estén dispuestos á servirlos dentro de su respectivo campo de acción.

Estos miembros se clasificarán en:

**Fundadores.** Todos los actuales firmantes de las presentes bases.

**Numerarios.** Los que ingresen en lo sucesivo, con iguales deberes y derechos que los anteriores.

**Colaboradores.** Los que presten su concurso personal á las tareas científicas y sociales de la Institución, pero sin intervención directa en la marcha y organización interna de la misma, y

**Corresponsales.** Los que sin tomar parte activa en dichas tareas cumplan la importante misión de facilitar cuantos datos, referencias, estadísticas, etc., se les demande, además de las comunicaciones voluntarias que estimen oportunas para el mejor desarrollo de los fines del Instituto.

## III

La marcha y organización interna del Instituto, se regularán mediante Juntas generales, periódicas, de miembros fundadores y numerarios, en las que se adoptarán los acuerdos por mayoría absoluta de votos entre los presentes. La ausencia á estas deliberaciones se entenderá como conformidad á los acuerdos resultantes.

Para el cumplimiento de estos acuerdos se nombrará en la misma Junta una ó varias *comisiones ejecutivas ó representativas* sin otras atribuciones ó poderes que los que en aquél momento le sean conferidos.

## IV

Además de las Juntas generales señaladas en la base precedente, se celebrará anualmente un Congreso ó Asamblea de Medicina Social, en el que se dará cuenta de los trabajos realizados durante el año y se indicarán orientaciones para el porvenir. Congreso ó Asamblea al que tendrán derecho á asistir con voz y voto todos los miembros del Instituto, fundadores, numerarios, colaboradores y corresponsales:

## V

Con el objeto de intensificar y facilitar el cumplimiento de los fines del Instituto, se dividirá éste en cuatro secciones fundamentales, que serán:

1.ª Sección científica. Estudios é investigaciones médico-sociales.

2.ª Enseñanza.

3.ª Propaganda social.

4.ª Acción política.

Todos los miembros del Instituto están en libertad de

inscribirse en todas ó en una cualquiera de estas secciones aisladamente.

Cada una de estas secciones adoptará por sí misma la organización interna que tenga por conveniente y actuará de acuerdo pero con autonomía completa respecto á las demás dentro de las bases generales del Instituto.

## VI

Como el Instituto de Medicina Social pretende ser un organismo cívico, sujeto como todos á los fenómenos de acomodación al medio, estas bases podrán ser modificadas en cualquier momento según las necesidades lo exijan, bastando para ello un simple acuerdo tomado en una de las juntas generales señaladas en la base III.

AGUADO MARINONI

\*\*\*

Dada cuenta de las bases precedentes, en reuniones preparatorias, á los señores hasta ahora adheridos al proyecto de fundación del Instituto de Medicina Social, fueron aprobadas en todas sus partes, quedando autorizados los señores Aguado Marinoni y Ballesteros para continuar los trabajos de organización, de los que darán cuenta en reunión próxima en la que recibirán sanción definitiva.

Siguen recibiendo adhesiones.

Señores inscritos hasta ahora como miembros fundadores del Instituto:

Dres. Calatraveño. Malo de Poveda, Juarros, Albasanz, Piga, Arredondo, Ferrán, Salas y Vaca, Vázquez Lefort, García del Mazo, D. Tiburcio Alarcón y Sánchez (veterinario), D. Fernando Ruiz-Dana (abogado), D. E. López de Perea (capitán de fragata), Dres. Ballesteros y Aguado Marinoni.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,5; mínima, 695,6; temperatura máxima, 70,8; id. mínima, 10,8, vientos dominantes, S. O. E. N. E.

El estado de la salud pública en Madrid ha sido aproximadamente el mismo observado en las semanas últimas. Siguen presentándose bronconeumonías graves, pero es menor que en otros años el número y proporción de las laringitis, traqueobronquitis y bronquitis agudas. La viruela va disminuyendo. En los niños siguen observándose anginas catarrales y catarros pulmonales de variada intensidad.

### Crónicas.

**Por el médico de El Pobo.**—Un grupo de socios del Ateneo de Valencia ha dirigido una carta á los directores de los periódicos que varios han publicado, renovando el recuerdo de la opinión favorable al Dr. Alegre, médico de El Pobo, quien continúa preso, á pesar de las gestiones que se realizaron para la revisión de su causa.

**La Unión Médica de Zaragoza.**—La Unión Médica ha celebrado el día 11 de los corrientes en aquella capital una reunión con el fin de empezar á dar cumplimiento á los acuerdos adoptados en la última asamblea que celebrara.

También se acordó señalar los días 6, 7 y 8 de Marzo para la celebración en Madrid de una Asamblea y también dirigir un manifiesto á todos los médicos de la región en el que se expresarán los acuerdos tomados y fines que se propone realizar esta entidad.

**Los médicos en la epidemia** necesitan ante todo sostener las fuerzas del enfermo y asegurar una rápida y completa convalecencia. Estas indicaciones las cumple maravillosamente el

## “BIOTÓNICO ALBIÑANA”

poderosa medicación glicero-cacodílico-fosforada, de seguro efecto reconstituyente, que prescriben los médicos en todos los pueblos atacados.—Pídase en las farmacias bien surtidas y al depositario general, E. DURAN (S. en C.), Marlana Pineda, 10.—MADRID



**Nombramiento acertado.**—El académico de la Real de Medicina, nuestro querido amigo el ilustre Dr. D. Manuel Tolosa Latour, ha sido nombrado subdelegado de Sanidad del distrito de la Inclusa.

Nos consta que el acertado nombramiento ha sido muy bien acogido por el Cuerpo de subdelegados y por la clase médica en general.

Reciba el nuevo subdelegado nuestra cordial enhorabuena.

**La vacunación obligatoria.**—Desde que se ha hecho público el bando del gobernador civil acerca de vacunación, ha aumentado considerablemente el número de personas que acuden a diario a las Casas de Socorro para ser vacunadas.

Como preguntan constantemente en dichos Establecimientos benéficos a qué horas y qué días se vacuna, recordamos al público que en las 17 Casas de Socorro de Madrid se vacuna a toda clase de personas *gratuitamente* todos los días y a todas horas.

En las mismas condiciones se vacuna en el Laboratorio municipal.

**Consultas públicas.**—El Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, de Madrid, ha realizado durante el pasado año 11.390 asistencias, admitiendo a 1.133 enfermos de nuevo ingreso y rechazando a 1.499 por no ser tuberculosos ni pobres.

En el mes de Diciembre último ha tratado 835 enfermos, rechazando 107.

Por la señora presidenta del Ropero de Santa Rita de Casia, doña Consuelo Avalos de Espina, se han socorrido durante el pasado año a 129 enfermos con 988 prendas de todas clases, calzado, muletas y camas completas, y entre los tuberculosos más necesitados han sido distribuidos algunos donativos en metálico por los señores del Dispensario.

—En la consulta especial que para el tratamiento de las enfermedades de los ojos se halla establecida en la Casa de Socorro del distrito del Hospicio (Augusto Figueroa, 43), bajo la dirección del Dr. Aleixandre, se han prestado, durante el año último, los siguientes servicios:

Enfermos asistidos, 452; operaciones, 29; reconocimientos oftálmicos, 31; corrección de la agudeza visual, con lentes, 45; asistencias, 4.785.

A esta consulta pueden concurrir cuantos enfermos pobres lo deseen, los martes, jueves y sábados, de nueve a diez de la mañana.

**Justo homenaje.**—Con la asistencia de todo el Cuerpo facultativo y administrativo del hospital del Niño Jesús se ha celebrado el acto de imponer las insignias de la cruz de Beneficencia de primera clase, regalo de sus compañeros, al ilustre médico de dicho hospital doctor D. Cipriano González Pérez, cuya merced le fué otorgada por su activa y benemérita labor de más de cuarenta años.

Presidió el visitador, D. Santos López Pelegrín, quien concedió la palabra al director decano, Dr. Sarabia, que ofreció el homenaje al Dr. González Pérez, entregando las insignias al visitador para que éste lo hiciera al agasajado, lo que hizo después de pronunciar un breve discurso. El doctor González Pérez, en sentidos términos, agradeció el homenaje y las insignias, dedicando un cariñoso recuerdo a la memoria imborrable del Dr. Ribera.

**Banquete al Dr. Villa.**—Los amigos y admiradores del Dr. D. Julián de la Villa le han obsequiado, como anunciábamos en nuestro número anterior, con un banquete.

Entre la numerosa y distinguida concurrencia recordamos a los doctores Isla, Cortés, Sánchez Covisa, García Hurtado, Villegas, Carrasco, López Durán y Taboada.

A la hora de los brindis se levantó el Dr. Pérez Estalayo, que hizo el ofrecimiento del banquete.

Hablaron después los doctores Juarros é Isla, haciendo elogios de la personalidad científica del Dr. Villa.

Terminó el acto usando de la palabra el agasajado, que en sentidas frases dió las gracias a todos los concurrentes por el homenaje que se le rendía en aquel momento.

**Los médicos de Cádiz.**—En la Real Academia de Medicina de Cádiz se ha verificado una importante sesión el domingo último, acordando dimitir en pleno la directiva, como protesta contra las autoridades de Hacienda, que han

adoptado medidas que consideran lesivas para la clase médica referentes al cobro del déficit por patentes de años anteriores.

—El día 13 y con asistencia de casi todos los médicos de la provincia se celebró otra asamblea, para tratar del cobro de sus haberes devengados, pues estiman ilegal, y no lo aceptan así, que sus sueldos procedan del reparto que se hizo entre el vecindario para contribuir a los gastos originados por la invasión epidémica.

Ya va picando en historia el escaso valor que conceden las autoridades gaditanas a las justas reclamaciones de los médicos; luego nos extrañaremos cuando se tomen medidas enérgicas.

**Curamos** con electricidad, rayos X y radium en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocio, tumores graves, reumatismo, gota, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, dispepsias neuro-motrices, colitis muco-membranosa, graves afecciones de la piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas imposibles mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radioterápico, Princesa, 58. Aplicaciones desde cinco pesetas.

**Honrando a un médico.**—El Ayuntamiento de Puebla de Alcocer ha acordado, a petición de la mayor parte del vecindario, premiar los relevantes servicios prestados por el médico titular, nuestro querido amigo y suscriptor D. Juan de Arcos Gallardo, durante la epidemia gripal, nombrándole hijo adoptivo de aquella villa y solicitando del Gobierno la concesión de la cruz de Beneficencia.

Merece todo género de elogios el Municipio de Puebla de Alcocer por su justo proceder en favor del Sr. Arcos, a quien enviamos la más cordial enhorabuena.

**CASA METZGER**, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.



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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

## MORRHUËTINE JUNGKEN

Sustituye con ventaja al aceite de hígado de bacalao y a sus extractos y emulsiones.

por cucharada sope-	Iodo metálico.....	0,015 grs
ra.....	Hipofosfitos (CaO. NaO. Quinina)	0,15 —
	Fosfato de sosa puro.....	0,15 —
	— glicerina pura.....	—

Sabor agradable. — Digestión perfecta.

## El tónico de la INFANCIA

Adenopatías, Escrófula, Linfatismo, Amenorrea y Dismenorrea, Heredosisilis, Estados pretuberculosos, Convalecencias, Diabetes, Asma, etc., etc.

Muestras gratis al Cuerpo Médico.

Laboratorio Mirabent. — Provenza, 290. — BARCELONA

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO  
Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 57

**¿NECESITA V. UN CICATRIZANTE PODEROSO?**  
**¿SI?** Pues use el **BÁLSAMO COLOFÓNICO UNIVERSAL**. De venta en Madrid, depósitos de Pérez Martín, E. Durán y farmacias de Gayoso y Borrell Hermanos.