

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 FRANCOS 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 HORTIGA
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: Grave peligro para el porvenir de España: Se conserva y aun se exagera el alto índice de la mortalidad y baja el número de nacimientos, sobre todo en las capitales, por el Dr. D. José Gómez Ocaña.—La varicela y la viruela benigna, por el doctor Baltasar Hernández Briz.—Tratamiento de la bronconeumonía gripal y la catálisis terapéutica, por el Dr. Laureano Calvo Cambón.—Introducción al estudio de la operatoria quirúrgica, por el Dr. D. José Goyanes Capdevila.—Cosas del siglo pasado: La moral médica.—Periódicos médicos.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlini.—La cruzada sanitaria, por J. Francos Rodríguez.—Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos. Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Sociedad Española de Higiene.—Sociedad oftalmológica de Madrid, por Antonio Fajardo.—Sociedad española de especialistas de enfermedades del pecho. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Ministerio de la Guerra.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Grave peligro para el porvenir de España:
se conserva y aun se exagera el alto índice de la mortalidad,
y baja el número de nacimientos, sobre todo en las capitales

POR EL

DR. D. JOSÉ GÓMEZ OCAÑA

Los que amamos á España y tenemos fe en su porvenir, nos consolábamos de los males que la afligen y de los tumbos de la política y de las finanzas, considerando que nuestra patria era rica en lo que vale más en el mundo, en población. Y no ciertamente porque los Gobiernos atentos á la urgencia de cada día cuanto á las previsiones de los días venideros, ni porque la Higiene pública, ni la individual, economizaran la vida de los españoles, que lo contrario es lo cierto, ya que en las estadísticas de mortalidad viene figurando nuestro país entre los que la tienen más elevada en Europa, después de Rusia.

Pero si en España la vida no se defiende como en otros países y se ha reputado como el país de la muerte, en cambio, figuraba por su natalidad entre las primeras, y era tan prolífica, que el número de nacidos superando mucho al de muertos, llevaba el superávit como aumento definitivo en los censos de población.

Leroy-Beaulieu, en sus estudios demográficos («La Question de la Population»), situaba á España, con Austria é Italia, entre los países de Europa de elevada natalidad, ó sea entre 36 y 39 nacimientos por 1.000 habi-

tantes en un año. De ese rango descendimos en el último quinquenio con una excepción que se advertirá, para colocarnos entre los países de natalidad moderada; y amenazados de caer en los calificados de baja (25 á 30).

En disculpa de nuestra elevada mortalidad, se ha dicho que por razones fiscales las poblaciones aparecen en el censo con un número menor de habitantes de los que en realidad tienen; mas el argumento, que en efecto atenúa la mortalidad relativa, agrava, por el contrario, la proporción de nacidos, que por esta razón es en verdad menor de la que declaran las estadísticas.

La mortalidad por 1.000 habitantes fué en España en 1912, 21,06 y á medida que transcurren los años sigue subiendo hasta alcanzar en el de 1917 á 26,14. Véase la progresión:

1912	1913	1914	1915	1916	1917
21,6	22,52	22,12	22,07	22,40	26,14

Todo lo contrario sucede, por desgracia, con la natalidad, que desciende en baja alarmante desde hace un decenio. Véase el descenso en los años que van de 1912 al 17:

1912	1913	1914	1915	1916	1917
31,60	30,40	30	29,90	33,8	29,02

Hay que señalar con piedra blanca el año de 1916 en que los nacimientos elevados á la proporción de 33,8 por 1.000 habitantes, recuerda á la España proli-



fica que descubrió, conquistó y pobló el continente americano.

Mas para desvanecer la ilusión que pudiéramos forjar en ese notable aumento de natalidad del año 16, viene la brusca alarmante baja que sufren los nacimientos en la capital del reino en 1918; en el avance estadístico dado por el Ayuntamiento, la natalidad relativa de la población de Madrid en el año pasado, *baja á 26,70* y, en cambio, la proporción de defunciones *asciende á 30,37*. Por los estragos de la epidemia gripal se explica el exceso de mortalidad. ¿Mas á qué otras epidemias social y moral atribuir la baja de los nacimientos? Son muy complejas las causas que limitan la natalidad, como que influyen en ella las situaciones políticas, el trabajo, la riqueza, la economía, la ética, la religiosidad y la piedad. Largo sería para un artículo y aun no alcanzara poco volumen el libro que á tan árduo problema se dedicara. No es esta la ocasión, mas aprovecharé otras para tratar por extenso asunto que tanto interesa al porvenir de nuestra patria.

Si cabe consuelo en igualarse en la desgracia, podemos consolarnos los vecinos de la villa y corte, que los males que sufre su población también afectan á otras capitales, aun las de mejor ó excelente clima (Santa Cruz de Tenerife y Barcelona) ó de corto vecindario (Lérida). Aún es bastante más baja la natalidad relativa en la provincia y capital de Barcelona que en la provincia y urbe de Madrid.

Así, por ejemplo, en el decenio de 1908 á 1917, la mortalidad en Barcelona que alcanzaba en el primero de los años 22,2 por 100, desciende en los sucesivos, haciendo concebir la esperanza de mejora perdurable y sube en 1917 sobre los términos iniciales, á 23,8. Esto la provincia, que la capital comienza el decenio con 23,1 y lo concluye con 26,3: 2,1 por 1.000 más que Madrid en igual año de 1917.

Más pesimistas son las proporciones relativamente bajas de la natalidad en el mismo decenio. He tomado los datos de 9 provincias y he excluido de la comparación á Extremadura, Aragón y Navarra, pues un estudio más extenso está al alcance del que quierá y aquí agobiaria al lector. Harto siento tenerle que servir los dos cuadros adjuntos de mortalidad y natalidad de las provincias de Pontevedra, Sevilla, Madrid, Vizcaya, Valencia, Barcelona, Tarragona, Lérida y Canarias. La selección está hecha, no con criterio geográfico, ni con miras políticas, sino por destacarse las mencionadas provincias y sus capitales, por su extrema relativa natalidad ó mortalidad; así, por ejemplo, Sevilla se caracteriza por la fecundidad y el exceso de defunciones.

Creo por ahora haber cumplido mi propósito, dando una voz de alarma del peligro cierto que nos amenaza, la ruina definitiva de España por déficit de población. Su fomento, la longevidad hasta donde puede alcanzarlo el hombre contemporáneo, está en manos de la Higiene que ha podido reducir la mortalidad en países fríos y de climas tan ingrato como variable, á cifras que igualan las garantías que para su vida ofrece á nuestros isleños de Canarias y Baleares el ambiente paradisiaco que les rodea.

Defunciones por 1.000 habitantes en el decenio de 1908 á 1917 (a)

POR PROVINCIAS	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917
Sevilla. . . .	26,1	27,9	25,6	27,1	27	27,7	25,4	27,2	27	28,5
Madrid. . . .	22,7	28,4	23,7	23,3	23,9	24,7	25,5	24	23,5	23,4
Barcelona. . .	22,2	23,7	21,6	21,7	20,4	22,4	23,7	21,8	21,1	23,8
Pontevedra. .	21,1	20,8	20,7	21,5	18,4	20,2	20,1	19,5	18,8	20,4
Valencia. . .	21,8	20,8	21,1	20,6	19,1	19,3	19,8	19,4	18,5	20
Vizcaya. . . .	21,7	19,9	18,7	18,6	19,4	18,4	17,5	17,5	19,1	19,3
Lérida. . . .	20,9	22,3	20,4	20,9	19,8	22	19,8	20,5	20,2	19,5
Tarragona. .	18,7	20	18,2	20,4	17,5	17,9	19,7	18,6	17,3	18,7
Canarias. . .	18,6	16,1	20,1	16,3	15,1	16,5	14,5	15,7	14	13,7

POR CAPITALES	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917
Sevilla. . . .	29,8	32,5	31,2	34,6	32,7	34,4	31,4	32,9	35,1	34,6
Barcelona. . .	23,1	25,2	23,1	23,5	22,2	24,4	27,3	23,8	23,4	26,3
Madrid. . . .	22,9	30	24,3	23,4	24,5	25,3	26,2	24,6	24,4	24,2
Bilbao. . . .	25,1	24	21,3	21,3	23,4	21,9	21,5	22,7	23,4	24,2
Lérida. . . .	25,5	24,1	22,8	21,8	25,4	25,4	22,9	26	22,5	23,8
Valencia. . .	22,2	21,7	22,6	21,8	20,1	21,4	21,5	21,4	20,7	23,3
Pontevedra. .	22,5	23,6	23,9	20,5	21	21,6	21,9	24,6	22,5	24,3
Tarragona. .	20,4	20,1	20,3	22,3	18,9	19,8	23,2	22,1	21,8	22,6
Santa Cruz. .	14,6	12,2	17	12,2	10,7	10,9	12,1	8,7	8,4	9,8

Natalidad por 1.000 habitantes en el decenio de 1908 á 1917

POR PROVINCIAS	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917
Sevilla. . . .	33,8	34,4	35	35,6	34	33,2	33,9	33,7	32,3	33,5
Vizcaya. . . .	34,8	33,4	32,9	33,7	32,3	32,3	31,1	30,8	29,4	31,2
Pontevedra. .	32,7	32,2	31,9	35,5	29,8	27,7	27,3	29,4	29	28,2
Valencia. . .	32,6	30,1	30,9	36,6	29,4	27,8	27	26,6	25,2	24,9
Madrid. . . .	30,2	29,2	29,5	35	29,9	29,1	28,7	29,2	28,5	28,3
Lérida. . . .	27,5	26,8	27,5	32,6	27,1	26	26,5	26,8	34,7	24,6
Barcelona. . .	25,7	24,7	24,4	25,8	24,1	23,9	23,8	23,3	23,7	23,3
Canarias. . .	30,6	29,2	27,9	25,9	26,3	25,9	27	25,7	25,2	22,7
Tarragona. .	25,4	24,1	25,1	27	23,9	23,1	22,7	21,6	20,9	21

POR CAPITALES	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917
Pontevedra. .	36,5	37,4	35	34,7	33,5	31,3	33	34,3	33,2	34,1
Bilbao. . . .	35,5	33,1	22,9	32,2	31,4	31,5	30,2	30,1	28,7	30,6
Sevilla. . . .	31,5	31,9	30,5	30,8	30,1	30	30,3	30,7	29,4	30
Madrid. . . .	29	27,1	27,7	27,3	28	27,6	27,2	27,5	27,1	26,9
Valencia. . .	28,8	27	27,9	25,7	25,3	25,8	25,9	24,4	24,1	24
Barcelona. . .	24,4	22,8	23,2	23,3	23,3	23,4	23,2	23,2	23,8	23,7
Tarragona. .	22,5	22,3	22	29,9	22,8	23	23,5	21,7	22,6	20,3
Lérida. . . .	17,4	17,9	18,4	16,9	19,2	19,3	21,6	21	19,1	20,5
Santa Cruz. .	15,8	15,7	13,3	12,6	13,8	12,5	11,5	10,1	10,5	10

No es tan decisivo el influjo de la Sanidad pública sobre la natalidad, porque como antes apunté, influyen en ella causas políticas, económicas, éticas y fisiológicas. A estudiarlas me aplico, y por lo pronto advierto que es más baja la natalidad en las capitales que en las poblaciones pequeñas: en el pasado año de 1918 la natalidad relativa fué en las provincias de 29,02 por 1.000 y en las capitales de 26,01 por 1.000. Santa Cruz de Tenerife baja en 1917 á la proporción verdaderamente crítica de 10 por 1.000.

(a) Los datos están tomados y pueden comprobarse ó rectificarse en el *Anuario Estadístico de España*, tomo IV, 1917.

LA VARICELA Y LA VIRUELA BENIGNA

POR EL

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ

Médico jefe de la Inclusa, Cofegio de la Paz y Asilo San José.

Creo útil en el actual momento histórico, ya que desgraciadamente por nuestra incuria tenemos numerosos casos de viruela, hacer algunas consideraciones de carácter práctico sobre estas dos enfermedades que simultáneamente se presentan y de las que he tenido que tratar varios casos en el Asilo San José y nueva Inclusa, á mi cargo en esta corte.

Sabemos que la viruela es una fiebre eruptiva benigna de los niños, que se caracteriza por una erupción pápulo-vesiculosa de contenido transparente que en general no suele transformarse en verdaderas pústulas supurantes, que ataca la superficie de la piel y las mucosas (en los carrillos y la lengua he visto numerosas veces abundante erupción), que se suele umbilicar y secar muy pronto, pero que en no pocos casos la erupción es confluentísima, y como muchas de estas vesículas su contenido se hace más ó menos opalescente y se suele infectar por los microbios piógenos de la piel, adquiere el carácter de verdadera pústula y deja señales indelebles sobre la piel como ocurre con la viruela. Anatómicamente una pústula de varicela bien desarrollada se diferencia muy poco del de una pústula de viruela; tiene el mismo asiento en la epidermis, entre el cuerpo papilar y la capa córnea, igual construcción y estructura é idéntico contenido, en un principio claro y más tarde turbio; tampoco falta la umbilicación primitiva. Cuando se infecta por los piógenos de la piel, como hemos dicho, se produce la supuración y la formación de cicatrices indelebles (1).

Dice Heubner que un enfermo de varicela observado por él en la clínica de Berlín y que murió á causa de una enfermedad secundaria, el mismo Virchow consideró como verdadera viruela un trozo de piel que le fué enviado. Este dato de tan eminente histólogo y el de otros notables prácticos nos demuestran la dificultad anatómica que hay en muchísimos casos para diferenciar la lesión varicela de la viruela.

Por estas razones el clínico se encuentra en la práctica conque no tiene un signo patognomónico para poder diferenciar con exactitud estas enfermedades fácilmente confundibles en muchas ocasiones, y ahora que se observan, repito, estas dos pirexias con demasiada abundancia, con más motivo.

El día que el laboratorio descubra, aisle y cultive el germen productor de estas enfermedades y nos dé un procedimiento sencillo y práctico para poderlas diferenciar, se habrá dado un gran paso. En la duda habrá que tratar esos casos sospechosos de varicela como si fuesen formas benignas de viruela, teniendo siempre presente que las viruelas benignas ó varioloides pueden

al contagiar á otra persona transformarse en viruelas confluentes y mortales; por tanto, habrá que hacer riguroso aislamiento de los enfermos y proceder á la revacunación de todas las personas que tengan un contacto mayor ó menor con él. Revacunación que deberá repetirse si varias veces no prendiere y con vacunas de diferente procedencia, pues la linfa vacuna sabemos que es fácilmente alterable y pierde de actividad y se mitiga su acción, y esto en épocas epidémicas hay que tenerlo muy en cuenta para no verse sorprendido y para evitarse no pocos contratiempos.

Quince ó veinte niños de un año á dos años de edad, han padecido recientemente la varicela en el departamento de niños de destete de la Inclusa; niños todos ellos robustos y hermosos, unos estaban vacunados, y otros no lo estaban; y en todos ellos revistió la forma sencilla y ordinaria de esta fiebre eruptiva. Como tuvimos un caso de viruela en el Asilo, se revacunaron y vacunaron á todo el mundo, niños, nodrizas, enfermeros, etc. Como tengo por costumbre, se repitió la vacunación varias veces á las personas que no les había prendido y con linfa vacuna de diferentes procedencias (por si alguna de ellas estuviese alterada), y á todos los niños les prendió perfectamente la vacuna y entre éstos á todos los que habían padecido recientemente la varicela. Solamente una niña de siete meses que no había sido vacunada tuvo la varicela sencilla y benigna, como los restantes niños, y á los veintitantos días, cuando ya la dábamos por curada completamente, se la presentó, sin haberla notado fiebre ni trastorno alguno, otra vez una erupción confluentísima y generalizada de vesiculopústulas de varicela muy intensa y que nos puso en alarma de si sería un caso de viruela benigna ó varioloides; lo notable de este caso es que no presentaba fiebre y la niña estaba contenta y alegre; en unas regiones de su piel presentaba las vesículas más ó menos opalinas al lado de otras ya secas, teniendo no pocas perfectamente umbilicadas. Esta niña por precaución la tuvimos en aislamiento, pues repito, su diagnóstico diferencial entre la varicela y la viruela ó varioloides se hacía casi imposible. ¿Se trataba realmente de un caso de recaída de varicela? Recordemos lo que decía el gran clínico Trousseau: que la repetición de la viruela es un caso excepcionalísimo, y frecuente la repetición de la varicela.

El año 1888 (1) que escribimos un artículo sobre la varicela decíamos «que ésta es una enfermedad específica completamente diferente de la viruela y de la vacuna; el veneno productor de la viruela no ha determinado nunca ni podrá determinar la varicela, y recíprocamente; así es que la varicela se presenta lo mismo en los individuos vacunados que en los que han tenido la viruela, y muchos casos que se citan de repetición de viruelas, es posible que hayan sido casos de varicela padecidos en la infancia».

Sigo siendo dualista, es decir, creo que hay un germen específico para la varicela, y otro para la viruela,

(1) En el Tratado enciclopédico de Pediatría de M. Pfaundler y Schlossmann se publica una lámina de varicela varioliforme de un niño de dos años y medio que se obtuvo la curación con persistencia de unas 300 cicatrices, observación del Jenhartz Hamburg, 1897.

(1) "Archivo de Medicina y Cirugía de los niños."

y otro para la vacuna, virus filtrables, invisibles, y que no han podido cultivarse y el laboratorio no ha encontrado el medio de hacerlos patentes hasta ahora; probablemente serán de familia análoga, pues tienen en sus manifestaciones muchos puntos de contacto, pero todo esto es desconocido todavía y se ha demostrado que la viruela benigna inoculada produce siempre la viruela, muchas veces en forma maligna y mortal, pero *siempre viruela*, y no la varicela ni la vacuna y recíprocamente; que la varicela inocular no se produce; Trousseau ya dijo que no había podido conseguir que fuese inoculable. Los ensayos hechos recientemente para transmitir la enfermedad con el contenido de las vesículas de varicela a los organismos sanos y susceptibles han fallado hasta la fecha. Es enfermedad eminentemente contagiosa transmitiéndose por la vía aérea, desconociéndose la naturaleza del agente contagioso; lo único seguro es que basta una corta relación de un sano con un enfermo para que sea posible el contagio.

En resumen, que en estas dos enfermedades, varicela y viruela benigna, que se padecen actualmente hay muchos puntos oscuros que precisa que la ciencia aclare; cuando el laboratorio logre solucionar todas estas incógnitas se habrá hecho una gran obra, pues se resolverán muchas de las dudas que en la actualidad existen.

TRATAMIENTO DE LA BRONCONEUMONIA GRIPAL Y LA CATALISIS TERAPEUTICA ⁽¹⁾

POR EL

DR. LAUREANO CALVO CAMBON*

Titular de Comillas.

Comenzaba a bosquejarse por los primeros resultados el nuevo tratamiento de la neumonía, cuando hacia su aparición en esta zona la epidemia gripal; y hube de luchar con ella durante tres meses, siempre en período álgido por haberse presentado por etapas en los diferentes lugares de esta comarca; la invasión fué violenta.

Para dar claridad en la exposición de los múltiples y variados cuadros clínicos, recogidos de entre los graves, he de dividirlos en series, agrupando en cada una aquellos que son similares y dan más carácter a la serie. Todos van acompañados de sus gráficas respectivas con los datos necesarios para formar juicio sin llegar a detalles, pues no es posible recogerlos en medio del trabajo abrumador de una epidemia. Las anotaciones de pulso y respiración en las gráficas están apreciadas al medio minuto, para no recargar de cifras el trazado.

Serie A.

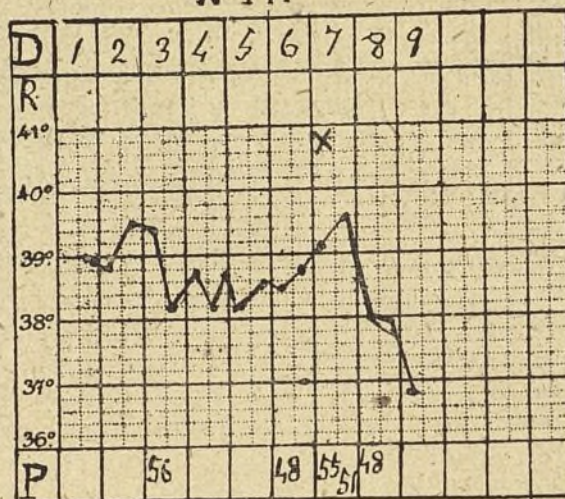
En esta serie presento tres neumonías que se aproximan bastante a las bronconeumonías típicas.

Núm. 1 A. Doy la preferencia a la gráfica de una

(1) Véase el número anterior.

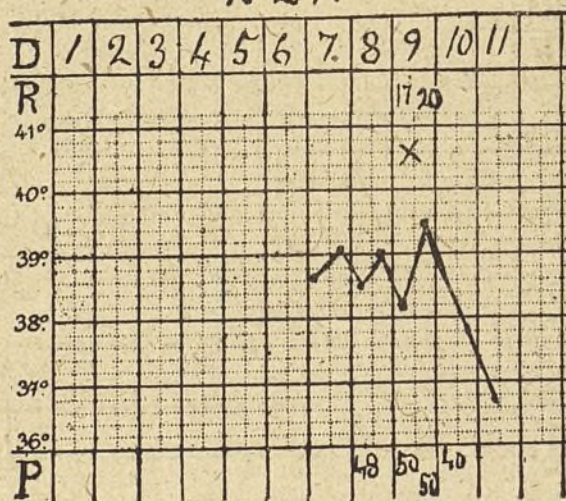
hija mía, joven de diez y ocho años y buena naturaleza. Bronconeumonía del lado izquierdo con signos locales de poca extensión. La fiebre evolucionó con oscilaciones.

Nº 1 A



Día 7.º: temperatura 39º; un poco agitada; dice que se encuentra mal: inyección a las diez de la mañana; asciende la fiebre 5 décimas por la tarde para descender por crisis a la normal en veinticuatro horas.

Nº 2 A



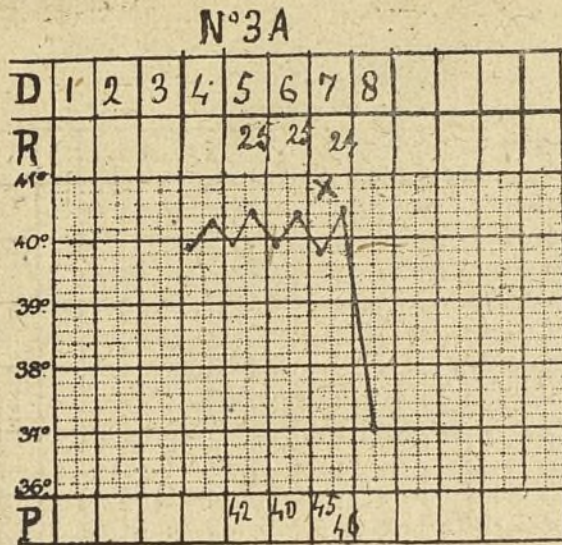
Núm. 2 A. Joven de diez y seis años, tipo linfático, con antecedentes fímicos en la familia. Bronconeumonía con signos locales acentuados; temperatura durante el proceso oscila en 39º.

Día 9.º: el enfermo está muy inquieto; no ha dormido en los días anteriores; inyección; por la noche asciende la temperatura 5 décimas para terminar por crisis al día siguiente. Es de notar en este caso y en el anterior que, aun cuando ascendió la temperatura, los enfermos han dormido largos ratos.

Núm. 3 A. Joven de veintiocho años, marinero, bien constituido. La temperatura oscila sobre los 40º. Los días 5.º y 6.º delirio y agitación constante.

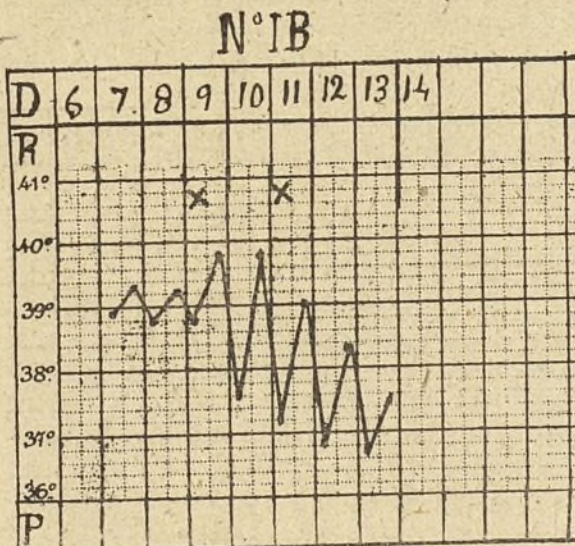
Día 7.º inyección: no hubo ascenso por la noche y

terminó en descenso rápido en menos de veinticuatro horas.



Serie B.

Expongo en esta serie una gráfica en la que la fiebre desciende por oscilaciones acentuadas, como sucede en la fiebre tifoidea tratada, como he indicado, por un gramo de fermento metálico.



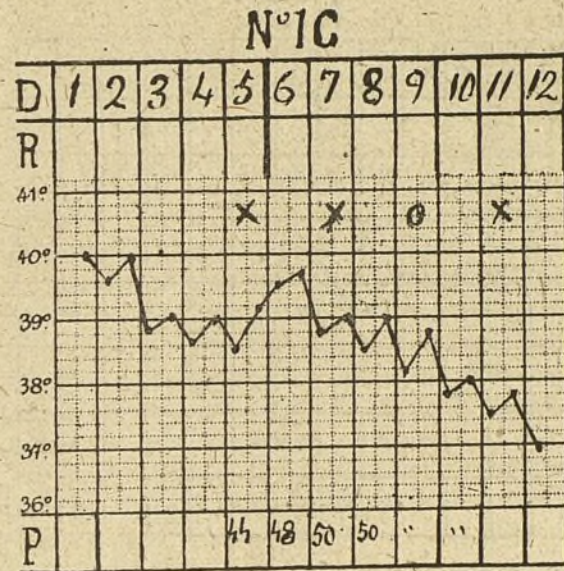
Núm. 1 B. Joven de diez y ocho años, linfático y mal constituido; recaída de su primer ataque gripal que duró cinco días con bronquitis y congestión pulmonar intensa. Inyección días 9.º y 11.

Serie C.

Esta serie es muy instructiva porque nos da a conocer la reacción del catalizador dentro del período de las defensas; y como a proporción que intervenimos próximos al momento en que el organismo ha establecido sus defensas contra la invasión, la catalisis puede ser en este período perjudicial y aun funesta.

Núm. 1 C. Joven marinero, de veintitrés años, bien constituido. La entrada de la bronconeumonía fué brusca y con disnea intensa sin guardar relación con las lesiones pulmonares, pues eran poco extensas.

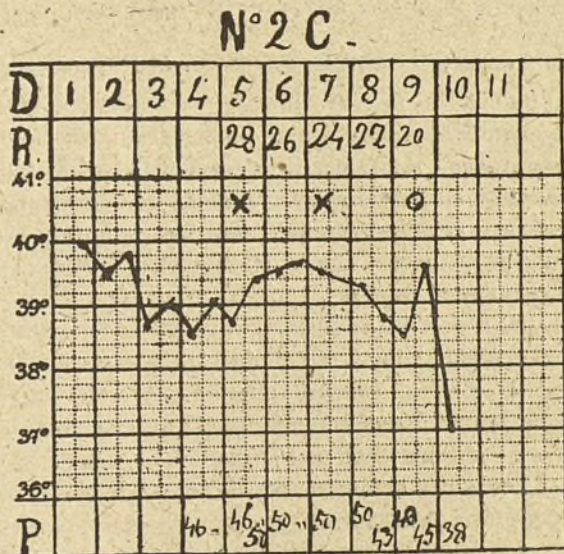
A las cuarenta y ocho horas la intensidad de la disnea había disminuido y el proceso siguió una marcha franca. La fiebre oscilaba en 39º.



La inyección del 5.º día hizo subir la fiebre por la noche y ascendió más el día 6.º.

La inyección del día 7.º determinó el descenso de la fiebre para terminar por lisis.

Si en este caso hubiera esperado que se estableciera el período de asfixia celular, la terminación hubiera sido sin reacciones y más rápida; no he estado certero, pero el enfermo se salvó.



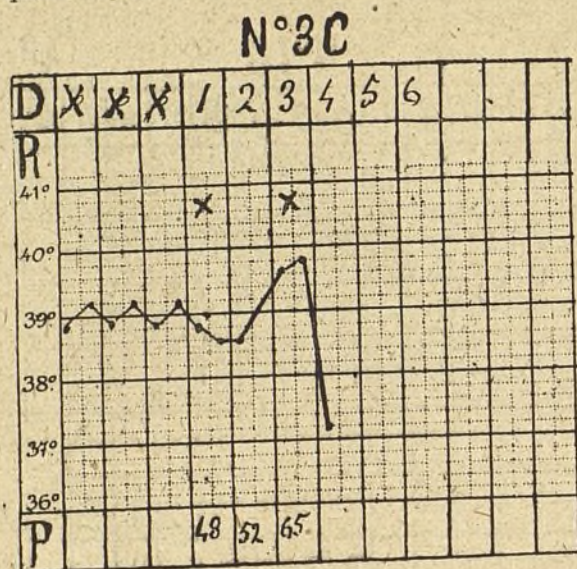
Núm. 2 C. Un jornalero de unos cuarenta años, bien constituido. Bronconeumonía del lado derecho, congestión y bronquitis en el izquierdo. La fiebre oscila en 39º.

Día 5.º, primera inyección: aseíende la temperatura por la noche; el pulso y la respiración no mejoran.

Día 7.º, segunda inyección: desciende la fiebre y ganan el pulso y la respiración.

Día 9.º sin inyección: se presentó por la noche reacción febril para terminar por crisis el proceso. Es muy singular esta reacción, pues sin causa apreciable se pre-

sentan algunos casos de una manera alarmante, como el que se relata en la serie D, núm. 1.



Núm. 3 C. Con frecuencia en esta epidemia ha precedido a las neumonías una bronquitis gripal con fiebre alta, que duraba unos tres días, y pasados otros dos sin fiebre, hacía después su aparición la neumonía; en otros casos persistía la fiebre de la bronquitis durante unos días y sin remitir seguía a ésta la neumonía. De aquí que, en casos de esta naturaleza, era difícil a veces, y otras imposible por el excesivo trabajo, precisar el día en que había comenzado la pulmonía, y por tanteos probables se señalaba el tiempo apropiado para la inyección.

De manera que, cuando nuestra operación coincidía con el período de fases de defensa, los resultados eran análogos a los de los dos casos anteriores; y con reacciones más acentuadas, si nuestra intervención tenía lugar en pleno apogeo de las defensas orgánicas. El caso presente pone de relieve los grandes trastornos que se desarrollan por la inyección fuera de su época precisa, en pleno período de defensas.

Un joven de veinte años, de naturaleza fuerte. Bronquitis con fiebre alta, y sin remitir se desarrolla una neumonía bilateral. Desconociéndose el día en que se había presentado la neumonía, previo un cálculo probable se fijó el momento de la inyección.

Día 1.º de inyección: descenso por la noche para ascender al día siguiente.

Día 3.º de inyección: el estado del enfermo pronosticado por otros compañeros era fatal. Pulso 130; reflejos acentuadísimos. Se aplicó la inyección y resolvió el proceso por una crisis sorprendente; alta a los pocos días. Dos enfermos que he tenido en consulta nos encontramos con el mismo defecto que en el caso anterior para elegir el momento apropiado de la inyección; intervenimos en el período álgido de las defensas, y las reacciones que se desarrollaron fueron más intensas que en los casos anteriores y seguidas de defunción.

El guía por excelencia que nos dice si la acción del catalizador fué ventajosa ó perjudicial es el corazón; mucho vale la gráfica de la temperatura, pero es mayor

en unión de ésta la del número de pulsaciones; es la aguja indicadora del manómetro del corazón que pone de manifiesto, valorando nuestra operación, si hemos intervenido en el período de defensa ó de asfixia de la célula. Cuando la inyección cae dentro del período de la asfixia, el número de pulsaciones, si no disminuye, permanece en el mismo y el corazón late más desenvuelto y entonado aun cuando la fiebre alcance algunas décimas más. Así lo demuestran todas las gráficas de las demás series.

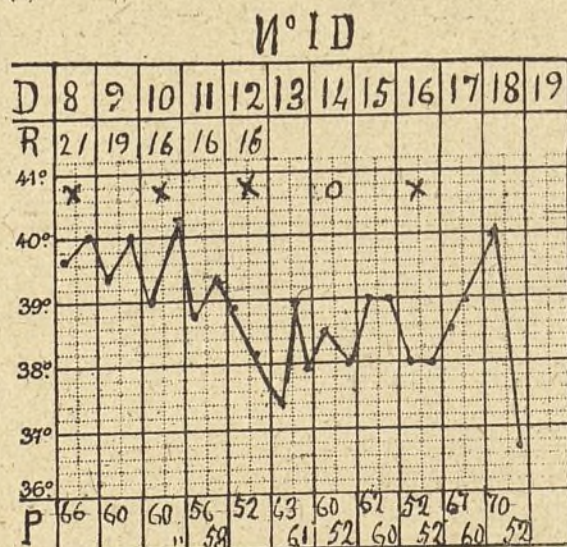
Si tiene lugar nuestra intervención dentro del período de las defensas, aun cuando la temperatura descienda, suba, ó sea igual, el pulso es siempre más frecuente y pequeño; y la gravedad es mayor cuanto más intensas sean las defensas creadas.

La demostración puede verse en las gráficas de esta serie.

Es posible que algunos compañeros, habiendo hecho uso en su práctica de los fermentos metálicos y sueros, encuentren en estos hechos la explicación de las reacciones febriles y fenómenos de hipotensión observados en su clínica.

Serie D.

Los casos de esta serie verdaderamente son la expresión genuina de la septicemia de esta epidemia gripal; hay en todos ellos un intenso envenenamiento; por lo general evoluciona la bronconeumonía con fiebre moderada los primeros días, a la que sigue apirexia con la más intensa adinamia, y la inteligencia va gradualmente perdiéndose hasta su abolición completa (1).



Núm. 1 D. Es una joven de quince años y buena naturaleza. Bronconeumonía bilateral; era el día octavo del padecimiento cuando intervine.

Día 8.º: el estado de la enferma era por la tarde como arrojan los datos: temperatura 40°, pulsaciones 66, respiraciones 20 y reflejos tendinosos sumamente exaltados; con dificultad se contaban las pulsaciones;

(1) Llamo otra vez la atención de que el número de pulsaciones y respiraciones están anotados en todas las gráficas al medio minuto.

el sensorio abolido por completo, parece una masa inerte. Primera inyección de bichloruro á las seis de la tarde; á las diez de la noche dos gramos de aceite alcanforado al 1 por 100; reacciona un poco la enferma.

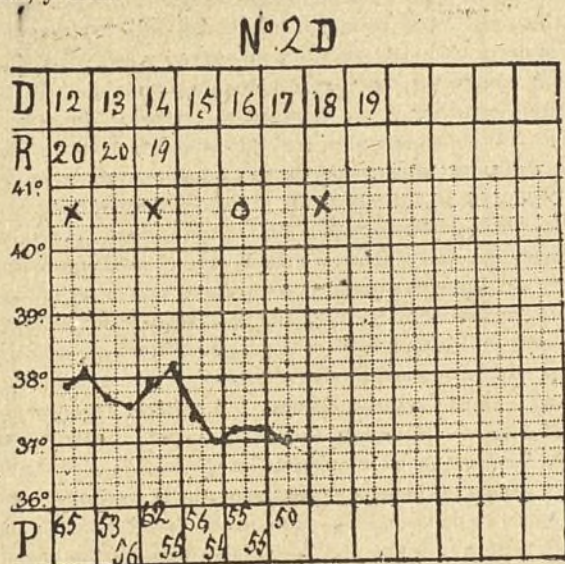
Día 9.º: disminuido el número de las pulsaciones y respiraciones.

Día 10: segunda inyección: disminuidos los reflejos; sigue el estado tifoideo.

Día 11: gran descenso de temperatura; recobra un poco el conocimiento y todo mejora.

Día 12: tercera inyección: sigue ganando la enferma hasta el día 15, en que vuelve la temperatura y el pulso á tomar incremento.

Día 16: cuarta inyección: la fiebre descende para llegar al día 18 á los 40° y terminar por crisis en doce horas, y alta.



NÚM. 2 D. Una joven bien constituida, de naturaleza fuerte y de treinta y cinco años de edad. Bronconeumonía bilateral, muy invadidos los pulmones, desahuciada por otros compañeros; la reconocí el día 12 de su padecimiento. Temperatura moderada, pulso pequeño y frecuente con tres intermitencias en medio minuto; número de pulsaciones 65, respiraciones 20 y el sensorio entorpecido. Las mejillas y labios muestran un calor rojo obscuro con matices azulados.

Día 12: primera inyección á la una de la tarde; en el día siguiente por la mañana disminuidas las pulsaciones.

Día 14: segunda inyección: menos pulsaciones, más desenvuelto y menos intermitencias, que desaparecen por completo al día siguiente. Sigue mejorando en los demás días y se aplica la tercera inyección en el día 18 y alta á los pocos días.

SIN GRAFICA

NÚM. 3 D. Joven de unos treinta años, robusto y bien desarrollado; era el día 9.º de bronconeumonía bilateral cuando le reconocí; la inteligencia torpe; desplaciente en contestar é indiferente á lo que le rodea, completamente apirético; pulso duro y pequeño, con varias intermitencias y 33 pulsaciones; respiraciones

20 y algún acceso disneico por la noche. Primera inyección.

Día 10: menos respiraciones; pulso 33, más desenvuelto y sin intermitencias.

Día 11: segunda inyección: va recobrando la inteligencia sin recordar nada de los días anteriores; desaparecen los accesos disneicos; otra inyección el día 15, y alta.

SIN GRAFICA

NÚM. 4 D. Una joven de unos veintidós años, buena naturaleza. La reconocí el séptimo día. Bronconeumonía unilateral poco intensa; fiebre 8 décimas, abolida la inteligencia, pronunciaba algunas palabras incoherentes, parecía una masa inerte; flexión de los dedos de las manos. Pulso pequeño y en número de 60; respiraciones 14. Primera inyección á las cuatro de la tarde.

Día 8.º: pulso 55, sin temperatura.

Día 9.º: segunda inyección; recobra un poco la inteligencia, puede hacer presa con los dedos; se desenvuelve el pulso.

El día 13 tercera inyección, y alta.

La relación de algunos casos más de esta índole la considero inútil porque todos están calcados en el mismo tipo y de todos ellos se deduce la intensidad de la septicemia al atacar los centros de inervación del corazón, de la respiración y todo el sistema nervioso; y como el corazón es el primero en responder á la acción catalizante del bichloruro de mercurio. Otro fenómeno muy digno de notar es la facilidad con que se deshacen y desaparecen las lesiones localizadas en los pulmones.

El caso núm. 2 de esta serie nos dice lo mucho que vale la acción del agente catalizador; mas tiene su límite como lo demuestra el caso siguiente:

Una señora de unos veinticinco años, bien constituida. La reconocí el día 14.º de su padecimiento. Neumonía bilateral; temperatura 40°, pulso pequeño y blando; 130 pulsaciones por minuto, respiración 60, algo cianóticos los dedos de las manos y los labios; abolida la inteligencia por completo, el desenlace era de esperar en corto plazo, y en estas condiciones intervine sin resultado, pues falleció á las doce horas.

Así que se ha de intervenir al comenzar la asfixia de la célula, pues cuanto más se demore el hacerlo hay riesgo de llegar tarde.

Mis observaciones en la última etapa de la gripe.

Al llegar al término de este trabajo hubiera podido invertir el orden de exposición y formar una síntesis de todo lo recogido; mas he preferido seguir el orden cronológico de los hechos, para presentar de esta manera cómo se fueron encauzando las ideas y conclusiones hasta llegar gradualmente á otras observaciones más singulares.

El lector habrá fácilmente notado lo deficiente que resulta fijar el periodo del quinto ó sexto día para actuar con el agente catalizador, pues hay casos en que sucumbe el enfermo mucho antes; en otros el periodo de asfixia aparece en tiempo más lejano ó no se presenta. Era necesario, pues, un signo clínico revelador del momento oportuno para nuestra intervención.

De todos es conocida una cierta relación que hay entre el pulso y la fiebre, y cuando esta relación oscila dentro de ciertos límites es considerada en clínica como normal, y nos sirve de regla para formar un juicio favorable del proceso; mas si se rebasan estos límites, la relación es entonces signo de mucha gravedad. Libermeyer, tomando para su cálculo procesos febriles de diferente especie, fijó la razón de ocho pulsaciones por grado de temperatura; sería más aproximada esta relación si se valorara con los factores de una misma especie patológica; y aun dentro de una misma entidad morbosa, es diferente la razón en cada uno de los tres periodos en que consideramos dividido el ciclo evolutivo del proceso, invasión, defensa y asfixia.

Es evidente que el organismo desde el momento que es infectado, se defiende hasta llegar á su normalidad; mas en todo este desarrollo de reacciones, que pone en juego para descartarse de la infección, se traducen clinicamente en signos con los cuales se pueden precisar en armonía con las reacciones catalíticas, las variantes en los componentes y fases de cada periodo.

La característica de la división de estos signos clínicos que señalan los periodos del proceso, podemos determinarla valorando la relación en cada uno de ellos de los factores pulso, temperatura y respiración.

(Se concluirá.)

INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA OPERATORIA QUIRURGICA. (1)

POR EL

DR. D. JOSÉ GOYANES CAPDEVILA

Pero no basta que el operador tenga aptitud y se aplique á desarrollarla en la forma dicha; es necesario que reúna á la aptitud la vocación. Esta es, en realidad, la íntima satisfacción sentida al realizar los actos profesionales. No depende del juicio, sino del sentimiento, y hablando en lenguaje figurado, del corazón. El que se mortifica al ejecutar su trabajo, el que no halla goce espiritual al realizarlo, no tiene vocación y debe desertar del campo que cultiva de precario.

Otra cosa distinta es determinar previamente si una persona tendrá vocación para una esfera determinada de la actividad, y en nuestro caso para la profesión operatoria. Es indudable que hay una vocación general médica y otra especial para cada uno de sus aspectos y actividades. Son muy pocos los jóvenes que, habiendo dado los primeros pasos en sus estudios médicos los hayan abandonado alegando falta de vocación, y esto no sucede porque no existan tales casos, sino más bien se prosigue el camino por verdadera inercia... ya no se puede volver atrás; los años transcurridos, los dispendios hechos, el avance de la vida, todo, en fin, obliga á la continuación. Ahora bien, dentro de la facultad médica las orientaciones son múltiples y varias, y así vemos á unos detenerse, apenas dados los primeros pasos, en los umbrales de la organización humana macro o microscópica, maravillados por la armónica fábrica del cuerpo humano; otros llegan al estudio de los problemas patológicos, pero no sintiendo verdadera vocación para el ejercicio completo profesional se quedan en el laboratorio, atraídos por la irresistible belleza de los problemas de la Biología; no les interesa el estu-

dio del enfermo como tal, sino el análisis y estudio de la enfermedad misma.

Dejemos, pues, que cada uno decida de su vocación parcial dentro de la amplia esfera de la medicina, pero que cada uno ocupe solamente aquel lugar que en verdad le corresponde; de lo contrario, la labor ejecutada, que es un fin en sí misma, se convertirá pronto en un medio de conseguir otros quizá alejados y diversos.

Pero la vocación también se hace ó debe hacerse; porque, ¿quién sabe de antemano cuál es su verdadera vocación? El deber de todo profesional está en crearse la máxima vocación hacia aquello á que se dedica.

Pero, se dirá: ¿qué satisfacción pueden dar los actos quirúrgicos al que los ejecuta, cuando son imponentes y hasta repulsivos para muchas personas, y así se les ha considerado, como muestra la historia, en muchos pueblos, que habían alcanzado ya un alto grado de cultura? Ver las miserias y lacerias humanas penetrando cruelmente por caminos sangrientos de nuestro organismo; luchar contra estos males aplicando el hierro y la violencia, no parece tener atractivo alguno y aun contradice los sentimientos de humanidad de toda persona sensible; y sin embargo, el operador de vocación siente íntimo placer al operar y lo siente por varios motivos: porque en el acto operatorio va á contemplar con mirada curiosa la lesión palpitante y viva, á comparar la imagen deducida de su exploración clínica con la realidad viviente y doliente, como el clínico internista en la sección ó autopsia, y eso que entonces no descubre más que la lesión deformada, cadavérica; porque, además, seguro de su técnica aparta escollos peligrosos y los domina, como el buen marino conduce la nave durante la tempestad ó el explorador de las altas cumbres salva abismos y glaciares, llegando al fin á dar acertado término á su arriesgado acto, puerto seguro ó cima serena de su empresa... es el triunfo quirúrgico, no tanto por su resonancia y por despertar y sostener el orgullo, pues no puede ser orgulloso el que lucha contra la naturaleza enferma, sino por la inefable satisfacción de salvar vidas humanas. Bien es verdad que á otros se les adelanta su desenlace, se precipita su fin, á pesar del destino, como decía Homero; pero entre adelantar una muerte casi segura y retrasar otra próxima y evitar el dolor, una balanza imparcial inclínase siempre á considerar esta última actuación como de mayor peso y eficacia.

Tiene razón Nieto Serrano cuando dice que el don de acertar lleva consigo, inseparablemente, el riesgo de errar; y así como el triunfo quirúrgico es grande y resonante y da fama, renombre y gloria al operador, las desgracias, sobre todo las imprevistas, pueden desacreditarle si su posición no es muy sólida y consecuencia de una larga y magistral labor. El cirujano no se acostumbra á dejarse arrebatar sus operados, y á medida que aumenta con los años hasta cierto punto el dominio y perfección en su técnica, las desgracias le impresionan más hondamente.

No tiene, pues, nada de extraño que haya habido operadores que ante una desgracia inesperada, sensible y resonante hayan abandonado, allá en el ocaso de su actividad profesional, el ejercicio de la operatoria.

Los desastres quirúrgicos, sobre todo los máximos, los *exitus letalis*, enseñan al cirujano de una parte á moderar su inmodestia y su orgullo ante la naturaleza, ya que no ante los hombres, y á llevar el análisis y estudio de los casos operables y de las lesiones al mayor grado de perfección, si no quiere ser sorprendido. Pero el ánimo del operador que ha obrado con cautela y prudencia, tanto en la reflexión como en la acción, ha de revestirse ante las desgracias de una fuerza y perseverancia indomables y de esa envoltura mo-

(1) Véase el número anterior.

ral del filósofo ó del héroe, que en todo caso, así en las adversidades de la diosa Fortuna como en los advenimientos memorables, juzga los hechos de la vida con aquella su pequeñez real; si se compara con la grandeza de los ideales universales, recordando aquella máxima de Giordano Bruno que dice: *in tristitia hilaris, in hilaritate tristis*.

**

La constitución psicológica del operador, tan relacionada con el predominio de algún sistema orgánico, merece también algún comentario, pues del temperamento y carácter depende, en no escasa proporción, la eficacia de la actividad operatoria. La extensión y profundidad en el conocimiento, en la sensación, en la determinación voluntaria y en la acción, marcan las distintas variedades del temperamento, mientras que la manera ó forma de estas distintas cualidades del espíritu dan origen al carácter.

La música, en cuanto arte de expresar los sonidos, puede servir para representar la vida psíquica total y en consecuencia describir el carácter y el temperamento. El objeto de la pieza musical, el tono elegido, la armonía, la melodía fundamental, en una palabra, toda la disposición rítmica del trozo corresponde al carácter en la vida psíquica, mientras que el tiempo ó movimiento, la marcha, el portamento, el piano y forte vienen á representar el temperamento (Krause).

En cuanto á la extensión y profundidad de aquellas cualidades, conocer, sentir, querer y ejecutar, hay temperamentos que pueden abarcarlo todo ó casi todo en las distintas esferas de la vida, y se dice que son universales, y por el contrario, hay otros que sólo de un modo parcial, y se dice que son particulares; hay quien tiene desarrollada la facultad de pensar y conocer, otros la de sentir, el sentimiento, y algunos la voluntad y la acción.

El operador necesita tener todas estas cualidades bien desarrolladas en extensión y profundidad. Debe comenzar por un estudio razonado y profundo del problema terapéutico que se presenta en cada caso, sentirlo con la mayor intimidad, determinarse á ejecutar el acto quirúrgico que cree apropiado y verificarlo con la mayor habilidad y destreza. Corresponden, por lo tanto, estas cualidades á otros tantos actos de la total labor en cada caso, y como en la práctica operatoria no se trata de generalizaciones ni abstracciones, sino siempre de un problema especial, determinado y distinto de todos los otros, en cada caso cada operador procede según su temperamento y carácter.

En unos operadores está más desarrollado el juicio, y llevan hasta el último análisis el conocimiento del paciente y de su lesión; otros juzgan más por sentimiento ó inspiración, á lo cual se suele llamar ojo clínico; hay operadores muy resueltos que toman pronto y enérgicamente su decisión operatoria, y por fin, algunos se distinguen por su habilidad y destreza en el momento de la operación. A los primeros se les suele llamar reflexivos, inspirados á los segundos, decididos ó resueltos á los otros y, por fin, hábiles á estos últimos.

Todos hemos conocido operadores de estos varios temperamentos y caracteres, que si en parte se traducen en sus libros, en sus escritos, sólo el conocimiento y trato directo de la persona nos permitirá determinar el sitio que á cada uno corresponde en esta división. De la manera especial de cada operador en todas y cada una de estas cualidades científico-artísticas resulta lo que puede llamarse el estilo propio y personal, que en ningún momento se destaca mejor que en el acto de la operación, que no es, como pudiera creerse, la ejecución material de una elaboración juiciosa

anterior, sino todo él y en cada momento un acto complejo de juicio, sentimiento, determinación y ejecución. De lo contrario no sería más que manipular automática, rígida é invariablemente, algo así como el traslado de la página del libro al cuerpo del enfermo, sin contar las variantes, modificaciones, reducciones y cambios que la movable realidad de la lesión y del operado, único y distinto de los demás operados, exige en el desarrollo de toda intervención operatoria.

Por eso en aquellas operaciones que se llaman impropia-mente no regladas, los operadores que no han alcanzado todavía la destreza, la maestría, hallanse con escollos á cada paso, quedan perplejos ante la imposibilidad de continuar el rumbo trazado de antemano, y en cambio los diestros echan de lado las dificultades, adaptando la técnica á la individualidad y disposición especial de cada momento.

Pero el carácter y temperamento son disposiciones no rígidas, sino formables y reformables, y en este sentido cada uno está obligado á corregir todos aquellos excesos, defectos y tonos desusados que seguramente perjudican la cualidad de la labor operatoria. Esto se consigue con el análisis y auto observación constante de dichos defectos, con la idea de que en todos existen, aun en los más perfectos, no con el engreimiento de considerarse á sí mismo como el mejor y de más valía y aceptando con agrado el crecimiento la observaciones y críticas que se dirijan á nuestra labor si se hacen con desinterés y sobre todo por personas capacitadas para ello.

Nada más desagradable que ver á algunos operadores apelar á las mayores violencias de palabra y de gesto contra el personal ayudante, irritados por la menor contrariedad. Esta falta de trabazón, de colaboración eficaz y armónica, depende del operador mismo, ya por valerse de ayudantes incapaces todavía de penetrarse de la labor y auxiliarla eficazmente, ya por olvido, omisión ó defecto de los complejos elementos que se necesitan para la práctica de las operaciones.

**

El ejercicio de la operatoria exige un temple de alma como pocas profesiones. El maestro San Martín, con su fina ironía, colocaba al cirujano, en este respecto, después del torero... serenidad, decisión, calma, dominio de sí, paciencia y sensibilidad... El que no es sereno no puede contemplar el imponente espectáculo que ofrecen las profundas entrañas expuestas; el que no es decidido no resuelve los conflictos instantáneos que á veces comprometen la vida de los operados; si no tiene calma y dominio de sí le dominarán los nervios; si no es sensible, se embota y cae en el ejercicio rutinario y artesano; y si, por fin, no tiene paciencia, la impaciencia le llevará á ejecutar torpemente su labor. A estas podían añadirse otras cualidades hasta completar un abecedario, que vendría á ser paralelo de aquel otro famoso que según la avispa doncella de la Camila del *Curioso Impertinente*, debía reunir todo buen enamorado.

A estas morales podían añadirse todavía otras físicas. Que el operador sea alto ó bajo, grueso ó delgado, rubio ó moreno, parece ser indiferente, pero no su resistencia corporal, y de aquí la conveniencia para él de cultivar algún ejercicio físico, algún juego ó *sport*, contrarrestando así la deprimente labor operatoria y la prolongada estancia en salas de hospital y en lugares saturados de vapores anestésicos y antisépticos.

Antes se exigía que todo médico y más aún todo cirujano fuese casado ó se casase... Yo no me atrevo á aconsejar en asunto tan delicado, pues si mal no recuerdo fué el bueno de Sócrates el que dijo cuando le preguntaron por qué no lo hacía: «Hágalo ó no; de un modo ó de otro, he de arrepentir-

me.» Y es que, con bastante gracia, alguien ha dicho que el matrimonio es á modo de una fortaleza sitiada, en la cual los que están dentro quieren á toda costa salir, y los que se hallan fuera pretenden entrar.

Pero dejémonos de bromas en asunto que tanto interesa á las dos mitades del género humano, y después de predicar con el ejemplo recordemos aquellas nobles é inspiradas páginas de nuestro gran maestro Cajal sobre la elección de compañera de la vida y del trabajo, madre de nuestros hijos.

Sobre la indumentaria del operador algunas palabras, no más. Puede ser elegante ó descuidado, indiferente ó atildado, ceremonioso ó sencillo; pero la higiene corporal es para él y para sus operados de inestimable valor. Un baño caliente, al estilo japonés, todas las mañanas es ó debe ser el preludio de la asepsia corporal del cirujano.

Se ha hablado bastante de la barba y algunos la tienen por antiquirúrgica en esta nuestra época post-listeriana; los que por veneración á las hermosas barbas de Esculapio y de Hipócrates no quieren desprenderse de esta manifestación del sexo y virilidad en medio de la cara, se la tapan con una molesta máscara durante las operaciones.

Entre los médicos y más aún entre los operadores, porque sus éxitos y sus fracasos son tan resonantes, se desliza con frecuencia la malhadada envidia, signo de inferioridad y origen de todo mal. Y así como la beneficencia tiene una forma positiva y otra negativa ó por omisión, así también la malidicencia se manifiesta de dos modos, directo el uno é indirecto el otro. El primero consiste en desacreditar lo bueno y ensalzar lo malo; el indirecto toma la forma pasiva de tácito y convenido silencio entre los del oficio, y el directo el de activa oposición, creando obstáculos, á veces insuperables, á que se muestren los talentos y los hechos preclaros de alguno. Es aquél el *silentium livoris* de Séneca; el otro recuerda la conocida fábula de Baltasar Gracián en El Discreto, cuando en la asamblea de los plumíferos excitados propone la picaza que se impida al pavo real «aquel odioso alarde de su cola, con lo cual se eclipsará de todo punto su belleza, pues lo que no se ve es como si no fuese».

(Se continuará.)

Cosas del siglo pasado.

LA MORAL MÉDICA

De un artículo publicado en el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* el día 7 de Marzo de 1852, bajo el título de «Moral médica», y del que es autor D. Natalio Medrano, reproducimos los siguientes párrafos, por considerar que lo que en ellos se dice sigue siendo de notoria actualidad, á pesar de los años transcurridos:

«Las personas de más posición, las que á sí mismas se llaman ó se hacen llamar *ilustradas*, abandonan á su médico sin motivo plausible, sin avisárselo, y muchas veces hasta sin satisfacerle sus honorarios; diariamente vemos muchos enfermos que consultan á distintos y multiplicados profesores, sin conocer que se exponen á las perplejidades que necesariamente deben resultar de la disidencia entre los diversos pareceres, y hasta suele suceder que se sigan dos tratamientos opuestos ordenados por diferentes facultativos.

La necesidad de sustraer la profesión á semejantes humillaciones y los intereses bien entendidos de los enfermos, han hecho que se admitan tácitamente ciertos convenios, ciertas reglas á las que debemos someternos todos los profesores, so pena de aparecer indignos de nuestro elevado ministerio. Por consiguiente, no sólo no debe ningún médico

decir cosa alguna que pueda producir la despedida de un compañero de una casa donde visite, sino que la probidad y su misma conciencia le ordenan oponerse con todas sus fuerzas á esos actos de injusticia é ingratitud que tanto y tan á menudo prodiga el vulgo contra nosotros, siendo además preciso que siempre y en todas circunstancias obre del mismo modo, aun cuando sólo sea por reciprocidad.

Cuando se vea absolutamente obligado á sustituir á otro compañero, deberá exigir que antes de despedirle se le paguen sus honorarios, y siempre será mejor que le avise para que ni aun pueda el despedido abrigar sospechas de una acción fea ó poco noble de parte de su comprofesor.

Nunca, ni en ningún caso, deberá aconsejar ni ordenar nada en casa de los enfermos, cuando éstos se hallen asistidos por otro ó otros facultativos más que él, mientras no se halle presente el profesor de cabecera; y si las circunstancias le impidieran avistarse con éste, jamás ordenará cosa alguna, sino con expresa condición de que se dará conocimiento de ello á su compañero. Hay, sin embargo, y es muy triste por cierto, pero también muy saludable decirlo, algunos profesores que, con el especioso pretexto de que ejercen una especialidad, se creen dispensados de toda consideración para el facultativo de cabecera. Error gravísimo, ó más bien usurpación tanto más vituperable, cuanto que se ejerce contra un compañero que nada sospecha.

Si el vulgo no puede comprender esto por lo imbuído que está por las preocupaciones respecto de las especialidades, los profesores todos, y en particular los titulados *especialistas*, deben honrarse con ser médicos, recordando al público que tiene necesidad de respetar á todos indistintamente como representantes que son de la ciencia. Por último, inútil será admitir que ningún profesor debe aceptar una consulta con otros compañeros, para dirigir por sí solo y clandestinamente el tratamiento.»

Sigue el autor haciendo consideraciones acerca de la moral médica, que son tan interesantes que pensamos reproducirlas en otro número, ya que hoy nos falta espacio para ello.

Periódicos médicos.

ENDOCRINOLÓGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Influencia de la función tiroidea sobre el crecimiento, por Antonio Lorente Sanz.**—En este trabajo premiado en el concurso de la Asociación Médico escolar de 1918, establece el autor las siguientes conclusiones:

1.^a La secreción tiroidea actúa sobre el crecimiento, verosímilmente de un modo directo, aun cuando la excitación que produce en otros factores endocrinos lo hacen aparecer indirecto.

2.^a Esta influencia se ejerce sobre el metabolismo de las sales osificantes.

3.^a El principio tiroideo regulador del crecimiento es un compuesto iodado especial.

4.^a Las alteraciones tiroideas llevan emparejadas transformaciones en las otras glándulas endocrinas, especialmente la hipófisis y los genitales, siendo verosímil que contribuyan todos simultáneamente á los trastornos del crecimiento.

5.^a El influjo que el clima ejerce sobre el crecimiento es dependiente de las modificaciones tiroideas introducidas por aquél.

6.^a Todas las enfermedades que alteran el crecimiento han producido un trastorno en las funciones tiroideas.—(*Aragón Médico*, Zaragoza, Febrero, 1919.)

BIOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Cambios metabólicos inducidos por la administración de las bases de guanidina.**—En el *Journal of Biological Chemist*, de Baltimore (Diciembre 1918), Watanabe dice que la administración de guanidina determina en el cuerpo del animal un estado de acidosis grave, con retención de fosfatos y descenso de calcio en la sangre y una hipoglicemia. Estos fenómenos son también observados en la tetania paratireopriva. Además, los síntomas y todas las demás evidencias fisiológicas en la tetania por la guanidina son casi los mismos que en la tetania paratireopriva. Desde el descubrimiento de un aumento en las bases de guanidina en la tetania paratireopriva y en la tetania idiopática, Watanabe sugiere que acaso la causa fundamental de la tetania es el aumento en la formación del nitrógeno guanidínico producido por alteración en la función de las paratiroides.

2. **Efectos del timo sobre el crecimiento.**—En los *Archives of Int. Med.*, de Chicago (15 de Diciembre de 1918), Olkon logró una reducción de peso en los conejillos de Indias machos inyectando en el peritoneo glándula timo. Después de la inyección se verificaron algunas alteraciones, principalmente espasmos, disnea y convulsiones. El espasmo muscular que se verifica después de la inyección de timo, es más intenso y de larga duración que el que sigue a la inyección de músculo o de la disolución decinormal de cloruro sódico en el conejillo. Algunos animales murieron después de la inyección de una dosis grande de timo. El aspecto general de los animales en esta serie de inyectados con el timo era de sufrir grandes alteraciones metabólicas, emaciación, acompañada de sequedad, y sequedad de la piel.

3. **Las reacciones citológicas del líquido cefalorraquídeo en relación con su virulencia en el curso de la espiroquetosis útero-hemorragica.**—S. Costa y F. Troissier han deducido de investigaciones experimentales, que la virulencia del líquido cefalorraquídeo en la espiroquetosis, parece no estar en relación directa con la intensidad y calidad de la reacción citológica. Las observaciones han demostrado igualmente que no existe paralelismo entre la virulencia y la leucocitosis. (*Presse Medicale, Société de Biologie*)

PEDIATRÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La significación de la tuberculosis en la infancia y la niñez, por el Dr. Alfred F. Hess**—Resume el autor su notable trabajo en los siguientes términos:

«Las estadísticas de la mortalidad infantil que demuestran el por ciento de defunciones producidas por la tuberculosis comparado con el de otras enfermedades nos dan una verdadera concepción de la importancia de la tuberculosis durante este período de la vida. A fin de llegar a un conocimiento mejor de este problema, debemos preparar cifras anuales demostrativas del número absoluto de defunciones y hallaremos entonces que la mortalidad tuberculosa en ningún año excede a la del primer año de la vida. Esta gran pérdida se debe, en parte, a la peculiar susceptibilidad de las criaturas, y también parcialmente, al hecho de que éstas reciben una cantidad excepcionalmente grande del agente infectivo. La dosis es grande, no solamente en un sentido absoluto, esto es, en el número de bacilos transmitidos por la madre u otra persona infectada, sino que también desde un punto de vista relativo, cuando consideramos el tamaño y peso comparativamente pequeño de la criatura. La infección bovina juega un papel de menor importancia, pero que no debe ser desatendido. En vista de la mortalidad, bastante considerable, que está probado ser originada por el bacilo del tipo vacuno, sería satisfactorio el que, de vez en cuando,

emprendiéramos cultivos de los bacilos que se hallan en las criaturas, a fin de obtener datos más completos que nos digan hasta qué punto está contaminada por los bacilos virulentos de Koch, la leche destinada a la nutrición de los niños.

En el período que sigue a la época de la infancia, hay una fase de calma en la mortalidad tuberculosa, en la cual, la mortalidad decrece de año en año, a pesar de que el número total de contagios aumenta constantemente como lo demuestra la reacción con la tuberculina. Estas infecciones son probablemente debidas a personas con infecciones latentes, a individuos que de vez en cuando esparcen los bacilos de Koch. Un examen diario de los esputos de un grupo de estas personas, llevado a cabo en una forma muy cuidadosa durante un período de algunos meses, podría emprenderse, a fin de poner a prueba la validez de esta hipótesis.

Existe además una segunda fase activa en relación con la mortalidad de la tuberculosis, y va asociada, por lo común, con el tercer quinquenio de la vida. Si hacemos un estudio de la mortalidad, año tras año en vez de por quinquenios, hallaremos que este período empieza a los trece años de edad, y que no coincide en ambos sexos. En el sexo femenino comienza bastante bruscamente a la edad de doce años, mientras que en el masculino este incremento no se manifiesta hasta la edad de diez y seis años. Esta diferencia invariablemente ha sido encontrada en varias grandes ciudades y está probablemente regida por el comienzo de la pubertad. Esta uniforme periodicidad en el aumento de la mortalidad de la tuberculosis, influyendo ambos sexos en un definido período de la vida, nos inclina a creer que la enfermedad se debe a una «reinfección autogénica», la que proviene de un foco latente, más bien que de una infección reciente producida por un individuo tuberculoso.

Mucho y bueno podría cumplirse al combatir la tuberculosis, tanto en los niños como en los adolescentes, creando preventorios en el campo en conexión con las grandes ciudades. En vista de la incidencia de la mortalidad arriba descrita, parece ser conveniente el cambiar la costumbre actual referente a los niños mayores y limitar estas instituciones tan solo a la admisión de niñas entre las edades de los diez a los diez y seis años, y varones de los catorce a los diez y ocho. De este modo podrían tomarse medidas profilácticas dos años antes del principio del segundo período de una mortalidad alta. (*The Journal of the American Medical Association*. Edición española, Enero 15, 1919.)

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Estudio clínico y médico-legal de los traumatismos del hígado, por José Sánchez-Morate y Juan Leirado de la Cámara.**—Después de un acabado estudio de las diversas formas y consecuencias de las heridas del hígado deducen, de acuerdo con Belley (Hau Alexis), de Burdeos, que reunió 95 observaciones, las siguientes conclusiones:

1.^a Entre los síntomas más frecuentes de las heridas del hígado se encuentran: la anemia extrema del herido, la defensa muscular, casi siempre localizada al hipocondrio derecho y el dolor a la palpación de la región hepática. Los signos patognomónicos de heridas de hígado (derrame de bilis, ictericia, etc., señalados por Verneuil) faltan frecuentemente, sobre todo en las primeras horas.

2.^a Las heridas de hígado pueden ser muy difíciles de diagnosticar. Cuando surgen dudas sobre la penetración o no penetración de una herida torácica o abdominal, es necesario hacer una toracotomía o una laparotomía exploradora.

3.^a Para luchar eficazmente contra la hemorragia que se

produce á nivel de la herida del hígado, se emplea la sutura de puntos profundos separados ó de taponamiento con gasa ó la epiplooplastia.

4.^a Las complicaciones más frecuentes son debidas á la infección que produce el arma, ya sea en el propio hígado (hepatitis), ya en el peritoneo (peritonitis), ya en la pared misma.

5.^a La mortalidad, muy elevada cuando no se opera (64 por 100), baja á 16,6 por 100 (Terrier y Auvray), y esto gracias á la intervención quirúrgica, cuya utilidad hoy está plenamente demostrada. (*Higia*, Madrid, Enero 1919.)

2. **Sobre el tratamiento de los tumores vesicales con motivo de algunos casos clínicos, por el Dr. Isidro Sánchez Covisa.**—Estudia el autor con gran conocimiento de causa el tratamiento de los tumores vesicales según su clase y deduce las siguientes conclusiones:

1.^a Que en la actualidad, según la mayoría de los urólogos, los papilomas vesicales deben tratarse por la electrocoagulación, con preferencia á cualquiera otra intervención cruenta.

Esta afirmación contrasta con la reducida bibliografía española acerca de este asunto, pues yo no conozco más trabajos en que se consigne alguna labor personal sobre este medio terapéutico que la comunicación hecha por el Dr. Miraved al II Congreso de la Asociación Española de Urología, y evidencia la poca atención que entre nosotros se ha concedido á la electro-coagulación sancionada ya por la experiencia y la aceptación de casi todos los especialistas extranjeros.

2.^a Hasta la fecha, el único tratamiento racional de los tumores malignos de la vejiga es la extirpación amplia y precoz por la cistectomía parcial ó total, que permiten hacer resecciones extensas incindiendo en tejido sano. Esto no es nada más que la aplicación á los tumores de la vejiga del criterio quirúrgico general que informa el tratamiento de los tumores malignos de otros órganos como el estómago, matriz, etc.

3.^a Aunque un tratamiento quirúrgico paliativo es casi ineficaz y aun puede acortar la supervivencia de los operados, en muchos casos tendrá una indicación formal para hacerles siquiera tolerable la vida á estos desgraciados enfermos. (*Revista Clínica de los Hospitales*, Madrid.)

3. **Colecistendicis, colecistostomía y colecistectomía, por el Dr. E. Ribas y Ribas.**—Estudia el autor en su interesante trabajo la anatomía patológica de la vejiga biliar calculosa como base de indicaciones y de elección del método operatorio, y sintetiza su estudio en los siguientes hechos:

1.^o Que más de la mitad de los casos de calculosis biliar no presentan el típico cólico biliar, y que para el diagnóstico debe atenderse al síndrome, á veces vago, indefinido, pero siempre de punto de partida subhepático. No debe esperarse nunca la ictericia para diagnosticar. Que no siendo el cálculo como cuerpo extraño lo que interesa, sino sus consecuencias, lesiones de la vejiga, precisa el diagnóstico anatomopatológico de cada caso, al que llegaremos estudiando las piezas patológicas y relacionando sus lesiones con los síntomas presentados.

2.^o Que no interesa tanto al cirujano la expulsión del cálculo como la conducta del enfermo, que responderá por sus sufrimientos á las lesiones más ó menos intensas que el cálculo hubiese producido; no obstante, de la forma del cálculo pueden deducirse datos de pronóstico; un cálculo redondo y de colessterina, es un cálculo aséptico y que pocas lesiones habrá dejado; en cambio, un cálculo mixto y afectado significa infección y la existencia de otros cálculos.

3.^o Que los progresos de la anatomía patológica han en-

señado la existencia de los divertículos de Luska en las paredes de la vejiga, á los que se propaga la infección y en los que por su estructura igual á la de la vejiga y por la éstasis que puede existir se forman, como en aquélla, cálculos. Estas, cálculos é infección de los divertículos exigen no sólo la extracción del cálculo de la cavidad vesical, y su drenaje, sino la extirpación de la vejiga para su curación radical y para evitar la reaparición de cálculos é infección.

4.^o Que todas las lesiones de la vejiga biliar calculosa se sintetizan en formas flogísticas agudísimas, agudas y crónicas, que las primeras pueden ser formas gangrenosas, perforantes, supuradas, y todas ellas pueden poner la vida en peligro, siendo preciso una indicación vital que sólo cumplirá la intervención quirúrgica. Que las colecistitis crónicas pueden ser toleradas por el organismo mientras la permeabilidad del cístico exista, pero si las lesiones son intensas y se acompañan de pericolecistitis, aun existiendo aquélla, pueden exigir por los continuos sufrimientos una intervención. No se olvide que las continuas reagudizaciones de toda colecistitis crónica, aparte de los sufrimientos, son una continua amenaza que exigen la operación.

5.^o Las lesiones calculosas de la vejiga biliar pueden originar múltiples complicaciones por vía hepática, absceso subfrénico, vía canicular, cístico colédoco, pancreatitis (ya hemos dicho que no estudiamos en este trabajo las angiocolitis y colangitis); por continuidad de tejido: flemón biliar, perforaciones intestinales. El absceso subfrénico, flemón biliar, peritonitis subhepática supurada, exigen el drenaje de las colecciones; las pancreatitis, el desagüe del colédoco y extirpación de la vejiga. La fístula vésicointestinal, si el estado general no mejora rápidamente, debe intervenir.

6.^o De los conocimientos actuales de la anatomía patológica, se desprende que debe rechazarse la colecistendicis y la colecistostomía. La operación de preferencia de elección debe ser la colecistectomía, que será curativa de la calculosis. Sólo debemos admitir la colecistostomía como operación de necesidad cuando la gravedad del caso exija una intervención rápida. También debemos conservar la vejiga en los casos de cáncer del páncreas ó de pancreatitis atrófica, para poder establecer una anastomosis.—(*Revista Española de Medicina y Cirugía*, Barcelona, Enero, 1919.)

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Origen de los llamados síntomas de autointoxicación.**—Walter C. Alvarez, de San Francisco, en el *Jour American Med. Assoc.*, 4 de Enero de 1919, dice que comunmente se diagnostica autointoxicación cuando un examen físico podría descubrir otras causas definidas de los síntomas que el enfermo presenta. Los que creen que el éstasis intestinal es causante de una larga lista de enfermedades tienen pocas pruebas en que afirmar sus conclusiones. Muchas de las suposiciones en que se fundan, se ha demostrado son erróneas. Los síntomas corrientes de los estreñidos desaparecen con tanta rapidez después de que ha tenido lugar un movimiento intestinal, que no pueden atribuirse á toxinas absorbidas. Deben ser producidos aquellos síntomas por la distensión é irritación del colon. Se presentan en personas nerviosas y sensibles. Se ha visto que varias actividades del tramo digestivo pueden afectar profundamente el sensorio y los nervios vasomotores. La antigua idea de venenos insidiosos que conducen á la formación de hipocondríacos ha sido sustituida por las nuevas que contribuyen á que se curen algunos.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

La Cruz Roja de la Paz.—El caos político. — D. Julio Burell.

Muchos fines abnegados y de depuración moral son los que propone la próxima Conferencia de la Paz. Muestras inequívocas de puridad de sentimientos y de iniciativas son los propósitos declarados por el presidente Wilson en todos sus discursos; pero quizás la labor de más eficaz y transcendental resultado sea la que de consuno elementos que no representan estatualmente a los países que han de tomar parte en la Liga de Naciones, se proponen realizar mirando al porvenir de las generaciones quebrantadas y a la fortaleza de las sucesivas.

Las Sociedades de la Cruz Roja de Francia, Inglaterra, Italia, Estados Unidos y Japón se han constituido en Comité para proponer a las Sociedades análogas de todo el universo un programa unificado a seguir por todas ellas en interés de la salud pública universal. El fin acordado en esta reunión, es el de que inmediata a la concertación de la paz, se celebre una Asamblea de todas las Asociaciones que tienen por emblema la Cruz Roja en todo el mundo y tomen el acuerdo de designar a los especialistas más eminentes de cada país para formular un programa de tratamiento preventivo y curativo que tienda a la evitación o remedio de las lacras patológicas que padece la Humanidad. En tanto este momento llega, se establecerá en Cannes (Francia) un Centro de Estudios sobre Higiene y enfermedades infecciosas, a cuya labor podrán contribuir todas las instituciones de carácter científico y todo individuo que pueda aportar datos de valor e interés para la consecución del fin humanitario que esta entidad, que por los elementos que la pretenden crear ya tiene un carácter internacional muy amplio, se propone...

Mirando al desarrollo interior de la vida de nuestra Patria y del Estado que la representa, y a los propósitos tan públicamente divulgados de limitar fines tan transcendentales para la vida de uno y otra, al desenvolvimiento que una región o un municipio pueda darles con miras sólo al interés confinado por el territorio y el momento, no podemos por menos de condolernos porque no se haya podido anticipar un país neutral a la iniciativa que en el mayor desconcierto y cuando problemas de la

índole económica que se han de suscitar en el momento de la Paz debieran sustraer toda su atención, han tomado cinco Naciones, quizás las más importantes de las que intervendrán como vencedoras en la formación de la Liga de las Naciones.

Un acontecimiento inesperado, la clausura del estéril Parlamento, del que nada se obtenía y del que poco se esperaba, hace que nos encontremos en el momento de cerrar nuestro número, completamente despistados para poder hablar a nuestros habituales amigos de lo que constantemente nos interesa. Bástenos decir que en manos de la Comisión de Presupuestos queda en el de Gobernación una considerable partida (cerca de 17.000.000 de pesetas) destinada a construcción de hospitales de epidemias, institutos y laboratorios de higiene, remuneración de inspectores regionales, etc., etc. Está visto que los hados políticos y gubernamentales no son nunca propicios a las cuestiones de Sanidad. Basta que se presente en las Cortes un proyecto de ley que a ella haga referencia, para que el Gobierno que la presentó caiga en la misma semana; basta que se presente un presupuesto con mejoras, hasta ahora inverosímiles, para el planteamiento de sus servicios, para que se suspenda, disuelva o desmenuce el Parlamento que había de aprobarlo. ¿Estará escrito? ¿Será este funesto presagio signo del porvenir definitivo del país? Confíemos en la Providencia y en la raza, ya que no podamos confiar en los políticos ni en los Gobiernos.

Nuestros lectores conocen ya la noticia de la muerte del renombrado político y periodista D. Julio Burell. Aunque no es costumbre en nuestro periódico el hacer mención, ni en expresar sentimientos respecto a los hombres públicos fallecidos, había en el Sr. Burell una circunstancia que justifica que respecto a él interrumpamos nuestra costumbre, sopena de pecar de desagradecidos e injustos, pecado que no por muy extendido en los tiempos que corremos, ha de encontrar asilo en nuestros corazones, siquiera le sintamos a diario dirigido contra nosotros.

El Sr. Burell, a los muy pocos días, pocos más de una semana de desempeñar la cartera de Gobernación, tuvo conocimiento del deseo de los señores Cortezo y Pandó y Valle respecto a la insti-

tución de un Colegio para huérfanos de médicos, y escuchó de labios de ambos señores las razones de humanidad, de justicia y de conveniencia en que fundaban su deseo. En la misma entrevista les encargó la redacción del proyecto, y á los dos días, el 15 de Mayo de 1917, ponía á la firma de S. M. el Real decreto de creación del Colegio del Príncipe de Asturias, que desde entonces se está organizando, y que á pesar de las *caritativas dificultades* y de las *altruistas iniciativas* de ciertos elementos que se llaman médicos, marcha de prosperidad en prosperidad y se inaugurará en la próxima primavera. Veán, pues, nuestros lectores, cómo se encuentra justificado el que EL SIGLO MÉDICO exprese su sentimiento de dolor por la muerte de un político ilustre, que supo hacerse cargo de una necesidad sentida por una clase de ordinario olvidada y desatendida por los Poderes públicos y trató de remediarla con ánimo decidido.

Cualesquiera que sean las diferencias políticas que á algunos separan del Sr. Burell, tenemos la certeza de que todos los médicos españoles, dignos de llamarse españoles y médicos, participarán de nuestra pena y dedicarán un recuerdo á la memoria de su bienhechor.

DECIO CARLAN.

LA CRUZADA SANITARIA

POR

J. FRANCO RODRÍGUEZ

Si algún estímulo necesitáramos, quienes emprendimos la campaña en favor de los intereses de la Higiene pública en nuestro país, le tendríamos al leer referencias como las de un artículo de Corpus Barga, publicado en las columnas de *El Sol*. Según tal artículo se organiza una *gran cruzada contra los enemigos físicos del hombre* para lo cual se aprovecharán en la paz las actividades adquiridas durante la guerra por la *Cruz Roja*.

«Tal idea, dice el articulista, que como toda gran idea social no ha nacido de pronto en el cerebro de los hombres, tiene ahora como propulsor la Cruz Roja americana, que ha alcanzado una autoridad universal durante la guerra. Henry P. Davison, en una reunión monstruo convocada por él en París para exponer sus proyectos (los Gobiernos de las naciones representadas en la Conferencia de la Paz estaban presentes), ha podido decir:

«El día del armisticio, nuestra organización era cuatro veces más numerosa que el Ejército americano, porque ocho millones de personas trabajaban para la Cruz Roja, en Estados Unidos. Más de 47 millones de americanos han contribuido con suscripciones á la misma obra.»

La obra proyectada será realmente admirable. A ella han de contribuir sociedades de los Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Italia y Japón los cinco Esta-

dos del Consejo de los Diez, en la conferencia de la Paz y en el Consejo ejecutivo de la liga de las Naciones.

Treinta días después de firmada la paz—transcribo las propias palabras del redactor de *El Sol*—habrá en Ginebra una reunión, á la que serán convocadas las organizaciones de la Cruz Roja del mundo entero. Mientras tanto, en Cannes (Francia) se establecerá un Centro de Estudios sobre los siguientes problemas: *Higiene y Salud pública, Puericultura, Cuidado á los enfermos, Tuberculosis, Enfermedades venéreas, Malaria y otras enfermedades infecciosas*, etc.

El funcionamiento será éste: Para cada enfermedad se reunirán los más eminentes especialistas del mundo, y formularán un programa de tratamiento preventivo y curativo. El propósito es llegar á constituir un organismo internacional que recoja constantemente los datos y las investigaciones que en tales materias se reúnan y realicen en cualquier parte, para, por todas, difundirlas, y conocer también las particularidades de cada aplicación en cada medio.

Guardando las distancias, las que separan á grandes naciones con la nuestra; modestamente, como cumple á personas que procuran circunscribirse al cumplimiento de sus deberes y de sus devociones, los que constituimos la *acción sanitaria española*, hemos tenido propósito análogo al de Henry P. Davison el «americano juvenil con gafas de concha», según dice Corpus Barga, que en una reunión monstruo celebrada en París ha dicho: «La situación del mundo, hoy, es trágica, mucho más trágica de todo lo que puede imaginarse. La miseria universal es mayor que nunca. Me parece claramente que no hay hombres ni grupos de hombres capaces de establecer sobre el papel una paz durable enfrente de la miseria del universo».

Cuanto con desvíos ó censuras, los que por el silencio ó por la crítica, han aducido cargos contra los organizadores de los *mitines* de Sanidad, vean ahora como ante el alto ejemplo, han de reconocer además de las buenas intenciones que nos animan, la oportunidad de la empresa por nosotros planteada.

La Cruz Roja de cinco pueblos poderosos con el asenso de reconocidas capacidades médicas, se dispone á predicar por Europa, por América, por Asia, la necesidad de atender á la energía física humana; de fijarse en los graves problemas que atañen á la salud pública. Es de suponer que los españoles no seremos invitados á la *Cruzada científica*, pero por lo menos en esta ocasión los humildes se han anticipado á las resoluciones de los grandes.

Tenía que ser así. En primer término, porque España aunque no quiera oírlo—embotada, indiferente como está—sufre grave crisis fisiológica, á que la condujeron causas múltiples y de carácter crónico. Después, porque en los tiempos actuales no hay medio mejor para imponer ideas provechosas, que el de difundirlas. La tribuna, el periódico se han hecho para eso. Antaño acaso servirían á la vanidad, á la codicia, á las malas pasiones: hogaño son como el aparato circulatorio de los pueblos, que lleva desde los centros sabios á la periferia, los conocimientos útiles y recoge



de la red capilar, del vulgo, sus preocupaciones y errores para cambiarlos en pensamientos fecundos dentro del corazón de las naciones, donde actúan los hombres capaces por sus virtudes y su ciencia; de ser guía y ejemplo de los ciudadanos.

Las grandes nacionalidades dispuestas a dirigir los destinos del mundo, piensan antes que nada, en la vida física y en su defensa. La miseria que arruina a los organismos; la infección que los acecha para matarlos son las grandes preocupaciones de la hora de la paz. Hay que desecharla para el espíritu y para el cuerpo. Es necesario vivir una vida normal, sin la barbarie humana que enciende las luchas de unos países contra otros y sin los brutales egoísmos o las increíbles ignorancias que causan las bajas sin tiros, de las enfermedades evitables.

¿No andan por ahí algunos que preguntaban por el significado de la campaña sanitaria? Pues, en términos reducidos, en círculo pequeño, con medios insignificantes, lo que Davison ha hecho en París; lo que harán los sociedades de la Cruz Roja de Francia, Italia, los Estados Unidos, Inglaterra y el Japón; eso significa producir en el mundo una sublevación de instintos de conservación y de sentimientos generosos; los primeros para defenderse, los segundos para restablecer la fraternidad que brillará escrita en palabras, pero que nadie la advierte, poderosa, en las acciones. La vida quiere guarecerse en la paz, cansada, exhausta por los extremos sangrientos de la guerra, pero la paz se le ofrece con las angustias del hambre y los riesgos contra la salud. El hombre desea la paz, pero no la aterradora de la muerte, sino aquella en que prosperan todas las grandezas y encantos que son bienestar en lo físico y ventura en lo espiritual.

Eso vamos pidiendo unos cuantos hombres por distintos pueblos de España, con la esperanza de ser atendidos y secundados. Posiblemente si hubiéramos tenido la fortuna de que se iniciara en el extranjero la cruzada de que habla Davison, nuestros insignificantes trabajos parecerían bien a quienes nunca se encargan traje intelectual, sin conocer los figurines de París o de Londres. Nosotros, imitando al gran poeta, pudimos decir que bebíamos en vaso chico, pero el vaso era propio; y al fin hoy nos anima el poderoso movimiento que surge para favorecer los intereses de la vida física.

Seguiremos nuestra labor, por supuesto dirigiéndonos a quienes emprenden la grande, la mundial, para decirles: Aquí en España media docena de hombres, convencidos de que es necesario defender la salud pública contra los estragos de la escasez, los desastres de la ignorancia, los abandonos de los Poderes públicos, saludan a los millares de agentes poderosos de una civilización oscurecida en 1914, pero que amanece ahora para devolver a la tierra el calor perdido en la hecatombe.

Colegio del Principe de Asturias para huérfanos de médicos

La última sesión celebrada hace pocos días por la Junta de Patronato de esta benéfica Institución, fué muy intere-

sante. Dió en ella cuenta el presidente Dr. Cortezo de encontrarse de Real orden el Reglamento redactado por la Junta con arreglo a las disposiciones del Real decreto orgánico y se acordó su impresión inmediata para ser profusamente repartido por medio de los Colegios provinciales de Médicos. En un mismo folleto se comprenderá el Real decreto de creación, los artículos referentes a este Colegio de los Estatutos de los Colegios Médicos, y por último, el Reglamento a que hacemos referencia, en el cual se amplien las disposiciones sobre regularización del ingreso y el régimen interior de la Institución.

El Dr. Isla, decano del Cuerpo Médico de la Beneficencia provincial y tesorero de la Junta, envió, por impedirle asistir el presidir las oposiciones que en dicho Cuerpo se están efectuando, el estado de los ingresos en caja, de los cuales se nos proporcionan las siguientes satisfactorias cifras:

La cantidad ingresada en metálico hasta la fecha por el solo concepto de expendición de sellós, se eleva a la cifra de 134.881,40 pesetas.

Los débitos pendientes de cobro por sellos pedidos, suman 39.141,20 pesetas.

El orden en que han contribuido las provincias es:

Bilbao.....	12.500	Segovia.....	2.910
Málaga.....	8.336	Tarragona.....	2.900
Badajoz.....	8.291	Almería.....	2.625
Madrid.....	7.500	Cádiz.....	2.550
Cáceres.....	7.475	León.....	2.500
Lugo.....	7.250	Córdoba.....	2.400
Barcelona.....	6.206	Guadalajara....	2.050
Jaén.....	5.600	Zamora.....	2.025
Oviedo.....	5.500	Vitoria.....	2.010
Orense.....	5.300	Lérida.....	1.979,60
Santander.....	4.900	Salamanca.....	1.800
Burgos.....	4.750	Logroño.....	1.600
Sevilla.....	4.750	Pamplona.....	1.600
Albacete.....	4.630	Castellón.....	1.300
Granada.....	4.525	Soria.....	1.268
Ciudad Real....	4.500	Ávila.....	1.150
Baleares.....	4.500	Huesca.....	1.150
Alicante.....	4.400	Canarias.....	1.000
Palencia.....	4.400	Huelva.....	1.000
Valladolid.....	4.000	Valencia.....	1.000
Cuenca.....	3.752	Gerona.....	700
Murcia.....	3.350	Zaragoza.....	650
Toledo.....	3.215	Coruña.....	Nada.
Pontevedra.....	3.125	Teruel.....	Nada.
San Sebastián....	3.100		

La Junta acordó ir proponiendo como miembros honorarios a los presidentes de los Colegios que en mayor cantidad han contribuido a esta obra común, a todos los médicos españoles, empezando por los de los tres Colegios de Bilbao, Málaga y Badajoz.

También se dió cuenta del donativo de 1.000 pesetas ofrecido por el secretario perpetuo de la Real Academia Nacional de Medicina D. Manuel Iglesias, en memoria de su malogrado hijo.

Se autorizó en vista del estado de fondos, a la adquisición de las mesas de los comedores, del resto de los colchones y ropas de cama, del ajuar de cocina, etc., etc.

Se autorizó a los señores Cortezo y Pando y Valle para la propuesta definitiva de los huérfanos que han de ser admitidos, con arreglo a la documentación informada por los Colegios de Médicos, y como resultara muy superior el número de las instancias al de las 100 camas que caben en el local habilitado, se estimó que debiera darse preferencia entre las diferentes clases marcadas en el Real decreto a los niños comprendidos entre las edades de cinco a diez años y a las niñas de cuatro a once, prefiriendo, según está mandado, a los huérfanos de padre y madre. Con estas condiciones automáticamente fijadas y sin preferencia de ningún género,

resultarán ocupadas las plazas con que se inaugurará el Colegio en fecha próxima.

Los nombres de los niños admitidos, con los de sus padres y los lugares de su procedencia, se publicarán cuando sean definitivamente aprobados en la próxima Junta.

Como se ve, á pesar de todo y gracias al perseverante celo de la Junta y á la colaboración intensa de los Colegios provinciales, el Colegio de Huérfanos es ya un hecho y los médicos españoles pueden estar satisfechos de ser todos y cada uno de ellos los que le sostienen y amparan.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 8 DE FEBRERO DE 1919

Fractura consolidada por injerto óseo.

El Dr. BRAVO expone el caso clínico de fractura por un accidente de automóvil. Se trata de un joven de veinte años, ingeniero de minas, bien constituido y fuerte. Sufrió la fractura del húmero por la unión del tercio inferior con el tercio medio; fué tratado por los procedimientos clásicos de la inmovilidad; á los dos meses la fractura estaba sin consolidar; el brazo impotente; su forma anatómica desdibujada. Hecha la radiografía se observó que los fragmentos estaban acabalgados; sospechóse que se había realizado una interposición muscular que impidió la consolidación de la fractura, por lo que el Dr. Bravo consideró necesario intervenir quirúrgicamente; conocidos los varios procedimientos de osteosíntesis se decidió por el de una clavija de hueso vivo, de hueso del propio enfermo, es decir, por un injerto homólogo, que es una de las principales condiciones que han de reunir estos injertos para que puedan vivir y producir sus efectos.

Procedióse á practicar la operación en Julio de 1917, y de la tibia del enfermo se sacó con el martillo y escoplo (se desconocía el motor de Albee) una clavija de seis á ocho centímetros de longitud por uno de espesor. Puestos al descubierto los fragmentos óseos, se refrescaron las superficies de fractura para evitar el alisamiento que se produce por la osteitis rarefaciente; se sacaron unas rodajas de cada fragmento, se introdujo uno de los extremos de la clavija en el fragmento superior y otro en el inferior dentro del conducto medular. De este modo quedó perfectamente unido el hueso é inmovilizados los dos fragmentos; se hizo una primera sutura de tejidos (medio musculares, medio periósticos) y otra sutura superficial en la piel. La herida cicatrizó después de un proceso de regeneración muy lento y la fractura quedó consolidada. El Dr. Bravo enseña una radiografía hecha al mes de la operación, y otra á los dos meses, pudiendo verse en ésta la sombra del tejido óseo natural y no la difuminada del tejido óseo degenerado, consiguiéndose lo que se deseaba: la unión de ambos fragmentos.

En la operación, dice el Dr. Bravo, tuvo que desprender el nervio radial ya degenerado y adherido al fragmento inferior, y al seccionarlo inmediatamente remedió el percalce, haciendo una sutura de los dos cabos del nervio, que si bien al principio notóse insensibilidad, caída de la mano y parálisis, pronto recobró el enfermo su estado normal, y por lo tanto, útil para dedicarse á sus habituales ocupaciones.

El Dr. Bravo muestra otras radiografías de otros enfermos operados por el mismo procedimiento y se extiende en consideraciones al empleado por Albee con su motor, que no lo considera de mejores resultados, pues la elección de-

pende según los casos. Promete presentar en otra sesión un motor ingeniado por el jefe de su sala, Dr. Rodríguez Mata.

El Dr. GOYANES, al felicitar al Dr. Bravo por el éxito de su intervención en el caso clínico expuesto, dice que desde que comenzó sus estudios de cirugía, consideró que eran malos todos los procedimientos de síntesis; el clásico de los tallos de marfil empleados por Dieffenbach que hoy se sustituye por el injerto óseo. Este, no sólo desempeña el efecto mecánico de mantener en contacto los fragmentos óseos, sino que ejerce una acción importante sobre el proceso de la reparación, quedando el hueso regenerado. Esto ocurre por el estímulo que el injerto produce en la formación del callo, pues el hueso es un arquetipo de construcción perfecta producido por el impulso germinal y por el estímulo funcional y hace que los injertos óseos al cabo de algún tiempo regeneren el hueso de tal manera, que llegan á adquirir una arquitectura absolutamente igual á la que tenían anteriormente, ya que el acto operatorio le ha colocado en condiciones de reconstrucción fisiológica. Así llegará á restituirse el canal medular, cuando se haya unido la superficie ósea en virtud del proceso formativo del callo.

El Dr. Goyanes añade que no siempre prende el injerto, y muchas veces se reabsorbe antes de que la consolidación del hueso tenga lugar, lo que obliga á repetir más de una vez el injerto hasta obtener lo que se desea. Cita un caso del Hospital provincial en que tuvo que repetir por tercera vez el injerto; recuerda otros de fractura de la diáfisis de los huesos largos, aprovechando el peroné, que es uno de los huesos que sirven al cirujano para reemplazar todas las pérdidas óseas, por la función poco importante que desempeña; y añade que estos huesos largos conservan su vitalidad á condición de que lleven una envoltura perióstica, porque de no llevarla, casi es seguro su reabsorción por tratarse de un tejido óseo caduco, cuyos elementos celulares están medio mortecinos y no pueden dar lugar á fenómenos de hiperplasia, que son siempre consecuencia de la regeneración perióstica. Por esto, el peroné para ser transplantado tiene la ventaja de que va cubierto enteramente de periostio, y los hechos clínicos demuestran que este periostio es capaz, no sólo de persistir viviendo, sino de regenerar el hueso, dándole la morfología y condiciones adecuadas á las necesidades funcionales. Estos casos clínicos se adaptan á la ley fundamental de Wolff que dice: «Todos los cambios en la función de un hueso van acompañados de alteraciones definitivas en su estructura.»

Recuerda la práctica operatoria del Dr. San Martín, que fué el iniciador en España de las amputaciones osteoplásticas.

Antes de terminar el Dr. Goyanes se hace cargo de la regeneración nerviosa á que se ha referido el Dr. Bravo en que tardó seis meses, hecho que confirma la neurotización del cabo periférico, cuyo proceso maravilloso consiste en que la regeneración motora afecta á lo motor y á cada uno de los músculos respectivos, y la regeneración sensitiva, á lo sensitivo, y también á cada una de las sensaciones; hay aquí algo quimotáxico, algo que hace que la regresión del cabo periférico se realice de una manera al parecer intiligente.

El Dr. DECREF cita el caso de un soldado francés, de cuya radiografía quedó maravillado. El procedimiento se reduce á hacer en uno de los fragmentos una sección de la forma de un rectángulo largo y estrecho que se continúa exactamente igual en el otro; se separa este último y con el del primero se corre hacia el hueco que dejó el primero como si fuera la tapa en una caja de fichas de dominó, como entra un cerrojo, así entra el fragmento desprendido de uno

de ellos en el hueso exactamente justo que dejó el otro, y une así los dos fragmentos.

Pregunta al Dr. Bravo qué procedimiento intentó antes de realizar el enclavijamiento para ver si conseguía la consolidación del callo.

El Dr. GRINDA aprovecha el momento para tributar en sesión pública un recuerdo afectuoso al Dr. Cortejarena, que ha desaparecido del mundo, y que de vivir hubiera intervenido en el debate hablando de Sánchez Toca, Argumosa y de Creus, de quien recordara aquellas maravillosas lecciones sobre las resecciones subperiósticas que eran en aquella época un adelanto tan notable y digno de elogio, como este de que acaban de hablar los señores Bravo y Goyanes.

El Dr. RODRÍGUEZ ABAYTUA al intervenir en el debate se fija sólo en el aspecto fisiológico y su indicación se reduce sencillamente á que para que se obtengan resultados verdaderamente plausibles y eficaces en la cuestión de los injertos óseos, éstos han de proceder de fragmentos pertenecientes al propio individuo que ha sufrido la lesión que se trata de remediar, lo cual es una nueva demostración de lo que las corrientes contemporáneas de la fisiología vienen proclamando hace algunos años, y es, que en todos los organismos vivos, su parte fundamental y verdaderamente activa la constituyen los albuminoideos que entran en su composición. Estos albuminoideos no son absolutamente iguales, no ya en toda la especie animal, sino ni siquiera en sujetos distintos de una misma familia, y así resulta que dentro del proceso digestivo, aunque nosotros ingerimos las albúminas que de una manera más directa se aproxima á la composición química de las nuestras, sin embargo, el proceso digestivo las disgrega en todos los elementos que las componen, para luego, combinarlas en una agrupación idéntica en número y en distribución molecular á la que es individual al organismo que las ha digerido. Por lo que el caso expresado por el Dr. Bravo viene á demostrar de una manera palmaria la necesidad absoluta en que el cirujano se halla de no contrariar una de las leyes fundamentales del organismo mismo, pues cuando tratan de establecer comunicaciones anormales entre órganos que en la naturaleza las tienen dispuestas de otra manera, su resultado suele ser inseguro y en muchas ocasiones falso.

El Dr. SIMONENA habla acerca de los procesos de osteogénesis y dice que los cirujanos han de tener en cuenta no sólo el aspecto mecánico, sino el biológico; de cómo se realiza el metabolismo de la cal, y cómo está la sangre de adrenalina, que si ven que falta, hay que suministrarla en la seguridad de que con esto abreviarán la curación.

El Dr. MOLLÁ cree que con haber colocado bien los fragmentos el individuo se hubiera curado, y por lo que se refiere al tiempo en que una fractura no se consolida en dos meses, no supone una pseudoartrosis, pues puede tratarse solamente de una consolidación retardada. Cita un caso de esta índole en que consolidó la fractura á los cinco meses. Define qué debe entenderse por injertos y qué por enclavijamiento; y que en el presente caso se trata de esto último.

El Dr. BRAVO rectifica diciendo al Sr. Mollá que en el caso clínico relatado, se comprobó una interposición muscular que impedía la consolidación, la cual en estas condiciones nunca se hubiera realizado.

Contestando al Sr. Simonena respecto al metabolismo de las sales de cal, cree que el injerto óseo tiene además alguna acción metabólica para conseguir la regeneración del hueso; que como consecuencia de la acción irritante del elemento

allí colocado empezaron á producirse prolongaciones que sirvieron para iniciarse la regeneración y consolidación deseada. ¿Qué pasa aquí para que así no ocurra? Indudablemente algún proceso general; quizás esa falta de adrenalina á que se refiere el Sr. Simonena.

El Dr. SIMONENA contesta que desde luego no se puede, negar la acción irritante de un cuerpo extraño, que al fin y al cabo, cuerpo extraño es, aunque sea muy parecido al cuerpo donde se introduce la clavija ósea. Es positiva esa acción irritante local; pero cabe además, que es una causa por decirlo así, de osteogénesis pequeña de deficiencia de fijación de la cal, y en estos casos, que se pueden determinar y diagnosticar fácilmente, examinando la tensión sanguínea, es posible que según se manifieste, haya que dar ó no la adrenalina. Es un recurso que la Medicina brinda á los cirujanos.

El Dr. DECRET rectifica brevemente haciendo resaltar la importancia de la observación hecha por el Sr. Simonena; que el enfermo á que se ha referido tuvo ocasión de verle en San Sebastián el verano último y no era operado por el método de Albee, aunque el fundamento sea el mismo, y termina insistiendo en la importancia que tiene el empleo de los medios físicos después de esta intervención quirúrgica, porque abrevian mucho la curación y la perfeccionan, no dejando en la función ningún vestigio.

Dr. CESALDO.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 18 DE FEBRERO DE 1919.

Después de leída el acta, que fué aprobada, la señorita Soriano hizo una moción á la Sociedad con motivo de la pasada huelga de carruajes, diciendo que después de ella, siguen siendo tan malos los coches como antes; dice que no se respeta el reglamento de Policía urbana, en el que se ordena que los coches públicos no sirvan para conducir á los hospitales enfermos afectos de enfermedades contagiosas y que sería conveniente recordárselo á la autoridad gubernativa, siendo contestada con aplauso del señor presidente de la sociedad, afirmando con oportunos ejemplos la necesidad de llevar á efecto el establecimiento de coches destinados á este objeto.

El Sr. Lasbennes intervino en la discusión de esta moción, diciendo que la intención de la señorita Soriano es de una imperiosa necesidad, pero que el Ayuntamiento siempre es una rémora para su realización, y cree que se podría desinfectar el carruaje en el hospital que tuviese una pequeña instalación para el objeto; siendo contestado por la comunicante. El señor presidente propone se le comunique al señor alcalde la idea propuesta.

En la orden del día hizo uso de la palabra el Sr. Mingo, diciendo que el tema de «Protección á la Infancia», para su modestia, cree que él debe considerar que es una ignominia pensar que la infancia parece está abandonada, y en efecto así es, citando casos que esto lo acreditan dentro de la capital; por lo cual propone á la Sociedad en general recoger á los niños abandonados para que no se den estos casos tan vergonzosos de que los niños puedan morir en las calles abandonados; que la Prensa y el Gobierno se interesen en apresar estas ideas; dice también que se procure extender la educación y la enseñanza de los menores, explicando lo que él entiende en cada uno de estos conceptos á fin de transformar á los

SIL=AL

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

niños para la futura vida que han de desempeñar más tarde como hombres, educación que debe ser tan física como psíquica moral del espíritu, y de esa manera se desarrolla en el individuo lo que se entiende por su carácter, consiguiéndose esta educación en la escuela Foebel ó jardines de la infancia.

El Sr. Juarros dice que deja los asuntos de poca importancia que han traído en el curso de la discusión y entiende que los más trascendentales del tema son de cuatro clases, que son: la *natalidad de los niños*, ó sea la cantidad de los mismos, para lo que hay que considerar digno de estudiar á la mujer, tanto en su embarazo como en su vida del hogar; dice que se debe averiguar la *paternidad*, é impedir el celibato imponiendo la herencia de los célibes; dice respecto á la *calidad de los niños*, lo cual entra en la sanidad de los cónyuges; se extiende sobre la iniciación sexual, habla del régimen de los establecimientos de maternidad; en la *conservación de los niños*; dice se debe procurar que la madre sea la que lacte á los niños haciéndolo en buenas condiciones; dice que los niños no deben hacer su vida en la calle, y sí en sitios adecuados en que no peligre su salud, en los juegos que los niños necesitan para su desarrollo; dice que se debe procurar la conservación de la raza por medio de su educación psíquica, sobre todo en el hogar, premiando á los padres que mejor eduquen á sus hijos, y se conozcan bien las aptitudes, para conseguir todo lo expuesto; cree el disertante debe continuar la propaganda social.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 14 DE DICIEMBRE DE 1918.

Un caso de distrofia marginal de la córnea.

Dr. Márquez.—En 1900 Terrien descubrió el primer caso de esta curiosa afección con el nombre de «distrofia marginal simétrica» en los *Archives d'Ophthalmologie*. La denominación de «simétrica» se ha visto después que no es exacta, pues son varios los casos, como el que yo ahora presento y el que yo describí con el nombre de «un caso de ectasia transparente periférica» con enorme astigmatismo (*Archivos de Oftalmología Hispano Americana*, Diciembre 1916). Así es que Terrien en su *Precis d'Ophthalmologie*, 2.^a edic., París, 1914, pág. 214, le describe simplemente con el nombre de «ectasia corneal periférica». Pero es que las investigaciones de otros, especialmente las de Fuchis, las de Secfelaer y las de Passera han demostrado que tampoco hay siempre «ectasia», sino que á veces es un «surco» lo que existe, motivo por el cual yo acepto para este caso mío la denominación de «distrofia ó degeneración marginal de la córnea». (El Dr. Márquez hace la presentación del caso). Este caso mío, como el de Passera (Contributo clínico al estudio della degenerazione marginal della cornea, Roma, 1911) es unilateral y se caracteriza esquemáticamente por la existencia en el ojo izquierdo de una especie de línea blanca que corre á cierta distancia del limbo á semejanza del arco senil (pero en un hombre de poco más de cuarenta años), y da la vuelta á casi toda la circunferencia. En la parte interna existe una formación pterigoide que se observa en bastantes casos de esta afección. La zona *transparente* entre dicha línea y el limbo está surcada por diminutos vasos en sentido radiado (que no existen en todos los casos). Tampoco hay ectasia, al menos marcada, como suele haberla y como ocurría en mi primer caso. Hay un astigmatismo grande, que al oftalmómetro de Javal se expresa por la fórmula $-60 + 150$, 12 á 13 dioptrías y algo irregular. La agudeza visual es menor de

$\frac{1}{10}$ á $2\frac{1}{2}$ metros, ó sea menor de $\frac{1}{20}$ á 5 metros, sin corrección. Con -6 cil. 60° y $+6$ cil. 150° se eleva á $V = \frac{1}{2}$ á $2\frac{1}{2}$ metros, ó sea $V = \frac{1}{4}$.

Recuérdese que el astigmatismo en el caso de Terrien era también de unas 12 dioptrías, que en mi primer caso era ¡de 21 dioptrías! (el mayor que yo he podido observar) y que en el de Passera era aún mayor, ¡de 24 dioptrías! (el mayor de que tengo noticia).

Me propongo modificar dicho astigmatismo como en el caso de Terrien por las cauterizaciones con el gálvano, pero en vez de proponerme tan solo como este último autor aplanar la ectasia (que en este caso no existe), intento corregir el astigmatismo, provocando otro en sentido opuesto por la retracción cicatricial. Así procuro en lo posible hacer cauterizaciones en los dos extremos del meridiano de 150° para producir en éste que es el de máxima refringencia una disminución de ésta por aplanamiento de la corvatura de la córnea. Veremos si los hechos corresponden á estas esperanzas que al menos son fundadamente racionales (1).

El Dr. Carreras felicita al Dr. Márquez por la presentación de este caso que es de gran enseñanza para todos.

Un caso de coloboma congénito de ambos párpados superiores.

El Dr. Márquez.—Hombre de cuarenta y tantos años, del cual presenta las fotografías antes y después de operado. El resultado estético es completo. La doble hendidura en forma de V con la base hacia el borde libre ha desaparecido y los ojos se encuentran protegidos. Se ha empleado una autoplastia que los extranjeros dicen de Auffenbach y que nosotros debemos llamar de Argumosa, toda vez que aunque el primero parece haberla ideado en 1834, el segundo lo hizo en 1832, es decir, *dos años antes*, y dió cuenta de ello en una sesión pública del Colegio de Medicina y Cirugía de San Carlos. (Será publicado *in extenso*.)

El Dr. Cuevas Pulido felicita al Dr. Márquez por el resultado obtenido y por la reivindicación en favor de Argumosa.

ANTONIO FAJARDO

Sociedad española de especialistas de enfermedades del pecho.

SESIÓN DEL 12 DE FEBRERO DE 1919

Abre la sesión el Dr. Verdes Montenegro, conce liendo la palabra al Dr. Alvaro Gracia.

Este presenta un enfermo de su clínica, afecto de un aneurisma de la aorta en su porción ascendente, y es reconocido por los señores académicos. A continuación hace historia del mismo y estudia el proceso del aneurisma aórtico. Señala sus causas, principalmente su etiología específica y la influencia de los traumatismos y trabajos corporales intensos. Manifiesta ser poco llamativa su sintomatología, sobre todo en las de localización en porción ascendente de aorta, la que les hace muy tolerantes. Admite una supervivencia prolongada cuando el diagnóstico y el tratamiento están bien dirigidos.

En terapéutica defiende el reposo y el régimen mitigado de alimentación como base. Concede poca importancia al tratamiento antisifilítico, por tratarse de manifestaciones

(1) Al corregir estas pruebas el efecto se ha logrado en parte y la agudeza visual sin corrección es de $V = \frac{1}{3}$ á $\frac{1}{2}$ difícil á $2\frac{1}{2}$ metros, ó sea en realidad $V = \frac{1}{6}$ á $\frac{1}{4}$ difícil. Sigue en tratamiento.

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, tras: LABORATORIO PESQUI Prim 25-San Sebastián

terciarias inveteradas, aunque es algo partidario de los yoduros.

Aboga por las inyecciones de suero gelatinizado, que le han proporcionado algunos éxitos de mejoría. Rechaza otros tratamientos empleados.

El Dr. Albasanz.—Considera frecuentes los aneurismas, aunque no los del tipo del presentado, y reconoce también la tolerancia de este proceso; si bien en algunos casos sorprende la muerte rápida desde el principio, por lesiones vasculares de riñón, coronarias, cerebrales, de igual origen que el aneurisma. Admite la etiología específica y traumática. El tratamiento está conforme con el reposo; es pesimista del suero gelatinizado y cree peligroso el mercurio. Solo defiende los yoduros y esto como paliativos exclusivamente.

Dr. Fournier.—Hace resaltar también la tolerancia debida á su localización. Indica que hay á veces discrepancia entre el examen radioscópico y la localización por síntomas físicos, achacándolos al desarrollo de placas esclerosas en otras regiones de la aorta que produzcan sombras en la pantalla. Es partidario del tratamiento por el suero gelatinizado.

Dr. López Durán.—Cree que siempre se aprecia el aneurisma en la pantalla, aunque no niega que á veces se ven sombras, dependientes de lesiones de aortitis con alguna dilatación.

Dr. Caro.—Muestra su conformidad con todo lo expuesto, basándose en dos casos por él observados que duraron muchos años y que terminaron por perforación.

Dr. García Triviño.—Cita un caso de grandísimo aneurisma perforante, bien tolerado por el enfermo. Es optimista del tratamiento por el suero gelatinizado; en cambio rechaza el mercurio y los yoduros, por tratarse de terciarismo específico. Por último, es muy partidario de la terapéutica abstencionista.

Dr. Fernández Méndez.—Sólo interviene para recordar una enferma aneurismática de diez y seis años, haciendo resaltar este detalle de juventud y la falta de antecedentes.

Dr. Verdes Montenegro.—Según él, es muy frecuente error atribuir al aneurisma la sola etiología específica y el esfuerzo; para él estos son graves. Admite el origen alcohólico con la ayuda del esfuerzo profesional y el traumatismo y reconoce la tolerancia de los enfermos, así como la frecuencia de las roturas del vaso. En punto al tratamiento, además del reposo y de régimen alimenticio mitigado, ha aplicado la gelatina en unos como coagulante de la sangre, aunque no tiene gran fe en ella. En cambio, es gran partidario del yoduro, por ser el medicamento vascular por excelencia, administrado por largo tiempo.

Dr. Alvaro Gracia.—Hace la rectificación. Considera útil el auxilio radioscópico en el diagnóstico. Admite el diagnóstico cuando hay pulsación y aun sin haberla. Habla de síntomas raros de aneurisma.

Cita un caso en que empezó por vértigo; en este caso no había antecedentes sifilíticos y sí de gran traumatismo; por eso admite también etiologías varias. La terapéutica que indicó no la cree y defiende como curativa, sino como gran paliativo. El tratamiento antisifilítico se emplea cuando se forma la lesión en su principio por si se consigue algo. Con la gelatina busca coagulabilidad de la sangre y el aumento de la resistencia de la pared externa del saco.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Subsecretaría.

Se halla vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central la Cátedra de Obstetricia y su clínica, que ha de proveerse por concurso de traslado, conforme á lo dispuesto en el Real decreto de 30 de Abril de 1915 y Real orden de esta fecha.

Pueden optar á este concurso los catedráticos numerarios de Universidad que, habiendo ingresado por oposición ó por concurso, desempeñen ó hayan desempeñado en propiedad asignatura igual á la vacante, y los auxiliares que tengan legalmente reconocido este derecho en virtud del Real decreto de 26 de Agosto de 1910 y tengan el título profesional y administrativo que les corresponda.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes, acompañadas de la hoja de servicios, á este Ministerio, por conducto y con informe del jefe del Establecimiento donde sirven, precisamente dentro del plazo improrrogable de veinte días, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

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

Madrid, 12 de Febrero de 1919.—El subsecretario, *López Montis*. (*Gaceta* 15 Febrero.)

MINISTERIO DE LA GUERRA

REAL ORDEN-CIRCULAR

Excmo. Sr.: Como ampliación á la Real orden de 20 de Diciembre de 1918 (*D. O.* número 288),

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que desde 1.º de Marzo próximo perciban una gratificación de 1.000 pesetas anuales todos los jefes y oficiales de Sanidad destinados en el Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, con objeto de estimular el que deseen servir en el expresado Establecimiento especialistas de dicho Cuerpo, cuyos servicios han de resultar beneficiosos para el Ejército.

Es asimismo la voluntad de S. M. que se considere incluido al Parque Central de Sanidad Militar entre los Establecimientos cuyo personal técnico tiene derecho á la gratificación de industria.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años, Madrid, 15 de Febrero de 1919.—*Muñoz-Cobo*.—Señor.. (*Gaceta* de 18 de Febrero de 1919.)

MONTEPÍO FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

D.ª Amalia Abril y Gil, viuda del socio D. Mariano Herreros, solicita pensión de viudedad.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos reglamentarios.

Madrid 8 de Febrero de 1919.—El secretario general, *Marín*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,2; mínima, 700,9; temperatura máxima, 16º,0; id. mínima, —9º,9; vientos dominantes OSO., SO. O.

Han aumentado durante los ocho últimos días las afec-

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*.

ciones catarrales agudas de los órganos respiratorios, sean de carácter infeccioso ó no; pero han predominado las comunes. Continúan presentándose bronconeumonías graves infecciosas. Los afectos crónicos de los aparatos circulatorio, respiratorio y renal, presentan complicaciones graves

Crónicas.

Los que llenan el infierno.—Leemos en un periódico de provincias, al hacer referencia á la Asamblea de Colegios médicos, que asegura se ha celebrado en Madrid, que la idea de estos Colegios ha tenido un defensor ó realizador, si se quiere, y un impugnador. Al través de la primera alusión se transparenta el nombre de nuestro director, y luego se hace mención literal, como adversario, del Sr. Almaraz. Pues bien, al reunirse y nombrar una junta gestora de los intereses de los Colegios ¿á quién dirán nuestros lectores que han acudido los que se dicen sus representantes?... Pues al Sr. Almaraz... Es natural.

El Instituto Español de Ortopedia Abdominal, fundado y dirigido por el ortopédico especialista D. Pedro Ramon, establecido en Barcelona, calle del Carmen, núm. 38, primero, al mejor servicio de aquellos clientes de los señores médicos de Madrid y de toda la Nación que lo necesiten durante el corriente año, ha establecido también despacho en Madrid calle Arrieta, núm. 11, entresuelo, á cargo del cirujano herniólogo D. Juan Ramon. Nuestros lectores se servirán tenerlo presente para aquellos casos que crean de utilidad la ortopedia abdominal, especial para cada caso particular y cuyos enfermos les sea más cómodo personarse en el despacho de Madrid que en el de Barcelona.

Los titulares de Jerez.—Recordarán nuestros lectores que repetidamente y no hace mucho tiempo dábamos cuenta en estas mismas columnas, de la escandalosa conducta que sigue la Administración municipal de Jerez con los funcionarios que la sirven y muy principalmente con los médicos titulares que para cobrar sus derechos tienen que llegar al extremo de amenazar con una huelga que sería causa de graves perjuicios para todos.

En la actualidad, el Ayuntamiento adeuda á los titulares 19 mensualidades y 15.000 pesetas por reconocimientos facultativos en las pasadas quintas; y según la prensa diaria, se han reunido y acordado no practicar en el actual reemplazo ningún reconocimiento ni prestar servicio alguno relacionado con las quintas, en tanto no se les abonen los atrasos pendientes.

Y puede que si llegasen á realizar sus propósitos de huelga los llamasen asesinos y malos ciudadanos, cuando por el cumplimiento de su deber están á punto de perecer de hambre.

La mortalidad en la Inclusa de Murcia.—Algunos periódicos de la provincia, principalmente el *Levante Agrario*, se ocupan del peligro que representa el tanto por ciento de mortalidad de los niños que ingresan en aquel establecimiento benéfico. En la información publicada por el periódico citado se dice que mueren más del 70 por 100 de los niños que ingresan. En ella se acusa al Patronato que tiene abandonada la Inclusa. El salón de cunas se halla falto de condiciones higiénicas. Los niños atacados de dolencias contagiosas conviven con los sanos, y esto acrecenta la mortalidad. Cada nodriza tiene á su cargo más de dos niños. Como se les paga mal, no se encuentra el número suficiente de ellas. La lactancia artificial se hace sin pasteurizar y desinfectar la leche. Se carece de autoclave y demás aparatos necesarios.

Termina la información el referido órgano de la prensa diciendo que las anomalías de la Inclusa no se deben á la falta de dinero, sino á la indiferencia del Patronato.

Las pérdidas de la guerra en Francia.—Las cifras que acaba de publicar el Servicio de estadística general de Francia, hacen resaltar más cruelmente todavía las pérdidas en hombres sufridas por la República francesa en el transcurso de estos cuatro años últimos.

A los 1.400.000 muertos caídos en los campos de batalla es preciso añadir para obtener el déficit exacto de «material humano» la falta de nacimientos en esos mismos años.

La estadística no se refiere más que á los 77 departamentos que sufrieron la invasión.

El número de nacimientos y de defunciones en la población civil ha sido el siguiente:

	Nacimientos.	Defunciones.
En 1913.....	604.811	587.445
1914.....	594.222	647.549
1915.....	387.806	655.146
1916.....	315.087	607.742
1917.....	343.310	613.242

A primera vista se ve que el déficit es grande y que difícilmente será cubierto.

Faltan más de 856.000 vidas humanas, pudiendo calcularse en 2.000.000 aproximadamente el número de hombres entre quince y sesenta y cinco años muertos desde 1914.

Añádase á esto el número considerable de inválidos y do enfermos á consecuencia de la guerra, que se verán en la imposibilidad de trabajar, y se comprenderá los perjuicios que esta falta de hombres acarreará á la vida nacional de Francia.

Epidemia tífica en Polonia.—Telegramas procedentes de Berna, dan cuenta de que en Varsovia el tifus se propaga rápidamente por toda Polonia, especialmente en la región oriental, donde hace grandes estragos en la población.

Acto de compañerismo.—Los estudiantes de la Facultad de Medicina de Zaragoza, han efectuado un homenaje á la memoria de su compañero D. Víctor Pérez, que sucumbió víctima de la epidemia gripal, durante cuyo desarrollo realizó servicios importantes. Fué descubierta una lápida costeadá por los escolares. El acto revistió gran solemnidad. Asistieron el rector de la Universidad, el decano de los catedráticos y todos los alumnos de Medicina. El presidente de la comisión organizadora del homenaje, Sr. Larrosa, y el decano de la Facultad, Sr. Brodio, pronunciaron sentidos discursos.

Ampliación de estudios médicos.—En el mes de Marzo próximo comenzará el quinto año de los cursos de ampliación de estudios médicos.

Los programas é informes, se facilitarán en la Facultad de Medicina y Ateneo de Internos de Madrid.

La Junta fundadora y gestora la forman los Dres. Azúa, Cardenal, Marañón y Pittaluga.

Al presente número acompaña un suplemento, cuya lectura recomendamos, sobre nueva lista de precios de los productos elaborados por el Laboratorio de la Farmacia Americana, de Madrid.

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 oal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarras 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

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

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

¿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.