

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.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	J. GÓMEZ OCAÑA Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.	G. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.		A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
		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: Obesidad y oxaluria, por los Dres. D. Teófilo Morató y D. Gregorio Villanueva.—Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo, por el Dr. B. Castresana.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Manuel Tola Latour, por Antonio Espina y Cape.—Sobre la autonomía universitaria, por Santiago Ramón y Cajal.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaló.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

OBESIDAD Y OXALURIA

POR LOS DOCTORES

D. TEÓFILO MORATÓ,

Médico-director por oposición de Sanidad Exterior del Puerto de Castro-Urdiales (Santander),

y

D. GREGORIO VILLANUEVA,

Médico-titular de Sámano (Santander).

El estudio de un caso coexistiendo juntamente con el síndrome obeso de origen endógeno, una oxaluria pronunciada que provocaba molestias y alteraciones vesicales, así como los efectos obtenidos con el tratamiento que en esta enferma hemos seguido, muévenos á publicar, con la breve reseña clínica del mismo, algunas consideraciones sobre la influencia beneficiosa que un tratamiento opoterápico puede ejercer—y en nuestra enferma se ha visto palpablemente—sobre la oxaluria comprobada por repetidos análisis cuantitativos y microscópicos, corrigiéndose así, no sólo la obesidad—pérdida rápida de peso de la enferma—sino las alteraciones irritativas de vejiga producidas por el oxalato de cal y que merced al tratamiento se han aliviado de una manera tan notable que puede decirse no existen en la actualidad.

La enferma, de profesión fondista, tiene cincuenta y siete años, ha tenido seis hijos, le viven cinco. Gozó de buena salud hasta llegar á la época menopáusica. Desde entonces—hace nueve años—empezó á notar

que el estado floreciente de su salud se resentía algún tanto por el aumento de peso; aumento que se ha ido acentuando hasta llegar á pesar el día que reclamó nuestros servicios profesionales 105 kilos 600 gramos, con un metro 152 milímetros de talla.

Juntamente con esta obesidad y dependiendo de ella, sufre también sensaciones angustiosas de ahogos, disnea, opresión cardíaca, etc., que se manifiestan con más intensidad por la vida activa que se ve obligada por su oficio á realizar.

El aspecto fofo y anémico de la paciente encajaba muy bien en las obesidades de origen endógeno; además del tipo marcadamente hipotiroideo de la enferma, tenía la mayoría de los signos que se asimilan á este trastorno endocrino, resaltando entre todos los demás la invencible tendencia al sueño después de las comidas, dato este último de gran importancia para el diagnóstico de la obesidad de origen endógeno (Marañón).

La enferma, cuya obesidad, á partir de la falta del flujo menstrual, se aumentó extraordinariamente, tiene una hermana también con acentuada gordura, y algunos de sus hijos presentan ya, á pesar de su edad relativamente joven, sobrecarga grasosa.

El análisis de la sangre—fórmula leucocitaria—demostró el gran predominio de la mononucleosis, 62 por 100; englobando en este número los linfocitos y monocitos.

Aparato cardiovascular normal. La exploración pul-

monar demostraba la existencia de una bronquitis crónica con enfisema.

Con los antecedentes anteriormente enunciados y con el dato importante para desviar nuestro diagnóstico en el sentido indicado, que en la enferma no guardaba relación la ingestión escasa de alimentos con la gordura que esta señora presentaba, no tuvimos duda de ninguna clase á imponerla el tratamiento específico por la opoterapia tiroidea.

Creímos oportuno hacer previamente el análisis de la orina recién emitida, no encontrando ni albúmina ni glucosa. Urea 21 gramos en las veinticuatro horas; ácido úrico, 0,23 gramos. Al realizar el estudio del sedimento urinario, al lado de gran número de células y epitelio pavimentoso de vejiga, que indicaban una irritación y descamación mecánica de la mucosa, con algunos eritrocitos entre ellas, observamos un gran número de cristales de oxalato de cal en su típica cristalización ectoédrica «en forma de sobre de cartas».

Fué tal la abundancia de estos cristales en el sedimento, que nos decidieron, antes que la enferma tomase la tiroidina, á repetir los análisis, comprobando en los sucesivos lo que en el primero que realizamos.

La enferma, por otra parte, no tomaba mientras duró esta exploración aquellos alimentos vegetales (acederas, espinacas, judías verdes, etc.) ó proteicos, con predominio en su molécula de la glucocola, que conducen, por contener el ácido oxálico en su constitución ó cuerpos que por su desintegración puedan darle origen, al aumento del dicho ácido en la orina.

A los quince días de tratamiento por la tiroidina la enferma perdió seis kilos de peso; desaparecieron las molestias respiratorias y los fenómenos vesicales que tanto molestaban á la paciente.

Frecuentemente se ha señalado por los clínicos (Bouchard, Immermam) la coexistencia de la obesidad y demás enfermedades de la nutrición (diabetes, gota), con la oxaluria.

El concepto de oxaluria varía de unos autores á otros; gran número de ellos hablan de oxaluria cuando se encuentra aumentada la cantidad total de ácido oxálico en las veinticuatro horas, mientras que para otros, Umber (1) sólo consideran como oxaluria aquellos casos en que en el sedimento urinario hay un gran número de cristales de oxalato de cal.

Exagerada la importancia de esta eliminación oxálica en otros tiempos, vuelve hoy á ponerse la cuestión en sus justos límites, ya que conocemos casi del todo el origen del ácido oxálico eliminado en disolución ó en forma de oxalato de cal por la orina; la importancia que en la solución de este último cuerpo tiene la magnesia y, por último, la existencia de coloides protectores —Schutzzkolloide— que contribuirían á favorecer esta solubilidad (Noorden) (2).

Es también de todos conocida la influencia del ácido clorhídrico del jugo gástrico favoreciendo la absorción del ácido oxálico de los alimentos que lo contiene

nen y la contraprueba de la falta de ácido oxálico y sales derivadas de éste en la orina de los anaclorhídricos.

Pero, en nuestro caso, al mismo tiempo que la adiposidad fué desapareciendo, los análisis microscópicos del sedimento que practicamos después del tratamiento por la tiroidina demostraron la ausencia de cristales de oxalato en dicho sedimento y el aumento en la eliminación de la urea y del ácido úrico, que de 21 pasó á 26 gramos y de 0,23 á 0,35 gramos respectivamente.

El régimen alimenticio que siguió la enferma durante nuestra observación y con el que continúa en la actualidad, es el mismo que antes cuando la oxaluria era tan manifiesta, sin tener necesidad de modificarlo por nuestra parte ya que correspondía por la cantidad y calidad de los alimentos al que deben tener estos enfermos en que el origen de su obesidad no es exógeno (alimenticio), sino endógeno (endocrino).

¿Qué influencia ha podido tener la cura tiroidea sobre la oxaluria? Difícil es contestar á esta pregunta, mucho más cuanto que —nosotros al menos—no tenemos noticia de ningún caso registrado en la literatura médica en estas cuestiones. Sin embargo de esto, dos hipótesis acuden á nuestra imaginación tratando de explicarlo.

Una de ellas, es el hecho demostrado que el ácido oxálico ó etadioico ($\text{COOH}-\text{COOH}$) puede combinarse con la urea ($\text{NH}_2-\text{CO}-\text{NH}_2$) dando lugar al ácido oxalúrico ($\text{COOH}-\text{CO}-\text{NH}-\text{CO}-\text{NH}_2$) según la reacción siguiente: $\text{COOH}-\text{COOH} + \text{NH}_2-\text{CO}-\text{NH}_2 = \text{H}_2\text{O} + \text{COOH}-\text{CO}-\text{NH}-\text{CO}-\text{NH}_2$.

Puede muy bien en nuestro caso por la gran activación del metabolismo nutritivo que la cura tiroidea lleva consigo, el suponer que la mayor cantidad de urea eliminada por la paciente haya favorecido la producción de esta reacción, cuyo término final es el ácido oxalúrico. Este ácido es mucho más soluble en el agua y orina que los oxalatos, y esta solubilidad mayor nos daría cuenta del por qué no se encontraron en los análisis posteriores los típicos cristales de oxalato de cal en el sedimento urinario.

Interesante hubiera sido el poder determinar la cantidad de ácido oxalúrico eliminada antes y después del tratamiento, para que dado caso que éste estuviese aumentado después de la cura tiroidea, tener así una mayor base en la exposición de nuestras ideas.

Pero además de esta hipótesis existe otra que, á nuestro modo de ver, tiene mayores visos de certeza. Si nos fijamos en que el ácido oxálico es después del ácido carbónico el que está más oxidado puesto que no necesita más que un átomo de O para oscilar los dos de H de su molécula y verificar así una oxidación hasta el límite, no será absurdo el suponer que estos procesos de oxidación se verificaron en la enferma, ya que el tiroides y sus extractos ejercen acciones oxidantes enérgicas, mucho más fácilmente favorecido en aquellos casos que, como ocurre con el ácido oxálico, llevan ya en sí, en su propia molécula, gran número de átomos de oxígeno y, por tanto, son muy aptos para verificar en ellos procesos de esta índole.

(1) Tratado de Kraus y Brugsch; y Ernährung und Stoffwechsel krankheiten 2, Auff, Berlin, 1914.

(2) Tratado de terapéutica de Krause y Garré, 1914.

Esta explicación mucho más racional que la primera—á nosotros así nos lo parece— puede darnos cuenta de la desaparición brusca de la oxaluria.

Hoy por hoy, nos tenemos que conformar con la emisión de ambas hipótesis, en espera de que nuevos casos que se nos presenten ó trabajos de otros investigadores confirmen ó anulen nuestras ideas sobre esta cuestión.

Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo ⁽¹⁾

POR EL

DR. B. CASTRESANA

Jeje facultativo del Instituto Oftálmico Nacional.
Profesor de Oftalmología. Agregado de la Facultad de Medicina.

La octava observación clínica se refiere á una muchacha de diez y ocho años, natural de un pueblo próximo á Madrid. Es otro caso más de estra-



bismo alternante interno más pronunciado del ojo derecho.

Nos manifiesta que según dicen sus padres nació con ese defecto.

Agudeza visual { O. D. = $\frac{1}{3}$ Wecker.
O. I. = dedos á 1 metro.

Angulo de desviación O. D. = 25 grados. = Ex-



cursión completa de ambos ojos. Campo de mirada = Visión externa 40°. Visión interna 50°.

Examen oftalmométrico. . . { O. D. = - 105 + 15 = 1,50.
O. I. = - 0 + 90 = 1.

(1) Véase el número anterior.

Nuestra intervención quirúrgica consistió en el doble avanzamiento de los rectos externos con resección muscular y debilitación del antagonista derecho. El resultado de la operación fué satisfactorio y aconsejamos á la enferma hiciera uso de las fórmulas de cristales siguientes:

$$\text{O. D.} + 3 \text{ esférico} + 1,50 \text{ cilindro} = 20^\circ = V = \frac{1}{10}$$

$$\text{O. I.} + 1 \text{ esférico} + 0,75 \text{ cilindro} = 90^\circ = V = \frac{2}{3}$$

En el noveno caso clínico se trata de una muchacha de veinte años, natural de esta Corte, que nos



refiere data su padecimiento desde hace cuatro años que á consecuencia de un catarro que tuvo en la vista, se le quedó torcido hacia dentro el ojo de-



recho. Desviación ocular medida con el perímetro 25 grados. Por el examen squioscópico el O. D. es miope de 8 dioptrías y el O. I. hipermetrope de 2.

Agudeza visual sin corrección. { O. D. = dedos de 1 metro.
O. I. = $\frac{2}{3}$

Agudeza vi- { O. D. - 7 esférico - 1,75 cilindro á 10° = $\frac{1}{8}$
sual con re- { O. I. + 1,50 esférico = V = núm. 1.
sección. . .

Se le practica el doble avanzamiento con resección de los rectos externos y debilitación de los antagonistas. El resultado fué brillantísimo.

La décima observación clínica es una niña de doce años que dice la notaron sus padres la bizque- ra desde la edad de cinco años. Se trata de un es-

trabismo interno alternante, siendo la desviación más acentuada en el ojo derecho.



El examen funcional nos suministra los datos siguientes: La Skiascopia nos da una hipermetropía



de 3 dioptrías para el O. D. y 2 para el izquierdo.

Agudeza visual. $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \frac{1}{6} \\ \text{O. I.} = \frac{2}{3} \text{ difícil.} \end{array} \right.$

Angulo de desviación 20 grados. Hecha su corrección resulta:

$$\text{O. D.} + 2,75 - 1,25 \text{ cilindro á } 175^\circ = V = \frac{1}{2}$$

$$\text{O. I.} + 2 - 0,50 \text{ cilindro á } 100^\circ = V = \text{núm. 1.}$$

La intervención consiste en el doble avance con resección del recto externo derecho y



debilitación del antagonista. Con los ejercicios ópticos y ortópticos después de la operación se llega á la curación verdadera de la enferma.

El caso clínico de la observación undécima es una señorita de veinte años de edad, natural de la



provincia de Córdoba y residente en Madrid. Presenta un estrabismo alternante interno alcanzando la desviación del ojo á 35 grados.

Agudeza visual (lejos). $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{dedos á 1,50 metros.} \\ \text{O. I.} = \text{núm. 1 difícil.} \end{array} \right.$
Agudeza visual (cerca). $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{núm. 11 difícil.} \\ \text{O. I.} = \text{núm. 1.} \end{array} \right.$

Campo visual normal. Campo de mirada en el O. D. = Interno 55°. Externo 40°.

Examen oftalmométrico. $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = -145 + 55 = 1,50. \\ \text{O. I.} = -10 + 100 = 0,50. \end{array} \right.$
Corrección. $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} + 1,50 + 1 \text{ cilindro á } 55^\circ = \frac{1}{6} \\ \text{O. I.} + 0,50 \text{ á } 100^\circ = \text{núm. 1.} \end{array} \right.$

Se aplica igual tratamiento quirúrgico que en el



caso anterior con éxito muy satisfactorio como puede apreciarse en el retrato comparativo.



Un muchacho de diez y nueve años de edad y

de oficio jornalero, constituye la duodécima observación. Se presenta en nuestra clínica, manifestando que torcía su ojo derecho hacia dentro desde época remota. La desviación interna alcanza la enorme suma de 50°.

Agudeza visual. { O. D. = dedos á 2 metros.
O. I. = núm. 1 difícil.
Campo de mira- { Parte externa 20°.
da en el O. D. { Idem interna 60°.
Corrección. . . { O. D. + 2 esférico + 1 cilindro á 80° = $\frac{1}{10}$
O. I. + 0,50 cilindro á 90° = núm. 1.

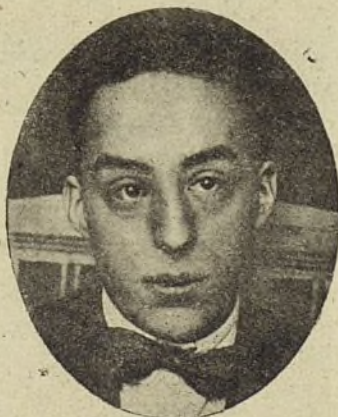
Se le practica el doble avanzamiento muscular de los rectos externos en resección de 12 milímetros



en el derecho y debilitación del antagonista. El resultado de su corrección estética es brillantísimo.

El caso clínico que hace el núm. 13, es un muchacho de diez y nueve años, natural de esta Corte, con estrabismo convergente alternante sumamente intenso del ojo derecho.

Ángulo de desviación 55°. El ojo derecho oculta



habitualmente medio campo corneal en el lagó conjuntival, teniendo dificultada grandemente su excursión externa. Atribuye su enfermedad, á una fuerte impresión que recibió siendo niño.

Agudeza visual. { O. D. = dedos á 1 metro.
O. I. = núm. 1.
Campo de mirada. . . { Parte externa 20°.
Idem interna 60°.
Examen oftalmométrico. . . { O. D. = - 0 + 90 = 2.
O. I. = neutro.
Corrección. { O. D. - 4 esférico - 2 cilindro á 0°.
O. I. plano.

Se le practicó resección de 13 milímetros con avanzamiento del R. E. y debilitación de R. I. y resección con avanzamiento del R. E.



El catorce enfermo estrábico, sometido á nuestro tratamiento quirúrgico, es un jornalero de veintisiete años, soltero, natural de Alicante, que se pre-



sentó en la consulta del Instituto con su estrabismo convergente del ojo derecho con una desviación de 25°.

Agudeza visual. { O. D. = dedos á 70 centímetros.
O. I. = núm. 1.
Examen oftalmométrico. . { O. D. = - 106 + 15 = 3.
.....

Campo de mirada por la parte externa 45°. No corrige con lentes. Atrofia papiloretiniana del ojo



derecho. La operación consistió en el doble avanzamiento con resección del recto externo del O. D. y

debilitación del R. I. El resultado fué francamente positivo quedando corregida su deformidad. La intervención fué monocular, porque no perseguíamos la corrección funcional, sino la estética.



La observación núm. 15, se refiere á una niña de catorce años, que extravía el ojo derecho desde pequeña. La desviación, que es monocular interna, alcanza á 20°.

Agudeza visual (lejos). { O. D. = dedos á 3 metros.
O. I. = normal.
Examen oftalmométrico. O. D. = -15 + 105 = 3.

El campo de mirada por la parte externa 40°.



Con + 3 cilindros á 105 llega el O. D. á $\frac{1}{10}$. A esta enferma se le practicó la operación quirúrgica solo



en el O. D. que consistió en el avanzamiento con resección muscular del recto externo y la debilitación del músculo antagonista. Se consiguió una co-

rrección estética perfecta y se aconsejó á la enferma el uso de cristales adecuados al astigmatismo hipermetrópico que padece.

El núm. 16 de nuestros casos clínicos, corresponde á una muchacha de diez y ocho años, con un estrabismo alternante convergente más acentuado en el ojo izquierdo. Medido en el perímetro el ángulo de desviación llega á 20°.

Campo de mi- { O. D. = Interno 55° : Externo 50°.
rada { O. I. = Interno 50° : Externo 40°.

Agudeza visual { O. D. = $\frac{2}{3}$
O. I. = $\frac{1}{10}$ difícil.

Oftalmometría. { O. D. = -0 + 90 = 0,50.
O. I. = 6,20 + 110 = 2,50.

Corrección . . { O. D. + 0,25 + 0,50 cilindro á 90 = núm. 1
O. I. + 1 esférico + 2 cilindro á 110 = $\frac{1}{2}$

Como se trata de un estrabismo alternante convergente, le practicamos el doble avanzamiento con resección muscular más extensa en el recto externo del ojo derecho y debilitación de los músculos antagonistas. El resultado de nuestra operación fué excelente.



El enfermo que corresponde al núm. 17 de las observaciones clínicas que venimos relatando, es un joven de diez y siete años, natural de Madrid, que



padece un estrabismo convergente más pronunciado en el ojo derecho desde que padeció la escarlatina siendo niño.

Agudeza visual	O. D. = 2 dedos á 2 metros.
	O. I. = $\frac{1}{3}$
Oftalmometría.	O. D. = $-20 + 110 = 3,50$.
	O. I. = $-15 + 105 = 1,50$.
Corrección. . .	O. D. - 7 esférico = $3,75 \text{ á } 20^\circ \text{ v} = \frac{1}{8}$
	O. I. - 2,50 - 1 cilindro á $15^\circ \text{ v} = \text{núm. 1.}$

Nefelión en la parte inferior de la córnea derecha, causa por la cual no llega á corregirse por completo la agudeza visual del ojo derecho.

Mediante el doble avanzamiento con resección del recto externo y debilitación de los rectos internos, conseguimos una corrección estética perfecta como puede verse en el fotograbado.

El caso clínico núm. 18 de nuestra estadística, es un joven, natural de Filipinas, de quince años de edad, el cual nos manifiesta que su padre gasta-



ba lentes desde los veinte años y su madre desde los cuarenta. A los seis años empezó á conocer que torcía el ojo izquierdo, atribuyéndolo á que un día



se puso á mirar el sol, un buen rato, á través de un cristal azulado.

Hasta los diez años refiere que ha visto bien con los dos ojos, pero desde esa época ve peor y se le ha acentuado más el estrabismo del ojo izquierdo hacia la parte interna. En la actualidad tiene una desviación de 15° .

Agudeza visual (lejos)	O. D. = $\frac{1}{2}$
	O. I. = $\frac{1}{8}$

Agudeza visual (cerca)	O. D. = núm. 2.
	O. I. = núm. 9.
Por Skiascopia	O. D. = 5 dioptrías de H.
	O. I. = 6 dioptrías de H.
Campo de mirada	O. I. en su parte externa 50° .
	O. D. Normal.
Oftalmometría.	O. D. = $-15 + 105 = 1$.
	O. I. = $-160 + 70 = 2$.
Corrección para cerca. . .	O. D. = $+4,50$ esférico + $0,75$ cilindro á 105° .
	O. I. = $+5$ esférico + $1,75$ cilindro á 70° .
Corrección para lejos . . .	O. D. + $3,50 + 0,75$ á 105° .
	O. I. + $4 + 1,75$ á 70° .

Como se trataba de un enfermo con una desviación estrábica poco pronunciada, le hicimos un doble avanzamiento, sin resección muscular, pero con debilitación de los antagonistas. Se restablece posteriormente la visión binocular y el enfermo queda curado de su estrabismo.

El caso clínico núm. 19 se refiere á una muchacha de catorce años de edad, de la provincia de



Burgos. Los antecedentes familiares carecen de interés. Desde la edad de tres años empezó á desviar hacia adentro el ojo izquierdo, desviación que ha



seguido en aumento hasta el estado actual. En el O. I. estrabismo convergente de 42° . Si mandamos á la enferma fijar un objeto con dicho ojo, aparece el O. D. algo desviado hacia dentro (5°).

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El tratamiento de la sarna en la práctica privada.

—Charles Greene Cumston, de Ginebra (Suiza), publica en el *Medical Record*, 22 de Febrero de 1919, un trabajo notable en el cual hace notar el aumento enorme de la sarna, aun entre personas de buena posición social, después de la guerra, y dice que lo que médicos y enfermos desean, es una rápida cura que sea eficaz y elimine seguramente de la piel los pequeños parásitos que producen la enfermedad.

Hasta hace poco tiempo el tratamiento de la sarna era complicado, muy incómodo y largo, pues requería varios días. Oppenheim describió en el número del 15 de Noviembre de 1918 del *Wiener Medizinische Woch.* la que él llama cura rápida de la sarna, basada en el tratamiento de 200 casos y que practica del siguiente modo:

Todo el cuerpo es frotado durante un cuarto de hora con jabón verde, después de lo cual el enfermo entra en un baño caliente y se quita el jabón con un cepillo ó brocha fuerte. El proceso de quitar mecánicamente el jabón debe durar media hora por lo menos.

El enfermo sale del baño y se seca bien con toallas, después de lo cual se aplica

Azufre precipitado	25 gramos.
Carbonato potásico	10 —
Vaselina	120 —

Hágase ungüento.

Dos horas después se toma otro baño caliente, se quita allí el ungüento y después de secar la piel se aplica una pomada de zinc. Así se completa la cura.

El autor reconoce no tener experiencia con la cura descrita, y en cambio, ha visto personalmente la eficacia del método del profesor Carlos Dubois, de Ginebra, en el cual se produce poca irritación cutánea y la cura puede obtenerse en una sola noche, si se hace como debe hacerse.

El enfermo recibe sobre todo el cuerpo una fricción de jabón verde desde la barbilla hasta abajo, teniendo especial cuidado de cubrir los espacios interdigitales de la mano y del pie. Después se da un baño de media hora de duración, donde se quita el jabón por medio de una fricción suave. Después que se ha secado bien la piel, se aplica la siguiente untura:

Ictiol	10 gramos.
Pomada de Helmerich	80 —
Alcanfor triturado	2 —

Hágase pomada.

El enfermo se viste ropa especial para la noche, aunque la pomada no tiñe, y se acuesta.

En la siguiente mañana se toma un baño, al cual se ha añadido 100 gramos de hepar sulfuris y en el baño debe permanecer el enfermo un cuarto de hora, después de lo cual se seca bien la piel y ya está curado.

Como ese hepar sulfuris exige tiempo para disolverse, debe colocarlos en bastante cantidad de agua caliente y dejarlos por la noche, para añadirlos por la mañana al agua del baño.

Para hacer más accesible á los prácticos americanos la pomada de azufre é ictiol, el autor imagina la siguiente fórmula:

Ictiol	10 gramos.
Azufre sublimado	12 —
Carbonato potásico	6 —
Alcanfor triturado	2 —
Grasa	60 —

Hágase pomada.

Como el azufre precipitado es en muchas ocasiones más activo que el sublimado, el autor lo recomienda en algunos casos. Su mayor actividad se debe á su extremada división y también á que dá cierta cantidad de hidrógeno sulfurado.

No se insiste en la necesidad absoluta de cambiar toda clase de ropas, porque esto es de tal evidencia, que ni aun hay que mencionarlo.

En conclusión puede afirmarse que el tratamiento descrito puede llevarse á cabo en cualquier casa particular y no hay nada más rápido y que produzca menor irritación cutánea, aun en las pieles más delicadas.

La pomada de Helmerich consta, según la farmacopea francesa, de

Azufre sublimado	10 gramos.
Carbona o potásico	} añ 5 —
Agua	
Aceite papaveris alipis	85 —

2. El tratamiento médico de las pleuresías purulentas, por P. Emilio Weil y Loiseleur. — Sostienen los autores que es posible curar sin operación las pleuresías purulentas, y para demostrarlo presentan varios casos tratados médicamente con resultado favorable, deduciendo de su estudio las siguientes conclusiones:

1.^a Es imposible curar muchas pleuresías purulentas sin operación gracias á las punciones repetidas acompañadas de inyecciones de aire y de azul de metileno. Estas últimas inyecciones fueron repetidas, aparte de las punciones, dos veces por semana. Los buenos efectos de estas inyecciones de azul, aconsejadas ya por Nobécourt, son conocidos. Pero los resultados obtenidos por nosotros son aún mejores que los publicados anteriormente, y creemos que este mayor éxito es debido menos á las inyecciones de azul que á la producción de la neumoserosa. La asociación de ambos medios terapéuticos hace mayor su eficacia.

2.^a Este tratamiento no produce perjuicio alguno á los enfermos en los que se muestra insuficiente.

3.^a Estos resultados hacen concebir la esperanza de que si se pudiera usar un agente superior al azul de metileno para la esterilización microbiana, y no más nocivo para los tejidos, aumentaría el número de pleuresías que se podrían sustraer al arte del cirujano. (*Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 8 Mayo 1919.)

3. El morruato sódico en la tuberculosis. — En el *British med. Journ.*, de Londres (8 de Febrero de 1919), Rogers dice que del mismo modo que se prepara el ginocordato sódico del aceite de chaulmugra, se ha hecho una preparación de las sales sódicas de los ácidos grasos no saturados del aceite de hígado de bacalao después de su extracción por el éter. Rogers llama á esta preparación morruato sódico. Una disolución acuosa al 3 por 100 se esteriliza al autoclave y se le añade 0,5 por 100 de fenol. Esto se puede inyectar subcutáneamente con muy poco dolor y también dentro de las venas. La inyección subcutánea es casi indolora y un año de experimentos ha demostrado su utilidad en la lepra. Rogers considera este hecho como muy importante, en cuanto demuestra que no hay ningún producto específico en el aceite de chaulmugra y sus productos actuando sobre esta enfermedad, y apoya sus puntos de vista que las sales sódicas no saturadas de los dos ácidos grasos de estos dos aceites, actúan del mismo modo sobre la envoltura de los bacilos ácidosresistentes, pues se sabe que la envoltura del bacilo tuberculoso contiene ácido palmítico y otros ácidos grasos no saturados.

Durante el pasado año se ha usado en la tuberculosis el morruato sódico con resultados llenos de esperanzas por varios observadores muy concienzudos, y en los bacilos de los esputos se han visto cambios morfológicos. Rogers suele em-

pezar con 0,5 de c. c. de una disolución al 3 por 100 y la aumenta en 2 ó 4 gotas en cada inyección, que puede repetirse dos ó tres veces por semana hasta que se presenta la reacción. La mejoría de los casos tuberculosos se observa en que se reduce y cesa la fiebre, disminuyen la expectoración y la tos y hay un constante aumento de peso. El bacilo de Koch disminuye constantemente en número en los esputos y llega á desaparecer en ocasiones. Además suelen ofrecer dificultades tictóreas ácidas y suele presentarse una apariencia granular que indica se va destruyendo dentro de los tejidos. —P. M.

4. **Nuevos experimentos en el tratamiento de las hemoptisis.**—En el *Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, de Noviembre (1918), Lunde se refiere á las hemoptisis como complicación de la tuberculosis pulmonar, según puede observarse en Sanatorio.

La hemorragia pulmonar causa una terrible impresión en el enfermo y en su familia y solicitan todos una medicación heroica que la combata. Pero estos ataques de ordinario cesan de manera espontánea por la formación de tromboquinasa. Los casos que no mejoran necesitan un tratamiento urgente. Algunos enfermos abandonados á sí mismos sangran durante días y días ó las hemorragias se suceden unas á otras en intervalos más ó menos próximos.

Causas muy ligeras pueden ocasionar la hemorragia, como un pequeño ejercicio ó la ligera reacción fecal que determina una inyección de tuberculina. Un enfermo puede tener una hemoptisis por subir unas escaleras. En tales casos es natural pensar que hay una gran predisposición por la presencia de un vaso erosionado en las paredes de una cavidad, por el reblandecimiento de un foco enfermo ó por otra causa similar.

Aunque la presión sanguínea es en los tuberculosos, según se dice, subnormal, es un hecho que para que la hemorragia tenga lugar, es necesario un aumento de la presión. Los cambios de presión del aire dentro del pecho, tal vez tengan alguna parte en este proceso de aumento de la presión.

Entre las consecuencias de la hemoptisis figuran la neumonía de aspiración y la extensión del proceso tuberculoso. La muerte por anemia aguda es muy rara; pero la muerte por aspiración de grandes cantidades de sangre no lo es tanto.

Finalmente, la anemia es una consecuencia remota. El autor enumera los remedios empleados y observa que uno de ellos hace superfluos los demás, las inyecciones de grandes cantidades de aceite alcanforado. De 22 casos de hemoptisis vistos durante el año, 13 no exigieron tratamiento especial, mientras en los otros 9 con hemorragias medianas ó grandes, desde 40 á 400 gramos, se detuvo la sangre con la inyección de 3 c. c. de una disolución de aceite alcanforado al 20 por 100.—P. M.

5. **El alcanfor en la neumonía.**—Feer (*Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte*, 30 de Noviembre de 1918) da alcanfor en dosis más altas de las recomendadas por otros y coloca esta substancia en primer lugar para el tratamiento de la neumonía, cruposa y catarral. También se ha mostrado eficaz en las neumonías de la reciente epidemia gripal y en algunos casos que parecían desesperados. No es de mucha utilidad cuando se administra con timidez. Un niño débil de seis años, con una grave neumonía gripal, somnolencia, cianosis y gran fiebre, pulso flojo y 140 á 160 pulsaciones, recibió diariamente dos inyecciones subcutáneas de 10 centímetros cúbicos de aceite alcanforado al 20 por 100. Y se notó el beneficio, la albuminuria desapareció y volvió el conocimiento. Se desarrolló, sin embargo, un emblema que terminó fatalmente al día 18. Al niño se habían administra-

do en once días 220 c. c. de aceite alcanforado, lo que supone 44 gramos de alcanfor. Una niña delicada, de once años, con neumonía gripal del lobulo inferior izquierdo, y otitis media unilateral, con somnolencia, después del quinto día se le administró desde el día sexto el mismo tratamiento que en el caso anterior; el séptimo día, el otro pulmón ofrecía signos de infiltración; el día 12, todo el pulmón primero invadido aparecía infiltrado y ofrecía el cuadro de una muerte próxima con estertores traqueales. Volvió a recuperar el conocimiento el día 15, y en el día 21 los pulmones estaban casi limpios. Durante todo este tiempo recibió alcanfor en cantidad de 52 gramos en 280 c. c. de aceite alcanforado. Estos casos demuestran que se puede dar el alcanfor hasta á los niños sin malas consecuencias. En niños de menos de seis años se da una á dos inyecciones de 5 á 7 del aceite alcanforado al 20 por 100. No ha visto ninguna ventaja deducida del suero normal ó del polivalente antineumocócico. El alcanfor en grandes dosis es, por otra parte, incapaz de abortar la neumonía, pero modifica tan favorablemente las condiciones de la circulación, que aun en los casos desesperados puede usarse. En los adultos recomienda la inyección de 10 á 15 c. c. del aceite alcanforado al 20 por 100 dos veces ó más al día si se considera necesario. Dice que no hay ningún peligro en dar dosis demasiado grandes, cosa que no ocurre con la digital ó la cafeína. No ha observado nunca ningún efecto pernicioso de la administración de dosis demasiado grandes de alcanfor ni ha oído que nadie las haya observado. Sólo Weintraud ha visto agitación mientras el autor ha observado más bien un efecto sedante. Sólo puede ocurrir perjuicio si por falta de azúcar de uva ú oxígeno en el organismo, se formase ácido glicourónico que dificultara la eliminación del alcanfor.—P. M.

RADIOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La radiografía de fistulas inyectándolas con iodo potásico, por el Dr. Carlos Heuser.**—La pasta de Beck utilizada en la radiografía de fistulas deja que desear, pues como se enfría inmediatamente, al ser inyectada no penetra en las profundidades de ella, pues se endurece.

He tenido ocasión de hacer una inyección de solución de yoduro potásico al 15 por 100 con glucosa, en una fistula del maxilar, en un caso de fistula consecutiva á un absceso interlobar, en un caso de fistula consecutiva á un quiste del hígado y una osteomielitis.

En todos los casos la inyección de solución ha dado todos los detalles de la fistula, indicando lo que el cirujano debe saber, la parte declive para su intervención y las sinuosidades de la misma.

En el caso de la fistula del maxilar, la inyección ha rodeado el sequestro del hueso que se extirpa.

En el caso del absceso interlobar, la fistula era en forma de V; se ha intervenido en la parte declive.

Lo mismo el caso de fistula por quiste hidatídico, la cual era en forma de S, la inyección de pasta de Beck dió la forma de U; la solución de yoduro dió el sitio de origen de la fistula.

Lo mismo en la inyección del caso de osteomielitis la inyección de yoduro ha seguido todas las sinuosidades de la misma.

Si hago notar esto es para hacer ver su ventaja, que por otros medios no se conoce el origen de la supuración. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 1.º de Mayo de 1919).

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Estudio crítico de las indicaciones operatorias**

fundadas en el examen bacteriológico en la sutura secundaria de las heridas de guerra, por P. Piolet, P. Pellissier y R. J. Weissenbach.—Estudian los autores los resultados obtenidos en 25 casos en que practicaron la sutura secundaria en las heridas de guerra y deducen las siguientes conclusiones:

1.ª Para asegurar el éxito de la sutura secundaria de las heridas de guerra, de extensión media, interesando los músculos y accesoriamente los huesos, sin fractura, aparte de las condiciones anatómicas locales y las condiciones de técnica quirúrgica, importa tener en cuenta las condiciones bacteriológicas (flora microbiana de la herida).

Los puntos principales de esta técnica son:

a) La incisión de la piel á distancia de los bordes de la herida, para asegurar en la sutura la integridad absoluta de la parte papilar.

b) La exéresis total de los tejidos de neoformación. La realización de este tiempo operatorio es algunas veces difícil por ciertas condiciones anatómicas, sobre todo por la presencia en la herida de un paquete vâculo-nervioso.

c) La hemostasia absoluta antes de la sutura.

d) Una buena adaptación de los labios de la herida durante la sutura.

2.ª Cuando estas condiciones de técnica quirúrgica se realizan, la casi totalidad de los fracasos de la sutura secundaria ó de los incidentes que impiden la cicatrización por primera intención, son debidos á infecciones locales causadas por el estreptococo, ó por el estafilococo dorado. La presencia de estos gérmenes no es desde luego un obstáculo constante á la reunión por primera intención, pero la coexistencia del estreptococo y del estafilococo dorado en una herida puede considerarse como la condición bacteriológica menos favorable para obtener aquel resultado.

Los demás gérmenes frecuentemente encontrados en las heridas de guerra no impiden más que excepcionalmente el éxito completo de la sutura secundaria. Se trata siempre en este caso de una falta de técnica, con frecuencia inevitable. Por lo tanto, en las heridas que no contienen estreptococos ni estafilococos, es lo mejor practicar la sutura secundaria lo antes posible.

3.ª No existe, en nuestra opinión, ningún signo clínico seguro, ni límite alguno absoluto en el tiempo, que indiquen que el herido esté inmunizado contra los microbios que infestan su herida, resultando un simple «portador de gérmenes» y que la sutura secundaria, aun realizada con técnica correcta, irá seguramente seguida de reunión por primera intención.

4.ª Si se quiere, por un tratamiento específico preventivo (inmunización por vacuna), aumentar la resistencia del herido contra las infecciones locales que pueden provocar el fracaso de la sutura, es preciso recurrir á la vacunación mixta por estos dos gérmenes.

5.ª Aun sin examen bacteriológico, se encuentra siempre beneficio en practicar la sutura secundaria, cuyos resultados son muy superiores á los de la cicatrización espontánea, desde el punto de vista de la calidad de la cicatriz y de la rapidez de la cicatrización. (*Lyón Chyrurgical*, Diciembre de 1918).—A. C.

BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Septicemia con bacilo de Shiga y ausencia de este bacilo en las heces, por M. M. G. Causade y S. Marbais.—Estudian los autores la forma clínica de la disentería que se debe al bacilo de Shiga y á otros bacilos de este grupo y establecen las siguientes conclusiones:

1.ª El bacilo de Shiga puede determinar una septicemia.

2.ª Se observa la ausencia del mismo bacilo en las heces que clínicamente son disintéricas.

3.ª Esta ausencia podría *à priori* explicarse por la presencia continua de la bilis (vómitos biliosos, heces biliosas, mucosa necrosada recubierta de bilis) y por la hemocultura en la bilis que resulta negativa en nuestro caso, todo lo cual podría relacionarse con un pretendido poder antiséptico de la bilis sobre el bacilo de Shiga. Pero experiencias recientes hechas por uno de nosotros con este objeto han probado que la bilis fresca y no calentada constituye un excelente medio de cultivo para todos los bacilos aislados de la disentería.

Abandonando esta interpretación ¿puede suponerse que ha habido éxodo de bacilos fuera del tubo digestivo y penetración en el torrente circulatorio á consecuencia de la constitución de una cavidad cerrada? En efecto, los bacilos de Shiga encerrados en cavidad cerrada subcutánea emigran y se encuentran en el torrente circulatorio. Esta interpretación no es más satisfactoria.

En nuestra opinión parece más lógico admitir la interpretación que hemos dado en el curso de esta memoria: infección sanguínea y eliminación de toxinas al nivel del intestino grueso, sin prejuzgar la puerta de entrada del bacilo.

4.ª A pesar de que las heces disintéricas no contengan el bacilo de Shiga, no se debe rechazar el diagnóstico clínico de disentería bacilar.

5.ª En los casos de disentería bacilar en que la bacteriología coprológica sea negativa, convendrá recurrir á la hemocultura para mayor seguridad. (*Bulletins et Memoires de Société Médicale des Hôpitaux* París, 6 Marzo 1919.)

TISIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Plan para un ensayo de inmunización contra la tuberculosis, por el Dr. J. Ferrán.—El sabio bacteriólogo catalán deduce de su estudio las consecuencias siguientes:

De lo expuesto se deduce que la tuberculosis se halla constituida por dos procesos infectivos que aparecen siempre por riguroso orden.

Cada uno de ellos tiene su agente propio, y no puede aparecer el segundo sin que le preceda el primero, puesto que ambos están enlazados por los más estrechos vínculos de parentesco. En cambio, la aparición del primero no supone que forzosamente haya de originarse el segundo.

Dado, pues, el orden cronológico con que aparecen estas dos enfermedades, por estar subordinada la aparición de la segunda á que el agente de la primera dé ó no origen á bacilos ácidosresistentes de Koch, es evidente que para evitar el segundo proceso infectivo—ó sea el tuberculígeno—basta con que nos inmunicemos contra el primero, valiéndonos para ello de la bacteria no ácidosresistente que lo origina.

Esta bacteria posee propiedades eminentemente inmunizantes, fáciles de demostrar inoculándola á cobayas en cultivo muerto ó simplemente atenuando su virulencia. Los animales así inmunizados resisten muy bien la inoculación de cultivos hipervirulentos de las mismas bacterias, que resultan mortales para los cobayas no vacunados.

Los cultivos hipervirulentos para poder someter á prueba la resistencia mayor de los cobayas inmunizados, se obtienen cultivando las bacterias en serie de caldo á cobaya y de cobaya á caldo. De este modo se obtiene, al llegar al 5.º ó 6.º paso, un cultivo hipervirulento que mata á los testigos respetando la vida de los cobayas vacunados.

La acción de estas bacterias hipervirulentas se traduce por alteraciones de carácter inflamatorio intensísimo que matan en pocos días y á veces en pocas horas. (*Revista de Higiene y de Tuberculosis*, Valencia, 31 de Mayo de 1919.)

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 desunión de los médicos.—En la Universidad Central.—En el Instituto Rubio.

Que la clase médica no ha sido nunca un modelo de cordialidad y de unidad de miras, ni un foco de espíritu de bien entendida fraternidad, ni siquiera un ejemplo de instinto de conservación, han sido verdades que por repetidas y comprobadas no hay riesgo en recordarlas por temor á que se divulguen. Poco han de haber vivido y menos han de haber estudiado, los que no recuerden los tiempos de las violentas contiendas entre materialistas y vitalistas, entre homeópatas y alópatas, entre polifármacos y naturalistas; debe, pues, ser sino de nuestra clase el hallarse dividida, ora por independencia en los criterios personales, ora por incitaciones y punzadas de aquella mala pasión, que como *pessima* calificaban en otro tiempo la que á los médicos dominaba.

El espectáculo que en estos últimos tiempos vemos presagiando primero y presenciando después, no puede ser más lastimoso. La división y la desunión se acentúan de día en día, pero no por motivos doctrinales, como los que dominaban las agrupaciones capitaneadas por los Santero ó los Mata, ni por escuelas terapéuticas, como las defendidas por Isern ó Asuero, no; ahora los disentimientos y las luchas tienen aspecto menos loable y á veces nuevos confesable fundamento. Las antipatías, las luchas, las rivalidades, tienen como bandera ó una representación parlamentaria, ó la presidencia de una colectividad, ó la influencia de un grupo dentro de una Institución de beneficencia ó de cultura.

Los médicos no tienen en cuenta que estas divisiones y estos combates no repercuten en el cuerpo social ni en el público en general para apasionarle y llevarle á tomar parte en ellos, y que por lo tanto, para los indiferentes esto no resulta más que un espectáculo que redundará en desprestigio de todos, amén de contribuir á nuestro empobrecimiento material.

No tenemos la pretensión de que nuestras predicaciones en favor de la unidad de acción y de la cohesión de pensamiento sean atendidas, y si la tuviéramos, bien podían habernos curado de ella la práctica y la experiencia demostrativa de la inutilidad de nuestro esfuerzo, siempre empleado en el mismo sentido. No somos hipócritas y declaramos

que como hombres de conciencia libre opinamos y procedemos con arreglo á nuestras convicciones ó á nuestras simpatías; siquiera nos envanezca el ser casi siempre vencidos, pero esto no quiere decir que como periodistas, honrados con la confianza de un numeroso conjunto de lectores, nunca hemos hecho ni haremos la parte de ninguna bandería, y esperamos confiadamente en que el buen sentido de los más se impondrá sobre las turbulencias de los mal aconsejados.

En la elección de senador por la Universidad de Madrid se ha dado uno de estos tristes espectáculos á que hacemos referencia: Dividido el conjunto de médicos que figuran en el claustro, apoya una parte de él por los universitarios y la otra por el claustro libre y por muy conocidos letrados, la contienda, que fué muy reñida, acabó por un triste espectáculo de insultos, dictérios y agresiones.

¡Por Dios, señores, que no se repita!

También en el Instituto Rubio parece que han tenido lugar escenas de lucha, que seguramente no pudo prever su fundador, cuando creyó que tras sí dejaba un Centro de enseñanza y de cultura progresiva. Producto de estas divisiones intestinas ha sido la dimisión del director técnico, D. Luis González Bravo; del presidente del Comité ejecutivo del protectorado, señor duque de la Victoria; del secretario del mismo Comité, D. Enrique Slocker, y del presidente del Consejo de protectores, señor conde de Romanones.

No nos son suficientemente conocidas las causas de estas dimisiones para poder sobre ellas formar opinión; pero por de pronto nos será lícito expresar nuestro sentimiento por esta tendencia egoísta, que acabará por ser suicida, representada por el deseo de prescindir de la ayuda siempre provechosa de los elementos sociales importantes en la obra del mejoramiento de la labor humanitaria que la sociedad entera nos encomienda.

DECIO CARLAN

MANUEL TOLOSA LATOUR

Querido Carlos: Al aceptar tu invitación para que fuera yo el que escribiera la biografía de nuestro entrañable amigo Manolo, dudé un momento, pero pronto comprendí que era una prueba de cariño lo que me

brindabas, y además un deseo de que fuera alguno de los contemporáneos, aunque más viejo que él, el que escribiera en EL SIGLO MÉDICO, en el que por primera vez me honro laborando, la vida de un hombre tan completo como Tolosa Latour.

Tres etapas formarán mi semblanza: una, cuando conocí a nuestro llorado amigo, como estudiante; otra, recordando un viaje a Chipiona, y otra, cuando sus sueños, sus esperanzas y sus ideales se iban a ver col-



mados con un asiento en el Senado, donde prolongar su campaña, y tal vez ayudar a la nuestra en la lucha contra la tuberculosis.

Con ser uno mismo en estas tres etapas, su figura se dibuja de distinta manera, como la de todo hombre cuando la juventud le sonríe por una parte y teme al porvenir por otra, cuando en la edad madura tropieza en las asperezas de la realidad para sus ideales, y en la tercera cuando trata de escribir un testamento que él mismo ha de ejecutar.

En la primera etapa Manolo era el estudiante aplicado, culto, pero no el clásico estudiante aquel de la asignatura, el examen y la nota, sino el que a veces en los años de Anatomía estudiaba literatura, o en los años de Terapéutica hacía versos, es decir, el estudiante que cree que de la cultura general puede nacer la especialización de una carrera; el que al emprender la carrera de Medicina la sigue no como una carrera didáctica y concreta, sino compleja, que, al abarcar la vida, la salud, la enfermedad y la muerte del hombre, tiene que comprender que abarca todo el pensamiento y toda la extensión de la vida humana, que el médico no es, ni puede ser, ni debe ser un hombre que se expresa por una receta, tal vez por un diagnóstico,

sino que es y debe ser, y creo que será un sociólogo que al par que medicinar al hombre, trate de medicinar la sociedad física y moralmente, y en estas tres extensiones del pensamiento médico se cernía la aplicación de Tolosa Latour, uniendo a la cultura escolar, la cultura del pensador, ya en su juventud.

De gallarda figura, un poco de expresión parada, guiado por su madre rompiendo algo los moldes de la educación maternal de aquel tiempo y adelantándose a la educación cultural de hoy, poseía varios idiomas que le ayudaron a que sus conocimientos se extendieran más allá de las obras traducidas, de los periódicos nacionales, y algunas veces de los malhadados apuntes de la cátedra. Entonces se inició también su aspecto de periodista, de literato y de orador que había de caracterizar su segunda etapa.

En la segunda, hecho hombre, tal vez con mayor brevedad que otros, puesto que había que imponer un aspecto paternal al cuidado y educación de sus hermanos, que en él reconocieron tanto al hermano mayor como al padre, su vida se desliza casi sin las alegrías de la vida juvenil. Sin embargo, gozó de una de las mayores alegrías que al hombre le es permitido, la de viajar, la de ensanchar su mirada y su pensamiento más allá de la frontera y compulsar civilización con civilización, progreso con progreso, hombres con hombres e ideas con ideas, y así su espíritu se ensanchó, y la feliz amistad que le unió a Carlos Richet le hizo un experimentador que si bien no se educó en el laboratorio verdaderamente dicho, se ensanchó en el gran laboratorio de la naturaleza y sus experimentos fueron más bien psicológicos que anatómicos y fisiológicos.

Entonces empezó a amar al niño, y con la idea fija conque empezó entonces, vivió después y con ella ha muerto. Nacieron en aquella época sus altruismos y sus amores hacia el Sanatorio Marítimo, y esta fecha constituye su etapa más gloriosa y con ella la fundación del Sanatorio bajo la advocación de Santa Clara, de Chipiona, como homenaje al nombre de su santa madre.

Le acompañé una tarde de otoño a este Sanatorio. Era entonces un esbozo, unos cimientos que se alzaban en las bellas playas de Chipiona, pero se veía en aquellas rocas un germen tal, que yo le pronostiqué que en su día sería el monumento erigido a su memoria.

Doce o catorce niños nos acompañaron por entonces a cenar, a la Superiora, a Elisa Mendoza Tenorio, a Manolo y a mí, y en aquella noche inolvidable, con la visión de un apóstol y en aquella conversación tan única de Tolosa Latour, soñando despierto, como le sucedía muchas veces, desarrolló todo su pensamiento que ¡ojalá! le realicemos después los que nos podemos llamar sus herederos, si bien no sus imitadores, porque es muy difícil copiar el original.

Poco después volvimos a Chipiona y ya había dos pabellones más. Ya no lloraba creyendo perdidas sus esperanzas, ya sonreía al porvenir, y confiado en él se lanzó a su ley de Protección a la infancia, que si bien la firmó Sánchez Guerra honrándose al hacerlo, ni este ilustre Ministro, ni nadie, ha negado la paternidad de dicha ley al insigne Tolosa Latour.

Secretario de la Junta de Protección á la Infancia, asiduo en las discusiones de la Sociedad de Higiene, por el niño y para el niño, fué su lema. *Pro infantia*, esculpíó en su escudo, y nuevo cruzado de esta lucha sacrosanta, enhiesto el estandarte, casi pudiera ponerse en su tumba debajo de su nombre, su lema.

En la tercera etapa que, por lo breve, puede contarse por días, Tolosa Latour se había rejuvenecido como siempre entre llanto y risa. Optimista y pesimista, viendo todo negro ó todo rosa, pensaba en que en los escaños del Senado se oiría su voz y se atenderían sus ruegos. Bien sabía él que tendría que moderar sus ímpetus pensando que allí lo arrolla todavía todo la política. España no es un país pensador, porque ni concibe el concepto social médico y político, ni piensa que la redención nuestra no está en la compra de votos con dinero mal adquirido, ni en la lucha de hombres que titánicamente se arrojan unos á otros del poder, ni aun en la estructura de las leyes sociales que no han recibido el aliento vivificante de un pensamiento y que á veces son meras traducciones de conceptos sociales de otras razas y de otros hombres, pero en fin, allí, hubiera Tolosa Latour continuado nuestra campaña de política sanitaria. ¡Cuán lejos estábamos todos de creer que veinticuatro horas antes de esta victoria, no nacida por los méritos de Tolosa Latour, sino cogiendo á Tolosa en unas elecciones en las cuales no representaba su personalidad sino la personalidad de una Real Academia, no llamado, sino acogido al Cuerpo legislativo, no llevado, como, en Italia sucede con los hombres de mérito no político, por los altos designios de la Corona al Senado en forma de senadores vitalicios, pues allí se buscan las altas cumbres del pensamiento en todas las manifestaciones para que constituyan en el Senado una legión de hombres independientes, pensadores, luchadores de esencia y no de cosas; cuán lejos, repito, estábamos de creer que veinticuatro horas antes de esta victoria había de morir Tolosa Latour tan lleno de esperanzas y de alientos! Si alguna vez se piensa en España en la reconstitución democrática del Senado y se hace lo que es justo con la aristocracia del talento, como se hace con la aristocracia adquirida en la herencia, con la aristocracia de los laboratorios, de la cátedra, de la propaganda, de la sociología, de las luchas contra las penas de los deheredados, nos acordaremos todos, si es que vivimos alguno, de que Tolosa Latour hubiera sido seguramente uno de los elegidos para la senaduría vitalicia del saber, de la caridad y del altruismo.

He terminado esta silueta; si te gusta, á las máquinas, y si no, la rompes ó conservas como prueba de cariño de tu viejo amigo

ANTONIO ESPINA Y CAPO.

SOBRE LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA

Esta cuestión, puesta sobre el tapete por el Real decreto del Ministerio de Instrucción Pública, del que ya varias veces nos hemos ocupado, ha dado lugar á informaciones de distinto carácter que se han manifestado

por diferentes y muy numerosos trabajos, principalmente publicados por la prensa diaria. Pecan la mayor parte de tales informes de un vicio de origen, cual es el de partir casi exclusivamente del profesorado activo y oficial, lo cual hace que en su mayoría sólo de aspectos particularistas de la cuestión vengan á tratar en fin de cuentas.

Como verdadera excepción en este defecto puede considerarse el artículo del maestro Ramón y Cajal, que á continuación reproducimos, tomándole del periódico *El Sol* y en el que, como el que hace días publicamos, resplandecen la alta imparcialidad, los conceptos comprensivos y el frío análisis en que siempre inspira sus concepciones nuestro admirado amigo.

Dice así:

«He dicho ya que la autonomía universitaria, admirable en principio y como ideal lejano, no me entusiasma en el estado actual de la mayoría de los Cuerpos docentes españoles, cuyo personal, que mejora de día en día, no ha alcanzado aún en todas las Facultades aquella plenitud de cultura, de patriotismo y de sentido ético, sin los cuales la reforma pudiera malograrse entre la fruición exultante de los adversarios de la Universidad.

Un conocidísimo soneto de Quevedo dice:

*Que son las opiniones como zorras,
que unos las toma alegres y otros tristes.*

Yo tengo—lo confieso—tristes las opiniones.

¿Amarga experiencia de las iniciativas de las Facultades y de la organización de su régimen interior? ¿Convencimiento de que en materia de enseñanza, según se ha afirmado tantas veces, el particularismo y la libertad son lo reaccionario y regresivo (aludimos solamente á España), y la tutela y amparo del Estado lo liberal y progresivo? ¿Recelo de que, desaparecido ó atenuado el freno del Poder central, descienda lamentablemente el nivel ético y cultural de maestros y licenciados? ¿Persuasión íntima de que, al par que las demás Corporaciones de la nación, la Universidad sufre todavía los intolerables manejos del caciquismo?

De todo esto hay algo en mis actuales inquietudes, compartidas—y ello me sirve de triste consuelo—por buena parte del cultísimo profesorado informante.

Siento disentir de aquellos ingenuos optimistas para quienes «la función crea el órgano». Ni en biología ni en psicología hace la función otra cosa que perfeccionar órganos preexistentes. Harto sabido es que actividad diferenciada y estructura específica son conceptos correlativos. Ningún paralítico aprende á andar, ni hay caminante capaz de avanzar mucho si padece crónica anquilosis. La Universidad española, así como otras instituciones nacionales, necesita todavía, salvo contadas excepciones, la ortopedia y la vigilancia del Estado.

Esta brusca y radical concesión de la autonomía, substituyendo al método de ensayo gradual y parsimonioso, pedido por el Sr. Tormo y solicitado por las Universidades, me causa la misma sorpresa que me causaría la conducta de un criador de canarios, lanzando al espacio un pájaro recién salido del cascarón, en la es-

peranza de que desde el balcón á la calle acabarían de brotarle y crecerle las incipientes alas.

Pero abandonando generalidades inoportunas, ciñámonos al asunto. Dos hechos fruto de la reflexión, pero también de excusables estados sentimentales, se han producido recientemente. La Universidad ha pedido la autonomía, y el Sr. Silió, en un arranque de generosidad y de óptima intención—merecedor de plácemes fervorosos, — acaba de concederla amplísima y radical.

Seamos, pues, prácticos, como se dice en los banquetes, después de derrochar algunas horas en vacua retórica. Y veamos qué es lo que pudiera ser sugerido á la Comisión encargada de redactar el estatuto, al objeto de mejorar la reforma ó de hacerla menos deletérea. A ello nos invita el Ministro, con las explicaciones francas y nobles, dadas recientemente á la Comisión de catedráticos que le rindió el homenaje de su gratitud.

Afectan las siguientes indicaciones (que para evitar circunloquios estampamos en forma de proposiciones) á los puntos más inquietantes del decreto:

1.º El Tribunal de «examen de Estado» constará de cinco jueces, tres de ellos catedráticos numerarios y dos sacados á la suerte de una lista de competentes, formada previamente por el Claustro de cada Facultad. En la citada lista de capacidades figurarán exclusivamente doctores pertenecientes inevitablemente á Cuerpos cuyo personal se haya reclutado por oposición ó por concurso-oposición. Por ejemplo, para los Tribunales de Medicina, los competentes se tomarán de los Cuerpos de Beneficencia del Estado y provincial, con inclusión de los directores ó jefes de los Institutos oficiales de Higiene civil ó militar. Para la Facultad de Derecho, dichos competentes se entresacarán del personal de los Tribunales de Justicia y del Cuerpo Jurídico Militar, etcétera. En fin, en las pequeñas Universidades de provincias, en donde, por lo reducido de la población, resulte difícil escoger los competentes, y en que sean además de temer las funestas presiones del caciquismo local, uno de los competentes (ó catedrático, si se juzga mejor) pertenecerá al distrito universitario de Madrid,

Fuerza es confesar que la seriedad é imparcialidad del «Tribunal de Estado» quedarían también garantizadas con el Cuerpo especial de examinadores, mencionado en el Real decreto. Pero esta reforma, excelente en principio, aunque onerosísima para el presupuesto, tropezaría en la práctica con dificultades casi insuperables. Escogidos los jueces ambulantes entre las sumidades de la Cátedra ó entre los doctores del altísimo crédito profesional, resultaría casi imposible obligarles, con daño de sus intereses, á hacer durante los meses de Junio y Julio larga «tournée» por las provincias. Y si, por el contrario, se eligen al referido propósito médicos sin enfermos, abogados sin pleitos y licenciados en Ciencias ó en Letras de la clase de trotacolegios (aludimos, sobre todo, á los competentes), se correría el riesgo de que la grata y hasta suculenta hospitalidad acordada á los jueces por las Universidades provincianas, desarrugase los ceños más adustos y comunicara al Tribunal irresistible predisposición á la benevolencia.

2.º Los catedráticos numerarios y auxiliares serán

nombrados por oposición y el Tribunal tendrá necesariamente carácter interuniversitario. Los ejercicios, efectuados en Madrid, serán juzgados por dos catedráticos numerarios procedentes de la Universidad Central, otro también numerario perteneciente á la Facultad donde haya ocurrido la vacante, y, en fin, dos competentes tomados indefectiblemente de las listas aprobadas por aquella Universidad.

Bien se me alcanza que este método de seleccionar el futuro personal docente vulnera el espíritu y la letra del Real decreto; pero no hallo otra manera de contrarrestar en lo posible la tendencia al «indigenismo» y al «hermetismo» locales. Como la madre, cada Universidad sólo ama á sus hijos, por entecos y contrahechos que sean. Cuanto más, que la experiencia ha demostrado hasta la saciedad que sólo en Madrid, la inmensa mayoría de cuyos profesores son forasteros, los ejercicios de oposición ofrecen algunas garantías de imparcialidad. Además, lograríase de este modo cierta homogeneidad cultural interuniversitaria. Hoy mismo, gracias al método seleccionador parecido, cuentan los Centros docentes de provincias con maestros ilustres, que nada tienen que envidiar á los de Madrid.

3.º Que siendo, por razones fácilmente presumibles, poco probables las donaciones cuantiosas de personas extrañas á la Universidad (salvo honrosas excepciones, el potentado español créese un elegido de Dios, nunca del diablo, y reserva sus dones no á quienes le prometen cultura, sino á quienes le garantizan el cielo), el patrimonio de cada Facultad correrá por ahora á cargo del Estado, quien, en la forma que juzgare mejor y oídos el Claustro y la Junta del Material científico, costeará las nuevas Cátedras y concederá los subsidios materiales destinados á la creación de Laboratorios, Bibliotecas y Seminarios de estudios. Lo que equivale á expresar que mientras que la Universidad carezca de bienes suficientes, su autonomía económica quedará reducida á administrar libremente los que le otorgue el Estado, amén de los ingresos por matrículas y prácticas de laboratorio.

4.º Para remediar en lo posible las corrientes emigratorias de estudiantes, según la dirección de la menor resistencia, se exigirá en el plan de estudios de cada Universidad «un mínimo» de asignaturas, «un mínimo» de tiempo, que en ningún caso descenderá de los cinco años, y, en fin, «un mínimo» de prácticas de clínica, de laboratorio ó de seminario, al objeto de impedir las heroicas hazañas de ciertos alumnos de la clase de memoriosos, alentados por las excitaciones de muchos padres de familia, para quienes el ideal consiste en que sus hijos adquieran lo antes posible un título profesional, aunque no hayan visto un enfermo, ni se hayan asomado al anfiteatro anatómico, ni conocido de vista un aparato científico.

5.º Pedir al Estado que suspenda definitivamente la fundación de nuevas Universidades, interesándole además, que de las existentes se supriman aquellas Escuelas ó Facultades huérfanas de alumnos. Evitárase de este modo el triste espectáculo ofrecido por algunos Centros docentes de hechura estrictamente caciquil, en

los cuales se matricula á los bedeles para que abulten en el aula, ó se ofrecen graciosamente á médicos y abogados un título de licenciado en Ciencias ó en Letras, con tal de que asistan de vez en cuando á cátedra y se allanen á las suavisimas pruebas de un examen fernandino.

6.º Solicitar de la Superioridad que el Real decreto y el futuro estatuto, en oposición, según se ha dicho por muchos, con diversas disposiciones legales, sean convertidos en ley á fin de librar á la Universidad de los estragos de la inestabilidad ministerial y de ciertas mociones tendenciosas del Consejo de Instrucción Pública, en el cual, dicho sea de pasada, se impone urgentemente radical reforma. Esta podría consistir en eliminar á todos los consejeros notoriamente incompetentes, amén de los nombrados graciosamente por ciertos Gobiernos, sin más objeto que cobrar pingües dietas ó consolidar elevados sueldos reguladores, á los efectos de la jubilación (exgobernadores, etc., etc.). Si en España abundara el sentido común y un poco de civismo ilustrado, en dicho Consejo debieran figurar exclusivamente las lumbreras del profesorado y aquellos patriotas cultísimos enamorados de los problemas de la educación y de la enseñanza, ó autores de obras de tendencia pedagógica ó científica. Complázcome, sin embargo, en reconocer que en la actualidad existen algunos consejeros de este tipo (una tercera parte sobre poco más ó menos); mas, desdichadamente, su meritoria labor se malogra á menudo, á causa de las intrigas de los consejeros no técnicos, atentos solamente á la defensa de amigos ó clientes. Consejeros á quienes les importa una higa que una cátedra de Madrid recaiga en un sabio, en un inepto ó en un vividor.

Incluidas las precedentes bases en el estatuto, y contando con que el Sr. Silió, de cuyos rectos propósitos estoy plenamente convencido, modificará algunas disposiciones del Real decreto, inconciliables con las precedentes sugerencias, paréceme que la reforma universitaria podría marchar sin grandes tropiezos.

Pero no nos hagamos demasiadas ilusiones. Antes que la autonomía, reclama la Universidad otras urgentes transformaciones. Me contraeré solamente á señalar las más importantes.

a) El gran problema de la enseñanza española se cifra en la depuración del personal. Poco importa que el vaso aparezca artísticamente tallado si contiene un borbido indigesto. A este propósito, urge elevar progresivamente—mediante el concurso de instituciones ultraversitarias (ningún jorobado se cura por autosugestión)—la capacidad y eficacia del profesorado español, transformándolo de simple repetidor lamentablemente facundo, en serio y austero docente investigador. Pretencioso y vano fuera considerarnos como nación civilizada por el solo hecho de aplicar á la ciencia y á la industria métodos y descubrimientos imaginados por extranjeros. A este respecto, el desdén de los extranjeros, y singularmente de Gustavo Le Bon, es, por desgracia, excusable.

b) Supresión radical de la enseñanza libre, oprobio de la Universidad española y sorpresa de nuestros

visitantes extranjeros, que no aciertan á explicarse cómo un alumno recién llegado de su pueblo puede aprobar 17 y 20 asignaturas prácticas en dos ó tres días.

c) Nombramiento para toda cátedra que exceda de 100 alumnos de un auxiliar especial (algo así como el «docente privado» ó el «profesor extraordinario» de las Universidades alemanas), colaborador, bajo la dirección del catedrático numerario, en las tareas de la enseñanza oral y práctica. Absurdo y hasta criminal para la eficacia de la obra cultural parece encargar á un solo maestro la educación y enseñanza de 300 á 600 alumnos, faltos de formalidad y reflexión, é incapaces, por tanto, salvo algunas excepciones, de interesarse seriamente por los problemas científicos. Sabido es cuánto varía la psicología juvenil con el número de asistentes á clase. El profesor que explica á 50 discípulos tiene ante sí por lo menos á 40 ó 45 oyentes; pero quien perora ante 500 sólo es oído y atendido por 20 ó 25. Falla aquí la aritmética, ya que el animal humano es tanto más animal cuanto más copioso el rebaño de que forma parte.

d) Prestar al cargo de ministro de Instrucción Pública carácter exclusivamente técnico, conforme se viene ensayando con los ministros de Estado y de Marina. Por malo que, «ab initio», sea un alto funcionario, acabaría por ser excelente si desempeñara su puesto seis ú ocho años. Los dos primeros, claro está, se preocuparía preferentemente (se han dado también excepciones) de la familia y de los amigos; los dos siguientes se preocuparía seriamente de la enseñanza, y es casi seguro que (salvadas ciertas invencibles contumacias) en los últimos laboraría fervorosamente por la patria y por la gloria.

e) Prolongar el Bachillerato, ó si se quiere, el período del preparatorio, dos ó tres años más, á fin de que en la Universidad ingresen, en vez de chiquillos nostálgicos de las regocijadas y maleantes expansiones de los patios del Instituto, hombres hechos, al modo de lo que ocurre en Alemania, preparados concienzudamente para comprender y amar la ciencia y capaces de sentir altos y nobles anhelos.

f) Construir lo antes posible decorosos y adecuados edificios universitarios, así como bibliotecas y laboratorios de demostración é investigación. Vergonzoso é intolerable es que, en punto á construcciones docentes, Madrid tenga que envidiar á capitales de provincia de segundo orden. Si deseamos evitar la sonrisa despectiva de los extranjeros y dar á nuestras aulas un continente digno de su contenido, juzgo apremiante la creación en Madrid de una decorosa Universidad, de una Facultad de Medicina con amplio y saneado Hospital clínico, y, en fin, de una Facultad de Ciencias.

Excusado es decir que todas estas y otras reformas que excuso puntualizar, deben ser ejecutadas por el Estado. La Universidad autónoma jamás contará con recursos suficientes para ello. Harto hará con organizar decorosamente el «núcleo» de enseñanzas señaladas por el Gobierno y defender su estatuto de las audaces intrusiones de follones y caciques.

SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL

15-6-1919.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 24 DE MAYO DE 1919

Cardiopatías consecutivas á la gripe.

El Dr. ESPINA Y CAPO expone su criterio sobre cardiopatías, tema anunciado hace tiempo en la orden del día, y dice que la gripe se ha estudiado en la Academia en sus formas epidémicas y en sus leyes epidemiológicas, en sus formas clínicas y en sus indicaciones terapéuticas, pero se ha dicho poco respecto á las consecuencias, y es justamente una de las infecciones más traidoras; una de las que más se prolongan y en que el médico y el enfermo olvidan muchas veces que ella puede ser la causa de síndromes que se presentan á larga fecha, por ejemplo, la influencia nefasta que la gripe ha tenido sobre el músculo cardíaco. En las primeras etapas de los estudios de las enfermedades del corazón, apenas si se admitían como causa de las cardiopatías más que á procesos reumáticos antiguos ó modernos, y á la sífilis, hasta que con motivo de la epidemia gripal de 1890 pudo apreciarse que casi todos los enfermos del corazón habían pasado la gripe. Considera á ésta como una enfermedad general con localizaciones; no cree que sea una afección del aparato respiratorio y circulatorio, sino que se localiza en diferentes territorios, y que cuando ataca al sistema nervioso da síndromes trisplánicos muy manifestos ó síndromes neumogástricos muy claros. Siendo esto así, es natural que sea una enfermedad en que circulan las toxinas por la sangre, en que circulan las formaciones químicas de la gripe por la sangre produciendo una intoxicación muy parecida á la del óxido de carbono en sus generalizaciones, y como el glóbulo rojo no tiene más remedio que pasar por el corazón y que ir por las coronarias á regar este órgano, los músculos se riegan con esta sangre sucia, intoxicada, y no es ya la temperatura, que algo hace, sino la intoxicación lo que produce la miocarditis.

Estudia el proceso de las miocarditis de la gripe y recuerda los aletantos grandísimos conseguidos en lo que se refiere al tratamiento de las enfermedades del corazón, desde el momento que se ha dado á los músculos una preponderancia que no tenía, y ha dejado de ser el órgano pasivo de la circulación en el corazón, y la importancia que ha tenido y tiene la transmisión de la onda auricular al ventrículo, porque de aquí se induce que el carácter de las cardiopatías de la gripe es el de ser verdaderamente arrítmicas, el ser esencialmente de claudicación de la función muscular: si además se añade un proceso del pericardio ó del endocardio, el hecho, naturalmente, se complica más.

Dice que hay un número considerable de enfermos cardíacos que proceden de la gripe, y por lo tanto, es necesario que todo enfermo de gripe, tenga la localización que tuviera, sea sometido á un reconocimiento detenidísimo del corazón, porque en la gripe se vive ó muere por el corazón, y el pronóstico de este proceso no está tanto en las localizaciones de órgano como en el corazón; que todo clínico que asista á un griposo debe pensar que asiste á un cardíaco; hay que pensar en las convalecencias de la gripe en que el paciente necesita mayores cuidados, si cabe, que en el período culminante de la enfermedad, para evitar sorpresas y desgracias.

El Dr. Espina después de discurrir acerca de las diferentes lesiones cardíacas que suelen presentarse con motivo de

un estado griposo, pregunta si existe tratamiento para estas cardiopatías. Para ello se ha estudiado la fisiología patológica y se ha hecho terapéutica basada en este estudio; viniéndose en conocimiento de que las enfermedades del corazón no eran una cosa extraña, sino que es una cosa tan natural como la salud, y que responde á leyes tan fijas como la fisiología normal, es decir, que la función morbosa es tan fisiológica como la función sana. Como consecuencia de esto, ahora se hace la terapéutica fisiológico-patológica, la terapéutica de función, y esta es la gran conquista de la terapéutica moderna: que estudia la función patológica, de la misma manera que la fisiológica; por lo tanto, la cuestión de la terapéutica en lo que á las cardiopatías se refiere, está reducida al estudio de las funciones patológicas para sacar el partido posible, y ver de transformarlas en unas funciones compatibles con una normalidad aparente, que persista la lesión, si no puede dominarse; pero por lo menos que quede compensada con una función suficiente. Según este criterio, las indicaciones de la terapéutica en las cardiopatías están en ayudar al corazón. Uno de los medicamentos que hay que usar en estas cardiopatías es la digital, que no es un medicamento cardiomotor, como creía en sus primeros años de escritor, sino que la digital, cuando la tensión baja es hipertensiva, cuando sube es hipotensiva, es reguladora de la tensión (da á ésta lo que le falta y le quita lo que le sobra). Por esto en las cardiopatías de la gripe, la digital es un medicamento heroico que ayudado por una higiene bien estudiada (alimentación, vida reguladora, etc.), se obtienen resultados positivos.

El Dr. HERGUETA dice que es muy difícil relacionar como sostiene el Sr. Espina, una infección general (la gripe) y una localización (cardíaca), porque el corazón es un órgano al que se puede llegar por todas partes, y siendo esto así, hay que hacer una especie de clasificación para evitar confusiones, porque decir que la gripe influye sobre el corazón es y no es exacto. Hay griposos, cuya infección tiene una acción directa sobre el corazón, sobre el miocardio; hay otros en que la infección ejerce una acción indirecta sobre el corazón, que son aquellos en que obra sobre el sistema nervioso, y hay griposos en que esa acción se ejerce sobre la sangre. Son muy distintos los cuadros clínicos, y es muy distinta, naturalmente, la terapéutica que hay que emplear. Así es que la gripe es una infección *sui generis*, especial y específica; que ha sido siempre incluida entre las afecciones catarrales, y esta infección tiene, en general, la propiedad de atacar á los centros nerviosos y consecutivamente á las vísceras, lo que es de una importancia capital, tanto para la fisiología patológica del mal como para el pronóstico y la terapéutica. Por ejemplo: la localización más frecuente es la bronconeumónica, con ligeras localizaciones en las mucosas bronquiales, paresia vasomotriz del gran simpático que provoca congestiones difusas, tipo característico de la bronconeumonía, con limitadas fases inflamatorias, una congestión extraordinaria, y si esto ocurre en la bronconeumonía, lo mismo ha de suceder en el corazón, hígado, riñón, etc. Estas localizaciones, estas paresias, estos estados congestivos obligan al corazón á funcionar de una manera completamente anormal: aumento de tono, después relajación y luego estado hiposistólico en mayor ó menor escala según la energía que tengan los enfermos; según el tono nervioso que posean los enfermos, porque como la gripe ataca á los centros cerebrospinales, y sobre todo al gran simpático, resulta que las reacciones en estos enfermos son anormales, y la expresión de esto se tra-

SIL-AL

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

duce en pulso pequeño, depresible y flojo, lento, más flojo cuanto mayor ha sido la infección general. Se ausculta el corazón entonces, y se encuentra una disminución de los tonos cardíacos extraordinaria, y esta falta de energía, que choca también contra los obstáculos que presenta la circulación local entorpecida, obliga á intervenir para dar tono al corazón.

Añade el Dr. Hergueta que hay otros casos en que la infección va por la sangre; los gérmenes se ponen en contacto con el endocardio y ocurre una endocarditis de cierto género, ó un coágulo fibrilar que se diagnostica por la cianosis, y el enfermo que parece llegar á plena convalecencia, sucumbe víctima de una embolia. Recuerda dos ó tres casos vistos con el Dr. Cifuentes y con el Dr. San Martín.

Dice que la gripe es de las enfermedades que produce más víctimas, no sólo de un modo directo, sino también de sus consecuencias en que despierta lesiones al parecer dormidas, y después de la gripe asoma en los griposos la tuberculosis, el reuma, la nefritis, vesania... como pudo apreciar en la epidemia de 1890. Y siendo esto así, que es una ley que rige para todos, ¿cómo se había de escapar el corazón?

Termina diciendo que en la gripe más teme la acción del mal en los centros nerviosos que en las localizaciones, llamadas cardíacas, pulmonares, renales ó como se quiera, porque aquí está el eje de la cuestión, el alma del asunto, la acción letal de la gripe, y todo lo demás, lo es como consecuencia de esas alteraciones profundas de los centros nerviosos.

El Dr. SIMONENA dice que está conforme con el Sr. Hergueta respecto de que no hay razón alguna para que el corazón escape á lo que es ley general; que sólo pueden llamarse cardiopatías gripales á las que se demuestra el germen de la gripe, ó á aquellas otras que nazcan de la gripe indudable, en la diagnosticada clínicamente, y sobre todo, con exclusión de cualquiera otra causa que intervenga, porque no cabe duda que en la gripe pueden ocurrir muchas coincidencias con la gripe, pero no relacionadas patológicamente con ella; para que la cardiopatía sea gripal es preciso que haya sido determinada por el agente ó por la toxina de la gripe; que esto es difícil de encontrar, pero existe siempre el criterio clínico; que hay una especie llamada gripe, no porque sea producida por el agente específico, sino porque se diferencia de todas las demás infecciones. Pues bien, en este caso en que puede hacerse el diagnóstico clínico exactamente y excluirse toda otra acción patógena, entonces las cardiopatías, se deben atribuir á la gripe. Hay casos de esta naturaleza, no muchos, no sólo por lo que respecta al endocardio, sino también á lo que afecta al miocardio.

Termina manifestando que hay que distinguir perfectamente las cardiopatías netamente gripales en el sentido de las cardiopatías pregripales, que son mucho más frecuentes, porque todos los individuos que padecen del corazón pueden ver agravado el mal si son atacados por la gripe.

Dr. CESALDO

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo establecido en los ar-

tículos 6.º y 8.º del Real decreto de 9 de Enero del corriente año, y propuesta de la Facultad,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar á D. José Alberto Palanca y Martínez Fortún, D. Luis Rodríguez Illeras, D. Manuel García de Castro, D. José Sanchís Banús, D. Antonio Piga y Pascual, D. Sadi de Buen y Lozano, don José García Viñals, D. Luis Jiménez y Guinea, D. Ramón Jiménez y Guinea, D. Luis Recasens y Serrano, D. Dámaso Gutiérrez Arreses y D. José María Albiñana, auxiliares temporales de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, con carácter gratuito hasta que en los próximos presupuestos se consigne la dotación necesaria; entendiéndose que estos nombramientos quedarán sin efecto transcurridos cuatro años á contar desde el día en que los interesados se posesionen de sus cargos, salvo la excepción á que se refiere el último apartado del art. 6.º del expresado Real decreto.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Junio de 1919. — *Silió*.— Señor subsecretario de este Ministerio. (Gaceta 10 de Junio.)

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo establecido en los artículos 6.º y 8.º del Real decreto de 9 de Enero del corriente año, y propuesta unánime de la Facultad en los cinco primeros y por mayoría absoluta el último,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar a D. Sebastián Vizcaya y Lozano, D. José María Romero y Martínez, D. Eloy Domínguez Rodiño, D. Antonio Valencia Salazar, D. Manuel Izquierdo Gómez y D. Carlos Hernández Martínez, auxiliares temporales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, con carácter gratuito hasta que en los próximos presupuestos se consigne la dotación necesaria; entendiéndose que estos nombramientos quedarán sin efecto transcurridos cuatro años, á contar desde el día en que los interesados se posesionen de sus cargos, salvo la excepción á que se refiere el último apartado del artículo 6.º del expresado Real decreto.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Junio de 1919. — *Silió*.— Señor Subsecretario de este Ministerio. (Gaceta 13 Junio.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,4; mínima, 706,6; temperatura máxima, 31º,0; íd. mínima, 11º,3; vientos dominantes, NE. N. E.

Los reumatismos agudos articulares y musculares, las exacerbaciones de los crónicos, los ataques de gota y los cólicos hepáticos y renales han sido numerosos en la última semana, así como las congestiones y hemorragias de los órganos respiratorios y de los centros nerviosos.

Siguen siendo frecuentes las anginas tonsilares benignas.

Mortalidad de Madrid en Mayo de 1919 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

CARBOLAN
Pelrid's C.º, New-York.

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.º y 2.º grado, etc.

Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA).

	Promedio anterior.	Mayo. de 1919.
Menores de 1 año.....	201	123
De 1 á 4 años.....	186	129
De 5 á 19.....	100	86
De 20 á 39.....	209	195
De 40 á 59.....	239	244
De 60 en adelante.....	238	304
Sin clasificación.....	2	1
TOTAL.....	1.236	1.082

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Mayo. de 1919.
Fiebre tifoidea.....	9	7
Tifus exantemático.....	4	1
Viruela.....	6	3
Sarampión.....	24	2
Escarlatina.....	4	1
Coqueluche.....	12	7
Difteria.....	10	6
Gripe.....	29	37
Otras epidémicas.....	3	2
Tuberculosis pulmonar.....	150	160
Idem meningea.....	15	16
Otras tuberculosis.....	19	31
Cancerosas.....	53	56
Meningitis simple.....	89	49
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	53	48
Orgánicas del corazón.....	76	69
Bronquitis aguda.....	60	35
Idem crónica.....	29	26
Pneumonia.....	35	18
Bronco-pneumonia y otras.....	106	99
Enteritis (menores de dos años).....	56	37
Cirrosis hepática.....	13	6
Nefritis.....	39	39
Septicemia puerperal.....	5	4
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	43	22
Senectud.....	27	32
Otras enfermedades.....	260	268
TOTAL.....	1.236	1.082

Varones..... 539
Hembras..... 543

MORTALIDAD EN 1919

	Fallecidos.	Promedio diario.
Enero.....	2.124	68,52
Febrero.....	1.661	59,32
Marzo.....	1.894	61,10
Abril.....	1.278	42,60
Mayo.....	1.082	34,90

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE GRIPE EN MAYO DE 1919
Por grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
De 0 á 4 años.....	»	2	2
5 á 9 ».....	»	»	»
10 á 19 ».....	2	1	3
20 á 39 ».....	5	13	18
40 á 59 ».....	4	1	5
60 ó más.....	4	5	9
Sin clasificación.....	»	»	»
TOTAL.....	15	22	37

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	7	7	14
6 al 10.....	5	1	6
11 al 15.....	2	3	5
16 al 20.....	1	3	4
21 al 25.....	»	5	5
26 al 31.....	»	3	3
TOTAL.....	15	22	37

DIFERENTES FORMAS EN QUE HA SIDO DIAGNOSTICADA LA GRIPE

Gripe ó infección gripal.....	12
Bronconeumonía gripal.....	13
Neumonía gripal.....	3
Bronquitis gripal.....	1
Pleuro neumonía gripal.....	1
Enteritis gripal.....	2
Gripe abdominal.....	1
Gripe forma tífica.....	1
Gripe forma cerebral.....	1
Meningitis gripal.....	1
Uremia en infección gripal.....	1

MORTALIDAD POR GRIPE EN 1919

Enero.....	167
Febrero.....	153
Marzo.....	236
Abril.....	74
Mayo.....	37

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE BRONCONEUMONÍA EN MAYO DE 1919

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	8	8	16
6 al 10.....	10	7	17
11 al 15.....	7	4	11
16 al 20.....	8	12	20
21 al 25.....	2	6	8
26 al 31.....	8	5	13
TOTAL.....	43	42	85

MORTALIDAD POR BRONCONEUMONÍA EN 1919

Enero.....	241
Febrero.....	206
Marzo.....	247
Abril.....	117
Mayo.....	85

La mortalidad general que inició un franco descenso en el mes de Abril ha descendido en Mayo por bajo del promedio quinquenal anterior correspondiente á este mes.

Conviene recordar que los últimos días de Mayo y primeros de Junio de 1918 registraron el número más elevado de defunciones, pues pasaron de ciento diarias, siendo en el actual tan pocas que no llegan á treinta y cinco diarias para una población que de hecho tiene más de 700.000 habitantes.

Crónicas.

ESPAÑA

La Diputación de Alicante y los servicios de Beneficencia y Sanidad.—Recogiendo datos publicados por la prensa de aquella capital, volvemos á insistir sobre la necesidad de exigir de las Corporaciones provinciales un trato mejor á los acogidos en los establecimientos de Beneficencia y una remuneración regular de los servicios que en ellos se prestan por los facultativos.

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 "muestras", LABORATORIO PESQUI Prim 25-San Sebastián

Parece que, en general, todos los servicios dependientes de la Diputación de Alicante están desatendidos por completo, hasta el punto de que los niños de la Misericordia tienen como toda cena un vaso de un líquido que le llaman café, y un mendrugo de pan, después de habérseles suprimido la merienda.

También se dice que el servicio que realizaban los practicantes ha quedado suspendido en el Hospital provincial porque no recibían la remuneración señalada como pago a sus prestaciones.

No es la primera ni la vigésima vez que con igual motivo protestamos.

Los llamamientos que a los Gobiernos hemos hecho en otras ocasiones, debe tenerlos por reproducidos éste, y procurar que este escandaloso espectáculo no se vuelva a repetir.

Epidemia de meningitis en Castellón.—En el pueblo de Chert, donde hace algunos años se presentó con caracteres de intensa gravedad, ha vuelto a aparecer la epidemia de meningitis cerebroespinal.

Ningún dato oficial tenemos que confirme la noticia; únicamente la prensa da como cierto que con objeto de adoptar las medidas conducentes a evitar la propagación del mal, han marchado a aquel pueblo el gobernador y el inspector de Sanidad.

Expedientes de pensión informados por el Real Consejo de Sanidad en sesión del 10 del actual.—*Concedidas:*

Barcelona.—Caldas de Montbuy: D.^a María Rovira, viuda de D. Narciso Carrera.—Vilafranca del Panadés: Doña Josefa Pausas Rovira, viuda de D. Antonio Comas.

Cáceres.—Puerto de Santa Cruz: D.^a María Remedios Broncano, viuda de D. Antonio Vivas.

Madrid.—Robledillo de la Jara: D.^a Matilde Leis, viuda de D. Vicente Sande.

Pontevedra.—La Estrada: D.^a Carmen Calderón, viuda de D. Ramón Otero.

Salamanca.—Robleda: D.^a Isabel Herrero, viuda de don Víctor Viñuela.

Segovia.—M. M. de las Posadas: D.^a Florencia Gallego, viuda de D. Joaquín Sancho.

Zamora.—Toro: D.^a Francisca García Fernández, viuda de D. Ignacio Ruiz.

Zaragoza.—Aragón: D.^a Dolores G. Pérez, viuda de don Camilo F. Sanmamed.

Denegadas:

Albacete.—Almansa: D. José Díaz Real.

Logroño.—Arnedo: D.^a Felisa Majuelo, viuda de D. Simón Negueruela.

Valencia.—Alacuas: D.^a Teresa Masip, viuda de D. Carmelo Ramos.—Monseñat: D.^a Consue'o Mompó, viuda de D. Ildefonso Tejerizo.—Alfajar: D. José Wiergo.

En el Colegio de Sordomudos y Ciegos.—A fines de la semana pasada se ha celebrado en el salón teatro del Colegio Nacional de Sordomudos y Ciegos una función benéfica, en la que tomaron parte los alumnos ciegos señores Valero, Rodríguez, Tejedor, Zambudio, el profesor auxiliar señor Pérez y los pianistas ciegos D. Ciriaco Pérez y D. Florencio Ledesma.

En primer lugar se representó la leyenda mística, de María Terry, «Las Tres Virtudes», adaptada por D. Agustín de Figueróla, hijo del expresidente del Consejo de Ministros Conde de Romanones.

Después se celebró un concierto vocal, en el que intervinieron las señoritas Mercedes Vidal y Rosa Romaguera, don Agustín de Figueróla y los Sres. Vidal y Castro.

Por último, la bailarina Damayanti ejecutó varias danzas. La concurrencia fué distinguida, y el rendimiento de la fiesta superior a lo que se tenía calculado.

La fiesta de la Flor en Bilbao.—El día 13 del corriente, y a las diez de la mañana, se constituyeron en la capital vizcaina las mesas petitorias.

Estas se hallaban instaladas en la Diputación, Banco de Vizcaya, plaza de San Vicente, Arenal, San Antón, calle de San Francisco y en el Ayuntamiento.

Grupos de señoritas, elegantemente vestidas y provistas

de cestos con flores artificiales, asaltaron incesantemente los transeúntes.

Se recibieron importantes donativos de diferentes entidades y de particulares.

Lo recaudado en las calles asciende a la suma de 22,700 pesetas. De cinco a ocho de la tarde, se celebró una fiesta en el Recalde Park, que estuvo muy concurrida y en la cual se obtuvo la suma de 1.400 pesetas.

La gripe en los barcos.—Noticias recibidas de Las Palmas y que publica la prensa diaria, dan cuenta de que procedente de la República Argentina ha llegado a aquel puerto el vapor español *Reina Victoria Eugenia*.

Durante la travesía parece que se desarrolló a bordo la epidemia gripal.

Llevaba dicho barco 1.585 pasajeros y más de 62.000 bultos para Cádiz, Valencia y Barcelona.

La gripe se desarrolló pocos días después de haber salido el barco de Montevideo.

Los primeros atacados han sido aislados, y gracias a esto la invasión no adquirió terribles proporciones.

La epidemia, merced a las medidas adoptadas, no ha producido más que tres defunciones.

Necrología.—El día 2 de los corrientes falleció en Collado (Villalba) la virtuosa señora Doña Vicenta Pérez Poio, esposa de nuestro distinguido colaborador y reputado ginecólogo Dr. D. Policarpo Lizcano.

Reciba su familia nuestro más sentido pésame.

FRANCIA

Instituto de Medicina Colonial.—Ha sido creado recientemente en París el Instituto de Medicina Colonial para dar a los médicos franceses y extranjeros una enseñanza teórica práctica de las enfermedades tropicales.

Los cursos durarán dos meses y medio aproximadamente.

La sesión correspondiente al año 1919 comenzará el 6 de Octubre y finalizará en los últimos días de Diciembre.

Podrán inscribirse los estudiantes que tengan aprobadas 16 asignaturas y los doctores en Medicina franceses y extranjeros. Al término del curso los estudiantes sufrirán un examen y obtendrán el título de «médico colonial de la Universidad de París».

Disposiciones generales.—La enseñanza teórica y los experimentos en los laboratorios se darán en la Facultad de Medicina (Escuela práctica, rue de l'Ecole de Medicine) en los laboratorios de Patología experimental y comparada, de Parasitología y de Higiene. La enseñanza clínica se dará en el Hospital de Auteuil. La teórica y de laboratorio todos los días de la semana, menos los lunes, en las primeras horas de la tarde en la Escuela práctica y la clínica dos veces por semana a las diez de la mañana en el Hospital d' Auteuil.

Los derechos de inscripción y demás detalles vienen ampliados en la *Presse Medicale*, núm. 32, correspondiente al lunes 9 de Junio.

El personal de los hospitales está descontento.—Recientemente se ha venido notando una cierta agitación entre el personal de los hospitales de París que reclama, sin haberlo podido obtener todavía, la aplicación de la jornada de ocho horas sobre la base de nueve de asistencia con una intermedia para comer y quince consecutivas de descanso.

Estadística municipal de la ciudad de París.—Durante la 21.^a semana se han registrado 739 fallecimientos en lugar de 826 en la anterior semana y en vez de 837, término medio en la estación.

La viruela ha producido dos defunciones y se han señalado siete casos nuevos (término medio 0).

La meningitis cerebro-espinal ha causado un fallecimiento y se ha registrado un caso nuevo.

En la semana 22.^a se registraron 747 fallecimientos.

La viruela causó otro y la meningitis cerebro-espinal, cuatro.

ITALIA

Necrología.—El Dr. R. Fusari, catedrático de Anatomía de la Universidad de Torino y antes catedrático de Histología de Messina, ha muerto a la edad de sesenta y dos años.

PEÑACASTILLO

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

Sus trabajos sobre Histología y Embriología han sido premiados varias veces en su país y en el extranjero, y se dice que su colección de modelos anatómicos es lo mejor que existe.

ALEMANIA

El tifus en Alemania — En toda Alemania han sido colocados carteles llamando al público la atención contra los piojos, como portadores del tifus y otras enfermedades. El aumento del tifus se atribuye al fracaso de las autoridades en el procedimiento de despiojar a los soldados alemanes que vuelven de Rusia.

Como se ve, la teoría de nuestro director el Dr. Cortezo, es ya universalmente aceptada.

Muerte trágica de Doederlein. — Según noticias recientes, el profesor Albert Doederlein se encontraba entre los rehenes que se dicen fusilados en Munich durante los últimos disturbios.

Doederlein era catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Enebingen, desde 1897. Antes había sido durante algún tiempo profesor de la Universidad de Groningen (Holanda).

Había escrito mucho sobre fiebre puerperal, etc.

Defunción. — La *Hederlandsh Tijdschrift* anuncia la muerte del profesor H. Arouson, de Berlín, conocido pediatra, a la edad de cincuenta y tres años.

INGLATERRA

Prohibición de la vivisección de perros. — Un proyecto de ley prohibiendo experimentos que puedan causar dolor o enfermedad a los perros, ya sean con o sin anestésicos, ha sido presentado al Parlamento y lo está considerando uno de los comités permanentes. Hablando en contra de esta ley, Sir Watson Cheyne, en su capacidad de cirujano que ha ejercido por cuarenta años, dijo que no podía, pensando en su responsabilidad, perder cualquiera posible fuente de información que le ayudase a realizar su trabajo mejor. Refiriéndose a los experimentos llevados a cabo en la investigación del cáncer dijo: «Si pasáis esta cláusula en la forma presente, podréis causar la muerte de muchas personas que de otro modo quizás habrían vivido. Os suplico que no toméis esa responsabilidad.» A pesar de esto el proyecto fué recomendado por el comité por una mayoría de 17 votos en contra de 13.

AMÉRICA DEL NORTE

El aumento en el Seguro y la epidemia de gripe. — Las nuevas inscripciones para el Seguro de las Compañías de este ramo que trabajan en Nueva York durante los cuatro primeros meses del año actual han sido duplicadas. Las Compañías atribuyen este aumento a la prosperidad en general y a la epidemia de la gripe. Los que han estudiado los efectos de la mortalidad de la epidemia de gripe sobre los Seguros dicen que las nuevas inscripciones aumentan con la mortalidad de la gripe y que ha continuado constantemente hasta llegar ahora a un punto sin precedentes en la historia del Seguro. Las Compañías se habían preparado para hacer frente a las bajas que creían experimentar con motivo de la guerra y otras causas; en lugar de bajas, si los aumentos siguen del mismo modo serán de 50.000.000.000 de pesetas en vez de 29.000.000.000 en 1918.

Donativos. — El Mount Sinai Hospital de Nueva York ha recibido 750.000 pesetas de los Sres. Blumenthal, en memoria del joven Georg Blumenthal, para la construcción de un edificio auditorio sobre los terrenos del hospital. Será el edificio décimosexto del grupo Mount Sinai.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto

recibirá 125.000 pesetas todos los cursos por un período de veinticinco años, de Sir John y Lady Eaton.

Muerte de un médico ilustre. — Comunican de Nueva York que el Dr. Edward Lindeman, una de las principales autoridades en Medicina y especializado en la materia de transfusión de la sangre é inventor de una jeringuilla especial para esta operación, ha perecido ahogado al tomar un baño en el Atlántico City.

GENERAL

La oficina americana de la infancia. — En Agosto de 1917 empezó a funcionar en Francia un «Children's Bureau» que mantenía la Cruz Roja norteamericana. De su importancia transcendental hablan suficientemente los datos que a continuación copiamos:

Durante los diez y ocho meses de su existencia la «Oficina de los niños» ha socorrido directamente a más de 250.000 niños franceses. El número de establecimientos instalados con este fin asciende a 108, de los cuales, 17 eran hospitales, 69 dispensarios, 9 casas-cunas y 7 establecimientos diversos.

Además, ha prestado la asistencia de su médico ó de sus enfermeros a 54 instituciones, de las cuales 9 eran hospitales ó enfermerías, 42 dispensarios y 3 casas de convalecencia ó colonias infantiles. Además, alrededor de 300 instituciones francesas privadas han recibido una ayuda financiera ó material. Unos 32.000 niños de las escuelas de París han recibido suplementos de alimentación, por medio de cantinas escolares.

Han repartido unos 2.000.000 de folletos para la divulgación de los procedimientos aplicables a la higiene del niño.

Terminada la guerra se propone la Cruz Roja norteamericana bajo el nombre de «Obra internacional del bienestar de la infancia», unir a su esfuerzo el de las principales naciones europeas.

Al presente número acompaña un suplemento, cuya lectura recomendamos, sobre lista de precios de **Inyectables**, preparados 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*. J. J. y S. ESCOFET, Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros 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 MÉDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRESA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 552

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.

¿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.