

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

### REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	F. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	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:

*Ginecología 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: Sífilis general y psicosis sífilíticas, por el Dr. Gonzalo R. Lafora.—Importancia desde el punto de vista clínico de la deposición del niño en Patología infantil, por el Dr. José E. López-Silveiro.—Un caso de desmorfización en el domicilio del enfermo, por el Dr. César Juarros.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El delito sanitario, por José Franco Rodríguez.—Los muertos de hambre, por G. Marañón.—Fraternitas medicorum.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

## SIFILIS GENERAL Y PSICOSIS SIFILITICAS

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

Expatólogo del Manicomio federal del Washington.

El problema de la sífilis del sistema nervioso central, ha experimentado en estos últimos tiempos considerables avances por los progresos de la anatomía patológica y de la serología. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de los procesos sífilíticos y metasífilíticos ha variado completamente en la última década. Hoy es posible diagnosticar prematuramente numerosas formas de sífilis, antes desconocidas, y tratarlas de acuerdo con principios más científicos y sometidos á la guía de los resultados, proporcionados por los análisis serológicos, químicos y citológicos del líquido cefalorraquídeo y de la sangre.

Por otra parte, la confirmación serológica y parasitológica (Noguchi y Moore) de la antigua suposición de que toda parálisis general es debida á la sífilis ha hecho modificar el concepto antiguo de la metasífilis y aproximar cada vez más los procesos sífilíticos y metasífilíticos, englobándolos bajo el término *neurosífilis* (1) y diferenciándolos entre sí por la extensión de las lesiones anatomopatológicas; es decir, concibiendo como formas preferentemente parenquimatosas las metasífilíticas

cas y como meningo-vasculares las sífilíticas. Algunos autores (Jelliffe y White) describen ya conjuntamente ambos procesos de la sífilis nerviosa, incluyendo la parálisis general y la tabes en los tipos parenquimatosos de la neurosífilis. Por otra parte, los métodos de tratamientos son hoy idénticos, desde que éstos han progresado con la utilización de las vías intrarraquídea é intracraneal y desde que se sabe que hay casos difíciles de diferenciar entre la parálisis general y las formas pseudoparalíticas de la sífilis cerebral (pseudoparálisis general) aun empleando los más modernos métodos de diagnóstico.

Muchas enfermedades nerviosas que hace años se estudiaban como entidades individualizadas, figuran hoy como síndromes localizados de la sífilis nerviosa; tal sucede con la paquimeningitis cervical hipertrofica y con la neuritis óptica. Otras afecciones de etiología desconocida, como la esclerosis múltiple, parecen tener relacion con la neurosífilis, a juzgar por los modernos estudios histopatológicos de casos incipientes, ó bien deben ser procesos parasitarios semejantes.

En la descripción sintomatológica haremos primero hincapié de los diferentes síndromes neurológicos que produce la sífilis cerebral y luego describiremos las psicosis que esta misma enfermedad puede producir, pues sabido es que hay casos en que domina el cuadro clínico mental sobre el neurológico. No nos ocuparemos en este trabajo de las enfermedades parasífilíticas,

(1) Véase Southard y Solomón: *Neurosyphilis*, Boston, 1917.



## CAUSAS

La sífilis nerviosa es una enfermedad muy común, y merced á los variadísimos síndromes neurológicos y psiquiátricos á que da motivo, puede decirse que es la afección más importante de la neuropatología. Fordyce (1) cree que el 25 por 100 de los sífilíticos sufren más ó menos tarde de procesos sífilíticos del sistema nervioso, por lo que ha aconsejado examinar el líquido cefalorraquídeo de todo sífilítico para evitar á tiempo el desarrollo de la neurosífilis. Por eso ha dicho que «el tratamiento de la sífilis nerviosa debe ser principalmente profiláctico».

La sífilis nerviosa puede iniciarse al mes ó á los dos meses de la infección primaria; también muchos años después. Puede, asimismo, aparecer en cualquier período de la sífilis y no exclusivamente en el terciario como antes se creía (Nonne, Mott).

La enfermedad afecta preferentemente á los individuos del sexo masculino, lo que depende de que es más frecuente la infección en el hombre, y de que éste por su vida activa está más predispuesto que la mujer á afecciones nerviosas.

En estos últimos tiempos se ha discutido mucho si hay diferentes clases de virus sífilíticos y si existe una especie que posee toxinas especialmente tóxicas para el sistema nervioso («sífilis de virus nervioso» de los franceses). Hay tres hechos que deben tenerse en cuenta al estudiar este problema, á saber; a) que diferentes miembros de una misma familia infectados en diferentes focos de origen, padecieron sífilis nerviosa, lo que hace pensar en una predisposición familiar del sistema nervioso á ser afectado por las toxinas sífilíticas; b) que se han observado muchos matrimonios en que uno de los miembros infectó al otro de sífilis y luego ambos padecieron neurosífilis, de la misma ó de diferentes formas, lo que hace atribuir al mismo «medio ambiente» ó género de vida la explicación del fenómeno; y c) que es frecuente que individuos diferentes infectados de un mismo origen sufran todos neurosífilis, lo que nos lleva á admitir la existencia de un virus nervioso específico. Los trabajos recientes de Fischler, Plaut y Görin, y de Nonne han venido á demostrar que el factor «predisposición familiar» y el factor «medio ambiente» tienen poca importancia etiológica y que, por el contrario, parece cada vez más segura la existencia de una sífilis nerviosa por especificidad de la toxina ó del germen. Fischer (2) ha llegado también á esta conclusión en un concienzudo trabajo bibliográfico, y además afirma que la llamada «sífilis benigna» ó latente sin recidivas, es la que más conduce á la sífilis nerviosa ó es la misma sífilis nerviosa. Esta sífilis benigna rara vez produce gomias, por lo que alguien ha supuesto que la sífilis gomosa casi inmuniza contra la metasífilis.

Church (3) dice que actualmente pueden producirse variaciones raciales en los espiroquetes tanto *in vivo*

como *in vitro* y que en el Laboratorio de la escuela médica militar norteamericana obtienen ya razas diferentes del espiroqueto, que unas producen chancros duros y otras no, unas que dan lugar á muchas manifestaciones mucocutáneas y otras no, y cree que con el tiempo, si se puede determinar la fuente de infección del paciente y el período de la enfermedad y sus características en el portador originario del germen cuando infectó al enfermo, estaremos capacitados para pronosticar el curso probable que seguirá el enfermo en observación.

Para Mott (1) hay razas especiales de espiroquetas con una electividad especial por el sistema nervioso central, del mismo modo que sucede entre los tripanosomas con el tripanosoma gambiense.

## SINTOMATOLOGÍA

La sífilis cerebral da lugar á síntomas muy variados, imitando á casi todos los procesos orgánicos del cerebro y psicosis. Estas apariencias diversas dependen de la localización del proceso inflamatorio, que unas veces se limita á la convexidad, otras á la base del cerebro ó bien á los vasos. De aquí que se estudien aparte las diferentes formas de la sífilis cerebral, aunque teniendo siempre presente que rara vez estas formas son puras, pues nunca el proceso inflamatorio se localiza exclusivamente en la base ó convexidad, sino que es más ó menos general. Ahora bien; á causa de la mayor cuantía de las lesiones en una estructura determinada, dominan los síntomas que corresponden á dicha localización. Enumeraremos, por tanto, los *síntomas generales* ó comunes á casi todas las formas y los *síntomas especiales* de cada una al describir detalladamente las formas clínicas.

## SÍNTOMAS GENERALES

Los síntomas clínicos que orientan al práctico hacia el diagnóstico de la sífilis cerebral son, aparte de la historia clínica, la cefalalgia, los trastornos pupilares, los vómitos, los mareos y vértigos y los síntomas focales, tales como parálisis, anestias, afasias.

La cefalalgia sífilítica es muy persistente y se exagera al acostarse el enfermo. Hay diversos tipos de ella según las formas clínicas; predominan en la meningitis de la convexidad.

Los trastornos pupilares no son constantes más que en las formas meníngeas de la base, pero su presencia tiene un gran valor para el diagnóstico.

En las formas vasculares dominan los síntomas focales por trombosis vasculares.

El examen del líquido cefalorraquídeo nos proporciona los llamados *signos de laboratorio* que en la sífilis cerebral dan un Wassermann positivo en un 30 ó 35 por 100 de los casos (especialmente en las formas meníngeas, pues en las gomatosas y vasculares es casi siempre negativo); linfocitosis, que es más alta en las formas meníngeas; aumento de las globulinas y de la albúmina; y reacción de Lange (oro coloidal) que pro-

(1) FORDYCE: Syphilis of the nervous system (Med. Record, 1916).

(2) O. FISCHER: Gibt es eine lues nervosa? (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1913).

(3) CHURCH: Some modern views of syphilis of the nervous system (Journ. Amer. med. Associat., Mayo, 1916).

(1) MOTT: Nature of the condition termed parasymphilis (Arch. of Neurol. and Psychiatry, 1914).



duce curvas entre 122110000 en las formas vasculares y 1233211000 ó 33211222000 en las meníngeas.

#### FORMAS CLÍNICAS

La *sífilis de los huesos craneales* se observa bajo la forma de gomas. Estos comprimen la masa encefálica y determinan los síntomas de los tumores cerebrales. Se produce cefalalgia, náusea y vómitos, insomnio, pulso lento, como síntomas generales, y además los síntomas focales propios de la localización, tales como convulsiones epileptiformes, monoplejías ó hemiplejías, afasias, parálisis de nervios craneales. La cefalalgia está preferentemente localizada en la región afecta, la cual es muy sensible á la percusión. La radiografía es un valioso auxiliar para establecer el diagnóstico.

La *sífilis meníngea de la convexidad* puede ser difusa ó estar localizada en zonas, con algún goma pequeño, con la de la base, tiene de común la inconstancia y variabilidad de los síntomas, que unas veces sólo aparecen brevemente, ó bien se marcan poco, y la multiplicidad de los mismos (*Nonne*) por afectar diferentemente á las estructuras de diversas regiones. Las reacciones serológicas dan un Wassermann positivo en la sangre en un 60 por 100 de los casos, y en el líquido cefalorraquídeo hay pleocitosis (linfocitosis), generalmente alta, aumento considerable de las globulinas, Wassermann generalmente positivo, aun empleando 0,2 c. c. de líquido, y la curva de Lange varía alrededor de las cifras 1233211000 ó 33211222000.

El síntoma más constante es la *cefalalgia* de tipo paroxístico, predominantemente nocturno ó exacerbado al acostarse. La cefalalgia indica que el proceso sífilítico afecta á las meninges, pues son éstas las partes sensibles y no la masa encefálica. A veces la cefalalgia se inicia poco tiempo después de la infección primaria (en algunos casos sin que ésta haya aparecido) y también puede presentarse muchos años después de la infección. El líquido cefalorraquídeo puede mostrar considerables alteraciones en estos casos de meningitis sífilítica del período primario y secundario, según han demostrado los trabajos de *Hauptmann* (1) y *Burns* (2), y por ello es conveniente la práctica rutinaria de la punción lumbar en los casos de sífilis secundaria, según aconseja *Fordyce*. Un síntoma muy frecuente que acompaña á la cefalalgia son los *vómitos* cerebrales en algún caso raro unidos á crisis gástricas de tipo tabético. También son comunes los *vértigos*. Raras veces se observa edema papilar como signo de compresión. Otro síntoma general que se observa á veces son ciertas *anomalías psíquicas* que acompañan á la cefalalgia, tales como atontamiento y apatía; también se producen en los casos agudos marcados trastornos psíquicos del tipo de los delirios infecciosos (*Fournier*) y en las formas de meningitis crónica difusa síntomas de una demencia progresiva. La semejanza clínica con la parálisis general llega á ser tan marcada algunas veces que sólo pue-

den diferenciarse por los signos del laboratorio (seis reacciones).

La irritación que las lesiones meningo-corticales producen sobre los centros de la convexidad da origen á diversos *síntomas focales*. Entre éstos citaremos las convulsiones epilepticas, ya generales ó ya de tipo jacksoniano, que algunas veces dejan tras de sí trastornos paralíticos pasajeros. De la misma naturaleza son los ataques de afasia transitoria consecutivos á focos meníngeos en la región de Broca. También pueden producirse otras parálisis (monoplejías y hemiplejías) ó trastornos sensoriales, tales como hemianestesia, hemianopsia y asteriognosis, como un caso tratado con éxito por nosotros.

La *sífilis meníngea de la base* es más común que la de la convexidad, debido á que en esta región se reúnen los vasos y vías linfáticas del cerebro y la aracnoidea forma aquí remansos á los lados de la silla turca y del quiasma óptico (*Rumpf*), donde hay terreno más apropiado para el desarrollo de los espiroquetes.

Los síntomas *generales* son los mismos que en la de la convexidad, pero con ligeras variantes. La cefalalgia es muy intensa y se localiza más hacia la región frontal y fosas oculares. Tampoco faltan los vómitos y vértigos. La neuritis óptica y el edema papilar es más frecuente que en la de la convexidad. La temperatura se encuentra ligeramente elevada en algunos casos, lo que sirve, por lo general, para diferenciarla de la meningitis tuberculosa. En muchos casos se produce *poliuria y polidipsia* como síntoma de lesión de la hipófisis (diabetes insípida).

Los síntomas *locales* son, en cambio, muy distintos de la meningitis de la convexidad.

Los diferentes nervios craneales pueden ser aisladamente afectados ó estarlo varios á la vez. Así se observan anosmias por lesión gomosa del nervio olfatorio. En un 30 ó 40 por 100 de los casos hay síntomas del nervio óptico, rara vez primarios, es decir, de los que á la estructura nerviosa sin lesionar sus envolturas, y mucho más frecuente secundarios, por empezar por las cubiertas meníngeas (perineuritis). Se produce éxtasis papilar y más tarde neuritis óptica con atrofia neurítica. En algunos casos se produce edema papilar sin trastornos visuales. En otros raros sobreviene la atrofia papilar, simple, como degeneración secundaria descendente (lesión gomosa de los ganglios ópticos de la base ó de la cinta óptica). La perturbación visual puede ser periférica ó central y también pueden observarse diversas formas de hemianopsia por lesiones del quiasma ó de las cintas ópticas.

El motor ocular común está, por lo general, afectado y se observa que la lesión va comprendiendo sucesivamente á las diferentes ramas del mismo, produciendo primero una ptosis, luego una parálisis de un recto interno y más tarde de los otros músculos oculares ó de la pupila. Esto depende del hecho anatómico siguiente: las agrupaciones celulares en que está dividido el núcleo del nervio ocupan una extensa zona en dirección anteroposterior en el istmo del encéfalo, y de ésta surgen separadas sus diferentes raíces hasta con-

(1) HAUPTMANN: Die Diagnose der "frühluetische Meningitis", aus dem Liquorbefund (Asamblea de alienistas alemanes en Karlsruhe, 1913)

(2) BURNS: Cerebral syphilis in the secondary stage (*Méd. Record*, Septiembre 1914.)



gregarse en un tronco único, y además la parte anterior del núcleo está irrigada por diferente arteria (rama de la cerebral posterior) que la parte posterior (ramitas de la arteria basilar). También pueden estar afectados los otros nervios oculares (IV y VI pares). La rigidez pupilar refleja (signo de Argyll-Robertson) y la rigidez pupilar total pueden observarse en la sífilis basilar y son siempre signos que deben hacer pensar en la sífilis cerebral.

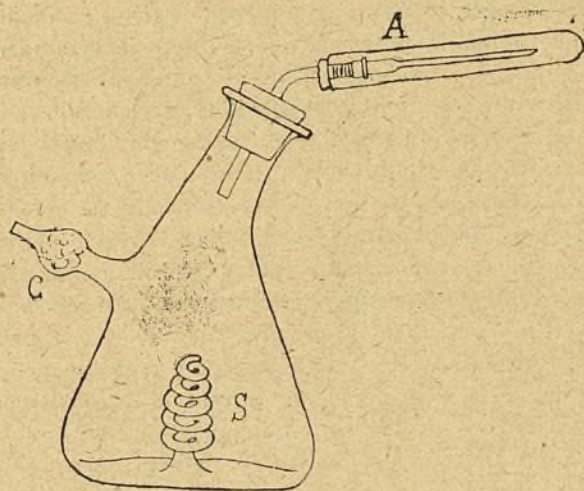
Cuando el trigémino está afectado se observan trastornos en el reflejo corneal, anestesia ó neuralgia facial. Muy frecuentes son las parálisis faciales. El acústico á veces está afectado, produciéndose sorderas ó zumbidos, y también vértigos del tipo de Menière. Cuando están afectados los últimos pares craneales se producen los correspondientes síntomas gustativos, cardíacos, respiratorios neurálgicos. En algunos casos pueden observarse síntomas de lesiones en el puente ó en el bulbo (glucosuria y poliuria, etc.).

Los síntomas psíquicos pueden ser muy variados, dominando el tipo de apatía, atontamiento y hasta coma. También son comunes los síndromes maniácos ó los confusionales, rápidamente curables, y á los que sigue después, si no se les trata, el embotamiento intelectual y el coma.

La *sífilis vascular* del cerebro (forma arterítica) puede observarse poco tiempo después de la infección primaria (á los dos ó tres meses) ó muchos años después (hasta cuarenta). Los síntomas *prodrómicos* generales son: la cefalalgia, el vértigo, el insomnio y trastornos psíquicos de tipo neurasténico (irritabilidad, pérdida de memoria, astenia). Además, se produce un estado de semiconsciencia con amnesia, que Heubner comparó con la embriaguez («*rauschartige Zustand*»). Esta forma de somnolencia y sopor se presenta en forma de ataques que son debidos á extravasaciones ó al edema producido por las oclusiones incompletas de los vasos (trombosis incompleta).

Más tarde aparecen los *síntomas locales*, determinados por las oclusiones vasculares y reblandecimientos consecutivos, que comprenden centros funcionales importantes. Se producen todo género de parálisis, anestias, afasias y apraxias, agnoscias, según el vaso afectado. Pueden ser transitorias ó quedar permanentes. Cuando un individuo menor de cincuenta años presente varios ataques sucesivos de parálisis, debemos pensar siempre en la *sífilis vascular* y encaminar nuestras investigaciones diagnósticas en dicho sentido. Debemos tener presente que en la forma de la sífilis cerebral no es raro encontrar un Wassermann negativo de la sangre, por lo que debe siempre investigarse el líquido cefalorraquídeo, en el que algunas veces se comprueban indicios de un proceso inflamatorio, tales como linfocitosis medianas, aumento de las globulinas, curvas poco marcadas de la reacción de Lange (112321000); el Wassermann, en cambio, es casi negativo. En algunos casos raros todas las reacciones son negativas. En presencia de un análisis positivo y de parálisis pasajeras y recidivantes y de algunos otros síntomas generales en un individuo todavía joven, estableceremos el diagnóstico

de sífilis vascular del cerebro. Así como los reblandecimientos son muy comunes en la endarteritis sífilítica, la hemorragia cerebral es muy rara, contrariamente á lo que se observa en las lesiones ateromatosas vasculares de la arterioesclerosis cerebral. Por eso, en la forma



Frasco para extraer la sangre (Dr. Escudé.)

- A) Aguja esteril.
- C) Parte que se conecta con el frasco aspirador de Potain.
- S) Espiral á la cual se adhiere el coágulo.

vascular de la sífilis cerebral suelen faltar los ictus apopléticos al presentarse las parálisis, las cuales se inician lentamente como por una trombosis. Muchos de estos enfermos curan después de sus parálisis y quedan sin trastorno intelectual.

En algunos casos dominan las lesiones en los pedúnculos cerebrales ó en la protuberancia, produciéndose el síndrome pseudobulbar con risa y llanto espástico ó los variados síndromes protuberenciales cruzados.

La *neuritis óptica* constituye en algunos casos un síntoma de la *tabes* ó de procesos meningo-encefálicos de la base, pero en ocasiones depende de procesos parenquimatosos primitivos del nervio óptico y se presenta como afección independiente, por lo menos, desde el punto de vista clínico. Estos enfermos sólo presentan ligeras modificaciones en los reflejos rotulianos (exageración) y el líquido cefalorraquídeo suele dar todas las reacciones positivas y curvas bajas de la reacción de Lange.

#### PSICOSIS SIFILÍTICAS

La sífilis produce ciertos estados semejantes á las neurosis, como la nerviosidad, la neurastenia, la histeria y la epilepsia y psicosis de tipo hipocondríaco, depresivo, maniaco, paranoico y demencial (pseudoparálisis general).

La relación de estos estados psicóticos con la sífilis no debe aceptarse más que cuando por la historia clínica podamos encontrar relación de causalidad entre la sífilis y el estado mental subsiguiente (*Kraepelin*).

¿Qué mecanismo patogénico da lugar á la psicosis? Se han dado muchas explicaciones, considerando como mecanismos: las alteraciones de la sangre, las perturbaciones circulatorias del cerebro, la intoxicación de las células nerviosas por los venenos sífilíticos, el trauma psíquico de la infección y los trastornos metabólicos



producidos por el tratamiento antisifilítico. En realidad, varios de ellos deben intervenir en cada caso.

Plaut (1) acepta cuatro posibilidades patogénicas, a saber: que la psicosis es directamente producida por la sífilis; que representa una manera peculiar de reacción; que la enfermedad orgánica despierta una psicosis latente independiente de ella; ó que se produce una combinación casual de una enfermedad orgánica con una psicosis funcional independiente.

En la *simple nerviosidad* el individuo está irritable, intranquilo, se queja de pesadez de cabeza y de torpeza y de dolores reumatoideos erráticos. Suele observarse este estado á poco de iniciarse la infección. Según algunos, depende de las alteraciones sanguíneas y vasculares que se producen, y, según otros, de la irritación meníngea (Fournier y Lang), pues se comprueba una ligera linfocitosis del líquido cefalorraquídeo.

La *neurastenia sifilítica* ha sido muy discutida como entidad clínica, suponiéndose que es determinada por el trauma psíquico de la infección sobre individuos predispuestos, pero en muchos casos parece depender de la intoxicación que la infección trae consigo y se observa que los individuos afectos mejoran mucho más rápidamente por la cura antisifilítica que por la anti-neurasténica, cosa que no sucedería si la neurastenia fuera independiente de la acción del virus sifilítico (Nonne). Los síntomas son: malestar nervioso, dificultad para pensar, irritabilidad, insomnio, pesadez de cabeza, molestias vagas en el cuerpo, fenómenos de ansiedad y tristeza. La neurastenia sifilítica se observa también poco después de la infección primaria, pero se conoce con el nombre de período pseudo-neurasténico la fase inicial de la parálisis general, en el cual generalmente hay cierto déficit mental y los análisis de sangre y líquido cefalorraquídeo dan todas las reacciones positivas que sirven para el diagnóstico diferencial.

Las *formas histéricas* no son raras y ocurren en individuos predispuestos en los que la sífilis actúa como «agente provocador» en el sentido de Charcot. Corresponden al grupo del histerismo tóxico (alcohólico, saturnino, arsenical).

La *hipocondría* se manifiesta principalmente bajo el aspecto de la *sifilofobia* y es común en médicos infectados ó en individuos neuróticos que se observan mucho y se entregan á lecturas médicas. La depresión hipocondríaca es también común como fase prodrómica de la parálisis general. No deben confundirse estos estados verdaderamente sifilíticos con la sifilofobia propiamente dicha de los psicasténicos abstinentes, que temen haber adquirido una supuesta sífilis por contactos extrasexuales (por beber en vasos infectados ó dormir en sábanas usadas por sifilíticos.)

La *epilepsia sifilítica* propiamente dicha no es la forma sintomática dependiente de una lesión gomosa próxima á la región motora, ni la que se observa en los procesos metasifilíticos, sino la que es indiferenciable sintomáticamente de la genuina y que se observa mu-

cho tiempo como *único* síntoma de la enfermedad y es poco influenciado por el tratamiento específico. Es una afección rara que se observa en sifilíticos antiguos y que se manifiesta por ataques epilépticos distanciados y hasta por verdaderos estados crepusculares. Varios años después de solo presentar este síntoma aparecen otros que indican su naturaleza sifilítica cerebral. — La epilepsia parasifilítica es sobre todo patente en los casos de parálisis general juvenil, los que durante varios años permanecen indagnosticados y considerándoseles simplemente como niños epilépticos. También hemos observado convulsiones epileptiformes en tabéticos.

La *melancolía* puede observarse en todos los estados de la sífilis y debe atribuirse sólo á ésta cuando se observe en individuos que nunca tuvieron otro ataque melancólico, cuando no hay predisposición familiar y la sintomatología mejora rápidamente por el tratamiento específico.

En algunos enfermos recientemente infectados de sífilis se observan ataques bruscos de *excitación maniaca* determinados por la brusca reacción congestiva de las meninges á la infección. Recordamos el caso de un sujeto joven que bruscamente se despertó excitado, mató su hijo golpeándole contra la pared y aun tuvo varios días de gran excitación; el líquido cefalorraquídeo dió las reacciones de una meningitis sifilítica incipiente. Muy frecuentes son también los estados de excitación violenta en sifilíticos latentes cuando contraen una infección de otro orden, especialmente la gripe; hemos podido observar varios casos en la reciente epidemia. En algunos casos raros de antiguos sifilíticos con algún síntoma neurológico se han observado estados parecidos á las depresiones y excitaciones de la psicosis maniaco-depresiva de Kraepelin.

(Continuará.)

## Importancia desde el punto de vista clínico de la deposición del niño en Patología infantil

POR EL

DR. JOSÉ E. LÓPEZ-SILVERO, de Habana,

Las alteraciones que puede sufrir el organismo del niño, debido á su escasa edad y poco desarrollo funcional, nos hace que dediquemos preferentemente estas líneas á éste en sus dos primeros años de vida, donde los peligros son grandes y ofrece al clínico mayores dificultades que vencer.

Normalmente al nacer el niño presenta una disminución de los jugos digestivos. La saliva no posee el poder sacarificante que la del adulto, debido á la falta de desarrollo de las glándulas destinadas á esta secreción.

Del tercer mes en adelante ésta aumenta en cantidad, y la transformación del almidón en glucosa se realiza más fácilmente.

Las glándulas secretoras del estómago tampoco han llegado á su completo desenvolvimiento, pero no obstante la cantidad de C.H segregado, es suficiente para mantener el equilibrio de los cambios químicos que se operan á este nivel. De todos los fermentos gástricos que aparecen bajo la forma de pro-fermentos (Pawlow), el lab es el más abundante.

En lo que respecta al hígado, la secreción biliar es más

(1) PLAUT: Die luetische Geistestörungen (Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1909.)



abundante que en el adulto, lo cual tiene su explicación si nos fijamos en el considerable aumento del hígado de los recién nacidos; si grande es su volumen, pobre es la bilis en ácidos biliares, pudiendo por este motivo ser absorbida incompletamente la grasa por una disminución del poder saponificante de estos ácidos. Al mismo tiempo los procesos de fermentación y putrefacción a lo largo del tractus intestinal, son más frecuentes, lo cual prueba una disminución de la defensa natural y un lugar de menor resistencia en el organismo del niño.

La digestión pancreática se lleva a efecto por la acción de un triple fermento, que se manifiesta desde el nacimiento y que tiene la particularidad de que los fermentos diastásicos son escasos, razón por la cual debe excluirse al niño de toda alimentación farinácea antes de los cuatro meses. El fermento tripsico es el más activo de los fermentos pancreáticos. Además tenemos la polipasa, que asociándose a la bilis y actuando sobre ella, produce la desintegración de las grasas en glicerina y ácidos grasos, y por último, la erepsina, lactasa, maltasa, etc., que existen en mayor proporción en el niño que en el adulto.

Vistas sucintamente las condiciones del aparato digestivo del niño, y vista la escasez de los fermentos digestivos, se comprenderá fácilmente la frecuencia de las afecciones gastrointestinales en éstos y la gravedad que reviste en la mayoría de los casos.

Esta hiposecreción, acompañada de una alimentación impropia ó exagerada, acarrea a la larga ó brevemente una alteración manifiesta en la nutrición íntima del niño. El niño pierde en peso, su facies se demacra, su carácter risueño y juguetón se torna en lloroso y sombrío, y junto con los demás síntomas, adopta una forma de gastroenteritis crónica, ó bien el cuadro aparece bruscamente con una gravedad inusitada.

El cambio de carácter, la inapetencia, la falta de un sueño tranquilo durante la noche y la alteración de la deposición, son signos que aparecen y preceden bien a la primera fase patológica en el niño, la perturbación del balance nutritivo, en que éste pierde en peso, y sin embargo, su funcionamiento gastrointestinal está lo suficientemente compensado, capaz por sí sólo de mantenerse en estas condiciones durante un tiempo más ó menos largo, ó bien puede manifestarse como síntomas prodrómicos de un cólera infantum, gastroenteritis aguda, dispepsia ó catarro gástrico agudo, etcétera.

Tan diversas afecciones, las cuales para poder llegar a una clasificación se ha tropezado con grandes dificultades, porque en algunas como el cólera infantil los fenómenos de intoxicación predominan, al paso que otras veces son verdaderas toxi-infecciones; en las primeras las lesiones anatomopatológicas son nulas, con gravedad extrema, y al contrario, en otras las lesiones son muy manifiestas y el cuadro clínico no se presenta con caracteres tan alarmantes. Por estas razones expuestas, toda clasificación ofrece serias dificultades, pero tanto en aquellas en que las lesiones anatomopatológicas son notables, como en aquellas en que son casi completamente nulas, el quimismo gastrointestinal es de lo primero que se afecta, lo que se traduce por una alteración en la deposición del niño.

A veces ocurre que los caracteres macroscópicos de la deposición del niño son semejantes ó parecidos en afecciones gastrointestinales distintas, en cuyo caso ayudado de los demás signos físicos que se presentan a la vista del médico y haciendo un examen microquímico de la deposición se podrá llegar a un diagnóstico, base de un tratamiento racional.

Por estos motivos es de gran interés esta cuestión que

lleva en sí la vida del enfermo, el examen detenido de la deposición del niño. Es un arma que puede ser de mucha utilidad para el profesional, pues con un diagnóstico temprano seguido de un tratamiento adecuado, las probabilidades de éxito son mucho mayores.

Si recordamos que el intestino del niño es la morada de un número considerable de bacterias, muchas de ellas simples saprofitos, que debidos a cualquier desequilibrio nutritivo ó cualquier funcionamiento defectuoso, pierden su poder de ser simples saprofitos para convertirse en bacterias virulentas, fácilmente nos damos cuenta lo que representa para el niño sano el tener una flora intestinal abundante.

Las defensas naturales del niño están atenuadas, pues si bien durante los primeros días la madre le suministra los anticuerpos, antitoxinas, precipitinas, estimulinas, sensibilinas, etc., que lo preservan de multitud de infecciones, dándole un verdadero poder inmunizante, no quiere esto decir que la defensa natural del niño sea grande. El niño tiene que realizar tres cosas: vivir, crecer y nutrirse, y estando su organismo en evolución, resulta que su poder de defensa es débil.

En las heces fecales de un niño sano predomina una sola especie microbiana. Estos elementos son alargados, rectilíneos unos, más ó menos encorvados otros y tienen gran semejanza con el bacilo diftérico y como él se colorea por el método de Gram. Poseen además una particularidad que se refiere a la orientación de cada uno de los bastoncillos, que tienden a la divergencia, bifurcándose, por cuyo motivo tienen una forma de Y griega, con todos los caracteres de un anaerobio y que recibe la denominación de bacillus bifidus de Tissier.

Cuando el niño está enfermo el aspecto de su deposición cambia; coloreadas por el método de Gram y eosina, se observa que los bacillus bifidus son menos abundantes y además se ven coco-bacilos coloreados por la eosina y decolorados por el Gram, el bacterium coli. Células descamadas del epitelio intestinal pueden aparecer, así como abundantes hematies y mucus, leucocitos, etc., producidos por el estado que pueda ofrecer la mucosa gastrointestinal.

Es constante la aparición en las heces fecales de los niños que padecen de gastroenteritis, el bacilo coli-comuni, el proteus vulgaris, paracoli-comuni, piocianico y disenterico, este último escaso.

Siendo el intestino un campo apropiado para la reproducción y multiplicación bacteriana, resulta que las fermentaciones de los desechos de las substancias albuminóideas, cuyas moléculas son cada vez más complejas, son favorecidas por la presencia del factor bacteriano, cuyos microorganismos, muchos de ellos gasógenos, producen y facilitan la formación del hidrógeno sulfurado, sulfuro de carbono, amoníaco, indol, fenol, escatol, etc., etc., capaz a veces de producir verdaderas trombosis. No debemos olvidar además la importancia que tienen en Patología infantil las proteínas y ptomainas extrañas, que retenidas en el interior del organismo pueden causar graves desórdenes.

Visto lo que antecede, y consideradas las causas que pueden dar lugar en el niño sano, al ser alterado su organismo por cualquier trastorno intestinal, comprenderemos la importancia que tiene la diarrea en el niño desde el punto de vista clínico, sin llevar nuestra asección a lo abstracto y con los datos que he podido recoger en las estadísticas del servicio de Pediatría del Dispensario Tamayo en los tres últimos años:

Año de 1915: Niños inscritos, 2.245; con trastornos gastrointestinales y de los órganos anexos, 1.012.



Año de 1916: Niños inscritos, 1.995; con trastornos gastrointestinales, etc., 1.201.

Año de 1917: Niños inscritos, 1.966; con trastornos gastrointestinales, etc., etc., 1.232.

De tan numeroso contingente de niños, pude apreciar que los trastornos gastrointestinales son más frecuentes en los meses de calor y de lluvia, que en la estación de los fríos ó de sequía. Esta particularidad señalada por otros autores tiene por causa la alimentación, la fácil descomposición de la leche, y también la alimentación de la vaca cuando el líquido alimenticio procede de una res en que su alimentación hervidora por vegetales tiernos en la época de las lluvias, tienen como una consecuencia lógica la alteración de los principios alimenticios de la leche, siendo muy rica en agua é hidrocarburos, y dotada de poca grasa en su composición.

Una leche mal digerida, bien porque los fermentos digestivos del niño sean insuficientes, ó bien por una alimentación defectuosa, puede provocar una inflamación en el intestino delgado, y debido á la irritabilidad del mismo, su contenido es expulsado al exterior, sin haberse realizado metabolismo alguno.

La diarrea, cuando existe una intolerancia alimenticia, varía. Así en un caso de dispepsia ó catarro gástrico, por exceso en la alimentación, las deposiciones son muy variables; éstas pueden tener un aspecto semi-pastoso de color normal, otras verdosas con grumos blanquecinos, de ácidos grasos incompletamente saponificados, otras son amarillas, claras, espumosas.

Como regla general podemos decir: que la deposición normal del niño es de consistencia pastosa, sin forma propia, y observada sobre el pañal no lo moja más de un centímetro por fuera del borde del mismo. Es además de aspecto homogéneo, y de color amarillo de oro, un tanto brillante y desprovisto de restos alimenticios.

En las gastroenteritis agudas como lo hemos podido observar en Cuba, la diarrea ha sido un síntoma constante en todos los casos y á veces hasta una marcada constipación ha podido observarse. Tienen un aspecto grisáceo, blanquecino con más frecuencia y algunas gris-verdoso, siendo poco frecuentes, de cinco á seis al día.

### Conclusiones.

A. Como puede observarse, no hay reglas fijas que regulen la alimentación en los niños atacados de trastornos gastrointestinales, pero debo hacer constar que la dieta hídrica no prolongada más de veinticuatro horas, y el uso de anti-sépticos poderosos, seguida de una minuciosa observación de la deposición es muy beneficiosa para el sujeto enfermo. En los casos particulares de cólera infantil y casos subagudos, agudos ó crónicos de trastornos gastrointestinales, el profesional puede aplicar los diversos tratamientos empleados según las condiciones del enfermo.

B. La diarrea, tanto para la madre como para el médico, es de suma importancia; para la madre, porque es «la voz de alarma» y no debe de perder tiempo alguno en colocar al pequeño en manos de un facultativo; y para el médico, porque por un examen de la misma puede éste determinar, examinado el enfermo, el grado de la infección, y si ha sido debida á la intolerancia de algunos de los componentes de la leche, natural ó artificial, y que una leche debidamente preparada en un Laboratorio dietético puede detener la absorción incompleta de la leche y evitar futuras complicaciones.

Este es el método que he seguido durante el tiempo que

he tenido á mi cargo el servicio de Pediatría del Dispensario Tamayo de la Habana y los resultados han sido muy satisfactorios. El empleo de fórmulas especiales de leche se viene realizando entre nosotros hace poco tiempo, pero hemos tratado por todos los medios á nuestro alcance de aminorar el grado elevado á que ha llegado la mortalidad infantil, combatiendo las enfermedades del tractus gastrointestinal y educando en lo posible á las madres en el cuidado de su prole.

## Un caso de desmorfinización eo el domicilio del enfermo

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Son cada día más frecuentes en España los casos de morfomanía, y este grave riesgo para los intereses nacionales, hállese aumentado por la falta de suficientes centros especiales de tratamiento y por el prejuicio, no limitado á los profanos, sino extendido también á muchos médicos, de que la morfomanía no tiene tratamiento, ó lo tiene tan limitado que equivale á no tenerlo.

Contra tal idea hay que ir enérgica y perseverantemente por tratarse de error falto de toda justificación.

Cierto que el ideal sería fundar en nuestro país unos cuantos Sanatorios dedicados *exclusivamente* á la desmorfinización. Sanatorios con personal educado de modo especial y en los cuales resultara posible llevar á cabo la aplicación indiferente, según lo demandara la calidad del enfermo, de los diversos métodos conocidos de desmorfinización.

Aquí, como en tantas otras cosas, existen dos puntos de vista diferentes: el teórico y el práctico.

Teóricamente no cabe discusión. No existe nada comparable al Sanatorio especial; pero no habiendo como no hay en nuestro país este género de instituciones, ¿qué hacer? ¿Cruzarse de brazos y presenciar cómo el veneno arruina vidas y destroza posibilidades de felicidad y triunfo?

Nadie encontrará razonable semejante actitud, sobre todo si se tiene en cuenta la posibilidad de realizar la desmorfinización, *con pleno éxito*, en el mismo domicilio del enfermo.

No se trata de concepciones teóricas, sino de hechos al alcance de todas las comprobaciones. Son ya varios los enfermos que he logrado desmorfinizar así en su propio domicilio; pero aquí quiero referirme de modo exclusivo á un conocido literato que se ponía *ciento cincuenta centigramos diarios* de morfina, empezando ya á sentir los efectos de tamaña intoxicación en la calidad y cantidad de su trabajo.

Hombre de exquisita sensibilidad, este su especial temperamento contribuía á dificultar la curación, haciendo muy difícil la cooperación de la voluntad del enfermo.

El método á que recurrí, como en veces anteriores, fué el de Sollier, ligeramente atenuado. Los métodos bruscos son absolutamente impracticables á domicilio, y el de Oscar Jennings, salvo ciertos casos especiales, en los cuales resulta indispensable, morfínómanos de muchos años, de dosis superiores á dos gramos ó con alguna enfermedad crónica, se hace excesivamente lento.

Para garantir la vigilancia empleé dos practicantes especialmente educados por mí, y la desmorfinización tuvo lugar en cuarenta días, sin otra complicación que una pequeña fase de delirio onírico.

Como medicamentos auxiliares utilicé sólo los alcalinos, la estircina, el veronal y la bromidia y unas pequeñas cantidades de alcohol en los primeros días de la convalecencia.

Este sencillo arsenal terapéutico y la falta de todo género de complicación, constituye valioso alegato en pro de



la idea, que hace mucho tiempo vengo defendiendo, de cómo el método de Sollier y aun el mismo de Oscar Jennings puede llevarse á cabo con total éxito dentro de la casa de los enfermos.

Con vigilar el estado del corazón, combatir el estreñimiento, aun cuando resulte necesario dar un purgante diario, y atender un poco á las necesidades psicoterápicas, está todo hecho.

Vista esta experiencia nadie podrá justificar una morfomanía en la falta de instituciones especiales. Los métodos de Sollier y Jennings no presentan ni peligro para el enfermo ni dificultad para el médico.

Son además métodos que permiten una gran flexibilidad de aplicación, haciéndose fácilmente adaptables á toda clase de enfermos; aun cuando el hecho de haber conseguido una desmorfización sin incidente alguno desagradable, no sea nada merecedor de echar las campanas á vuelo, encierra la suficiente ejemplaridad para decidir á los médicos generales á poner en práctica el sistema y para abrir á las familias imposibilitadas de enviar al enfermo á los sanatorios extranjeros, nuevos horizontes de esperanza, justificando su publicación.

## Periódicos médicos.

### OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. Tratamiento de la eclampsia, por el Dr. Jaschke.

Es la eclampsia la enfermedad de las teorías como ha dicho alguien, pero también es verdad que en lo único que respecto de ella están conformes todos los autores es en su gran mortalidad.

Constituye la causa del 1 por 100 de la mortalidad total femenina en Europa y nada significa el hecho de que la mitad de estos casos de muerte no se produzcan en el coma eclámpico mismo, sino después, á causa de neumonías por inhalación. Siempre que se presenta la eclampsia va acompañada de una nefropatía grave con albuminuria intensa, hipertensión y edemas. El mejor tratamiento es el profiláctico que es fácil y de resultados seguros; consiste en suprimir las albúminas de la alimentación hasta donde sea posible, así como las grasas, dando en cambio hidratos de carbono sin limitación alguna. Mas como la nefropatía no suele ser de muy larga duración, los fenómenos eclámpicos se presentan antes de que haya intervenido el médico, y lo que éste se encuentra es una eclampsia completamente constituida. El tratamiento se resume como sigue: 1.º, una inyección de 15 miligramos de clorhidrato de morfina. Un cuarto de hora más tarde se hace una anestesia superficial con éter para facilitar el cateterismo y reconocer mediante el tacto el estado del cuello de la matriz y la presentación y posición del feto. Si de este examen resultase posible, se terminará el parto rápidamente; 2.º, aprovechando la narcosis se hace una sangría de unos 500 c. c.; 3.º una hora después de la inyección dos gramos de hidrato de cloral y dos horas más tarde otra inyección de la misma dosis de morfina. Cuatro horas más tarde otros dos gramos de cloral, dosis que se repite á las seis horas. Pasadas ocho horas gramo y medio de hidrato de cloral; 4.º, en casos muy graves se pondrán al día dos inyecciones de 500 c. c. de solución de Ringer:

Cloruro de sodio.....	6 gramos.
Cloruro de calcio.....	20 cen igramos.
Cloruro potásico.....	40 —
Bicarbonato sódico.....	8 —
Agua.....	1 litro.

Disuélvase.

(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 11-XII-1919).

## CIRUGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. Sobre la transplatación nerviosa libre como sustitución de los defectos nerviosos, por el Dr. R. Eden.

— Comienza el autor por recordar los buenos resultados que este método ha dado en experimentos hechos en animales y que á pesar de ser poco usado se ha visto en la necesidad de recurrir á él á falta de otros mejores para reparar pérdidas de substancia nerviosa. El primer caso que cita es el de un mosquetero que recibió un casco de granada en el antebrazo derecho. Después de curada la fractura que se produjo quedó una parálisis del radial que exigió la liberación de este nervio. Extirpadas las cicatrices quedaba una porción de unos 10 centímetros sin nervio que rellenaron mediante una porción de nervio peroneo extirpado de una pierna que acababan de amputar. Al cabo de nueve meses del injerto á pesar del masaje y de las corrientes eléctricas según los extensores sin movimiento, razón por la cual fué preciso hacer una nueva liberación. La porción injertada se encontró muy modificada; ya no era tejido nervioso, sino que por su aspecto macroscópico y según demostró luego el examen microscópico estaba constituido por tejido conjuntivo laxo.

El puente estaba indudablemente en vías de degeneración, pero no era la degeneración Vallaeriana típica, y además llama la atención el tiempo que ha invertido esta degeneración en apoderarse del nervio. Desde luego falta toda cicatriz típica á nivel de los empalmes y no se comprende ni por el estudio macroscópico ni por el microscópico (probablemente dependerá de condiciones especiales inherentes al extremo central) la causa de que no haya sido neuitizado el segmento intermedio y por lo tanto que no se haya restablecido la continuidad del radial. Este caso le sirve al autor para afirmar que una porción de nervio libremente transplantada no subsiste, sino que degenera, y aunque parezca aventurado hacer una generalización de lo que ha observado en un solo caso no lo es si se tiene en cuenta que esto mismo ocurre con todos los tejidos de la economía y mucho más en las hemoplastias como la presente que en las autoplastias.

Aparte de este caso en que el injerto fracasó, hay otros verificados en animales y en el hombre mismo que demuestran la posibilidad de alcanzar resultados positivos por este procedimiento.

La primera condición necesaria para este buen resultado es que el injerto se haga traumatizando poco y á merced de secciones limpias. Conviene que el injerto tenga una estructura estriada longitudinalmente y que no sea tejido muy apretado. Para cumplir estas dos últimas condiciones nos parece el tejido más adecuado otra porción de nervio. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 6 de Noviembre de 1919).

## NEUROLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El síndrome pelagroso y la posible transformación pelagroide de ciertas psicopatías crónicas. — El Dr. Gimeno Riera hace un estudio minucioso de esta afección y reseña tres historias clínicas de los numerosos casos por él observados, sacando las siguientes conclusiones:

1.ª Carece de todo fundamento sólido el criterio que admite la existencia de una pelagra verdadera y una falsa pelagra, pues ambas tienen la misma sintomatología y pueden seguir la misma evolución; ignoramos, además, cuáles son las causas productoras de una y otra, y por estas razones, me-



por que hablar de pelagra y pseudopelagra, debemos limitarnos a adoptar el calificativo de síndrome pelagroso.

2.<sup>a</sup> En la etiología de este síndrome interviene, según todas las probabilidades, un *factor endógeno* que desempeña un papel muy importante en la producción del mismo.

3.<sup>a</sup> El síndrome pelagroso puede aparecer en algunos estados psicopáticos crónicos con carácter de manifestación tardía y duradera de los mismos, y muchas veces como gravísima complicación terminal de aquéllos. (*Aragón Médico*, Agosto 1919.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**2 La hiperglicemia en los trastornos mentales, por F. H. Kooy.**—El autor en un prólogo histórico recuerda que hace ya largo tiempo que se conoce la influencia de las emociones en el origen y curso de la diabetes sacarina. Ya Tomás Willis en 1674 hacía notar la influencia sobre esta enfermedad de la «tristitia diuturna item affectus convulsivus».

Recuerda luego todos los trabajos en los cuales se demuestra una relación entre las emociones deprimentes y la aparición de una glucosuria, así como la frecuencia de este síntoma en los neurópatas.

Pero la glucosuria puede producirse por dos mecanismos completamente distintos: con hiperglicemia ó sin ella (diabetes renal). Todos los casos en que la glucosuria se debe á una acción sobre sistema nervioso va acompañada de hiperglicemia (picadura de Cl. Bernard, de Aschner y Jacob, diabetes diuretífica, etc.).

La «picadura» produce la hiperglicemia por este mecanismo: Del sistema nervioso central el estímulo es llevado á las cápsulas suprarrenales por los espláncnicos (principalmente el izquierdo), las cuales excitadas segregan una cantidad mayor de adrenalina, que vertida en la sangre excita el hígado, moviliza el glucógeno y ocasiona la hiperglicemia y como consecuencia la glucosuria.

La hiperglicemia y glucosuria emocionales tienen el mismo origen según todas las probabilidades. El autor aduce las experiencias demostradoras del aumento de adrenalina en la sangre de animales presa de fuertes emociones deprimentes (Cannon, de la Paz, Elliot) y así también la hiperglicemia y la glucosuria ocasionada consecutivamente en estos mismos animales.

Después de este preámbulo declara en el primer capítulo haber adoptado para sus determinaciones la técnica de Bang (1916). Realiza luego investigaciones en personas normales que no sufren ninguna enfermedad somática, colocadas en las mismas condiciones de temperatura, perfectamente separadas y de la misma edad poco más ó menos (los años aumentan la cantidad de glucosa en la sangre). El término medio de diez hombres y diez mujeres es de 0,70 á 1,10 por 1.000, cifra que coincide con la de Bang. Un considerable aumento ha sido observado después de la comida.

Pasa en seguida á estudiar la hiperglicemia en los trastornos mentales, procurando eliminar cuidadosamente todo error de diagnóstico por el estudio detenido de las historias clínicas.

En la *demencia precoz* ha escogido sólo diez hebefrénicos, en los cuales encuentra solo hiperglicemia en los casos en que hay excitación catatónica ó alucinaciones ansiosas.

Los resultados coinciden con los de la mayor parte de los autores que han trabajado sobre el asunto, excepto los de Heidema. El autor recusa los diagnósticos de los enfermos que presenta Heidema como precoces y explica de este modo la disparidad de los resultados obtenidos.

En la parálisis general progresiva la literatura clásica habla ya de frecuentes glucosurias. El autor estudió nueve

enfermos, de los cuales seis completamente tranquilos y encuentra en ellos hiperglicemia que atribuye con bastante imprecisión á las lesiones de la parálisis general progresiva.

Estudia ocho enfermos de epilepsia, para concluir, que fuera del momento de la crisis no hay hiperglicemia en este cuadro clínico.

Dedica especial cuidado al estudio de la hiperglicemia en la melancolía. Después de analizar 19 casos cree poder asegurar que es el estado emocional el responsable de la hiperglicemia.

En la confusión mental, neurastenia y psicastenia hay hiperglicemia en los enfermos que se hallan en estado emocional.

En los enfermos maníacos, la proporción de azúcar en la sangre está aumentada en los casos en que el trastorno mental se acompaña de alteraciones emocionales. No existe apenas hiperglicemia en las formas hipomaníacas.

Discute, luego de recogidos los hechos clínicos, las teorías de Cannon y Gaskell.

Comienza asegurando que la hiperglicemia en los trastornos mentales se debe exclusivamente á las emociones, principalmente las deprimentes.

La hiperglicemia del perturbado tendría el mismo mecanismo que la descrita por Cannon en los animales.

Cannon cree que esta hiperglicemia tiene como finalidad proporcionar á la sangre la glucosa necesaria para el mantenimiento de la actividad muscular que exigen los actos de defensa provocados por la emoción, lucha y fuga. Esta hiperglicemia sería la consecuencia del estado de excitación simpática ocasionado por la hiperadrenalinemia.

Gaskell piensa que tanto el sistema nervioso voluntario como el involuntario pueden dividirse en dos partes: una somática y otra esplácnica. En los momentos de peligro el sistema esplácnico se inhibe y sólo actúa el somático, lo mismo en su parte voluntaria que en la involuntaria.

Kooy discute luego uno á uno todos los fenómenos que demuestran en los animales el estado de excitación simpática durante las emociones deprimentes, y estableciendo esta excitación como regla general.

En un tercer capítulo y de acuerdo con estas ideas, el autor busca en clínica todos los signos de excitación simpática en los melancólicos, y estudia sucesivamente los trastornos digestivos (secreción gástrica, motilidad gastrointestinal), cambios vasculares (presión, pletismografía, etc.), dilatación pupilar, etc.

En resumen, el autor llega á la conclusión de que hay en la psicosis maníacodepresiva un fondo emocional, cuyo equivalente somático es la hiperexcitabilidad del simpático. Semejante conclusión está de acuerdo con el hallazgo en los melancólicos de todos los signos clásicos de simpaticotonía. (*Brain*. Vol 42, parte III, Octubre 1919, pág. 214).—*Banús*.

**3. Parálisis radial periférica familiar, por Kurt Mendel.**—El autor hace notar que la noción de herencia tiene de antiguo un interés reconocido en ciertas parálisis periféricas como en las faciales por ejemplo. Charcot, Oppenheim, Berubasdt, Anerboch, Weber, etc., han descrito casos de esta naturaleza que se explicaban por una malformación congénita del conducto de Falopio, muy estrecho, y por una susceptibilidad especial del nervio. Así se comprende cómo la parálisis facial periférica se instalase en ciertos grupos de enfermos con carácter familiar.

El autor describe un caso en que la parálisis del radial de índole evidentemente periférica, era sufrida por un padre y dos de sus hijos.

Insiste en la rareza de estas observaciones, y hace notar que ninguna circunstancia anatómica puede aquí explicar



los hechos clínicos, y sólo se pueden atribuir á la vulnerabilidad especial heredada del nervio afecto. (*Neurologisches Centralblatt*, 16 Enero 1920, núm. 2, pág. 58).—*Banús*.

4. El reblandecimiento traumático de la medula, por H. Claude y J. Lhermitte.—La mielomalacia sería la mayor parte de las veces consecuencia de neurosífilis de tipo vascular. Pocas veces puede observarse en enfermos de otra naturaleza.

Los autores insisten en sus descripciones de la conmoción medular, que han podido estudiar perfectamente en los traumatismos de guerra. En esta entidad los efectos de la acción traumática se manifiestan en puntos á veces muy lejanos del foco traumático, y se manifiestan por una necrosis de las células nerviosas independiente de toda acción vascular.

Relatan luego tres casos en los que un trauma directo sobre la medula produjo el síndrome de una sección completa. La necropsia y el estudio histológico del órgano probaron más tarde la producción á distancia de lesiones de reblandecimiento muy extensas y muy graves. (*Encephale*, año XV, núm. 1, 10 de Enero de 1920, pág. 1).—*Banús*.

5. Tratamiento de los «estados ansiosos» por el método psicoanalítico, por L. Trépsat.—El autor comienza por dar un esquema del proceso fundamental que llevó á Freud á establecer el psicoanálisis: el fenómeno del rechazo de ciertas imágenes penosas á lo subconsciente y la transferencia de la carga emotiva de que van acompañadas á nuevas imágenes que vienen á sustituirlas.

Este rechazo de las imágenes desagradables constituye la esencia misma de la vida psíquica. En el adulto normal se hace de modo automático. La educación es tan sólo el aprendizaje que se hace pasar á un niño hasta que todas sus tendencias primitivas se subliman.

El ansioso tiene como fundamentales los trastornos de la afectividad. En ningún grupo de enfermos es tan racional como en éstos expresar una mejoría por el método psicoanalítico.

Parece evidente que si se llega á enseñar al enfermo el camino sinuoso y complicado que ha seguido su espíritu para llegar al trastorno morboso, el enfermo formará una opinión más clara de su vida subconsciente y podrá así encauzar su juicio, su emoción y sus tendencias.

El síntoma morboso es el producto de lucha entre el deseo y la tendencia á la represión que emana del fondo de la personalidad. El aflujo de sentimientos que caracteriza al deseo, se ve así interceptado, y como no encuentran salida directa se escapan por el camino inusitado del síntoma morboso. Esto da lugar á las neurosis, que se llaman neurosis de sustitución.

El papel del médico es hacer revivir ante los ojos del enfermo los complejos almacenados en el fondo de la subconsciencia, que traídas á la clara consciencia se descargan de su potencia emotiva y pueden ser asimilados por el psiquismo en esta nueva forma.

Morten-Prince et Janet hacen cada uno por su parte y bajo forma distinta, el mismo reproche al método; no se comprende cómo habiendo sido rechazado el complejo á lo subconsciente por su carácter de desagradable, pueda mejorarse al enfermo, cuando se le obliga á atraer de nuevo al campo de lo consciente aquel complejo.

A esto hay que responder que en la transformación de las tendencias en fenómenos morbosos, la voluntad consciente de rechazo está en absoluto ausente. Las ideas que en cierto período de la vida han parecido inaceptables pueden presentarse en otro momento con un aspecto completamente distinto.

Por el análisis del rechazo psíquico, el enfermo es advertido del trabajo inconsciente que ha sepultado las imágenes de carga emocional inadecuada. Así se vencen las resistencias internas, las inhibiciones que habían sido la causa del rechazo. Entonces los complejos son asimilados por la conciencia, y entonces ella ejercerá de nuevo una acción directriz que se extenderá aun hasta la cura de los complejos rechazados. (*Encephale*, año XV, núm. 1, 10 de Enero de 1920, pág. 35).—*Banús*.

## SIFILIOGRAFÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Un segundo ataque de sífilis dos años después del primero. Curabilidad de la enfermedad.—El Dr. Joy Frank Schamberg refiere el siguiente interesante caso:

Hombre de veintitrés años de edad contrajo la sífilis en Junio de 1917. Durante una orgía alcohólica, él y sus compañeros cohabitaron con la misma mujer, infectándose los tres. El paciente, con un chancro sospechoso en el meato, fué visto por primera vez en el hospital de la Universidad de Pennsylvania el 21 de Junio por el Dr. Hollingsworth. El 2 de Julio se presentó un erupción macular del cuerpo. Se le administró una inyección intravenosa de neoarsfenamina y también algún mercurio por vía oral. El 14 de Agosto el paciente se presentó en el University Hospital con dolor de cabeza, desigualdad pupilar y reflejo patelar exaltado. La reacción de Wassermann fué positiva. Se le administró una segunda dosis de neoarsfenamina.

El paciente vino á mi consulta el 9 de Septiembre de 1917. Tres días más tarde la reacción de Wassermann con antígeno colestérinizado fué ++++; con extracto de hígado sifilítico, +, y con lipoides insolubles en acetona ++++. Entre el 22 de Septiembre y el 15 de Noviembre de 1917, el paciente recibió ocho inyecciones intravenosas de arsenobenzol, haciéndose negativa la reacción de Wassermann después de la primera inyección, pero volviendo á hacerse positiva débilmente varias veces después. Fué alistado en el ejército, y durante su permanencia en los campamentos del Sur, á causa de una cicatriz profunda que presentaba en el glande, se le hicieron nueve reacciones de Wassermann, siendo todas negativas.

Después de ser licenciado del Ejército, volvió á hacer vida marital con una mujer, con la que había vivido antes de ingresar en el Ejército. El 4 de Abril de 1919 se presentó en mi clínica del Polyclinic Hospital con una roséola roja rojiza generalizada. Esta se transformó en quince días en una sífilide varioliforme extensa que cubría la cara, el tronco y las extremidades. Había un gran chancro en el prepucio enfrente del balano y en un sitio diferente del primer chancro. Se hicieron seis reacciones de Wassermann el 6 de Abril y el 26 de Mayo, siendo fuertemente positivas á pesar de siete inyecciones de arsfenamina y neoarsfenamina. Durante este período, el chancro y la erupción desaparecieron pronto con el tratamiento.

Para resumir, el paciente contrajo la sífilis en Junio de 1917; después de ser tratado con arsenobenzol, presentó reacciones de Wassermann negativas repetidas veces, hasta que á principios de 1919 contrajo otro chancro seguido de una sífilide papulopustulosa generalizada y grave, presentando una reacción de Wassermann fuertemente positiva. No cabe duda de que este paciente había estado curado.

Este caso es mucho más notable si se tiene en cuenta el hecho de que el paciente asistía irregularmente al University Hospital, y que á causa de su completa negligencia se presentó lo que parecía una invasión meníngea precoz, ca-



racterizada por dolor de cabeza, desigualdad pupilar y exaltación de los reflejos patelares. Es interesante notar que no había un solo vestigio de inmunidad contra el segundo ataque. Es más, el segundo ataque fué más grave que el primero, y la reacción de Wassermann demostró que era mucho más resistente al tratamiento. En este caso, la evidencia de un segundo ataque es indiscutible. En mi opinión, creo que de todos los hechos puede sacarse la deducción de que el paciente se había curado del primer ataque.

Los casos de esta naturaleza son muy instructivos por la luz que arrojan sobre la curabilidad de la sífilis. Las excelentes investigaciones patológicas de Warthin en Ann Arbor, ya estaban convenciendo á muchos médicos de la verdad del dicho enunciado hace muchos años (con un régimen terapéutico diferente): «El que una vez es sífilítico lo será toda su vida.» Creo que hoy día con los medicamentos más energéticos y científicos que poseemos, estamos en condiciones de asegurar que la sífilis es una enfermedad curable. Es difícil establecer el criterio de curación porque el valor evidente de la reacción de Wassermann negativa no es concluyente. Sin embargo, y teniendo en cuenta las curaciones como las que acabo de comunicar, debemos tener más fe en las reacciones serológicas repetidamente negativas, y la ausencia de síntomas como signos de una curación probable. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1 de Diciembre de 1919.)

#### HIGIENE EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Algunas reformas higiénico-sociales urgentes.**—El Dr. Criado y Aguilar, después de un estudio minucioso é interesante sobre la importancia de la higiene, sobre todo en el niño, establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La Medicina no se halla constituida exclusivamente por la parcela técnica que cultivan sólo los profesionales, sino también por el inmenso horizonte que abarca la Higiene, cuyas prácticas deben ser impuestas por preceptos legales.

2.<sup>a</sup> Las Corporaciones oficiales deberían crear numerosos sanatorios, no sólo en la costa, sino en el interior de la península, de instalación modestísima para que fuesen asequibles á los presupuestos españoles.

3.<sup>a</sup> La lección escolar vespertina debería ser dada en jardines ó en el campo, siempre que el tiempo lo permitiera, por exigirlo así inexcusablemente la salud y el desarrollo de los niños; y las escuelas podrían ser económicamente higienizadas.

4.<sup>a</sup> Debe ejercer la autoridad una minuciosa y constante inspección de las condiciones higiénicas de las viviendas, especialmente de las de la clase más humilde de la sociedad, que son las que ofrecen mayores defectos.

5.<sup>a</sup> Debe ser objeto también de preceptos legales todo lo relativo á la limpieza corporal, mediante lavados fáciles de realizar.

6.<sup>a</sup> Es preciso enseñar á los niños á observar una conducta correcta en la vía pública, exigiendo á los padres la responsabilidad de sus transgresiones.

7.<sup>a</sup> En todos los hospitales de España deberían destinarse alguna ó algunas salas para niños.

8.<sup>a</sup> En todas las expendedorías de leche deberían tener vasijas para enfermos y niños exclusivamente.

9.<sup>a</sup> Debe la autoridad obligar á las familias á avisar al médico en el momento que observen que á un recién nacido se le ponen malos los ojos, por ligeramente que sea.

10.<sup>a</sup> El trabajo y la educación de los niños constituye un problema muy complejo, que exige la sabia tutela de las leyes.

11.<sup>a</sup> Nuestro pueblo está muy necesitado de los conocimientos relativos á la crianza de los niños, y constituirían excelentes medios de enseñanza, además de las cartillas, los carteles fijados en las paredes de los talleres, fábricas, etc.

12.<sup>a</sup> El obligar á la sociedad española al cumplimiento de los consejos de la Higiene, es deber ineludible del Gobierno, de las Diputaciones provinciales y de los Municipios.

13.<sup>a</sup> El primero de los grandes objetivos nacionales es la educación en su más amplio sentido; lo que se conseguiría fácilmente si el Gobierno le enfocase con la energía y la constancia debidas; es como únicamente se alcanzaría la verdadera regeneración de España. (*Archivos Españoles de Pediatría*, Noviembre de 1919.)

#### MEDICINA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La influencia de la gripe sobre la menstruación, el embarazo y el puerperio, por Dr. Fernando Calderón.**—Durante la primera epidemia de influenza en 1918, observé en el Hospital General de las Filipinas dos casos de parto prematuro en la influenza. Se admitió á las pacientes al principio al departamento médico, trasladándose después al departamento de Obstetricia. En estos dos casos, no pude atribuir la interrupción del embarazo á otra causa sino á la influenza y la quinina. Se consideró á la quinina como una causa posible, porque mientras las pacientes se hallaban en el departamento de Medicina, se les dieron dosis masivas de este medicamento, el cual, según varios autores, estimula mucho la contracción del útero, afirmándose que es hasta capaz de producir el aborto.

Durante los tres meses que comenzaron en Octubre de 1918, cuando se desarrolló la epidemia de influenza más grande que se ha visto jamás en las Filipinas, se admitieron 36 casos de influenza en el departamento de Obstetricia. En nueve casos, se contrajo la enfermedad durante el puerperio, y en los otros 27 se presentó como complicación del embarazo. En cinco de los primeros casos, y en siete de los últimos, no hubo complicaciones por bronconeumonía ó pulmonía.

No se administró quinina á ninguna de las 27 pacientes embarazadas, pero á pesar de esta precaución, se interrumpió el embarazo en siete casos, en los cuales la gripe no se presentó complicada con bronconeumonía ó pulmonía. La eliminación de la quinina del tratamiento, limita la causa posible de la interrupción del embarazo en los casos de influenza, y hace que sea muy probable que esta enfermedad fuera la causa excitante á que se debió el parto prematuro en mis dos primeros casos.

Esta observación, por consiguiente, no coincide con los hallazgos de Bar y Boullé, y de Abfeld, aunque confirma las conclusiones de Felkin y Müller de que la influenza ejerce una influencia muy perniciosa sobre el embarazo, y demuestra que hace esto independientemente de la bronconeumonía y de la pulmonía que con tanta frecuencia complicaron la enfermedad durante la última epidemia.

Es de interés científico el problema siguiente: ¿De qué modo produce la influenza la interrupción del embarazo? ¿Se interrumpe el embarazo por la tos y la asfixia que se asocian generalmente con la enfermedad, ó es que la toxina del bacilo de Pfeiffer actúa como un ecabólico? En vista de que la tos y la asfixia no eran síntomas de prominencia en algunos de los casos, me inclino á creer que la toxina actúa directamente sobre el útero. Su acción selectiva sobre este órgano queda demostrada, además, por la aparición precoz de la menstruación, cuando las mujeres contraen la enfermedad.



He observado con frecuencia este mismo efecto de la influenza en mis casos de la enfermedad en la última epidemia.

La mortalidad de la influenza entre las mujeres embarazadas en mi serie de 36 casos fué excesivamente alta. Se debió esto exclusivamente á la bronconeumonía y la pulmonía, porque cuando no se presentó ninguna de estas complicaciones la enfermedad no causó ni una sola muerte entre las embarazadas. En esta serie, la bronconeumonía que complicó el puerperio, y la pulmonía que complicó el embarazo, causaron la muerte de las pacientes en un 100 y 76,4 por 100 respectivamente. La frecuencia de la pulmonía y la mortalidad elevada que la acompañó hicieron que la influenza resultara una complicación grave en las embarazadas. Según los datos del Hospital General Filipino para 1918, resultó más fatal que la eclampsia y el paludismo ó la fiebre tifoidea durante el embarazo.

La influenza también ejerció un efecto perjudicial sobre el feto. Entre las 27 mujeres embarazadas, tuve un caso de hiperpirexia en una criatura acabada de nacer, y siete muertes. Las últimas incluyen casos de muerte intrauterina y además figuran en ellas algunas criaturas que nacieron en el período de viabilidad y murieron pocas horas después de nacer.

#### SUMARIO

1. La gripe ejerció una influencia perniciosa sobre el embarazo. Esta influencia fué directa é independiente de la bronconeumonía y pulmonía que complicaba la enfermedad.

2. La gripe causó el comienzo precoz de la menstruación.

3. La pulmonía que complicó la influenza fué responsable por la elevada mortalidad de esta enfermedad que es de ordinario benigna durante el embarazo.

4. La bronconeumonía debida á la influenza causó una mortalidad de 100 por 100 cuando ocurrió durante el puerperio.

5. La influenza causó un efecto perjudicial sobre el producto de la concepción. (*The Journal of The American Association*, edición española, 15-10-919.)

2. La fiebre tifoidea y paratifoidea experimentales. —En vista de que las fiebres tifoidea y paratifoidea no se han producido experimentalmente por medio de la alimentación en los animales con excepción del chimpancé, es de mucho interés cierta labor que ha llevado á cabo Besredka recientemente.

Descubrió que cuando se introducían los bacilos paratífoides por vía bucal en el conejo, podían racobrase en números mayores ó menores en la parte pilórica del estómago, pero que la mucosa gastrointestinal presenta una barrera sólida á su localización y diseminación en el organismo.

Pueden administrarse por vía bucal dosis masivas de los bacilos con muy poco efecto para el animal.

A fin de vencer esta resistencia, se administró bilis de buey por la boca, y entonces la alimentación con los bacilos produjo lesiones que correspondían exactamente á las que se producían en el chimpancé, del mismo modo.

La bilis no tan sólo ejerce un efecto directo sobre la mucosa, sino que también estimula la secreción de más bilis, lo cual causa una descamación intensa del epitelio intestinal, lo cual á su vez abre camino á los bacilos paratífoides que se introducen poco después.

Un animal tratado de este modo, desarrolla síntomas reconocibles de la enfermedad en uno á cuatro días; la diarrea se presenta y se empeora progresivamente; hay pérdida de

peso; la temperatura decae, y el animal por lo general muere en dos ó tres días.

Después de la muerte se ve que las alteraciones en el intestino y la vesícula biliar son típicas de la infección paratífoides.

Cuando la enfermedad no ha durado mucho, se obtienen cultivos puros de los bacilos, de la sangre y la bilis.

El contenido estomacal es estéril, pero hay muchos bacilos en el contenido intestinal.

Cuando se introducen bacilos paratífoides intravenosamente en un conejo, se presenta una infección generalizada, y puede que el animal muera muy rápidamente de septicemia ó continúe viviendo por algún tiempo.

En el último caso tan sólo algunas colonias se desarrollan en los cultivos sanguíneos, pero los bacilos pueden hallarse en grandes números en la bilis y el contenido intestinal, y macroscópicamente las lesiones son típicas de la infección paratífoides.

Besredka obtuvo resultados correspondientes con la alimentación cuando se emplearon los bacilos tífoides.

En vista de la facilidad con que la bilis hace al conejo susceptible á las infecciones tífoides y paratífoides, la inmunidad natural de este animal á estas infecciones parece ser principalmente de origen intestinal.

Experimentalmente parece posible producir las infecciones tífoides y paratífoides, bien introduciendo los bacilos por la boca en los conejos á que se administra bilis antes, y en algunos casos inyectando intravenosamente bacilos en los conejos sin ningún tratamiento preliminar. (*Edición Española, The Journal A. M. A., 1-12-919.*)

3. Falta congénita de ambas clavículas. —El Dr. Walter G. Stern refiere el siguiente caso:

L. C., muchacho de seis años de edad, fué admitido en la clínica del Hospital Mount Sinai, para que se le extirparan las amígdalas por una infección crónica.

Durante la exploración de rutina, el médico de servicio notó la falta de ambas clavículas y la circunstancia de que podían reunirse los hombros pasivamente á un grado exagerado. No había ninguna otra anormalidad y no se encontraron hallazgos patológicos, con excepción de las amígdalas hipertrofiadas. La palpación demostró que ambas clavículas faltaban completamente, si se exceptúan los pequeños rudimentos de media pulgada de largo, que se articulaban al esternón y daban inserción al origen de la porción clavicular del músculo esternocleidomastoideo. Aun cuando estos rudimentos se articulaban con el esternón, podían moverse en todas direcciones, excepto hacia adelante, metiendo el dedo debajo de ellos. La falta de las clavículas parecía que no impedía mucho el uso de los brazos ni disminuía la fuerza de los músculos de esta región. Los deltoides del muchacho son tan fuertes como los de los otros niños de su edad, y los pectorales menores se destacaban y sostenían firmemente cuando se contraían de una manera activa.

En la historia familiar del niño, se encontró que el padre tenía una afección semejante. En la familia cercana del padre, había tres hermanos á los cuales les faltaban las clavículas y una hermana que por suerte tenía el número ordinario de clavículas normales. El muchacho tenía dos hermanos que tenían la misma anormalidad y tres hermanas que eran normales en todos sentidos.

Vemos, pues, que hay en la familia siete varones con falta congénita de ambas clavículas y cuatro mujeres sin esta anormalidad. (*Edición Española de The Journal, A. M. A. 1-12-919.*)



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

### Boletín de la semana.

#### Contrastes significativos.

Cuando con serena imparcialidad se contempla el espectáculo espontáneamente ofrecido por nuestra vida nacional, se inclina el ánimo á creer que existen dos Españas que simultáneamente viven y cuya coincidencia se marca hasta ahora por una fría y mutua indiferencia, pero que en lo porvenir tendrá necesariamente que producir una lucha, que dé por resultado la preponderancia de una de las dos.

Cada vez que las Cortes se abren, se abre también á la esperanza el espíritu patriótico, creyendo que los escarmientos pasados servirán de aviso y lección para corregir en lo futuro las corruptelas y los vicios que cada día desacreditan de modo más elocuente un sistema en el cual todos hemos tenido fe y hemos puesto nuestras esperanzas; y, sin embargo de esto, siempre ocurre lo mismo: siempre el aburrido y nefasto torneo político; en cada sesión, y á propósito del suceso menos importante y más repetido, el desfile de jefes de partido, subjes de agrupaciones y cabecillas de grupos minúsculos que necesitan hacer importantes declaraciones sobre el caso que se debate, y pasan las sesiones y se consume el tiempo y con él la paciencia del país, inverosímilmente inagotable ó asombrosamente apartada de lo que más le debiera importar.

Por fortuna, frente, ó juntamente con este espectáculo engendrador de doloroso hastío, se dá otro que sería injusto negar: los Centros docentes, las Academias, las tradicionales Asociaciones é Instituciones motejadas y calumniadas por los críticos de ocasión y los *reformadores* providenciales, siguen su camino, trabajan, investigan, discuten, producen sin dárseles nada, ó cuando menos, sin aparentar que se les dé mucho del odioso ejemplo que los políticos les procuran.

Es evidente que existe una España que camina por inercia á un abismo de anulación, si no de catástrofe, y otra España inteligente, ganosa de vivir vida moderna, que se agita en la densidad de un medio ambiente que embaraza sus movimientos, pero que ha de terminar por imponerse, por hacerse oír, por dirigir con su triple impulso de ciencia, arte é industria, los destinos del país de la inercia,

el egoísmo y la rutina. ¿De quién será el triunfo? No puede serlo más que de la España de la actividad y del trabajo, pues la preponderancia de la otra, que hasta ahora está significando la *decadencia*, ya sólo le queda un paso que dar para significar la muerte.

Las Sociedades médicas científicas, aunque parezcan á los escépticos de oficio cosa poco digna de atención, representan un argumento en abono de lo que decimos.

Si alguno de nuestros políticos, de los que sientan plaza de directores y guías de la vida nacional, se dieran una vueltecita por nuestras Academias, se enterarían del brillante curso de conferencias que prepara la Real de Medicina, de las sesiones, cada día más interesantes y variadas, de la simpática Academia Médico Quirúrgica, de los trabajos minuciosos y llenos de novedad en que ocupan su tiempo la Ginecológica, la Oftalmológica, la de Higiene, la de Enfermedades de pecho, la de Pediatría y tantas otras, seguramente que por muy encallecido que tuviera el corazón y embotado el intelecto, acabaría por decir: «Pues señor, esta gente merece que se la atienda, que se la escuche y que se acuda en su ayuda, porque quizás ella representa un signo de los tiempos y un aliento para el porvenir.»

Pero como los señores políticos no se ocupan de estas cosas, acabaremos nosotros por ser los que nos ocupemos de las suyas.

DECIO CARLAN

### EL DELITO SANITARIO (1)

CONFERENCIA EXPLICADA EL 2 DE FEBRERO DE 1920  
EN LA REAL ACADEMIA DE JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN

PER

JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

*Belgica.*—El Código penal—artículos 454 y siguientes—castiga con prisión de seis meses hasta cinco años, al que mezcle ó haga mezclar en comestibles y bebidas, materias que alteren la salud ó puedan acarrear la muerte. El engaño en la medida ó peso de las sustancias alimenticias, se castiga con prisión, desde un mes á un año. También se establece la publicación por car-

(1) Véase el número anterior.



teles de las sentencias dictadas. Se robustecieron estas disposiciones con las de una ley excepcional de 4 de Agosto de 1890.

En 1908 hubo en Ginebra un Congreso internacional para represión de los fraudes alimenticios y farmacéuticos. Bajo la bandera de la Cruz Blanca—dijo un orador con aplauso unánime de la Asamblea—es necesario que se funde la Liga de la probidad contra los fraudes cometidos en todos los países en daño de las respectivas razas. En él se aspiraba á una organización internacional para establecer lazos con la Oficina también Internacional de Higiene.

Positivamente, nosotros necesitamos reforzar nuestros procedimientos, porque el mal del fraude cada día nos angustia más. Véase cómo nos azota la mortalidad infantil, cómo la tuberculosis agosta lo más florido de nuestra juventud. Mientras sea una falta liquidada en las tenencias de alcaldía ó en los juzgados municipales, cuanto entraña fraude en la calidad ó cantidad de los alimentos; mientras no exista la persecución de un delito tras de la mala fe de algunos especuladores y no vayan á la cárcel quienes perturben la salud y acaben con la vida de muchos ciudadanos, no habremos cumplido aún la sagrada y salvadora misión confiada á los Poderes públicos en favor de la Higiene.

Un profesor español, el Dr. D. Enrique Urios, catedrático de Oviedo, y encargado de dirigir el Laboratorio municipal de dicha ciudad, formuló hace tiempo para toda la provincia un proyecto encaminado á reprimir los fraudes alimenticios. Las líneas generales del proyecto, que conozco, me parecen adecuadas, pero si se le ha de proporcionar eficacia, es necesario darle carácter nacional. Sin menoscabo para nadie, sin regatear méritos indiscutibles de servicios establecidos, lo cierto es que en España el fraude alimenticio ha tomado proporciones aterradoras y los medios que se usan para reprimirlo son ineficaces.

No es ni de esta ocasión ni de este sitio formular críticas de cierto género; pero no cabe duda de que entre las altas funciones de la Justicia, debe hallarse la de impedir que por las mallas de la calificación de faltas, escapen al castigo verdaderos delitos que, aparte los daños con que agobian á la producción y á la riqueza, causan estragos en la salud.

Además, como la Ciencia multiplica diariamente sus medios, y la codicia extiende, sin cesar, sus tentáculos, los recursos que se preconizan para devolver á cuerpos la salud, sirven á veces, no como remedio, sino como acrecentamiento de males, cuando no para poner en riesgo la vida y hasta dar fin de ella. En nuestro Código, por su avanzada edad no pueden contenerse prescripciones imprescindibles, ahora, cuando las actividades profesionales cuentan con medios que aplicados de buena fe, hábil y oportunamente, reportan beneficio, pero esgrimidos torpemente ó con malicia, trastornan la salud y hasta ponen la vida en riesgo.

Verdad que en el Código se persigue al intrusismo, á la charlatanería, con aspiraciones terapéuticas; á los que atentan contra funciones sagradas para la humanidad; pero ¿no es verdad también que salvo los casos

en que se produce muerte o suceso que cause escándalo no está garantida la salud de los ciudadanos españoles, contra los muchos que anuncian sustancias, medios y procedimientos terapéuticos más ó menos empíricos, sin que la representación de la ley se crea en el caso de averiguar si hay ó no peligro en tales halagadoras ofertas?

La expendición de sueros destinados á introducirse en la sangre de las personas; los reclamos de remedios que acaso matan indirectamente porque desvían al enfermo del camino que pudo conducirle á la salvación; el uso de sustancias que tal vez aceleran el fin de una existencia, en todo eso puede haber delito, verdaderos delitos, de carácter sanitario que escapan á la acción del castigo por evidentes deficiencias de la ley.

Pero con lo dicho hasta ahora, aún no hemos examinado el hecho típico de delito sanitario; me refiero al de contaminación intersexual. Acaso no haya entre las cuestiones sociales ninguna que tanto interese como la de atajar la marcha invasora de plagas que roban á la naturaleza del hombre la energía que le es indispensable.

La avariosis—escribe el Dr. Hericourt,—enfermedad que ataca á un tercio por lo menos de la población adulta; mal que tiene muchas veces consecuencias mortales, que con frecuencia produce la esterilidad, que se transmite á la descendencia, sea bajo forma infecciosa rápidamente mortal, sea mediante estigmas orgánicos tan variados como numerosos y de los cuales los menos intensos disminuyen y hasta aniquilan el valor personal de quienes los sufren, y los más graves comprometen la existencia de los atacados; una enfermedad que pesa nefastamente por lo menos hasta la tercera generación de quien la padeció; es decir, que tiende á destruir la raza tanto como el individuo, bien puede considerarse como mal social. La obra de la avariosis se resume en la multiplicación de los degenerados por una parte y de la despoblación por otra. Osler opina que entre las enfermedades mortales, la avariosis ocupa el tercero o cuarto lugar. El 10 por 100 de los locos encerrados en los manicomios es de origen sífilítico; la gonorrea produce frecuentemente la ceguera, por oftalmía; las generaciones engendradas por padres averiados llevan la destrucción á sus organismos. En Europa con motivo de la guerra, la terrible dolencia ha centuplicado sus estragos. Nosotros también los sufrimos considerablemente por el influjo de carácter general del que es imposible sustraerse y por deficiencias de nuestro régimen sanitario. Aún palpitan los daños que á la raza española produjo una desdichada Real orden del Ministerio de la Gobernación, fecha 1.º de Marzo de 1908; tuve el honor de combatir la disposición ministerial dictada sin duda con excelentes propósitos administrativos, pero con desconocimiento técnico completo que ha acarreado á nuestro país notoria agravación de ciertos males.

Mis modestos combates tuvieron poca eficacia—sabido es que nuestra gente política vive de espaldas á los problemas concretos y técnicos, contentándose con la habitual bullanga en que suele enzarzarse,—pero



otros ministros rectificaron la obra del de 1908, aunque sin haber llegado ni con mucho á la atenuación de sus efectos desastrosos. A pesar de todo, la situación de España respecto del estrago que producen ciertas enfermedades, se colige que ha de ser abrumadora. Digo se colige, porque nosotros carecemos de estadísticas referentes á morbilidad y hemos de reducirnos á las de mortalidad. En la avariosis, y para conocer aproximadamente su extensión, nos atendremos á la estadística militar, porque el Ejército sí la tiene, ya que los soldados son conducidos á los hospitales apenas aparecen atacados de cualquier trastorno.

En el movimiento general de enfermos y como avariósicos figuran en los hospitales militares durante los años que se enumeran, los siguientes:

1908.....	25.368
1909.....	38 771
1910.....	45.887
1911.....	56.045
1912.....	50.401
1913.....	56.013
1914.....	65 753
1915.....	78.062
1916.....	96 967
1917.....	97.048

Es decir, que en nueve años el movimiento de enfermería por la terrible enfermedad, subió desde 25.368 á 97.048.

De la gonorrea puede asegurarse otro tanto. Hubo en 1908 hospitalizados 62.319 enfermos; tal cifra subió en 1917 á la enorme de 115.232. Según el Dr. Martín Salazar, la cuarta parte de los ciegos que hay en España tiene su origen en la gonococia, pero no son necesarias consideraciones de ningún género. Entrego los números que acabo de leer á vuestros ilustrados comentarios. Decid si el peligro que representan esas enfermedades, evitables y reprimibles, no exige una legítima alarma nacional.

La defensa contra tan grave peligro de la raza, contra tan cruel azote de las personas, ha de organizarse adecuadamente por los Poderes públicos y mediante las iniciativas particulares. No quiero suponer que sigamos por mucho tiempo como hasta aquí, indiferentes y descuidados ante males de tanta consideración, por lo menos como algunos que inquietan á la generalidad del país.

De todos los medios defensivos á que aludo, sólo el examen de uno es de oportunidad en este instante, el que se refiere al delito de contaminación intersexual, aspecto interesantísimo del delito sanitario, frente al cual sienten dudas los hombres más capacitados y que mayor interés demuestran por la salud pública.

La institución del delito sanitario, ha dicho Luis Fiaux, se reclama para castigar la transmisión consciente y aun la imprudente de la más grave de cuantas enfermedades envenenan á las generaciones humanas.

El delito de contaminación tiene por base la misma del que castiga el crimen, afirma Le Foyer. Si la criminología tiende á ver ciertos delitos como consecuencia de una enfermedad, la medicina en sentido inverso considera ciertas enfermedades como delitos. La

causa de un crimen puede ser una enfermedad, pero hay enfermedades que representan verdaderos crímenes.

Realmente los niños que quedan ciegos á consecuencia de oftalmías de origen gonorreico, la tranquilidad con que muchas personas á sabiendas de hallarse contaminadas difunden el germen morbosó que llevan en sí, el estrago de la esterilidad causada por la blenorragia, los gravísimos que causa la avariosis, representan verdaderas maldades merecedoras de castigo.

M. Luciano Le Foyer, en un estudio titulado «Consecuencia jurídica de la contaminación», opina que el delito sanitario surge de la evolución misma del derecho represivo. «Hay—dice—una evolución del concepto del mal, á consecuencia de la que evolucionan también las nociones de represión civil y reparación criminal del daño causado contra el prójimo.

La noción de enfermedad tiende á incluirse en la noción del mal y á confundirse con ella, y por lo mismo, los conceptos de reparación civil y represión criminal aparecen unidos á la comunicación de una enfermedad realizada de un individuo á otro.

La enfermedad causa un perjuicio como la herida: El virus notoriamente es un veneno. El envenenamiento se castiga en el Código. A consecuencia de ciertas enfermedades de carácter especial, la comunicación de las cuales tiene caracteres evidentes de un atentado contra la vida ó la salud de otra persona, la noción de enfermedad se *socializa*».

El problema que puede condensarse en estas tres palabras, *delito de contaminación*, ha preocupado y preocupa extraordinariamente á los pueblos cultos: unos, los más, aun no se decidieron por resoluciones afirmativas; otros establecieron ya prescripciones penales contra cuantas personas, con conciencia de padecer enfermedades contagiosas, buscan ó se allanan á mantener relaciones que dan por resultado la propagación del mal que sufren.

En Francia, el 18 de Julio de 1903 se nombró una comisión extraparlamentaria encargada de reformar las prescripciones de la «Policía de las costumbres» para vigilancia de la prostitución. Los comisionados informaron que las trabas del Reglamento deberían desaparecer, pues sancionaban una cruel é injusta desigualdad entre mujeres y hombres, pero que al propio tiempo había de establecerse la responsabilidad para quienes contaminasen enfermedades venéreas, estableciendo, por lo tanto, á la indemnización civil y el delito penal. La primera para reparar pecuniariamente daños y perjuicios; el segundo para establecer penas afflictivas.

La propuesta del delito penal de contaminación se había hecho antes en una asamblea celebrada en Lyon en 1901 por la Federación abolicionista de la *Policía de costumbres*.

La Sociedad francesa de *Profilaxis sanitaria y moral*, fundada en París por el profesor Fournier, votó también en 10 de Febrero de 1903 la creación jurídica del delito penal en estos términos: «Procede establecer un delito de transmisión de enfermedades venéreas, lo mismo en los casos en que se verificase intencionada-



mente, que en aquellos en que fuera producto de una *imprudencia voluntaria*.

En 1889, la *Conferencia internacional de Profilaxis*, debida á la iniciativa del higienista bruselés Dr. Dubois, Havenith, quedó reconocida la preocupación oficial de los gobiernos, para establecer medios comunes de defensa profiláctica, no sólo médicos, sino jurídicos, contra los contagios de ciertas enfermedades.

(Se concluirá).

## LOS MUERTOS DE HAMBRE

En el ambiente confortable de la Alta Cámara á la hora optimista de la digestión, varios señores senadores, de los que más enterados deben estar de los problemas de la mendicidad, han discutido gravemente sobre ellos y han acordado que en las calles de Madrid no hay hambre y que los muertos de inanición y de frío que nos cuentan los periódicos no son sino gentes burlescas, que después de pasarse la vida fingiéndose pobres harapientos, cuando en realidad son unos redomados burgueses «propietarios» y «rentistas» que han hecho de la mendicidad una lucrativa explotación, mueren un buen día «de alcoholismo» con el estómago lleno «de alimentos y también de vino» dando á los médicos de las Casas de Socorro el último trágico timo, que les hace certificar la muerte por inanición en lugar de la muerte orgánica con que terminaron sus alegres días.

Hemos esperado á ver en el Diario de Sesiones las palabras exactas de los señores senadores, que han intervenido en este asunto y las del señor Ministro que les ha contestado y aplaudido. Y llenos de tristeza, porque como no podemos dudar de su buena intención tenemos que pensar que están mal informados, les decimos que ellos, los que tienen ó han tenido en sus manos la dirección de la caridad oficial, no saben lo que pasa «en las calles». En las calles hay mucha, muchísima hambre; hambre como para morir de ella, á poco que el frío y el desamparo empuje.

Uno de los señores senadores, el que promovió el debate, basaba sus afirmaciones en su reciente experiencia gubernativa, en los datos que le proporcionara el otro señor senador que completó su discurso y en un paseo de observación que acababa de darse á lo largo de toda la calle de Serrano. Por desgracia sabemos todos que las noticias que llegan á los despachos oficiales no pecan de rigurosamente exactas, sobre todo cuando no son agradables. Y los paseos por las calles céntricas de los barrios ricos y á las horas de sol, no pueden invocarse como una experiencia decisiva para demostrar que no hay verdadera necesidad en el arroyo.

Los argumentos del otro señor senador están polinizados por el mismo prejuicio de siempre; la mendicidad profesional. Es cierto que hay quienes ejercen el oficio de mendigos, pero á pesar de todas las estadísticas de la Asociación Matritense de Caridad, seguiremos todos creyendo que la mayor parte de los que piden limosna la piden porque la necesitan, y aun los que la piden por gusto, hemos de convenir que su profesión es bien poco envidiable, y que quizá la hubiesen cambiado por otra cualquiera, si seriamente se les hubiese presentado opción de hacerlo.

No tratamos de hacer la apología de la caridad callejera, pero deben convencerse estos bien intencionados, pero poco

afortunados directores de la caridad oficial, que con el criterio general de suponer que el mendicante es un explotador á quien hay que perseguir, no conseguirán ni librar á Madrid de los pobres ni remediar más que una pequeña parte de las muchas desdichas callejeras y privadas, mientras no haya muchos asilos, muy buenos, muy bien provistos, donde se coma bien y no se pase frío, donde se eduquen á los pequeños y se haga trabajar á los grandes, donde se derroche el dinero y la dulzura; en lugar de las zahurdas inhumanas donde se recoge ahora á los pobres, en lugar del sistema de la deportación violenta á los pueblos que se sigue con otros, mientras esos comedores públicos, tan plausibles, sean, por falta de organización sin duda, inaccesibles á muchos desgraciados, y esto nadie lo podrá negar porque no hay quien se muera de hambre por gusto; mientras todo siga como hasta ahora, serán inútiles los ruegos á los ministros y las promesas de éstos; y los muchos que tienen necesidad de pedir para vivir, confundidos con esos que dicen que piden por «espor» seguirán pululando por las calles, y las gentes, con certero instinto de la caridad, seguirán dando las limosnas, sin que valgan predicaciones para impedirlo.

Vayan los respetables senadores á las calles apartadas, á los barrios de las afueras; busquen sin prevención policías entre los mismos que mendigan por la calle de Serrano y por otras vías céntricas; y sobre todo, no dejen de acudir á los hospitales, en las horas de la entrada; que allí verán muchos, muchísimos diariamente, que solicitan una cama y un pedazo de pan, realmente enfermos de hambre auténtica y de frío auténtico, de los que se curan con calor y con comida. Y allí cerca está el Depósito Judicial, donde podrán enterarse de qué es «verdad» que hay muertos por inanición, que hay seres humanos que mueren, en esta ciudad «tan caritativa», de miseria y de abandono; y allí aprenderán también que el encontrar unas judías y un poco ó un mucho de vino en el estómago de un cadáver, ni invalida la hipótesis de la inanición, ni es motivo para ponerle el poco caritativo epitafio de alcoholismo.

G. MARAÑÓN

## FRATERNITAS MEDICORUM

Este lema ha venido siendo motivo de alabanzas y controversias en los últimos años de la guerra y en los que van siguiendo á la paz. Algún médico americano, por el año de 1916, pretendió que los médicos de todos los países, beligerantes ó neutrales, se entendieran entre sí, formando un Cuerpo apartado de las luchas y ocupados solamente en remediar los efectos desastrosos de éstas. La entrada en la guerra de los Estados Unidos y el encarnecimiento de la lucha ahogó las voces generosas que secundaban las de aquél iniciador.

Hoy reaparece la noble tendencia y los médicos holandeses primero, y los suecos y dinamarqueses después, han tendido su mano bienhechora á los hijos desvalidos de sus compañeros en profesión, los médicos austriacos.

En el periódico más importante de Medicina que en Holanda se publica se ha hecho un llamamiento á sus compatriotas pidiéndoles socorros é invitándoles á que digan si quieren aceptar en sus casas y por cuánto tiempo niños desamparados.

# SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gavaso, MADRID



También se publican cartas de madres agradecidas en que refieren cómo su hijos han sido atendidos y cómo los han recibido provistos de ropas y zapatos de que hacía mucho tiempo carecían.

Este sí que es un sindicato, señores médicos españoles, y este sí que es un ejemplo que no hace falta seguir yendo a socorrer huérfanos y desamparados extranjeros, que al fin esta es función de perfeccionamiento. Aquí mismo en España, por nuestras aldeas y por nuestros caminos hay huérfanos de médicos con los pies desnudos y los estómagos vacíos, con la inteligencia sin cultivar y el corazón amargado por el desconsuelo del abandono.

*Qui potest capere, capiat.*

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

#### Inspección general de Sanidad.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 29 del Reglamento de baños y aguas minero-medicinales de 12 de Mayo de 1874 para la provisión por concurso de las plazas vacantes de médicos-directores, he tenido por conveniente disponer que se anuncie el concurso para cubrir dichas plazas entre los médicos-directores del Cuerpo de Baños, conforme á las reglas siguientes:

1.<sup>a</sup> El concurso se celebrará en el salón de sesiones del Real Consejo de Sanidad el día 15 de Marzo próximo, á las once de la mañana.

Los interesados que deseen variar de destino ó se hallen obligados á ello por ser incompatibles, según las Reales órdenes de 14 de Marzo y 26 de Abril de 1887, con el que actualmente desempeñan, podrán solicitarlo hasta el 12 de Marzo próximo ó acudir al acto personalmente ó por medio de representación, con poder en forma legal.

2.<sup>a</sup> Quedan anulados desde esta fecha todos los nombramientos de médicos-directores interinos y los de los habilitados cuyos contratos han sido denunciados en el plazo legal.

3.<sup>a</sup> Las plazas vacantes y las que vayan hasta el día del concurso, con arreglo á la precitada Real orden, y las que en el acto de su celebración vayan resultando, podrán pedir las los referidos médicos-directores del Cuerpo por rigurosa antigüedad, siendo adjudicadas al formularse las peticiones, y entendiéndose que cuando el interesado deje pasar su número sin pedir plaza, perderá el derecho á solicitarlo hasta que vuelva á corresponderle nuevo turno.

4.<sup>a</sup> No podrán tomar parte en el concurso los médicos de baños que llevando más de cinco años en la dirección de un mismo Establecimiento balneario no hayan cumplido con las obligaciones preceptuadas en el art. 57 del Reglamento, y especialmente en su regla décima.

5.<sup>a</sup> Terminado el primer turno se procederá á un segundo y último entre los referidos médicos-directores.

6.<sup>a</sup> Las vacantes que queden del concurso y las que ocurran con posterioridad se proveerán con arreglo á la Instrucción general de Sanidad, capítulo XIII y Real orden de 25 de Febrero de 1916.

7.<sup>a</sup> Los poderes se admitirán hasta el día 12 de Marzo próximo, á la una de la tarde, en el Negociado correspondiente; entendiéndose que todo el que se presente después

de esta fecha y hora no surtirá efecto alguno en el acto del concurso.

8.<sup>a</sup> En el concurso se tendrán en cuenta las prescripciones de las Reales órdenes de 10 de Marzo de 1909 y 26 de Febrero de 1902.

9.<sup>a</sup> En el acto del concurso se procederá á designar por sorteo la Comisión reconocedora á que se refiere el art. 162 de la Instrucción general de Sanidad.

Madrid, 10 de Febrero de 1920.—El inspector general, P. A., el subinspector general, Tello.

#### *Establecimientos balnearios á que se refiere el anuncio anterior.*

Alfaro (Almería), Alicum (Granada), Almeida (Zamora), Arechavaleta (Guipúzcoa), Arlanzón (Burgos), Arro (Huesca), Ataún (Guipúzcoa), Alcarraz (Lérida), Alhama (Almería), Benimarfull (Valencia), Bouzas (Zamora), Brak (Cádiz), Busot (Alicante), Burjasot (Valencia), Caldas de Bohi (Lérida), Caldas (Orense), Carballo (Coruña), Caldas de Estrach y Titus (Barcelona), Cabreiroá (Orense), Cucho (Burgos), Calda de Reyes Dávila (Pontevedra), Cofrentes (Valencia), Corconte (Burgos), Calzadilla del Campo (Salamanca), Caldas de Oviedo (Oviedo), Carballino (Orense), Cardó (Tarragona), Echano (Vizcaya), Estadilla (Huesca), Elejabeitia (Vizcaya), El Molar (Madrid), Fuente Alamo (Jaén), Fuente Nueva de Verín (Orense), Fuensanta de Gayagos (Burgos), Fuente Apestosa (Albacete), Fitero Viejo (Navarra), Gizonza (Cádiz), Gaviria (Guipúzcoa), Grávalos (Logroño), Guardias Viejas (Almería), Guesala (Vizcaya), Hervideros del Emperador (Ciudad Real), Hervideros de Fuensanta (Ciudad Real), Jabalcuz (Jaén), La Alameda (Madrid), La Cañiza (Pontevedra), La Garriga (Barcelona), La Malaha (Granada), La Ribera (Jaén), La Herriera (Badajoz), La Maravilla, Loeches (Madrid), Lucanena (Almería), La Isabela, Sacedón (Guadalajara), La Aliseda (Jaén), La Hijosa (Ciudad Real), Molinell (Valencia), Montejo de Cebas (Burgos), Murente y las Aceñas (Pontevedra), Monasterio de Piedra (Zaragoza), Montanejos (Castellón), Navalpino (Ciudad Real), Nuestra Señora de Avella (Castellón), Nuestra Señora de las Mercedes (Gerona), Nuestra Señora del Carmen (Valencia), Nuestra Señora de Orito (Alicante), Onteniente (Valencia), Paterna (Cádiz), Ponferrada (León), Prelo (Oviedo), Pueblo Nuevo del Mar (Valencia), Puenteansa (Santander), Puente Caldeas (Pontevedra), Pozo Amargo (Sevilla), Partovia (Orense), Quinto (Zaragoza), Riba los Baños (Logroño), Salvatierra de los Barros «El Charcón» (Badajoz), Salvatierra de los Barros «El Moral» (Badajoz), Salinas de Rossio (Burgos), Salineta de Novelda (Alicante), Salinillas de Buradón (Alava), Solares (Santander), San Andrés de Tona (Barcelona), San Juan de Azcoitia (Guipúzcoa), San José (Albacete), Santo Tomás (Valencia), Santa Coloma de Farnés (Gerona), San Vicente (Lérida), Segura (Teruel), Solán de Cabras (Cuenca), San Telmo (Cádiz), Santa Ana (Valencia), Traveseres (Lérida), Tortosa (Tarragona), Valdelateja (Burgos), Valle de Rivas (Gerona), Villaharta (Córdoba), Vito ó Rosas (Málaga), Val (Pontevedra), Verín (Orense), Yémeda (Cuenca), Zaldívar (Vizcaya), Zuazo (Álava).

#### *Escalafón de los médicos directores de Establecimientos de aguas minero medicinales.*

1. D. J. Eduardo Gurucharri.—2. D. Amalio Gimeno y

# CARBOLAN

Pelrid's C., 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).



Cabañas.—3. D. Eduardo Palomares y Núñez.—4. D. Enrique Doz y Gómez.—5. D. Juan B. Horques Fernández.—6. D. Francisco Chinchilla.—7. D. Manuel Morales y Gutiérrez.—8. D. Clodomiro Andrés y Miguel.—9. D. Eduardo Menéndez Tejo.—10. D. César García Teresa.—11. D. Manuel Manzanque y Montes.—12. D. Cipriano Alonso y Díaz.—13. D. Anselmo Bonilla y Franco.—14. D. Benito Avilés y Merino.—15. D. José del Pino y Cuenca.—16. D. Ramón Llord y Gamboa.—17. D. Nicolás Pérez Jiménez.—18. Don Manuel Martí y Sanchis.—19. D. Francisco Ledo García.—20. D. Hipólito Rodríguez Pinilla.—21. D. Celestino Compairred y Cabodevilla.—22. D. Domingo Fernández Campa.—23. D. Felipe Isla y Gómez.—24. D. Mariano Fernández y Rodríguez.—25. D. Dionisio Juste y Garcés.—26. D. Miguel Gómez Camaleño.—27. D. Angel Nieto y Méndez.—28. Don Ramón Amigo Brey.—29. D. Carlos Manglano y Terrón.—30. D. Joaquín María Aleixandre y Aparici.—31. D. Enrique Pratosi y Martínez.—32. D. José Barrientos Jaramillo.—33. D. Leoncio Bellido y Díaz.—34. D. Benito Minagorre y Cubero.—35. D. José Morales y Moreno.—36. D. Ramón Gelada y Aguilera.—37. D. Mariano Monserrate Abad.—38. Don Juan López y González.—39. D. Manuel Martínez Ealo.—40. D. Wenceslao M. de la Vega.—41. D. Sixto Botella y Donoso Cortés.—42. D. Francisco de B. Aguilar.—43. D. Miguel Peña y López.—44. D. Julián Adame y García.—45. D. Camilo Pintos y Reino.—46. D. Rafael Fraile y Herrera.—47. D. Rosendo Castell y Ballespi.—48. D. Cándido Vallés y Coch.—49. D. Aurelio García Gavilán.—50. D. José Follá y Núñez.—51. D. Arturo Daza de Campos.—El inspector general, P. A., el subinspector general, Tello. (Gaceta de 11 de Febrero.)

### Gaceta de la salud pública.

#### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 718,4; íd. mínima, 711,3; temperatura máxima, 14°,4; íd. mínima, —2°,9; vientos dominantes, NE. E. S.

La tendencia que se manifiesta en los estados agudos que durante la última semana se han presentado, es la misma observada en los anteriores; mejoran los p. decimios gripales agudos y los infecciosos intestinales. En los crónicos del aparato respiratorio, de los centros circulatorios y del aparato urinario se presentan las complicaciones catarrales propias de la estación.

La mortalidad continúa decreciendo.

#### Mortalidad de Madrid en Enero de 1920 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Enero de 1920.
Menores de 1 año.....	300	500
De 1 á 4 años.....	206	529
De 5 á 19.....	110	259
De 20 á 39.....	233	429
De 40 á 59.....	341	447
De 60 en adelante.....	575	852
Sin clasificación.....	6	3
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.771</b>	<b>3.059</b>

#### Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Enero de 1920.
Fiebre tifoidea.....	9	62
Tifus exantemático.....	1	1
Viruela.....	26	1
Sarampión.....	13	39
Escarlatina.....	2	3
Coqueluche.....	5	24
Difteria.....	13	10
Gripe.....	54	311
Otras epidemias.....	4	5
Tuberculosis pulmonar.....	158	237
Idem meníngea.....	14	16
Otras tuberculosis.....	21	32
Cancerosas.....	57	66
Meningitis.....	79	123
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	58	118
Orgánicas del corazón.....	157	183
Bronquitis aguda.....	158	401
Idem crónica.....	84	142
Pulmonía.....	56	68
Bronco-pneumonía y otras.....	194	503
Enteritis (menos de dos años).....	56	65
Apéndice.....	2	1
Hernias y obstrucciones intestinales.....	14	16
Cirrosis hepática.....	13	10
Nefritis.....	57	60
Septicemia puerperal.....	8	2
Debilidad congénita.....	57	83
Vicios de conformación.....	302	101
Senectud.....	59	377
Otras enfermedades.....		
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.771</b>	<b>3.059</b>
Promedio diario.....	57,13	98,68

Varones..... 1434  
Hembras..... 1625

#### FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE GRIPE EN ENERO DE 1920

Gripe por grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	9	11	20
De 1 á 4 años.....	17	19	36
5 á 19.....	25	18	43
20 á 39.....	32	57	89
40 á 59.....	27	30	57
60 en adelante.....	22	44	66
<b>TOTAL.....</b>	<b>132</b>	<b>179</b>	<b>311</b>

Gripe por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	37	49	116
6 al 10.....	39	34	73
11 al 15.....	21	23	44
16 al 20.....	13	16	29
21 al 25.....	12	11	23
26 al 31.....	10	11	21
<b>TOTAL.....</b>	<b>132</b>	<b>179</b>	<b>311</b>

**LA DIABETES**  
Y SUS COMPLICACIONES

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

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

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras gratis. LABORATORIO PESQUI Prim 25. San Sebastián.



## FORMAS EN QUE LA GRIPE HA SIDO DIAGNOSTICADA

Gripe ó infección gripal.....	99
Bronconeumonía gripal.....	130
Pulmonía gripal.....	20
Bronquitis gripal.....	28
Forma pulmonal.....	1
Forma torácico-abdominal.....	1
Forma gástrica.....	1
Forma intestinal ó abdominal.....	8
Endocarditis ó miocarditis gripales.....	6
Meningitis gripal.....	4
Nefritis post-gripal.....	1
Forma torácica.....	2
Pleuropneumonía gripal.....	3
Gripe gastro intestinal forma tífica.....	1
Broncopneumonía gripal con fiebre tifoidea.....	2
Septicemia gripal.....	2
Peritonitis gripal.....	1
Gripe cerebral.....	1

## FALLECIDOS POR BRONCONEUMONÍA

Por grupos de cinco días.

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	60	78	138
6 al 10.....	53	55	108
11 al 15.....	32	43	75
16 al 20.....	24	29	53
21 al 25.....	21	15	36
26 al 31.....	13	23	36
TOTAL.....	203	243	446

## FALLECIDOS POR FIEBRE TIFOIDEA

Por grupos de cinco días.

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	8	13	21
6 al 10.....	5	11	16
11 al 15.....	3	5	8
16 al 20.....	3	5	8
21 al 25.....	2	1	3
26 al 31.....	3	3	6
TOTAL.....	24	38	62

## OBSERVACIONES

Hace cuarenta años no se había registrado un mes de mortalidad tan grande.

El día de más defunciones fué el 1.º de Enero, que fallecieron 165.

El día 24 recobró la normal con 63 fallecimientos, sosteniéndose desde esa fecha alrededor de esta cifra, pudiendo considerarse terminada la anormalidad, pues el ligero aumento sobre la normal del quinquenio precedente es debido al gran crecimiento de la población.

Fallecieron por broncopneumonía 142 menores de cinco años y 304 mayores de dicha edad.

Fallecieron por bronquitis aguda 362 menores de cinco años y 39 mayores de dicha edad.

De encefalitis letárgica de Netter no se ha diagnosticado ningún caso, siendo sospechoso solamente uno de gripe cerebral.

Las observaciones que hicimos el mes anterior al ocuparnos de la mortalidad de Diciembre último, deben hacer-

se extensivas á este mes, continuación patológica del anterior, por lo que no las repetimos.

## Crónicas.

**Merceda recompensa.**—Ha sido agraciado con la cruz de Beneficencia de 1.ª clase y distintivo blanco y morado, nuestro redactor el Dr. D. Francisco López Prieto, por los servicios médicos prestados y los rasgos de filantropía con que se ha distinguido durante la última epidemia.

Nuestra cordial enhorabuena.

**Cajal, director honorario del Instituto de Alfonso XIII.**—De todo el público médico eran conocidos los deseos del Dr. Cajal, de aliviar el excesivo trabajo que venía pesando sobre él desde su juventud, deseos que se han manifestado, primeramente, en su dimisión del cargo de director del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

La tristeza con que ha sido por todos recibida esta noticia por la acertada orientación que el sabio histólogo había sabido dar á aquella institución se ha reflejado en el acuerdo que en forma de decreto se ha tomado por el Gobierno, nombrándole director honorario del organismo que dirigió desde su creación.

La exposición y el texto del Decreto dicen así:

«Señor: Presentada por D. Santiago Ramón y Cajal la dimisión del cargo de director del Instituto Nacional de Higiene que lleva vuestro augusto nombre, con carácter irrevocable, por la necesidad ineludible de simplificar y encauzar su actividad en la función docente universitaria y en las tareas del laboratorio, ha sido forzoso admitirla.

La separación absoluta de D. Santiago Ramón y Cajal de dicho Instituto, que fundó y guió patriarcalmente, conduciéndole á su actual desarrollo, educando á sus individuos en los principios de la investigación científica, que como nadie conoce, y contribuyendo de modo indudable á la formación de un personal sanitario, cada vez mejor preparado y numeroso, constituye para dicho Instituto una pérdida irreparable.

Y á fin de que su gran espíritu continúe guiando hasta la completa madurez aquella Institución, el ministro que suscribe tiene el honor de poner á la firma de V. M. el siguiente Decreto:

## REAL DECRETO

A propuesta del Ministro de la Gobernación, y de acuerdo con Mi Consejo de Ministros,

Vengo en nombrar director honorario del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII á D. Santiago Ramón y Cajal, con el fin de testimoniarle el agradecimiento nacional por los merecimientos contraídos en la formación y dirección de dicho Centro, y para que, aun separado de toda labor activa, pueda contribuir á la educación del personal sanitario con su ejemplo y consejo.

Dado en Palacio á 13 de Febrero de 1920.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, Joaquín Fernández Prada.

Constituyen, en efecto, las anteriores líneas oficiales, una prueba de gratitud á los merecimientos indiscutibles del sabio maestro de parte del estado oficial.

Por otro lado, y según noticias particulares, se nos ha comunicado el propósito que sus subordinados del Instituto tienen de que por una primera firma en el arte pictórico, se le haga un retrato al óleo.

Por lo que á nosotros se refiere, que tenemos la honra de contarle como redactor, vemos con alegría que no abandona en absoluto la dirección del órgano referido y que continuará debiéndosele el éxito constante con que viene actuando.

**Nombramiento acertado.**—Como continuación á las palabras que dedicamos al insigne Cajal, podemos añadir que hemos visto con muchísimo gusto el nombramiento á que se refiere el siguiente decreto, por tratarse de persona competente é ilustrada:

«A propuesta del ministro de la Gobernación,

Vengo en nombrar subinspector de Institutos de Higi-

**PEÑACASTILLO**

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



ne, con el sueldo anual de 11.000 pesetas, á D. Francisco Murillo y Palacios, que actualmente desempeña el cargo de subdirector del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

Dado en Palacio á 13 de Febrero de 1920.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, Joaquín Fernández Prada.

**En memoria del Dr. Leirado.**—En el número correspondiente al 10 de Febrero de nuestro colega *España Médica*, el Dr. Mesonero Romanos publica un sentido artículo, en el que rinde el merecido homenaje de admiración hacia las dotes profesionales y literarias del que fué titular y médico forense de San Martín de Valdeiglesias, D. Juan Leirado y de la Cámara.

A los conceptos contenidos en el citado artículo nos remitimos, nosotros que fuimos amigos del malogrado Leirado, y nos limitamos á recoger y dar á conocer el propósito laudable de sus compañeros, de publicar sus obras literarias con el producto de una suscripción, que á juzgar por su iniciación obtendrá con creces el éxito apetecido, y regalar la edición á su viuda.

Leirado era médico y poeta, dice Mesonero Romanos, y nosotros dudamos si fué médico por ser poeta, ó fué poeta por ser médico. El campo de experimentación del dolor humano hermana muy bien estas inclinaciones, sobre todo cuando impresionan un espíritu sano, nada indiferente á la transcendencia del papel que el dolor juega en la vida y que por añadidura sabía gustar de los encantos del romanticismo.

Lo que de palabra ofrecimos al Sr. Mesonero Romanos, lo reiteramos hoy desde las columnas de nuestra revista: EL SIGLO MEDICO se ofrece siempre con gusto á este género de manifestaciones del reconocimiento de los que valieron, pero en esta ocasión con tanto más motivo por tratarse del que fué compañero y amigo querido.

La suscripción recibida hasta ahora es la siguiente:

Dr. Mesonero Romanos, 100 pesetas; Dr. Javier Cortezo, 100; Dr. Prada, 50; Dr. Sáinz de los Terreros, 20; Dr. Gutiérrez Barbás (J. A.), 20; Dr. Fort Zárrega, 10; Dr. Olavide Torres, 10; Dr. Sacristán (J. M.), 25; Dr. Agrasot, 10; Dr. Aguirre, 10; Dr. Barrio, 10; Dr. Eleizegui, 30; D. Enrique Blanco, 10; D. Miguel Ciudad, 20; Dr. Ortiz de la Torre (Eduardo), 20.

Los donativos pueden dirigirse á nombre de D. Eugenio Mesonero Romanos, en Serrano, 56, Madrid.

**El Dr. Albiñana en París.**—Leemos en la Prensa:

«El profesor auxiliar del Doctorado de Medicina, de Madrid, doctor Albiñana, pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios para realizar investigaciones de Medicina histórica en Francia, ha sido elegido por unanimidad miembro de la Sociedad Francesa de Historia de la Medicina.

Para darle posesión, esta corporación se ha reunido en el salón de profesores de la Facultad de Medicina de París, bajo la presidencia del sabio profesor Jeanselme, y en dicho acto el Dr. Albiñana pronunció un interesante discurso dando á conocer sus estudios acerca de la Medicina hispano-francesa del Renacimiento y un eficaz sistema para la enseñanza de la Historia de la Medicina en las Facultades.

El profesor Jeanselme contestó al recipiendario enalteciendo la labor científica del Sr. Albiñana y haciendo votos porque perdure la buena amistad entre Francia y España.»

**Ateneo de Madrid.**—*Sección de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, curso 1919-1920.*—Esta Sección ha organizado para el presente año, los siguientes cursos breves de Medicina.

Martes y viernes, á las seis y media de la tarde (empieza el martes 17 de Febrero), D. Gustavo Pittaluga, «Las hemo distrofias. Estudio clínico de la herencia bioquímica y de las Leyes Mendelianas».

Jueves, á las seis de la tarde (empieza el jueves 4 de Marzo), D. Lucas Fernández Navarro, «La vida en reino inorgánico».

Jueves, á las siete de la tarde (empieza el jueves 4 de Marzo), D. José Verdes Montenegro, «Últimos progresos del tratamiento de la tuberculosis».

Miércoles, á las seis de la tarde, D. Adolfo Hinojar, «La exploración y la cirugía del laberinto».

La matrícula para estos cursillos es gratuita y puede hacerse en la Secretaría del Ateneo, todos los días laborables, de cinco á ocho de la noche.

**Conferencia interesante.**—El decano de la Facultad de Farmacia, D. Blas Lázaro é Ibiza, dió el día 15, una

conferencia del curso de las organizadas por la Asociación oficial de estudiantes de Farmacia, acerca del «Origen de los frutos».

El interesante punto que desarrolló con su elocuencia acostumbrada el ilustre disertante y la refutación científica de éste, llevaron á la Facultad de Farmacia un tan escogido como numeroso auditorio, que aplaudió repetidas veces la labor del Sr. Lázaro Ibiza.

**La Facultad de Medicina de Sevilla.**—Por el interés que para muchos de nuestros lectores puede tener, transcribimos la siguiente carta dirigida al director de *El Sol*

«Señor director de *El Sol*, Madrid.

Muy señor mío: En el número del 11 del corriente de su excelente diario se dice en telegrama procedente de esta ciudad, que los estudiantes de Medicina han presentado una solicitud á la Comisión provincial pidiendo que se me destituya de mi cargo.

Aunque el hecho es cierto, enunciado tan escuetamente perjudica á mi honor profesional, por lo que me veo obligado á apelar á su reconocida imparcialidad, rogándole tenga la bondad de publicar que la causa de esta pretensión es el haber yo dado parte á la Excm. Diputación, de faltas cometidas por un catedrático auxiliar de la Facultad de Medicina en la asistencia de enfermos del Hospital Central, y de la resistencia pasiva que el rector de la Universidad literaria, compañero del denunciado, viene oponiendo á la formación del debido expediente para depurar responsabilidades.

Será un acto de justicia que le agradecerá mucho su atento y seguro servidor, q. b. s. m., *Pedro Rico.*»

**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, tífus, gástricas, A. J. y S. ESCOBET, Tarragona.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por  
**JOSÉ ROBERT Y SOLER**  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT-Lauria 74  
BARCELONA

### GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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