

REVISTA CLINICA DE MADRID

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

REDACTORES:

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.

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

SUMARIO: Sección científica: La reacción del Wasserman y el método de Sachs-Georgi, por *F. Murillo*.—Impresiones de una ciega que empieza a ver a los diez y seis años, por el *Dr. B. Castresana*.—Sobre la tuberculosis, por el *Dr. Espina*.—Periódicos médicos.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por *Decio Carlán*.—Sobre unas oposiciones.—Dr. D. Amalio Gimeno y Cabañas, por *D. José Francos Rodríguez*.—Sociedades científicas: Sociedad de Higiene.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

POR

F. MURILLO

Fuera de muy contadas y atrabiliarias excepciones, la opinión unánime considera la reacción de Wassermann como uno de los principales progresos de la técnica moderna, aplicada a los menesteres de la clínica. Y, realmente, la certeza del diagnóstico en la mayoría de los casos dudosos y la seguridad que proporciona en multitud de afecciones oscuras o insospechadas, justifican el crédito universal de la reacción y la confianza que a los prácticos merece en todos los países.

En el nuestro fué adoptada desde el primer momento con entusiasmo, pero también con el inconveniente—común a otros países—de haberla considerado de fácil ejecución y de técnica simplicista al alcance de todo el mundo, dando lugar al ejercicio de explotaciones inhábiles y de inconscientes ligerezas, muy reñidas con la gravedad del asunto. Y a esto voy, a poner de relieve la necesidad de ejecutar la reacción con toda clase de garantías.

Por de pronto, tengo yo por atribución indebida la de los analistas que, a base de la reacción de Wasser-

man, dan como cierta la existencia o ausencia de la sífilis. Esta es una atribución, un juicio que corresponde exclusivamente al médico de cabecera, hasta el punto que a pesar y por encima del dictamen del laboratorio, el práctico puede formular un diagnóstico contrario al resultado de la reacción. El fundamento de esta discordancia estriba, de una parte, en que hay enfermos que acusan reacción positiva sin padecer de sífilis y, de otra, en que también existen enfermos genuinamente sífilíticos que ofrecen reacciones negativas. De aquí que únicamente el que posee todos los datos, el que centraliza en sus manos todos los hilos de la trama patológica, pueda discernir, comparar, justipreciar los valores y, en definitiva, emitir el juicio más completo y más cercano a la verdad.

Por lo mismo que el clínico es el llamado a resolver el problema y el que asume la responsabilidad del diagnóstico y del tratamiento, necesita rodearse de las mayores precauciones y debe exigir condiciones irreprochables de orden científico y moral en la práctica de la reacción. Y el que la efectúa debe pensar siempre que no se trata sólo de formular un diagnóstico, que no es el caso de acudir—como en otros exámenes del laboratorio—en auxilio de la salud de un individuo, sino que en el asunto juegan intereses más altos y trascendentales, intereses que muchas veces afectan a la honra y a la felicidad de las familias.

En realidad, la índole delicada de la operación y

las consecuencias desagradables que puede acarrear, han tenido víctimas y ejemplos que constan en los anales judiciales de algunas naciones, circunstancia que ha motivado la petición, formulada más de una vez, de que la práctica de las reacciones Wassermann se reserve a laboratorios especiales o dotados de autorización expresa oficial y en condiciones de ofrecer garantías de responsabilidad.

A decir verdad, la culpa de los inconvenientes, disgustos y tragedias que los fracasos de la reacción ocasionan, debe achacarse a la impericia o a la imprudencia de cierto número de analistas que, procediendo con vituperable ligereza, no *sienten*, y, por consiguiente, no emplean el vigor técnico que el método demanda. La mayoría de ellos opta por seguir cualquiera de las numerosas modificaciones que sucesivamente han ido apareciendo, las cuales presuponen una simplificación del método primitivo de Wassermann, Neisser y Brueck; pero que, en fin de cuentas, significan la eliminación o supresión de una o varias de las condiciones de veracidad y de «control» que, en junto, dan a la reacción su valor y al dictamen su carácter fidedigno. En una palabra: sacrifican los fueros de la verdad a las facilidades de la operación... sin temor a las consecuencias.

Todos los investigadores competentes están de acuerdo en la opinión de que el método que ofrece mayores garantías es el citado de W.-N.-B.; y si alguna confirmación necesitara el aserto, bastaría recordar el informe emitido hace poco por la «Comisión inglesa para la adopción de métodos «standard», donde paladinamente se declara el fracaso de las modificaciones aportadas al método original. Y no es que todas las modificaciones carezcan de valor; es que no alcanzan adonde el método primitivo llega. Los procedimientos de Craig, Baner Margarita, Stern, Hetch, v. Dungen, Brownind y Mackeuzie, Detre, Noguchi, etcétera, estudiados en largas series paralelas con el Wassermann, dan resultados que, si bien se aproximan al original—sobre todo, con el uso de extractos colesterinados—, quedan por debajo de él en un tanto por ciento de casos mayor o menor. De manera que, obrando en conciencia, el empleo de uno de estos procedimientos no excluye ni dispensa de la apelación al método clásico.

Aun la misma técnica de los inventores falla en múltiples ocasiones: por carta de menos, en enfermos tratados y no curados, en la sífilis latente (50 : 100 de reacciones negativas), etc., etc.; y por carta de más, en la lepra, malaria, fiebre recurrente, escarlatina, diabetes, pelagra, alcoholismo, etc., siendo precisamente estas *partidas fallidas* las que obligan a dejar la decisión final al arbitrio del médico de cabecera y las que inducen a idear métodos de contraprueba que sirvan de correctivo a las deficiencias del principal.

Tales métodos hay que buscarlos a base de un principio distinto del que informa el mecanismo de la reacción de Wassermann y de todas sus modificaciones. Una y otras están fundadas en la fijación del comple-

mento, y ya sabemos, por lo expuesto, las limitaciones que reducen su valor para el diagnóstico de la sífilis. No hay atisbos de que la fijación del complemento pueda rendir mayores beneficios, mayor tanto por ciento de reacciones verdad que el obtenido con la técnica del propio autor; y es natural que los investigadores traten de buscar nuevos derroteros para calmar las lagunas del método.

Desde hace años figuran en el arsenal clínicoanalítico algunas reacciones fundadas en el principio de la *precipitación* que se origina al contacto del suero sífilítico con determinadas sustancias: tal, por ejemplo, la reacción de Porges (modificada por Hermann y Peruz) que no ha tenido la aceptación que prometía, así como tampoco otras onálogas, aunque menos autorizadas. En cambio, goza de gran crédito, adquirido en breves años, la llamada reacción de Sachs-Georgi, cuya esencia consiste en el fenómeno de floculación que se produce mezclando suero sífilítico con extractos colesterinados en proporción conveniente.

De antiguo es sabido que la colesteroína exalta la sensibilidad de los antígenos sífilíticos, propiedad que ha dado lugar al empleo de diversas fórmulas para elaborarlas con destino a la reacción clásica. Lo nuevo en la de Sachs-Georgi (al igual que en la de Porges) es el pensamiento de utilizarlas directamente, sin la intervención de un sistema hemolítico, que es la condición o carácter dominante de las pruebas basadas en la fijación del complemento.

Se prepara, por maceración, un extracto acuoso de corazón de buey; a 5 cc. del extracto, se le añaden 10 cc. de alcohol y 0,3 cc. de solución de colesteroína al 1 : 100. La cantidad de colesteroína no es fija para todos los extractos, antes bien, es menester calcularla para cada uno mediante ensayos y tanteos previos.

Para verificar la reacción se mezclan 0,5 cc. del extracto con 1 cc. del suero sospechoso diluido al 1 : 10, depositando el tubo y otro testigo con suero normal en la estufa a 37°. Primitivamente, Sachs y Georgi recomendaban conservar los tubos en la estufa durante dos horas; pero en su nueva técnica (*Muench. med. Wochensch.*, núm. 16, 1919) aconsejan prolongar el plazo durante veinticuatro horas, con lo cual logran evitar las reacciones dudosas o no específicas. Luego de permanecer los tubos algunas horas fuera de la estufa, se verifica el examen mediante la lupa o en el aglutinoscopio.

Si la reacción es positiva, la columna líquida aparece cargada de flóculos diminutos, pero claramente visibles. La intensidad de la reacción se juzga por la intensidad de la floculación.

Son numerosos los autores que han ensayado el método, y la inmensa mayoría conviene en que no baja del 85 : 100 la proporción de casos coincidentes entre el Wassermann y el Sachs-Georgi, figurando en el resto algunos en que el primero aventaja al segundo y otros el segundo al primero.

Constituye, pues, un excelente *fiador* de la reacción clásica, y como la ejecución resulta fácil y sencilla en

extremo, muchos laboratorios—incluso alguno de Madrid—la practican ya sistemáticamente. Es de desear que todos se apresuren a adoptarla, en atención a la suma de garantías que el Wassermann requiere y el nuevo método aporta.

Impresiones de una ciega que empieza a ver a los diez y seis años ⁽¹⁾

POR EL

DR. B. CASTRESANA

.....

catarata congénita no está todavía resuelta en la actualidad, por lo menos de igual modo para los diversos autores. Lo mismo ocurre con respecto a su tratamiento quirúrgico, como decía anteriormente, que es el punto que vamos a desarrollar. El problema puede ser planteado en esta forma: ¿Se debe practicar la discisión, o la extracción total en las cataratas congénitas?

En la Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana celebrada en Valencia el año 1916 se discutió este punto tan interesante, con motivo de una comunicación presentada por el doctor Tutó, y que él titulaba «La operación de la Catarata Infantil en la actualidad». En esta Asamblea el doctor Tutó se decide partidario de la extracción de la catarata en el niño, como lo aconseja el capitán Smith de la India y en algunos casos el profesor Pannas. En cambio, los doctores Santos Fernández, Blanco, Castroviejo y algunos más, opinan que, después de haber experimentado algunos desastres por haber empleado el procedimiento de la extracción, se consideran obligados a levantar su voz para recomendar la discisión, repetida tantas veces como sea necesaria, sin peligro alguno.

Si echamos una rápida ojeada a la literatura extranjera que se refiere a la operación de la catarata infantil, veremos que escasean los trabajos publicados sobre este particular. Los doctores Michel y Hess nos dan a conocer en sus publicaciones una estadística de 15 cataratas congénitas operadas en niños de uno a cinco años de edad, en la Clínica de la Universidad de Usurburg, operados por los dos procedimientos. Los resultados obtenidos se pudieron comprobar en 38 de los operados, habiéndose observado que la agudeza visual en los casos de extracción era superior a aquellos otros en que se había hecho solamente la discisión. En los Estados Unidos, el doctor Clark manifiesta que ha abandonado el método de discisión simple, y en cambio ensalza las ventajas de la extracción lineal simple. Y en la India, el profesor Smith expone en sus publicaciones la necesidad de relegar al olvido el antiguo método de la discisión simple, y aconseja la

extracción siempre de la catarata infantil, aun en la variedad líquida, que es en la que mejores resultados puede dar la simple discisión.

No practican de igual modo la extracción los partidarios de este método, pues mientras unos aconsejan la extracción lineal vertical simple, otros la recomiendan combinada con la previa discisión de la cápsula en las opacidades incompletas, o espaciándola en dos tiempos, habiendo practicado la iridectomía con anterioridad. De esta opinión participan los profesores Wender, Helog y Colemand. Practicada la operación en esta forma cuando se trata de la catarata blanda y semiblanda de la infancia, se evitan los inconvenientes que puede tener en esta edad la extracción lineal combinada, como son el prolapso y enclavamiento del iris. Asimismo se facilita la operación, y la reacción post-operatoria es casi nula en la mayor parte de los casos.

Desde hace varios años tengo abandonado el método antiguo de la discisión simple, que en la actualidad se sigue aún empleando por la mayor parte de los oculistas, a pesar de haberse iniciado en el extranjero desde hace diez años una reacción en contra del antiguo procedimiento para practicar en todos los casos de la catarata infantil la extracción cristalínea, dejando la discisión simple únicamente limitada para las cataratas completamente líquidas. La discisión simple, en mi humilde opinión, debe ser abandonada, exceptuando algún caso de catarata líquida, porque es necesario repetir la intervención varias veces a plazo largo; porque las masas cristalíneas no se reabsorben con facilidad; porque no obedecen a la acción de la aguja, a pesar de repetidas discisiones; porque muchas veces provocan éstos procesos inflamatorios que dan por resultado la opacificación de la cápsula, y, finalmente, porque casi siempre quedan restos de cristalino o cápsula opacificada en las partes periféricas del orificio central conseguido con las discisiones, que perturban la estética facial.

Nuestra intervención varía según sea la opacidad cristalínea que se nos presente a la observación. Cuando se trata de opacidades centrales que permiten la visión, aconsejamos la abstención de todo procedimiento quirúrgico. Si la opacificación cristalínea es algo mayor, pero conservándose una visión relativamente buena, el uso de cristales ahumados o amarillo verdosos es suficiente. Si la opacidad es mayor practicamos la esfinterectomía, cuyo defecto estético y óptico es insignificante comparado con la iridectomía preconizada por Smith. Por último, si el cristalino se encuentra opacificado totalmente, creemos indispensable la extracción casi siempre *in toto* en la forma que describiremos al exponer los casos clínicos siguientes, que merecen, a nuestro juicio, una mención especial por la forma quirúrgica como han sido intervenidos, y por tratarse en uno de los enfermos de una joven que ha estado ciega hasta los diez y seis años, y que nos comunica sus impresiones al recibir su retina los primeros rayos de luz.

(1) Véase el número anterior

Las historias clínicas que daremos a conocer se refieren a las cinco operaciones últimas, verificadas con éxito de extracción *in toto* del cristalino opacificado congénitamente, las que vamos a reunir en una descripción única para no ser muy extensos, pero sin dejar de señalar en cada caso las particularidades más interesantes que sean dignas de mención. El historial clínico fué recogido por el doctor Ramírez, oculista asistente a mi clínica.

Los hermanos R. y M. P., de nueve y cinco años, de Lugo, nacieron, según refiere su padre, con unas manchas blancas dentro del ojo, que han ido aumentando de tamaño, reduciéndose su visión a percepción luminosa. Por el examen a la luz oblicua la córnea está transparente. El iris, normal en color y aspecto, se dilata irregularmente por la atropina, y el cristalino, de color blanquecino, más intenso en algunas regiones, tiene todo el aspecto de la opacificación que da la catarata árido-silicúosa, con adherencias iridianas en la cristaloidea anterior. El aspecto que presentaban las cuatro cataratas de los dos hermanos era muy parecido.

El caso clínico todavía más interesante es el de una muchacha, G. H., de diez y seis años, natural de la provincia de Valladolid. Esta enferma sólo ha visto claridad desde que nació y cada vez menos hasta presentarse en nuestra consulta. Reconocida a la luz oblicua, pudimos observar que la córnea y el iris estaban normales en su coloración, presentando el último algunas adherencias con el cristalino. Este, de color blanco en su totalidad, ofrecía partes menos blanquecinas, pudiendo clasificarse su opacificación entre las cataratas árido-silicúosas, como los casos anteriores. A esta enferma la habían practicado discisiones sin resultado.

Si tenemos en cuenta la edad de los enfermos, y lo inofensivo casi siempre de las discisiones, parece natural que a estos tres enfermos los debíamos clasificar entre los discisionados, y sin embargo, la difícil reabsorción de unos elementos cristalinos que son ya todo menos prismas normales, y el carácter del funcionamiento patológico de la cápsula a la vez opaca, nos inclinó a practicar la extracción *in toto*, como aconsejan muchos autores, sin describir esta operación de tan alto interés científico, y de grandes dificultades operatorias en algunos enfermos.

Nosotros vamos a indicar con detalle nuestra técnica operatoria siempre que intervenimos en casos de esta naturaleza.

Cuando se trata de niños pequeños recurrimos a la anestesia clorofórmica. Tallamos un colgajo un poco menor que para una catarata ordinaria y practicamos una iridectomía pequeña esfinterectomía, indicadísima en los tres casos por tener adherencias la catarata, y en todos para el empleo de la cucharilla. Cogida con la mano derecha, después de haber separado el párpado superior con la izquierda del operador, y el inferior con la de un ayudante, se penetra con ella verticalmente al ecuador del cristalino, dirigiéndose un poco por detrás de su borde. Después de haberle traspasado,

se gira aproximadamente 90 grados su mango para que el instrumento se coloque por detrás del cristalino y se proceda a su extracción.

En este momento un ayudante comprime de abajo arriba la catarata a través de la córnea, con la cara convexa de otra cucharilla, procurando el operador no levantar el mango de la suya hacia adelante sino lo más indispensable para evitar la salida del vitreo. En esta forma se extrae la catarata con la cucharilla hasta casi fuera de los bordes de la herida, procurando en este momento, si hay sinequias posteriores, que otro ayudante coja con unas pinzas la catarata, para impedir la reingresión de la misma dentro de la cámara anterior, cosa fácil de suceder, puesto que en las seis operaciones que practiqué a estos tres enfermos, operándoles los dos ojos a cada uno, se repitió el caso dos veces.

En el curso post-operatorio nada hemos de mencionar de especial, porque se realiza en la misma forma que la catarata ordinaria. La agudeza visual de los niños después de operados fué excelente, sin poderla precisar con exactitud por su poca edad, siendo muy notables las impresiones que pudimos recoger de la muchacha de diez y seis años, que empezaba a ver a esta edad, después de haberle extraído sus dos cataratas.

Su agudeza visual, sin corrección, fué la siguiente:

O. D. dedos a 3 metros | Oftalmo- | O. D. —45+135=3 D.
O. I. dedos a 3 metros | metría | O. I. normal.

Hecha la corrección...
$$\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} + 6 + 3 \text{ a } 135^\circ \text{ V} = \frac{1}{3} \\ \text{O. I.} + 7 \text{ V} = \frac{1}{4} \end{array} \right.$$

La papila, en vez de tener los contornos bien limitados, son algo difusos y se confunden con el resto de la retina. En ésta hay retinitis atrófica de curso lentísimo, quizá debida a la falta de función que se detenga con el funcionamiento del órgano, pues no debemos olvidar que es una enferma exanóxica y parece corroborar esta opinión el que la enferma dice que va mejorando su visión, cada día que pasa.

Nuestra curiosidad fué inmensa al querer observar las impresiones que recibiría la enferma al ponerse en relación por primera vez con el mundo exterior. Su aspecto atontado era hijo, sin duda alguna, en los primeros momentos de su asombro ante las imágenes de las cosas, las personas, los objetos. La imagen borrosa y nueva, aumentando su confusión, la llevaban a un estado indiferente. Con paciencia conseguimos algunas respuestas como las siguientes: A una caja de cerillas la llama caja por su verdadero nombre y lo mismo sucede con las demás cajas que se le presentaron, no dando para ellas más que su nombre genérico. A una cartera la llama un libro; a un pañuelo no le aplica nombre alguno, porque no sabe lo que es; una llave la cree un lapicero; los demás objetos, como el candelabro, reloj, sortija, tijeras, moneda de 10 céntimos y hoteles edificadas enfrente del Instituto, lo ve todo

bien; pero no lo reconoce ni puede calificar con nombre alguno.

En cambio, puestos algunos de los objetos citados en su mano, instantáneamente dice sus nombres sin dudar, llamándole a ella misma la atención sus imágenes después de tocados, mirándolos con gran interés. La moneda de un duro, después de haber visto y tocado 10 céntimos, la cree una peseta. ¿Cómo podríamos explicar la perfecta distinción de las cajas, único objeto que ha conocido? ¿Es porque la superficie regular de ella da una imagen que se compara mejor con la representación táctil, o es porque la enferma con su poca visión cuando niña había visto alguna caja en sus juegos? La primera interpretación es la que me parece más razonable, porque la confusión de la cartera con un libro, y de la llave con un lapicero, nos inclinan a pensar en la primera interpretación, pues poco o nada pudo ver siendo niña, cuando no distinguió un pañuelo de imagen muy extensa; pero en cambio muy diversa cuando se trata de poderla apreciar por la impresión táctil.

Llevada la enferma al jardín, distingue bien la hierba del suelo de los arbustos, cuando toca éstos, y lo mismo le sucede con los muros de la casa, que no conoce, mientras no los toca con sus manos, aunque confiese que los ve bien. La mandamos mirar al cielo y nos dijo lo veía negro, y sólo cuando se le manifiesta que es el cielo lo que mira, cambia de parecer y dice que es azul, indudablemente de haber oído que el cielo es azul. Las nubes, al decirle lo que eran, las mira fijamente y expresa en el semblante una alegría inmediata que hasta entonces no había tenido al contemplar el cielo, que tantas veces había oído nombrar, y era la primera vez que lo veía.

Las impresiones comunicadas por esta enferma nos las podríamos explicar recordando lo que nos dice la fisiología del sistema nervioso, a propósito de los territorios denominados centros de representación, situados los que corresponden para el sentido de la vista en las caras externas del lóbulo occipital y parietal, sobre todo en el pliegue curvo, que son comparables, en el lenguaje vulgar, a archivos o bibliotecas, donde las imágenes pintadas en el centro de proyección visual, o retina cerebral, son guardados a manera de legajos de pergaminos, donde quedan para toda la vida del sujeto archivados, y dando lugar a que el que ha visto una vez cualquier objeto, si vuelve a verlo, lo conozca, y sepa nombrarlo con su palabra adecuada. Ahora bien, aún existe en estos centros una división en primarios, que recogen las ideas más sencillas, por ejemplo, la imagen del sol o de la luna, que sólo por la vista pueden apreciarse; pero existen otros que son los secundarios, los cuales conservan imágenes más complejas, que pueden descomponerse en residuos visuales, color, táctiles, consistencia, peso, olfatorios, olor, los que reunidos forman la imagen completa del objeto. Los primarios son unilaterales, y cada uno registra imágenes distintas, estando colocados más cerca de los centros de proyección que los secundarios.

Si relacionamos estas ideas con la enferma operada de cataratas congénitas, que ha estado tantos años condenada a no admirar las bellezas de la naturaleza, no explicaremos satisfactoriamente la falta de conocimiento de los objetos que se presentan delante de su vista. En efecto, no conoce los objetos al mirarlos, porque en sus centros representativos visuales no existían las imágenes correspondientes en su cerebro para conocerlos; en cambio, los reconocía al tocarlos, porque estaba acostumbrada a conocer los objetos por el tacto, que había impresionado sus centros correspondientes, dando la forma del objeto que tocaba.

Si bien la enferma nos dió el campo de los colores muy vivos con cierta aproximación, debido quizás a que su anterior percepción luminosa fuera bastante para ver los colores, sin embargo, al mirar al cielo nos dijo que era de color negro, lo que podría explicarse por no conocer los colores intermedios de poca intensidad. Al decirle que era el cielo lo que la enseñaban, contestó inmediatamente que era de color azul, por recordar haber oído decir que el tono del cielo es azulado. Es indudable que, en esta enferma, la parte de cerebro correspondiente a los centros de representación y de proyección se encuentra algo retrasada en su evolución, comparada con el resto del sistema nervioso central, por la falta de función que ha tenido durante tantos años. Se trata de un caso clínico realmente notable, que merece los honores de la publicación, para dar a conocer las primeras impresiones que recibe de los rayos luminosos una enferma que ha sido ciega de nacimiento y recobra su visión a los diez y seis años de haber nacido.

Nuevas orientaciones en la lucha social contra la tuberculosis ⁽¹⁾

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, POR EL ACADÉMICO DE NÚMERO DOCTOR DON ANTONIO ESPINA Y CAPO, EL DÍA 9 DE MARZO DE 1920

no como conclusión de mis trabajos, sino como estímulo para nuevas labores.

Vino luego el segundo Congreso de París, todavía nacional, con más amplios programas, ya concluida de identificar la tuberculosis del hombre y de los bovinos, celebrado este Congreso en 1891, y aquella proposición de hospitalizar tuberculosos con tuberculosis abiertas, aquella luz de Oriente del primer Congreso, aquel amanecer va ascendiendo y llega a una investigación estadística como tema para el tercer Congreso. La profilaxia avanza, se estudian los gérmenes capaces de destruir el germen contagioso y que pueden ser nocivos para el organismo desde el punto de vista de la profilaxia y de la terapéutica. Aparece la iniciación de la lucha contra la tuberculosis como

(1) Véase el número anterior.

enfermedad social y más pronto que nosotros, por fortuna para ellos, se crea la obra de la tuberculosis en Francia por Grancher y Martín, presentando éstos también sus primeros trabajos de vacunación. Por entonces llega a noticia de todo el mundo el descubrimiento de la tuberculina de Koch y ante éste se desprecian y se abandonan casi todos los trabajos de profilaxia, se cree en la llegada del Mesías verdadero y la humanidad respira creyéndose en posesión del tratamiento curativo y radical de la tuberculosis, pero por desgracia, no ocurrió así: por errores de dosis, por precipitaciones nacionales, deseos de un Sedán científico, por las generalizaciones tan perjudiciales en Medicina, por buscar las cantidades en lo que sólo son ecuaciones, la tuberculina primitiva de Koch fracasó y de aquel fracaso todavía no se ha curado por completo. Me acuerdo de aquellos días grandiosos de la tuberculina, de mi estancia en Berlín, en un invierno crudísimo, con un metro de nieve en las calles y con 22 y 23 grados bajo cero, aquella ciudad, Belén de este Mesías, se llenó de enfermos, trenes que parecían de turismo, transportaban los tuberculosos ricos de todo el mundo, los hoteles parecían hospitales de enfermos de pecho y hasta en los cuarteles se habilitaron albergues para los tuberculosos. Aun hoy se está trabajando en este asunto; pero creo que parte de un error inicial todavía y que la tuberculina ideal constituye una esperanza.

En este segundo Congreso, Tisson plantea la profilaxia higiénica comprendiendo que no es posible combatir la tuberculosis con los medios médicos en lucha contra ella en el individuo, como por ejemplo, en una enfermedad aguda, se asentaron los primeros jalones de la profilaxia colectiva, y como en todos los Congresos, en éste quedan dos problemas para el Congreso siguiente que fueron: hospitalización de los tuberculosos y la obra de la tuberculosis en la infancia, también asuntos que aun en la actualidad se siguen discutiendo.

El tercer Congreso de 1893 casi no es un Congreso médico, sino un Congreso social: se abren las puertas de par en par a los médicos y a los sociólogos, la mujer forma en nuestras filas, la Liga francesa contra la tuberculosis es definitiva, y en él se adoptan las conclusiones del informe de los médicos del Hospital de París acerca del planteamiento definitivo del problema de la hospitalización de los tísicos en hospitales especiales, dando la siguiente interesante conclusión: «El mayor número de tísicos de los hospitales comunes está relegado al olvido y los pobres no son atendidos constantemente, por las imperiosas indicaciones de los enfermos agudos y graves, siendo la existencia de los tuberculosos crónicos un verdadero martirologio.» Segunda: «Es urgente gastar algunos millones para mejorar la existencia febril de los tuberculosos con tuberculosis abierta.» Tercera: «Hay graves inconvenientes de su permanencia en los hospitales comunes, para ellos y para los demás enfermos.» Cuarta: «Todo menos conservar el estado actual (1893).» Quinta: «No

es posible crear salas de aislamiento en los hospitales comunes, sino que es indispensable crear hospitales especiales para estos desdichados enfermos, parias de la patología.» Es decir, como veis, que allí acordamos que era mucho enfermo y mucha enfermedad la tuberculosis para incluirla en el presupuesto de todas las enfermedades en montón; que nos hacía falta y nos hace falta perentoriamente, si queremos salir del estado de abandono criminal en que estamos, un presupuesto especial para esta guerra, un presupuesto para la lucha contra la tuberculosis, que necesita ella por sí misma en todos sus aspectos de problema social y de problema médico una cantidad de presupuesto parecida a la que exigen el ejército de la guerra y la gran marina de combate; que no se vea con verdadero disgusto, y no digo con otra sensación más honda del espíritu, un regateo de 50.000 pesetas cuando las pedimos para estudiar la tuberculosis desde el punto de vista experimental y cuando ya veremos lo que pedimos desde el punto de vista de la hospitalización de los tuberculosos contenida en esas grandiosas conclusiones del Cuerpo médico del Hospital de París, gloria siempre de la clínica francesa. En este Congreso acordamos que, como el aspecto social iba privando sobre el aspecto científico y clínico, había llegado el momento de ensanchar nuestra esfera de acción, de internacionalizar la lucha y de reunir, al par que un Congreso internacional, una Conferencia oficial con representación de todas las naciones que a ella se adhirieran, sin abandonar, sin embargo, el glorioso camino de los Congresos nacionales que preparan los trabajos para los Congresos internacionales.

Estos tres Congresos franceses pueden servir como padrón de gloria a esta nación, que ha sido siempre la cuna de los grandes ideales de la libertad de los hombres, de la independencia de la mujer y de la protección del tuberculoso.

En el Congreso de Berlín, reunido en 1899, su verdadera característica fué el primer paso dado para sentar en sólidos cimientos la hacienda del tuberculoso; y en aquel país en que la guerra de 1870 le trajo el problema de los seguros sociales, entre ellos el de enfermedad y el de invalidez y el de vejez, se acordó que la única manera de alcanzar rendimientos suficientes para nuestra lucha era el establecimiento en todos los países del seguro obligatorio de enfermedad. Con él y con la unión iniciada de la Cruz Roja militar con la doble Cruz Roja de la paz se empezaron a sembrar los bosques y las montañas de Alemania de sanatorios, algunos sanatorios-palacios, cuyo porvenir se creía asegurado y que ahora la guerra casi nueva los ha destruido. ¡Qué día tan feliz será aquel en que vuelva a renacer de sus cenizas todo cuanto ha enterrado de la lucha contra la tuberculosis esta desdicha pasada!

Y llegamos en nuestro camino al cuarto Congreso de París, de 1905, y primero de la serie de Congresos internacionales. Allí nos reunimos ya 2.500 personas; es decir, que en diez y siete años aquellos 200 hombres de buena voluntad, supervivientes muchos de ellos,

tuvimos el gusto, ¿qué digo gusto?, tuvimos el placer inmenso de ver ya un programa completo de la cuestión: 1.200 expositores, la característica de este Congreso, la hospitalización de los tuberculosos, la protección de la infancia y los sanatorios y dispensarios. Fué también coadyuvado por un Congreso contra las enfermedades populares, y en los discursos de salutación de todos los representantes casi del mundo al dignísimo presidente, Sr. Louoet, se destacó la idea de apoyar la petición de un presupuesto especial autónomo para protección del tuberculoso pobre y de la lucha contra la tuberculosis, y Europa y América, Asia y Oceanía, todas, pidieron la construcción de hospitales especiales para tuberculosos, avanzando ya en su resolución el Estado de Norte América, que bien pudiera colocar al lado de la estatua de la libertad que guía al mundo otra estatua que conmemorara la construcción de los primeros hospitales para tuberculosos. En este Congreso ya la asistencia pública y todos nosotros nos preocupamos del fundamento científico de este presupuesto especial, y apareció la ciencia estadística, sin la que es imposible todo progreso en los presupuestos, a menos que no sigamos como aquí, a gastar a medida de las exigencias perentorias y con la guillotina sobre nuestra cabeza; sumamos, y aun los más enterados de la fuerza y el vigor del azote que pesa sobre la humanidad, no pudimos creer nunca que la unidad a sumar fuera el millón, y uno tras otro llegamos a saber que sólo Europa perdía cuatro millones por esta enfermedad, y que las especies más nobles, más necesarias a la alimentación humana se perdían, y a veces desaparecían las razas por la tuberculosis animal. El profesor Letuye planteó la conclusión de la división en estos Congresos en dos grupos: el social, reservado al problema de la asistencia pública, a la protección de la infancia y a la preservación de los adultos, y el segundo, el problema científico en todos sus aspectos. En la cuarta sección, dedicada única y exclusivamente a la preservación y asistencia a la infancia, se llegó al acuerdo que en ésta estaba la base fundamental de la lucha contra la tuberculosis; y en la sección de preservación y asistencia de los adultos, se proclamó la extensión del dispensario como escuela y del sanatorio como auxiliar a los primeros alumnos de combate, quedando después el hospital como el problema de la evacuación de los heridos graves de la lucha. Se trabajó sobre la reglamentación internacional, estudiando dos problemas capitales, el de la habitación y el de los espacios libres; clamando contra las habitaciones insalubres y pidiendo una ley de expropiación forzosa por exigencias sanitarias y un estudio detenido y completo, por ser en estos organismos más fácil la tuberculosis, en el ejército y en la marina, quedando también pendientes para Congresos y Conferencias sucesivas los seguros de enfermedad y la tuberculosis como enfermedad profesional, acordándose que el nuevo Congreso internacional se reuniera en Washington en 1907, único a que no hemos asistido, pero cuyas actas demuestran el entusiasmo y la manera práctica que tie-

nen de resolver estas cuestiones en Norte América, adelantando mucho en la resolución de los problemas planteados, sobre todo de la urbanización antituberculosa como la mejor defensa social contra esta enfermedad.

El tercer Congreso internacional se realizó en Londres, donde tuvimos el placer de oír al grande Israeli las palabras siguientes: «El primer deber de los hombres de Estado es el cuidado de la salud pública para las verdades a conquistar, las luces a difundir, las miserias a aliviar, los males a curar, y nuestro deber no cesará sino cuando el Poder público.» Estas palabras, dichas en aquel país donde la salud pública es un imperativo categórico de todo programa municipal, de condado y de nación; en esa nación que desde Jeiner acá ha pensado siempre más en la profilaxia que en el tratamiento de las enfermedades evitables, y cuya legislación antituberculosa va adelantando cada día, así como interesando a la masa común del pueblo para con sus escuelas modelo, sus sanatorios, su declaración obligatoria y sus remedios sociales llegar a tener la hermosa estadística que presentó de la disminución de la morbilidad y mortalidad de la tuberculosis, así como la comunicación de Erlih, que parecía ser entonces el descubrimiento más completo del tratamiento patológico de la tuberculosis, fueron los puntos cardinales de aquel hermosísimo Congreso, en el que ya el seguro fué aceptado como nuevo recurso de profilaxia antituberculosa.

(Continuará.)

Periódicos médicos

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Un caso de osteomielitis invasora de cráneo.

El doctor Fernando Casadesús refiere el siguiente caso clínico:

«D. G. C., de sesenta y un años, sufre una afección gripal, en noviembre de 1916, con dolores en el seno frontal izquierdo y secreción purulenta por la fosa nasal del mismo lado, que fueron debidas seguramente a una sinusitis frontal aguda del lado izquierdo. Al cabo de veinte o treinta días cedieron esos síntomas y el enfermo se cree completamente curado, cuando a fines de enero de 1917 se apercibe que hacia la parte media de la frente, de dos y medio a tres centímetros sobre la raíz de la nariz, le sale como un grano (según expresión del enfermo) que le comenzó a supurar. Consultado un dermatólogo sobre el caso, dice que se trata probablemente de una lesión de seno frontal, y es remitido el enfermo a un cirujano, que confirma el diagnóstico de sinusitis frontal supurada del seno izquierdo. La fistula se halla a nivel de la parte más alta del seno y próxima al tabique intersinusal, en la pared anterior, por donde se ha abierto el seno al exterior. Hace un legrado del seno agrandando la fistula ya

existente, con anestesia local, a primeros de febrero.

Como a pesar de la intervención sigue el seno supurando, soy llamado en consulta a mediados del mismo mes. Reconozco la fosa nasal izquierda, que presenta una hipertrofia polipoide de la cabeza del cornete medio, pero sin verse nada de pus en el meato medio. Practico la resección de la cabeza del cornete y encuentro cerrada toda comunicación fronto-nasal, por lo cual creo indispensable una intervención por vía externa, que por fin es aceptada, y la practico a fines de mayo del mismo año. Encuentro necrosada toda la pared anterior del seno, que es de grandes dimensiones, y gran parte del reborde orbitario. Hago la resección de todo lo necrosado sin quitar nada del techo de la órbita, resecando la apófisis ascendente del maxilar y parte del propio y vaciando todo el etmoides, en donde hallo un empiema cerrado de las células etmoidales anteriores; luego establezco una amplia comunicación entre el seno y la fosa nasal, según el procedimiento que describo en otra comunicación que presento a este Congreso y que creo útil para estos casos. Suture toda la herida, a excepción de la parte externa, donde coloco un tubo de drenaje que penetra profundamente en el seno, y en cuanto a la fistula preexistente, cuyos bordes se han refrescado, forma el extremo de una incisión liberatriz vertical que ha habido necesidad de practicar y que se sutura también por entero.

El curso post-operatorio fué normal, dejando el drenaje externo unas tres semanas, cicatrizando la herida por primera intención. El seno fué rellenándose de tejido fibroso que se aprecia bien a través de los tegumentos. Tan sólo la herida se abre por el sitio de la fistula preexistente, es decir, en la parte alta de la incisión liberatriz vertical, y da un poco de exudado. Cada vez se aprecia menos cavidad en el seno operado por relleno fibroso, se hace algún lavado con agua oxigenada desde la abertura de la frente a la fosa nasal, y el enfermo, casi completamente cicatrizado de la pequeña abertura frontal que aún le queda, se marcha de veraneo a los dos meses de la intervención. El resultado cosmético es muy bueno, a pesar de la gran extensión ósea resecada.

Vuelvo a ver al enfermo a primeros de octubre, de vuelta del veraneo, y me cuenta que su pequeña abertura frontal aún no está cicatrizada, si bien en varias ocasiones lo ha estado durante uno o dos días. Exploro la pequeña fistula sin poder encontrar paso alguno hacia el seno operado, completamente relleno de tejido fibroso, y sospechando se trate de alguna lesión ósea, lo examino cuidadosamente, encontrando una pequeña fistula del tabique intersinusal que permite pasar el estilete al otro seno. Creyendo entonces que la persistencia de la fistula frontal puede ser debida a la infección del otro seno, hago hacer una radiografía que demuestra opacidad del seno derecho. La diafanoscopia es poco demostrativa, tanto más cuanto no puede compararse con la del otro lado. Echando al enfermo sobre el lado izquierdo y con la cabeza muy

baja, por ley natural del declive sale pus del seno derecho por la fistula frontal.

No cabiendo duda de que se trata de una sinusitis del otro lado, indico a la familia la necesidad de otra intervención en el lado derecho. Practico ésta a fines de enero de 1918. Encuentro el seno lleno de pus y fungosidades, pero con las paredes óseas sanas. Hago un Killian típico. Tan sólo había un pequeño foco de osteitis en la pared anterior, cerca de la espina nasal del frontal, que es legrado minuciosamente, así como los bordes de la primitiva fistula. Como en este lado se han encontrado las paredes óseas sanas, y no hay signos de agudización, cierro toda la herida sin drenaje, quedando tan sólo con una gasa la pequeña abertura frontal primitiva.

Curso post-operatorio normal. Cicatriza la herida por primera intención; abundante secreción nasal los primeros días, que va disminuyendo, y la fistula frontal va cicatrizando hasta llegar a cerrar por completo.

Cuando el enfermo va a ser dado de alta, a las tres semanas de la intervención, se presenta enrojecimiento y dolor acentuado a la presión en la raíz de la nariz con enrojecimiento y edema de párpados y mejilla izquierda, o sea del lado primitivamente operado. Parece tratarse de un foco de osteo-periostitis de la espina nasal del frontal. Se le ponen fomentos calientes continuos y no tarda en formarse un pequeño absceso en el ángulo del ojo izquierdo, que es abierto en seguida, con desagüe de alguna cantidad de pus y desaparición del enrojecimiento y edema de la mejilla y párpado izquierdos. En los dos o tres días siguientes disminuye el dolor a la presión en la raíz de la nariz, pero el enfermo comienza a tener elevación de temperatura por las noches, de 38° a 39°, con malestar general e insomnio durante las primeras horas y luego sudor profuso, logrando dormir bien por la madrugada. En vista de esos síntomas generales exploro detenidamente la fosa nasal derecha, que aparece con poco exudado en el meato medio y el seno recién operado nada doloroso a la presión. Pero por la fistula superior, que ha vuelto a abrirse, sale pus espeso en muy pequeña cantidad, y con el estilete se encuentran focos necróticos hacia la espina nasal del frontal. La comunicación con el seno derecho persiste, pero no hay retención alguna en el mismo, como puede comprobarse poniendo al enfermo acostado sobre el lado izquierdo, sin que salga una gota de pus.

Hago el diagnóstico de osteitis de la espina nasal del frontal, indicando la necesidad de una intervención urgente para eliminar los focos necróticos óseos y dejar al descubierto ampliamente ante el temor de que pueda sobrevenir una extensión del proceso. La orina del enfermo no contiene azúcar ni albúmina.

La familia y el enfermo se muestran muy rehacios a una nueva intervención, a pesar de exponerles reiteradamente el grave peligro que amenaza al enfermo y la urgencia del caso, lo que confirman igualmente otros distinguidos compañeros llamados en consulta.

Por fin, convencida la familia de la necesidad y ur-

gencia de la intervención, el enfermo se niega terminantemente a ser reoperado, y el proceso osteomielítico avanza con gran rapidez, destruyendo la pared interna del frontal en todo el espacio que puede ser explorado por la fistula. El estilete llega a encontrar la dura madre al descubierto y el enfermo no tarda en caer rápidamente en el coma, y con síntomas sobreagudos de invasión meningo-encefálica, muere a los tres días de su estado comatoso y a las tres semanas de aparecer el primitivo foco de osteo-periostitis en la espina nasal del frontal.

Llama la atención desde la aparición de ese foco la presencia de una gran hiperestesia en toda la mitad derecha de la cara y mitad anterior del cuero cabelludo del mismo lado, presentándose en cambio solamente muy al final, y casi concomitantemente con el período comatoso, edema del párpado derecho y de la región frontal del mismo lado, es decir, cuando las lesiones osteo-mielíticas eran ya muy avanzadas.

Como en este caso, por la posición social del enfermo, no ha sido posible hacer la autopsia, hay que atenerse a los datos que han podido recogerse por examen con el estilete a través de la abertura frontal, y que permitieron encontrar toda la pared profunda de ambos senos en toda la parte explorable, completamente necrosada y con consistencia de azucarillo.

Todos sabemos que los casos de osteomielitis invasora de cráneo merecen ser publicados por su escasa frecuencia, lo cual bastaría para justificar esta comunicación; pero, además, quiero señalar en este caso algunos puntos que lo hacen aún más digno de atención.

1.º La edad del paciente, sesenta y un años; pues los casos de osteomielitis invasora de cráneo suelen desarrollarse en individuos jóvenes, no pasando nunca, en la estadística que *Luz* hizo en su comunicación al Congreso de Budapest, de los cuarenta años.

2.º El haberse presentado dicha complicación a las tres semanas de la operación, cuando había seguido un curso post-operatorio normal, cicatrizando la herida por primera intención y sin signo alguno de retención.

3.º El no haber sobrevenido complicación alguna después de la intervención sobre el primer seno con extensa necrosis de paredes óseas y, en cambio, haberse desarrollado la osteomielitis invasora después de operado el segundo seno con paredes óseas casi sanas.

4.º La presencia de una gran hiperestesia en toda la mitad derecha de la cara y mitad anterior derecha del cuero cabelludo desde la presencia del primitivo foco de osteo-periostitis hasta que el enfermo cayó en el coma; y

5.º El haberse abierto la fistula frontal espontáneamente en la parte más alta del seno frontal, contravieniendo a las leyes fundamentales del desagüe. Bien sabido es que el sitio por donde ordinariamente se fragua paso el pus en estos casos es hacia el ángulo interno de la bóveda orbitaria, o sea en el suelo del

antro.—(*Revista Española de Laringología, Otología y Renología*, núm. 2, marzo y abril de 1920).

UROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las inyecciones de leche en el tratamiento de la blenorragia y de las adenitis venéreas, por

M. Trossarello.—La inyección de albúminas heterólogas en el tratamiento de diversas infecciones ha adquirido un gran desarrollo en estos últimos tiempos; en esta terapia, llamada *aspecífica* o *proteínica*, se han utilizado numerosas sustancias. Trossarello ha empleado la leche de vaca para tratar 45 afecciones blenorragias y 15 adenitis consecutivas a ulceraciones venéreas, empezando por inyección de 5 c. c. y continuando el tratamiento con dosis progresivamente mayores, hasta llegar a 10 c. c.; las inyecciones practicadas en la masa muscular de la región súpero externa de la nalga fueron bien toleradas en la mayoría de los casos; a veces tuvo lugar una gran elevación térmica subsiguientemente a la inyección. El tratamiento comprendía cinco inyecciones, con tres o cuatro días de intervalo, y sólo se observaron fenómenos anafilácticos en un enfermo, y fueron muy moderados. Del conjunto de las observaciones de Trossarello se deduce que los efectos terapéuticos de las inyecciones de leche pueden considerarse como nulos en las uretritis y uretrocistitis, e inciertos en las prostatitis, epididimitis y artritis; pero, en cambio, son óptimos en las anexitis, hasta el punto de declararlos superiores, en estos casos, a los de la vacuno y sueroterapia específica; constantemente se obtuvo la desaparición, o la rápida disminución, del dolor, aunque objetivamente no se pudieron observar mejorías apreciables. Respecto a las adenitis venéreas podemos decir que la galactoterapia constituye un medio fácil, exento de inconvenientes, que debe emplearse como tratamiento abortivo de las mismas. No puede establecerse con seguridad el mecanismo, en virtud del cual la leche empleada por vía hipodérmica produce los efectos benéficos que acabamos de indicar; Nolf, al observar que la inyección intravenosa de peptona produce una leucopenia, seguida de hiperleucocitosis intensa, afirmó que la eficacia de la terapéutica protéinica heteróloga en las enfermedades infecciosas se debía a una acción sobre los leucocitos. Por otra parte, otros autores, como Kouteschweller, fundándose en que los efectos terapéuticos de las dos proteínas más empleadas en la terapéutica *aspecífica* (peptona y leche) faltan cuando la inyección no va seguida de un período febril, sostienen que estos efectos deben ser consecuencia de la acción curativa producida por la fiebre artificialmente provocada; acción, por lo demás, semejante a la que muchas veces tiene lugar con la fiebre natural; pero, sobre todo, sería la provocación de una elevación térmica brusca y transitoria, la que daría los mejores resultados, hipótesis que se encuentra confirmada en los casos del autor, ya que los en-

fermos que más intensamente reaccionaron fueron los que obtuvieron mayor beneficio de la galactoterapia. (*La Reforma Médica*, 3 abril 1920, núm. 14, pág. 350.) E. Luengo.

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. El estado actual del tratamiento de la epilepsia. por el doctor E. Redlich.—Carecemos de tratamiento verdaderamente eficaz contra la epilepsia, y, probablemente, gran parte de la culpa de que no tengamos terapéutica causal recae en nuestra falta de conocimientos sobre la patogenia de la enfermedad.

Como medicamentos para el tratamiento sintomático de la epilepsia tenemos, en primer lugar, las sales de bromo. Está demostrado que estas sales disminuyen la excitabilidad de la porción motora y aun de la sensitiva del sistema nervioso central.

Al principio de un tratamiento por las sales de bromo se elimina sólo muy pequeña cantidad de ellas, la mayor parte se almacena, porque el bromo va sustituyendo al cloro en el suero, en el plasma intersticial, en los productos de secreción y, entre ellos, en el jugo gástrico, incluso en el líquido céfalorraquídeo.

El organismo se hace pobre en cloro, porque en los enfermos bromurados, hasta el 50 por 100 ó más de este metaloide está sustituido por el bromo. Únicamente entonces es cuando se establece una especie de equilibrio, y la cantidad de sales de bromo eliminadas equivale a las ingeridas. Varios autores se sentían inclinados a ver en este empobrecimiento del organismo en cloro la causa principal de la acción de las sales de bromo en la epilepsia.

A favor de este modo de ver tenemos el hecho de que los accesos de epilepsia disminuyen considerablemente, y hasta llegan a desaparecer, cuando se somete al enfermo a régimen hipoclorurado, aunque no se le administre bromo; pero no cabe duda que el resultado es mucho más favorable en el segundo caso.

De paso señala Redlich que, cuando se exagera la decloración, se presentan accidentes muy desagradables; si el régimen declorurado se prolonga mucho tiempo sobreviene la muerte.

Además, ha visto dos casos en los que se presentaron trastornos muy singulares: junto a una adinamia, muy pronunciada, había una ataxia evidentísima de caracteres semejantes a la ataxia cerebelosa, y una afasia bulbar. En conjunto, tenía el enfermo cierto parecido con el que padece un tumor cerebeloso o una esclerosis en placas.

Ni la dosis de bromo que se había dado a estos enfermos podía hacer sospechar que se tratase de casos de bromismo agudo, ni había síntomas característicos de éste. Además, al dar de nuevo cloruro sódico desaparecieron los síntomas. Se aduce a favor de que el bromo obra por sustitución del cloro, que las grandes dosis de sal provocan los ataques; pero esto solamente sucede en enfermos a los que se ha privado de los ataques mediante la medicación bromurada, y esto se

debe a que, teniendo el cloro mayor afinidad que el bromo por los líquidos orgánicos, desaloja a éste e impide su acción. Como es bien sabido, en esto se funda el tratamiento del bromismo por las dosis de 10 a 20 gramos de cloruro sódico.

En cuanto a las dosis de bromo que se deben dar a los epilépticos no hay acuerdo: para unos es preciso mantener en la sangre una proporción de un 20 a un 30 por 100 de bromo; pero como para eso haría falta practicar en cada caso análisis encaminados a determinar la marcha del metabolismo de los halógenos, y esto es impracticable, lo que se hace es dar en un principio dosis grandes: 8 gramos diarios de una solución al 30 por 100, y, al mismo tiempo, régimen declorurado.

Si aparecen síntomas de bromismo se suprime el bromo y se da de nuevo la sal. Pero el autor se muestra más partidario de emplear las dosis menores que basten a tener a raya los ataques; dosis que hay que tantear: comienza dando 4 gramos de bromuro sódico, si se trata de adultos, y 1, 2 ó 3 gramos, según la edad, si de niños. Según la marcha del caso se podrá rebajar la dosis, o será preciso aumentarla. Es muy importante que el tratamiento comience en cuanto se presenten los accesos, pues de lo contrario cada acceso predispone más a la repetición.

Respecto al preparado de bromo a que se haya de darla preferencia, es muy corriente en Austria emplear la mezcla de Erlenmeyer, que consiste en partes iguales de bromuros sódico y potásico, y la mitad de bromuro amónico.

Para otros, el más activo es el bromuro sódico, y después viene el bromuro cálcico. Ahora se emplean mucho las tabletas de sedobrol, que contienen 1 gramo y 10 centigramos de bromuro de sodio y 10 centigramos de cloruro sódico, mezclados con una pasta para sopa, parecida al Maggi. No se deben desleír en caldo que tiene mucha sal, sino en agua caliente. Las sales de calcio se emplean por su acción sobre los músculos, especialmente en los casos de tétano-epilepsia. La más usada es el bromuro de calcio, después la Ureabromin ($\text{Br}_2 \text{Ca-urea}$, 6 gramos diarios). Calmonal (uretano- $\text{Br}_2 \text{Ca}$).

La cura combinada de sales de bromo y opio se usa poco. Cuando fracase el bromo, como sucede a menudo en los casos de pequeño mal y de ausencias, se recurrirá a algunos hipnóticos, y de todos ellos, el de mejor resultado en el luminal (ácido feniletilbarbitúrico), a la dosis de 10 centigramos por la noche, y si es preciso, otros 5 a 10 por el día. Al mismo tiempo da el autor 1 gramo a gramo y medio de BrNa . Dice que de este modo se puede dar la medicación largo tiempo y se tolera bien.

(*Wiener Medizinische Wochenschrift*. 19-VI-920.)

2. Sobre la patología de la coagulación de la sangre, por el doctor R. Stephan.—Acerca de la coagulación de la sangre hay dos opiniones principales: una, que considera dicho proceso como de fermentación, es

la más antigua; la otra, que le estima como proceso físicoquímico de precipitación, que obedece exclusivamente a las leyes de la química coloidal.

El autor ha discurrido un procedimiento para examinar la marcha de la coagulación de la sangre a investigar, comparándola con la de la sangre normal.

Determina: 1.º, la acción del plasma, del suero inactivado y del suero activo de la sangre a analizar sobre la coagulación de la sangre normal; 2.º, la acción del plasma y del suero activo e inactivo normales sobre la coagulación de la sangre a analizar. Este método exige una condición indispensable, y es que el coeficiente de error sea pequeño; que los valores que acuse sean, aproximadamente, constantes, y que cuando el tiempo que tarda en verificarse la coagulación difiera mucho del normal, ello pueda siempre atribuirse a causas patológicas. Dada la forma en que se dispone el experimento, la sangre normal tarda en coagularse de veintiocho a treinta y tres minutos.

Se extrae la sangre de la vena mediana basilica o de cualquiera otra de la flexura del codo; pero es importante no pinchar dos veces, sino más bien conformarse con la sangre que sale, casi espontáneamente por la vis a tergo. Como aparato extractor debe emplearse una jeringa, previamente hervida y seca.

Se tendrán dispuesto, para recoger la sangre vidrios de reloj, cuya capacidad es indiferente, generalmente, de 10 centímetros cúbicos. Estos vidrios se habrán limpiado bien con alcohol antes del experimento, y se tendrán, precisamente, valorados; es decir, se habrá comprobado que 20 gotas de sangre recién extraídas se coagulan en el mismo tiempo en todos ellos.

Como cámara húmeda para realizar el experimento sirve una cápsula de Petri. Inclinando ésta prudentemente, se llega a observar el momento en que la sangre queda completamente rígida.

La sangre que se extrae, aparte de servir para poner 20 gotas en cada vidrio de reloj, se pone en dos tubos de centrifuga, de los que el uno contiene 2 gotas de una solución de oxalato sódico al 1 por 100.

Se añaden 20 gotas de sangre, se mezclan con la solución, se centrifugan inmediatamente y se decanta el plasma. En el otro tubo se pone sangre sola, se centrifuga y se separa el suero, del que se inactiva la mitad, calentándole a 56 grados por espacio de media hora. Los vidrios de reloj se disponen en dos series de cuatro; en uno de ellos se ponen sólo 20 gotas de sangre; en los demás (se entiende de cada serie), se añade a igual cantidad de sangre 5 centésimas de centímetro cúbico de plasma en uno; de suero activo en otro, y de suero inactivo en el tercero.

En total, la disposición es la siguiente:

Sea X la sangre a analizar (que tarda espontáneamente treinta y dos minutos), sea Y la sangre testigo normal (que tarda treinta segundos).

Serie A; sangre a coagular: la normal Y se añade suero X y plasma X.

I 30'	II 20'	III 26'	IV 30'
San. sola; testigo.	San. + 0,05 suero activo X	San. + 0,05 plasma X	San. + 0,05 suero inac X

Serie B; sangre a coagular: problema X se añade suero Y y plasma Y

I 32'	II 21'	III 27'	IV 32'
San. sola; testigo.	San. + 0,05 suero activo Y	San. + 0,05 plasma Y	San. + 0,05 suero inac Y

En la cápsula destinada a recibir el plasma debe ponerse un diezmilígramo de oxalato sódico, que en esta cantidad no impide ni retarda la coagulación. Expresando ahora el resultado del análisis que apuntamos, resulta que, por comparación con la muestra testigo, la adición de plasma oxalatado acelera ligeramente la coagulación; la adición de suero inactivado no ejerce influencia alguna. La adición del suero activo disminuye de un modo muy apreciable el tiempo que tarda en producirse la coagulación. Si se divide el tiempo de I por el de II se obtiene una cifra constante que para la sangre normal oscila de 1,4 a 1,7; generalmente, importa 1,5. La aceleración que la coagulación ofrece en II se debe al «fermento coagulante activo» que el suero contiene. La constante, que el autor denomina factor acelerador de la coagulación, es, por lo tanto, la expresión de la fuerza fermentativa de un suero. Toda desviación de la marcha de este experimento tipo puede asegurarse que es patológica; no se debe considerar normal la sangre que tarda más de 34' en coagularse. La idea que por ahora se tiene de la coagulación es que al salir la sangre del aparato vascular se modifica físicoquímicamente, y se pone en condiciones de sufrir la coagulación; el fibrinógeno, que se encuentra disuelto en el plasma, resulta precipitado por fermentación, en presencia de los iones de calcio. Con el análisis que el autor propone se averigua si el retraso de la coagulación depende: 1.º, de falta o aparición tardía de la modificación físicoquímica necesaria para que sea eficaz el fermento coagulante; 2.º, trastornos en la proporción de sustancias activadoras (cinasas); 3.º, anomalías de la proporción de fermento; 4.º, existencia de sustancias en el plasma que impiden la activación del fermento o la precipitación del fibrinógeno.

El autor cita algunos casos: en uno se trataba de una enferma con hematemesis graves y repetidas que presentaba una anemia secundaria muy intensa. El suero inactivo de dicha enferma no modificaba la coagulación de la sangre normal; el plasma y el suero activo la aceleraban extraordinariamente (reducíanla a 13'); la constante era $32 : 13 = 2,5$. De aquí se deduce que dicha enferma tenía un exceso de fermento coagulante que se manifestaba en el suero activo y no en el inactivado. Esto suele ocurrir cuando hay grandes pérdidas de sangre, y especialmente en la sangría a las dos horas de la operación. El mismo efecto tie-

ne la irradiación con rayos X del bazo, y esta maniobra es de gran importancia para hacer la hemostasia. En otro caso de leucemia mieloide había disminución del fermento, la adición de suero activo a la sangre normal apenas si aceleraba su coagulación; constante: $28:24=1,16$; la adición de suero activo normal a la sangre leucémica acelera notablemente su coagulación, el suero inactivo no ejerce influencia alguna en ninguna de las series. En un caso de enfermedad de Basedow la coagulación espontánea se hallaba retardada hasta los 58'; el suero activo y el inactivo retardaban notablemente la coagulación de la sangre normal, el suero normal activo acelera la coagulación de la sangre del basedóxico. Este fenómeno es característico de la enfermedad de Basedow y significa un aumento considerable de la proporción de las sustancias que impiden la activación del fermento. Esto se presenta también mediante la röntgenterapia del tiroides. En los casos de ictericia se encuentra retardada la coagulación porque hay sustancias que entorpecen la acción del fermento activado, en muchos de hemofilia se debe ésta a que la sangre al salir de los vasos no sufre la modificación físicoquímica necesaria o la sufre con gran lentitud. Hay dos grupos de enfermedades, el raquitismo tardío y la alteración del aparato capilar total consecutiva a la gripe, en las que se retarda la coagulación y que en el examen presentan la particularidad de que dicha coagulación se acelera tanto por la adición de suero normal activo como por la del inactivado, es decir, que en el suero de dichos enfermos faltan componentes termcoestables. Se ignora la naturaleza de dichos componentes; pero el hecho de existir este trastorno cuando los capilares se encuentran gravemente alterados es un hecho de peso a favor de que las sustancias termcoestables que aceleran la coagulación son de origen endotelial. El suero activo o inactivado de enfermos caquéticos, y en especial de los cancerosos, reduce considerablemente la duración de la coagulación de la sangre normal; se ignora por qué. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift* 17-VI-1920.)

RADIOTERAPIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El radio en el fibroma uterino, por J. Gagey.

La intervención quirúrgica y los rayos X son procedimientos terapéuticos insustituibles de los fibromas del útero, especialmente de los que presentan un gran volumen; pero también es cierto que el primero da un 3 a 5 por 100 de mortalidad post-operatoria en las mejores estadísticas; y, por su parte, el segundo es un tratamiento largo, que dura, por lo menos, unas semanas. En el fibroma intersticial o submucoso, cuyo volumen no sobrepasa el de un embarazo de cuatro meses, acusando el histerómetro 10, 12 ó hasta 14 centímetros; en el útero fibromatoso, que sangra con facilidad, la radiumterapia constituye un tratamiento fácil, rápido y eficaz. Gagey publica varias observaciones de estos casos con resultados brillantísimos. La radiumterapia, o curieterapia, no ofrece peligro

alguno, teniendo presentes las precauciones de asepsia ordinarias y cuidando de asegurar que los anejos no estén enfermos, porque en casos de salpingitis mal curadas, es de temer despertar la infección latente y tener un ataque de pelviperitonitis. La técnica es sencilla: después de desinfección cuidadosa, dilatación por las bujías de Hegar, hasta el núm. 10 ó 12 e introducción en la cavidad uterina de una sonda de goma que contenga el radio en un tubo, o mejor, en varios. Las dosis varían, pudiendo emplearse 120 miligramos durante veinticuatro horas, filtrados por medio miligramo de platino; de cualquier modo, el mejor método es la aplicación única. Por regla general, las hemorragias no cesan bruscamente; pueden persistir, aunque atenuadas, hasta seis u ocho semanas; el tumor desaparece al cabo de tres meses próximamente.—(*Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques*, 25 mayo 1920, núm. 10.)—E. Luengo.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Dos casos de adiposidad hipofisaria y enanismo, por G. Peritz.

—Ambos pacientes eran sifilíticos. En uno de los casos se trataba de una muchacha, de catorce años, imbecil, con parálisis espasmódica del lado derecho. Su talla era sólo de 123 centímetros, por lo tanto, 28 menos de los que correspondía a su edad; su peso, en cambio, era de 28,8 kilogramos, o sea 3,8 kilogramos más del peso correspondiente. Esta disconformidad entre la talla y el peso existía desde la niñez, época en la que ya adquirió gran desarrollo el tejido adiposo. La sífilis era congénita. Ni por la punción lumbar ni por la radioscopia pudo comprobarse que hubiera hidrocefalo. Es, pues, de suponer que fuera la sífilis la que produjo lesiones cerebrales y de la hipófisis. El apelotonamiento del tejido adiposo era el típico de la adiposis hipofisaria.

En el segundo caso (ambos presentados en la Academia de Medicina, de Berlín) se trata de un niño de tres años, sin síntoma ninguno de parálisis. El paciente, extraordinariamente grueso, pesa 12,8 kilogramos, o sea 0,89 más de los correspondientes a su edad; y su altura es de 82 centímetros, o sea 9 centímetros más bajo de lo que debía ser.

La disconformidad en el peso y la talla existían también aquí desde el nacimiento, pero se ha hecho más pronunciada a medida que avanzaba la edad. Los testículos no son perceptibles al tacto. El contorno de la cabeza es de 52 centímetros, realmente considerable para los años que tiene.

Por el examen radiológico se aprecia claramente la dilatación de la silla turca, como ocurre ordinariamente en el hidrocefalo congénito; por la punción lumbar se comprueba el aumento de presión del líquido céfalorraquídeo.

La sífilis, pues, ha producido hidrocefalos, sin deformación craneana, en forma de balón, pero sí con un aumento considerable de volumen del cráneo.—(*Deutsche med. Woch.*, 27 de mayo de 1920.)—L. P.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria 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

Las nuevas cátedras.—Solemne banquete.

Durante muchos días ha sido motivo de preocupación y comentarios la creación de dos nuevas cátedras en la Facultad de Medicina de Madrid.

Figuraban en el nuevo presupuesto con la consignación correspondiente, y el ministro anterior estimó que debían ser provistas por el procedimiento que se marca en la vieja ley de Instrucción pública para las enseñanzas nuevas; es decir, previa propuesta de la Facultad de Medicina, la Real Academia y el Consejo de Instrucción pública.

Después de discusiones, ponencias y anuncios de concurso, hechos por dos de estos Centros, el asunto se resolvió en los últimos días, resultando propuestos:

Para la cátedra de Urología, el profesor don Leonardo de la Peña, catedrático de Técnica anatómica de la Facultad de Medicina de Madrid, y para la de Electrología, el doctor D. Celedonio Calatayud, conocido especialista y publicista.

Ambos señores obtuvieron votaciones muy nutridas, y a ellos dirigimos nuestra felicitación más sincera, esperando que, en el planteamiento y desarrollo de sus respectivas enseñanzas, respondan a las esperanzas que sus antecedentes hacen abrigar a los amantes de la cultura médica.

Ahora que el pleito está resuelto, en lo que toca a la propuesta hecha al ministro; ahora que no podrá creerse que cualquiera modificación que éste introduzca en el procedimiento de provisión se hace por favorecer a candidatos determinados, nosotros nos permitimos llamar la atención del señor Espada acerca de la necesidad de que con toda urgencia «decrete» una aclaración fundamental y durable acerca de los casos en que ha de entenderse aplicable este excepcional procedimiento, que excluye a las aptitudes de la oposición y a los merecimientos del concurso de la estimación por los habituales procedimientos, apelando a aquellos que solamente pueden estimarse como útiles cuando una enseñanza sea «absolutamente nueva» en todos los establecimientos docentes, por no darse

en ninguno de ellos, y en que, al propio tiempo, se imponga una personalidad indiscutible y saliente para desempeñar la referida enseñanza. Más que por los casos actuales, decimos esto por los que abusivamente han sido objeto de este procedimiento de provisión, que, según van las cosas, amenaza en nuestra Facultad y en otras con generalizarse de manera abusiva.

Buena ocasión se le presenta al señor ministro para la aclaración de este punto y para la reforma del inconcebible estado en que se encuentra la provisión de cátedras, en general, y muy particularmente las que se someten a oposición por el método automático e inverosímil que se halla vigente, y que dura de un modo inconcebible, quizá por ser el más vicioso de los que se han planteado, y a pesar de las protestas razonadas de todo el mundo.

—o—

En el popular restaurán de La Huerta se celebró el martes último un concurridísimo banquete en honor del nuevo presidente del Colegio de Médicos de la provincia de Madrid, D. José Sánchez Covisa, y de los demás señores que con él han obtenido el brillante triunfo en las últimas elecciones.

Constituían la concurrencia más de trescientos comensales, ocupando los dos asientos junto al señor Covisa el presidente de la Real Academia de Medicina y el decano de la Facultad, y contándose en el conjunto los más conocidos especialistas y los médicos de justificado renombre que constituyen lo que puede llamarse la *juventud dorada* de la profesión madrileña.

La nota dominante y simpática de la fiesta fué la extraordinaria cordialidad y la animación sana y laudable que se sostuvo en las tres horas que duró.

Los brindis fueron cuatro, y en todos ellos se manifestó la misma tendencia a la unión, al progreso y al mejoramiento de nuestra clase, sin que en ninguno de ellos asomara siquiera alusión alguna a pasadas luchas ni a agravios anteriores.

Fueron muy aplaudidos los Sres. Juarros, Recaséns, Cortezo y, muy especialmente, el agasa-

jado Sr. Covisa, que, en un discurso tan modesto como elocuente, dió las gracias a los que le festejaban y expuso, con sobriedad los propósitos que llevaba al honroso cargo para que había sido elegido.

En todos los brindis hubo alusiones encomiásticas para el Colegio de Huérfanos, que se estimó como el símbolo de la unión dentro de la clase, y sobre cuya inverosímil prosperidad se hicieron grandes elogios.

DECIO CARLAN.

Sobre unas oposiciones

Han terminado los ejercicios de oposición a las plazas vacantes de inspectores provinciales de Sanidad, y, aparte otros aspectos de que nos ocuparemos, han puesto de relieve estas oposiciones un fenómeno que estimamos como grave error de la juventud médica.

Se trataba de la provisión de ocho plazas, dotadas—entre sueldo, gratificaciones, derechos sanitarios, etcétera—con más de 7.000 pesetas, plazas que han de colocar a los agraciados en situación preeminente en la capital de la provincia a que vayan destinados, y que, si no atender una extensa clientela con el esmero que la formidable competencia de los actuales tiempos exigen, permiten el cultivo de una consulta seguramente remuneradora para una labor inteligente y perseverante.

No conocemos, dentro de los límites de la profesión médica, cargo público que pueda ofrecer análogas ventajas desde su ingreso.

Añádanse a éstas las de un ascenso relativamente rápido, que, sin moverse de la provincia elegida, permite llegar a la categoría de jefe de Administración, con 11.000 pesetas de sueldo, más las dietas, gratificaciones, derechos sanitarios, etc., que disfruta el inspector provincial; y dígasenos si no ofrece el ingreso en este Cuerpo uno de los más brillantes, acaso el más brillante porvenir a la juventud médica.

Que ésta no lo ha entendido así lo demuestra el hecho de que, siendo ocho las plazas, no se hayan presentado más que 43 solicitudes, y que de estos 43 solicitantes, sólo 21 hayan practicado el primer ejercicio, cuando para cada cátedra, por ejemplo, no bajan de 10 a 15 los aspirantes.

Cierto es que el programa es extenso, muy especializado en Higiene y Bacteriología—que no son ciertamente las asignaturas más y mejor cultivadas de la enseñanza oficial—, y que en las oposiciones anteriores a éstas se había sentado un precedente de saludable rigor y de severidad no muy habituales en un país en el que de tantos prestigios goza la influencia.

Pero hay que tener en cuenta que se trata de cargos, hoy regularmente dotados, que entrañan grandes responsabilidades, y que por su naturaleza y actuación

exigen una autoridad personal, una respetabilidad que sólo puede otorgar *a priori* una notoria severidad en la selección.

Que en estas oposiciones ha continuado el régimen de rigor lo revela con claridad meridiana el hecho de no haber sido aprobados más que seis de los opositores que han actuado, no obstante ser ocho el número de vacantes.

Sin embargo, en nuestra modesta opinión, ha intervenido, en resultado tan desastroso para los opositores un factor extraño, al juicio del Tribunal, que, en general, diputamos como benévolo.

La inmensa mayoría de los opositores—y acaso con más propiedad diríamos todos—han enfocado mal su preparación y su actuación relacionadas con el Reglamento y con el programa.

Han creído, erróneamente, que el inspector provincial de Sanidad ha de ser un bacteriólogo, y no más que un bacteriólogo, que ha de limitar sus funciones, como tal, al conocimiento de la bacteriología en relación con las infecciones más graves o más frecuentes. Y en esta creencia, sólo muy someramente han sonado los múltiples y variadísimos senos de la Higiene, se han conformado con la aplicación de la cultura médica que ya tenían adquirida en la clínica de infecciosos, y han hecho caso omiso del estudio razonado de la mecánica administrativa sanitaria, estimando que un brillante ejercicio práctico de bacteriología resolvía todo el problema de la oposición.

Prueban estas afirmaciones la exposición de los temas en el primer ejercicio, los trabajos de Laboratorio ejecutados en el segundo y la falta de interés que, por común acuerdo de todos los opositores, pusieron en el tercero.

Así es que en ninguno de los opositores ha podido verse, con el marcado relieve que era de desear, y que se ha adivinado en los aprobados, al inspector provincial de Sanidad, centinela avanzado de la administración sanitaria para coadyuvar al desarrollo físico y al vigor de la raza e impedir la propagación de las enfermedades evitables.

Hemos visto, en el primer ejercicio, una tendencia marcada a enfocar los problemas higiénicos en un sentido abstracto, no en el práctico y de aplicación casuística que en general demandan las cuestiones planteadas al inspector.

Hemos visto un lujo extraordinario de detalles de técnica, incompatibles con la sencilla rapidez que las circunstancias exigen al inspector provincial de Sanidad, al inquirir la ratificación, rectificación o esclarecimiento del diagnóstico clínico por las prácticas bacteriológicas en el segundo de los ejercicios.

Y se ha puesto de manifiesto en el tercero un desconocimiento absoluto de la índole del mismo, desconocimiento revelado por la falta de diagnóstico clínico diferencial sólidamente razonado, y, sobre todo, por la falta de adaptación a la práctica de un plan sistemático de defensa contra la propagación de la enfermedad diagnosticada.

De las precedentes consideraciones se deduce la conveniencia de que la juventud médica estudiosa medite acerca de la importancia y ventajas que ofrecen los cargos de inspectores provinciales de Sanidad, y que aquellos que estimen deban orientar en este sentido sus aspiraciones, comiencen la preparación estudiando la misión práctica del inspector, que no es exclusivamente burocrática, ni exclusivamente clínica, ni exclusiva de Laboratorio, y estudiando asimismo el reglamento y el programa, que suponemos serán modificados para las oposiciones, seguramente próximas a convocarse, estudio y meditación razonados que, a nuestro juicio, debe preceder al de la Higiene, Bacteriología, Legislación sanitaria, etc., para que este último resulte provechoso.

Procediendo de esta suerte creemos que no han de perder el tiempo algunos jóvenes médicos que se sientan con vocación para el cargo, que hoy tiene mucho de apostolado, y nada perderá tampoco la Sanidad en su avance por el camino de la conquista en la opinión pública, cuyo concepto dista mucho del que merece problema de tan alto interés social como el sanitario, desgraciadamente negado o desconocido hasta ahora por esa opinión, y singularmente por quienes la dirigen.

DOCTOR GEPESE.

Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas (1)

No es fácil contar las veces que en España y en el extranjero, tratando de temas científicos, literarios o políticos, con preparación o sin ella, ha lucido Gimeno su hermosa palabra. Puede asegurarse que cuando se le llama elocuente no interviene para nada el favor calificativo, y si alguien lo dudare, interroga a la realidad presente, porque la fama de orador de Gimeno no descansa dichosa sobre los recuerdos, sino que bulle inquieta sobre las horas actuales, apercibiéndose para futuras ocasiones.

EL ESCRITOR.—Artista con la pluma, como con la palabra, Amalio Gimeno escribe con galanura. Su amor a la Ciencia no le impide tener relaciones constantes y bien correspondidas con la Retórica, y por lo mismo, desde sus años primeros siente aficiones literarias y ha tratado temas médicos que se prestan a lucirlas. Hay en la lista larga de sus obras muchas realmente primorosas. «El escepticismo en terapéutica», «Universalidad de conocimientos del médico», «Del dolor», «Del placer», «Elogio de don Eduardo Pérez Pujol», «La tuberculosis en la clase pobre», «La lucha contra la vejez», son discursos leídos en Academias e inauguraciones universitarias, que forman sendos y magníficos trabajos, en los cuales ostenta su autor esplendores de estilo accesible sólo a quien cono-

ce, quiere y ensalza el propio idioma. Siendo ministro, leyó en el Paraninfo de la Universidad Central un discurso de valer extraordinario, no sólo por la forma, sino por sus apreciaciones acerca de la instrucción primaria en España, que aún inspiran a cuantos tratan del mismo tema. En otra inauguración de curso universitario, en Madrid, leyó inspiradas páginas acerca de «Medicina política», que ahora se repasan con fruto y deleite, no sólo por la sabiduría de su contenido, sino por ser sus cláusulas artísticas y vigorosas.

Un libro de imaginación, compuesto hace cuarenta y siete años y titulado «Un habitante de la sangre», acredita a Gimeno de artista, así cual «La estética en las Ciencias médicas», trabajo antiguo también, y otros más modernos, como los prólogos a las «Cartas a Emilio», donde se trata de profilaxis del mal de Venus; a la obra «El cólera según Koch»; a los «Pequeños poemas», de Campoamor; a la edición española del «Diccionario de Medicina», de Litre; a otra edición española del «Tratado de Medicina», de Charcot, Bouchard y Brissaud; a la obra «Madre e hijo», del doctor Salcedo, ya los «Estudios hospitalarios», de D. Ramón Casas. Con el insigne doctor Cortezo extrae del cuerpo muerto de Gayarre la prodigiosa laringe del cantante y escribe acerca de ella párrafos conmovedores; en el Congreso Internacional de Higiene y Demografía de 1898, lee, como secretario, una Memoria digna de la ocasión, que fué, en verdad, histórica; examina el «Factor naval de España en el problema del Mediterráneo» y encantan las cuartillas con que diserta respecto de tan graves asuntos, y para ser recibido en la Academia de Bellas Artes diserta respecto de los «Descubrimientos arqueológicos» con irrefutable suficiencia, como pudiera hacerlo el más profundo y reflexivo de los críticos.

No deben quedar en el tintero, al reunir en esta lista las producciones científicas y literarias de Gimeno, algunas obras de texto, como las «Lecciones de Patología general», el «Tratado de Terapéutica», otro nuevo «Tratado de Patología general», que compuso con el doctor Moliner, y del cual sólo se publicó un tomo; un «Ensayo de Anatomía patológica general», un «Programa razonado de Higiene pública», unas «Lecciones de Clínica médica», y además opúsculos interesantísimos, que llevan por título «La malaria», «Acción tóxica del alcohol amílico», «Inoculación preventiva contra el cólera», informes sobre «Higiene urbana», «Reformas en la enseñanza clínica de las Facultades de Medicina», «Nuevo tratamiento del asma», «La papaina», «Inyecciones hipodérmicas de éter sulfúrico», «La paquidermia cretinoides», «El polispoco eléctrico», «La alimentación de los niños de pecho», «La morgue», «El cerebro y la inteligencia», «El termocauterio», «Neurología de Claudio Bernard» y varios otros testimonios fehacientes de la fecundidad del insigne doctor, a quien no disputará nadie, sin agravio de la justicia, el puesto preeminente que le pertenece y ocupa entre los cultivadores de la literatura médica española.

EL GOBERNANTE.—La figura de Gimeno, como mé-

(1) Véase el número anterior.

dico, al trasplantarse a la política, no ha disminuido los méritos que la enaltecen. Un día oí decir a Canalejas, mucho antes de que Gimeno fuese ministro: «Es de los que llegan a la cumbre para quedarse en ella.» En primer término, tiene lo que no abunda entre los hombres públicos, confesémoslo claramente, cultura. No cultura leve, de pacotilla, extraída con presteza de los Diccionarios enciclopédicos, sino de la que reúne un cerebro fortificado en las disciplinas científicas después de minuciosos estudios. Quien tiene la costumbre de engolfarse en los oscuros problemas de las ciencias experimentales no acude al procedimiento de reunir notas, apuntamientos hechos por mano ajena para resolver cuestiones arduas; no prende las ideas en su cerebro como si se fijaran con alfileres; apura las cuestiones; no descansa hasta ver el fondo del problema planteado y es terco en el examen perseverante contra las dificultades.

Así, Gimeno fué un gran ministro de Instrucción pública; tres veces ocupó el cargo, y de su gestión dan señales el «Curso normal», germen de la «Escuela Superior del Magisterio»; el establecimiento de la «Enseñanza de adultos»; la «Inspección médico-escolar»; la «Mutualidad escolar»; la «Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas», y la «Ley de Excavaciones y antigüedades»; a nadie sorprendió que el doctor Gimeno resaltase como ministro de Instrucción, catedrático, publicista, académico, hombre significado por su saber; ¿quién mejor para influir en la cultura nacional?

Pero al poco tiempo de abandonar la cartera de Instrucción le dieron la de *Marina*. La sátira tuvo estrechamientos de placer, y los espíritus burlones se relamieron de gusto pensando en el festín que les brindaban las contingencias políticas. ¡Un médico en Marina! ¿Cuál ocasión mejor para todos los censores, desde los de alcurnia hasta los de escalera abajo? Pero, a la postre, las censuras tuvieron que ceder el paso a las alabanzas. En Gimeno había las primeras materias: talento, amor al estudio y costumbre de practicarle. Se encerró en su despacho, apereciéndose libros, documentos y asesores eficaces. A los pocos días Gimeno lucíase en los exámenes que se practican, mediante el contacto diario con los hombres públicos, con la Prensa, y especialmente donde una inteligencia soberana, en todas las acepciones de la frase, sabe sondear en los espíritus de los consejeros para conocer bien sus profundidades.

El doctor Gimeno estudió y comparó, ayudado por los técnicos, un programa naval, que fué de los títulos mejor ostentados por aquel ministro, al que derribó una votación adversa en 30 de octubre de 1913. Y como Gimeno había demostrado sus dotes valiosas en el departamento de Marina, de nuevo se le confió en 1917, ocupándole unos meses, que es la vida normal de nuestros Gobiernos. Sabido es que, como los muertos de la balada, los Ministerios en España van deprisa.

Cerca de un año estuvo al frente del ministerio de

Estado, en época de suma dificultad, la de la guerra, y en días tantos y de tan arduos empeños como el glorioso cumplimiento por el Rey, velando por la libertad de muchos prisioneros, y los trascendentales de conseguir que se aliviaran los riesgos del tráfico marítimo, cuando las rutas del Océano hallábanse entenebrecidas por el estrago de los submarinos.

Los representantes extranjeros acreditados en Madrid durante la etapa en que fué ministro de Estado D. Amalio Gimeno recuerdan siempre al caballero ilustre, de conversación culta e insinuante, con el cual han prolongado las relaciones particulares una vez extinguidas las oficiales, pues a menudo leemos que a las fiestas de Embajadas y Legaciones asiste el ilustre profesor que tuvo a su cargo nuestras relaciones exteriores con los demás países del mundo.

Parecía que el desempeño del ministerio de Instrucción en tres ocasiones distintas, el del de Marina en dos, y en una, excepcionalmente duradera, dada nuestras costumbres políticas, el de Estado, bastaban para conferir al doctor Gimeno título de gobernante; pues, si no eran suficientes, pudo revalidar los testimonios con otro, que aportó siendo ministro de Gobernación durante varios meses, en los años 1918-1919. Su labor lucida se resume con la siguiente nota: Fué autor del Real decreto instituyendo en toda España y con carácter general «la jornada de ocho horas», adelantándose nuestro país en esto a otros países; ídem del Real decreto suprimiendo el «trabajo nocturno de los panaderos»; ídem del Real decreto de «intensificación del retiro para obreros».

Refrendó el Real decreto acerca de «Prevención de enfermedades infecciosas», otro sobre «Organización sanitaria» y otro constituyendo una «Junta permanente contra las enfermedades de Venus».

Don Amalio Gimeno, siendo ministro de la Gobernación, y, por tanto, encargado de los asuntos sanitarios de España, fué a las reuniones públicas, provocadas para lograr lo que aún no se ha conseguido: que nuestros hombres públicos de ideas conservadoras y de ideas radicales (para este caso, y salvo alguna excepción laudable, todos son lo mismo de oscuros y retardatarios) proporcionasen a nuestro país la defensa de la salud pública que tienen todos los pueblos cultos.

El progreso de la Higiene pública en España no puede ser obra de un solo hombre que ocupe el ministerio de la Gobernación, si es que vamos a seguir teniendo tales asuntos entre los expedientes que tratan de los negocios locales y los informes y prevenciones que se refieren al orden público. Por el tal ministerio ha pasado D. Amalio Gimeno, como antes el marqués de Alhucemas y D. Manuel de Burgos y Mazo, todos ellos bien enterados del problema sanitario y con alientos para resolverle. Pero ¿de qué valen esfuerzos individuales, aun perteneciendo a personajes prestigiosos, si la obra ha de ser nacional, de cuantos elementos integran la política, con el fin de que se arbitren recursos para cumplirla? ¿Cómo una aptitud aislada, un espíritu firme y poderoso han de sobreponerse a la hos-

tilidad y el desvío de quienes, cuando se trata del aspecto social de la salud, no quieren ni entender ni oír, acaso porque hasta el momento presente ni oír ni entender supieron?

A pesar de todo, del paso de Gimeno por el departamento de Gobernación se advierten señales como propias de un higienista consumado, de un hombre público que conoce la importancia social y política de la Medicina y que hace muchos años dijo: «Hay dolores que no se calman por abandono; crueldades que por falta de piedad no se evitan; conflictos que no se remedian por que no se estudian bastante, y gran número de vidas que se ven marchar en continuo y fúnebre desfile, sin hacer lo debido para detenerle.»

Con las siete veces citadas en que fué Gimeno ministro, no queda completa su historia de gobernante. También ocupó el ministerio de Fomento (1919 a 1920), dando en él señales de actividad y comprensión prodigiosas. Por último, en ausencia del presidente del Consejo, ocupó una vez el puesto directivo del Ministerio responsable. Salvo la voluntad de Dios, es la de los hombres que el doctor Gimeno continúe en los puestos activos de la vida pública española. En ella tiene sitio de preferencia, nombradía indiscutible. En su carácter no entraron las vetas que sustituyen con acritudes las alegrías juveniles. En su talento nadie advierte la menor flaqueza; antes bien, dijérase que a lo largo del camino no recogió ni fatigas ni desengaños, sino pujanzas e ilusiones. Hoy sabe más que ayer y lo dice tan bien como ayer. Su vida ha recorrido dilatada carrera; se conoce cuál fué su aurora, cuál su espléndido cénit; pero por ninguna parte se anuncian las luces pálidas del crepúsculo vespertino.

La Medicina española saluda en Gimeno al hijo cariñoso que tomó parte en todas sus penas y sus glorias; en todos sus trances, modestos y sublimes, desde el ejercicio en un partido rural, sacerdocio nunca bastante enaltecido, hasta la enseñanza universitaria. La política ha probado la suficiencia y el patriotismo de Gimeno y está orgullosa de llamarle suyo. Le ha visto en la propaganda y en la acción; en los discursos y en el Gobierno. Ha sentido las caricias de su poderoso entendimiento, jamás esquivo para el trabajo, nunca domado por las dificultades, y se recrea gozosa con sus triunfos.

En este reposo de hoy, dispuesto por la gratitud y la admiración, se acercan la Medicina y la política a su amado caudillo, temerosas de que al concluir la tregua de aplauso abandone la lucha. El profesor ilustre, cuando pasen las manifestaciones entusiastas, como no ha sentido la menor duda acerca de cuáles son sus inclinaciones y sus deberes, empujado por sus propios deseos, y además por la propia energía, sólo dirá una palabra. Sigamos...

J. FRANCOS RODRIGUEZ.

Sociedades Científicas

Sociedad Española de Higiene

SESIÓN DEL DÍA 11 DE MAYO DE 1920

Abierta la sesión bajo la presidencia del doctor Fernández Caro, el Sr. Decref leyó unas cuartillas acerca del abuso que se hace de la morfina, el éter, la cocaína y otros narcóticos, como medios de placer. Anatematiza el uso de estos medios y dice que es una de las causas de depauperación de la raza. Propuso sean impresas, para conocimiento del público y para que los jóvenes huyan de estos peligros.

El doctor Soriano abunda en las ideas del doctor Decref y dice que debe imprimirse el trabajo de éste.

El señor presidente ruega al Sr. Decref que deje las cuartillas para que sean puestas a discusión en la sesión próxima, accediendo dicho señor a que queden sobre la mesa.

El doctor Mañueco dice que el trabajo que la Sociedad le encomendó, en unión del Sr. Franco Martínez, acerca de la rabia está terminado, y también en la sesión próxima será presentado a la Sociedad.

Se entra en la discusión del tema «Necesidad de amparar económicamente a la mujer como medio de evitar la prostitución», y la doctora Soriano se ocupa de algunos de los extremos referentes al tema, cediendo después la palabra a la doctora Luisi, de Montevideo, la cual hizo un minucioso y elocuentísimo relato de cuanto en otros países se ha hecho respecto de este asunto. Censura con acierto el reglamentarismo y dice que en su nación, desgraciadamente, existe. Explica su competencia en esta cuestión, por ser la fundadora de la Liga abolicinista en su país, donde dice que algo se ha hecho, fundándose cinco dispensarios para asistencia gratuita de las enfermedades secretas.

Continúa disertando con gran acierto sobre el abolicionismo, la educación sexual y la represión del proxenetismo, y termina dando las gracias a la Sociedad por la invitación de que ha sido objeto y por la galantería con que ha sido acogida.

El Sr. Mañueco se ocupó de varios puntos referentes al tema de su moción, elogiando la disertación de la doctora Luisi, de la que dice que demuestra haber estudiado con entusiasmo la cuestión; y comentando las atinadas consideraciones de ésta, la felicita la atención que ha tenido con la Sociedad. Lo mismo hace el doctor Franco Martínez.

La doctora Luisi rectifica la opinión del Sr. Mañueco sobre Clemenceau, diciendo que, lejos de ser abolicionista, durante la guerra pretendió crear prostíbulos para las tropas en varias poblaciones, no consiguiéndolo porque se lo impidió el clamor general; y respecto a los seguros para embarazadas, maternidad, etcétera, dice al Sr. Franco Martínez que no cree que de-

PAPELES YHOMAR

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

ben correr mas que a cargo del Estado, si han de tener la debida eficacia.

El doctor Bascaña expone también algunos radicales puntos de vista sobre el tema que se debate, y, después de unas elocuentes frases de elogio y bienvenida dirigidas a la doctora Luisi por la presidencia, terminó la sesión.

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Consignada en el artículo 5.º, capítulo 3.º, de la Sección 6.ª de los presupuestos vigentes la cantidad de 30.000 pesetas para material de oficinas de las 49 Inspecciones provinciales de Sanidad y la regional del Campo de Gibraltar,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que, con cargo a la expresada consignación, se giren por la Ordenación de pagos de este Ministerio, mensualmente, a cada una de las Inspecciones provinciales de Sanidad de Barcelona, Cádiz, Coruña, Granada, Madrid, Málaga, Sevilla, Valencia y Zaragoza, 75 pesetas. A las de Baleares, Murcia, Oviedo, Vizcaya, Canarias, Alava, Albacete, Almería, Badajoz, Burgos, Cáceres, Castellón, Córdoba, Gerona, Guipúzcoa, Huelva, Jaén, León, Lérida, Logroño, Lugo, Navarra, Orense, Palencia, Pontevedra, Salamanca, Santander, Tarragona, Toledo, Valladolid, Alicante y Ciudad Real, 50 pesetas. Y a las de Avila, Cuenca, Guadalajara, Huesca, Segovia, Soria, Teruel, Zamora y Campo de Gibraltar, 25 pesetas.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 18 de mayo de 1920.—BERGAMIN.—Señores Inspector provincial de Sanidad y Ordenador de pagos por obligaciones de este Ministerio. (*Gaceta* del 22 de mayo.)

Inspección general de Sanidad

CIRCULAR

Entre los deberes que a los jefes de las Estaciones sanitarias de puertos impone el artículo 33 del vigente Reglamento de Sanidad exterior, en su apartado 19, para que en el suyo respectivo sostengan la higiene en el mayor estado de perfeccionamiento posible, está el de procurar de una manera continua

y sistemática la destrucción de ratas, así en los barcos surtos en ellos como en almacenes y demás lugares establecidos en su zona marítima, para resar de esta suerte los medios de que la peste se sirve para su propagación; y si tal práctica de saneamiento no debe cesar en ningún tiempo por exigencia reglamentaria, se impone con doble razón de modo imperioso la necesidad de que los directores de Sanidad de los puertos atiendan preferentemente a ese servicio cuando, como ahora acontece, el riesgo de una importación de peste bubónica se multiplica con motivo de la llegada diaria de barcos a nuestros puertos con cargamento de cereales procedentes de la República Argentina, por existir allá focos de peste, precisamente en los puertos en que la mercancía es embarcada.

La mortandad insólita de ratas observada en esos barcos, a consecuencia de una epizootia murina de comprobada naturaleza pestosa, y los casos, también comprobados, de peste humana ocurridos en la travesía y aun alguno a bordo de barco surto en puerto nuestro, es razón suficiente para que las autoridades sanitarias de puertos se aperciban rápidamente a intensificar, sin interrumpirla, la campaña raticida, empleando en ella trampas, muricidas y los aparatos especiales para sulfuración de que dispongan, y donde no los hubiere, deberán practicar las sulfuraciones por combustión de azufre.

Tengan muy presente los aludidos directores las graves reponsabilidades que contraen por incumplimiento de las prescripciones reglamentarias, porque esta Inspección general está decidida a hacer efectiva la sanción a que hubiere lugar por negligencia.

Madrid, 18 de Mayo de 1920.—El Inspector general, Manuel M. Salazar.

Señores directores de Sanidad de puertos.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,5; id. mínima, 702,2; temperatura máxima, 29º,7; id. mínima, 14º,0; vientos dominantes, ONO. NE. SO.

Los afectos agudos han experimentado durante esta semana algún retroceso hacia las manifestaciones catarrales, debido a las vicisitudes atmosféricas, han predominado las localizaciones intestinales, los reumatismos y las parálisis a frigore. Las desmotosis, los padecimientos de caracter artrítico, las congestiones venosas pasivas y las hemorragias de los centros nerviosos también han sufrido agravación.

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals. Peruriano, etc. El más moderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química a las necesidades de la actual cirugía.

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

Crónicas

La Gran Cruz de Beneficencia al director de «La Alianza».—Durante su estancia en Barcelona, y como prueba de lo mucho que agradó a S. M. el Rey la instalación de la quinta de la salud «La Alianza», firmó D. Alfonso un Real decreto concediendo a D. José Girona y Trius, doctor en Medicina, la Gran Cruz de la Orden civil de Beneficencia, con distintivo blanco, por su constante, humanitaria y abnegada labor como director de la referida Institución.

Los haberes de los médicos en la provincia de Málaga.—Una Comisión de médicos de la Beneficencia municipal de los pueblos de Coín y Alhaurín (Málaga), acompañada del director del Colegio Médico Municipal, visitó al gobernador para insistir en sus quejas por no cobrar los haberes que les adeudan los Ayuntamientos en la forma que se ha convenido.

Anunciaron que llegarían a la huelga si no se les cumple lo ofrecido.

El gobernador les prometió que haría gestiones para resolver el conflicto.

En reconocimiento de servicios.—En atención a los meritorios servicios prestados por el médico del Cuerpo de Sanidad Exterior D. Angel Uruñuela Miranda, dirigiendo los del lazareto de Mahón con motivo de los barcos que con peste bubónica a bordo fueron sometidos recientemente en el expresado establecimiento sanitario al régimen prescrito para tales casos, contribuyendo además con sus conocimientos científicos a la curación de los tripulantes hospitalizados en el lazareto, el Gobierno acordó dar las gracias de Real orden al digno compañero, como también que se haga constar así en su hoja de servicios y que se publique la disposición en la «Gaceta».

Inspectores médicoescolares.—Por Real orden del ministerio de Instrucción pública publicada en la «Gaceta» de 1.º de julio han sido confirmados en sus respectivos cargos de inspectores médicoescolares de esta corte D. Carlos Sáinz de los Terreros, D. Nicolás Martín Cirajas y D. Juan Antonio Alonso Muñozerro, y los de Barcelona D. Eladio Vila Cuñer, D. Manuel Salvat Espasa, D. Lorenzo García Teruel Garrós, D. Higinio Siscart Soler, D. Ernesto Pedrals Fernández y D. Joaquín Bonet Maestre, con el sueldo anual 3.000 pesetas cada uno, que percibirán desde el día 1.º de abril último.

(Gaceta 1.º de julio).

La filantropía en Norteamérica.—Como datos interesantes, y por si su conocimiento sirviera de emulación a nuestros ricos, nuevos y viejos, copiamos de un importante colaga diario los siguientes, que sólo se relacionan con los beneficios recibidos por su país, de los reyes del acero y del petróleo, Mrs. Carnegie y Rockefeller:

«Desde el año 1911 Mr. Carnegie hizo donaciones por un total de libras esterlinas 44.160.000, o sean 1.104 millones de pesetas, mientras que Rockefeller empleó 34.942.000 libras (873.550.000 pesetas).

Para bibliotecas Carnegie dió diez millones de libras

(250 millones de pesetas); para pensiones y fundaciones, tres millones de libras; para el Instituto Carnegie, de Washington, cinco millones de libras; para la Corporación Carnegie, de Nueva York, otros cinco; para las Universidades de Escocia, tres millones; para el Instituto Carnegie, de Pittsburgh, 3.200.000 libras; para los pequeños Colegios de los Estados Unidos, cuatro millones.

En la lista de Rockefeller figuran: para fundaciones de educación general, 10.600.000 libras; para la Universidad de Chicago, 5.061.800; para los Docks, 4.600.000 libras; para los Hospitales y Colegios médicos, tres millones, y para el Instituto de Investigaciones médicas, 1.648.000.

Con motivo de la tempestad que en el periodo de 1910-11 devastó gran parte de los Estados Unidos, se estableció la fundación Rockefeller con un capital de 25 millones de libras (725 millones de pesetas), no solamente para alivio del pueblo de los Estados Unidos, sino para socorrer las desgracias del género humano a consecuencia de incendios, inundaciones y pestes.

En la actualidad el director de la fundación es un hijo de Rockefeller, a quien secundan en su tarea el doctor George E. Vicent y Mr. S. T. Murphy.

En 1917 los desembolsos de la fundación ascendían a 1.200.000 libras (30 millones de pesetas).

Ahora el capital de la fundación suma la enorme cantidad de 30 millones de libras (750 millones de pesetas).

Movimiento de población de España en 1919.—La «Gaceta» publica el resumen de la Dirección general del Instituto Geográfico sobre el movimiento de población en las provincias de España en 1919.

De él resulta que se registraron 585.352 nacimientos, 482.030 defunciones y 166.716 matrimonios; señalándose, por tanto, un 28,25 por 100 en la natalidad, 23,26 en la mortalidad y 8,05 en la nupcialidad.

Nacieron 306.394 varones y 278.958 hembras, y fallecieron 246.363 varones y 235.767 hembras. Los fallecidos menores de cinco años ascendieron a 163.198.

Por tífus abdominal murieron 5.677 personas; de exantemático, 228; de viruela, 3.620; de difteria, 2.639; de gripe, 21.094; de tuberculosis, 29.700; de cáncer, 12.525; del corazón, 37.883; de bronquitis aguda, 22.166; crónica, 11.705; de apendicitis, 515; por suicidio, 847, y por otras muertes violentas, 6.909.

Un Sanatorio para niños en Córdoba.—La Asociación de obreras cordobesas de esta capital andaluza ha adquirido 44 casas del antiguo barrio minero del Cerro Muriano, situado en plena sierra. Este barrio, que quedó deshabitado por abandono de la explotación minera, es un lugar de excelentes condiciones como Sanatorio natural. A él han ido ya varias expediciones de colonias escolares. Por iniciativa de la marquesa del Mérito, organizadora de la Asociación de obreras, se trata de dar al Cerro Muriano el carácter de Sanatorio permanente de la infancia.

Las expediciones de niños de ambos sexos de las escuelas públicas se reanudarán el 15 de septiembre.

Entre las casas adquiridas hay dos espaciosas, que se destinarán por el momento a teatro y comedor.

La Fiesta de la Flor en Bilbao.—El día 17, a las seis y

LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URBANO PESQUI

que elimina el azúcar a 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, Laboratorio Pesqui. Prim, 25. * San Sebastián. *

media de la tarde, terminó en Bilbao la postulación callejera en beneficio de los tuberculosos.

Con el mismo fin se celebró aquella noche el festival organizado en el Recalde Park.

Lo recaudado en la Fiesta de la Flor asciende, según datos facilitados a la Prensa, a la cantidad de 30.000 pesetas, y se esperan aún importantes donativos. Los Bancos han contribuido a razón de 500 pesetas cada uno. La Comisión provincial ha entregado 1.000 pesetas, y el alcalde, 100 en su nombre, y 50 en el de los oficinistas.

La lucha contra la tuberculosis.—El Real Dispensario Victoria Eugenia, de Madrid (Tutor, 36), ha realizado durante el presente curso, en total, 18.100 asistencias (inyecciones, consultas, etc.).

Se hicieron tratamientos por radioterapia e investigaciones con rayos X, colocándose corsés de escayola y haciéndose la visita domiciliaria a varios enfermos.

Al clausurar las consultas durante el verano ha organizado dos expediciones de niños pretuberculosos de ambos sexos a los sanatorios marítimos de Pedrosa (Santander) y de Oza (Coruña), abonando sus viajes, estancia de tres a cuatro meses y equipos completos de vestir.

Dichas colonias saldrán en el corriente mes de julio, en los trenes correos de Santander y de Coruña.

También fueron enviados enfermos durante el año al Sanatorio Popular Victoria Eugenia, en Valdelatas.

El tifus exantemático.—Leemos en un periódico acerca del pueblo de Gádor (Almería) noticias desconsoladoras referentes a la extensión que va adquiriendo el tifus exantemático. Las autoridades sanitarias no han conseguido contener el mal, y éste llegará hacerse epidémico y a poner en peligro las vidas de los almerienses.

En la Prensa de esta ciudad aparecen continuamente artículos y sueltos pidiendo que se dicten urgentes medidas sanitarias para evitar que el tifus se propague.

Es de suponer que el diagnóstico de la dolencia será de tal tifus exantemático, y en caso de serlo, con el despojamiento se detendrá el mal, como en todas partes ha sucedido. Perseverancia y limpieza.

La peste en la República Argentina.—Un comunicado reproducido por la Prensa diaria da cuenta de que en Córdoba y pueblos vecinos (Argentina) se han presentado, en número considerable, casos de peste bubónica y que la generalidad de ellos han sido seguidos de muerte.

Las poblaciones invadidas se hallan muy alarmadas y las autoridades locales han solicitado del Gobierno de la República auxilios necesarios para combatir el terrible mal.

El Gobierno envió inmediatamente a un célebre profesor, el doctor Portela, jefe de uno de los sanatorios más importantes de Buenos Aires, con amplias facultades para que su labor sea eficaz y desaparezca en el más breve plazo el peligro que amenaza a aquella región de la República americana.

Contra el tifus en Granada.—Se ha reunido la Junta provincial de sanidad de Granada el día 3, y tomó los siguientes acuerdos: Que desde aquella misma fecha se adopten toda suerte de medidas encaminadas a impedir la propagación del tifus; que todos los atacados de esta enfermedad sean conducidos al Hospital de San Lázaro, el cual quedará habilitado por la Diputación provincial; declarar que la Junta, aunque reconoce la importancia que tiene el hecho de haber ocurrido siete defunciones, causadas por el tifus, cree que no es necesario declarar oficialmente por ahora la existencia de la epidemia tífica; y que desde hoy se intensifique la campaña sanitaria, especialmente en los barrios de San Ildefonso, San Cecilio, el Salvador y las Angustias, en los cuales actuará una brigada especial, encargada de la higiene de las calles, casas y ropas.

Curamos con electricidad, rayos X y radium en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocios, tumores graves, reumatismo, gota, artritis deformantes, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, dispepsias neuromotrices, colitis mucromembranosa, graves afecciones de la piel o cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas; imposible mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58.

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT - Laura 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.