

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:



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

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

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

V. CORTEZO
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ
Alumno de Medicina.

M. GAYARRE
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

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

F. GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inluna y Colegio de la Paz.

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

F. LOPEZ PRIETO
Ex-Médico-Titular.

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

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

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

B. NAVARRO CÁNOVAS
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

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

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

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

P. DEL RÍO HORTEGA
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

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

JOSÉ SANCHIS BANÚS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.

F. TELLO
Sub-Inspector General de Sanidad

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Audición coloreada, por el Dr. Víctor Ribón.—Las vacunas microbianas: Consideraciones sobre varios casos clínicos, por el Dr. D. Ignacio Fernández Seco.—Concepto de la encefalitis letárgica o encefalomielitis epidémica, por el Dr. René Cruchet.—Sobre la tuberculosis, por el Dr. Espina.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Discurso leído en la Universidad Central, por el Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas.—Deficiencias de las aguas.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios

AUDICIÓN COLOREADA

POR EL

DOCTOR VÍCTOR RIBÓN, DE BOGATÁ (Colombia)

L. C. (Bogotá, Colombia), mayo 3 de 1920

Señor doctor Víctor Ribón.—E. S. D.

Estimado doctor y amigo: Después de haber leído su interesante artículo sobre Cromoacusia, deseo comunicar a usted una observación personal, a la cual antes no daba importancia.

Como usted sabe, hace quince años que soy ciego por degeneración de los nervios ópticos, y desde el principio de mi ceguera noté que los disparos o los golpes fuertes me ocasionaban la visión de un fogonazo; pero de luz perfectamente blanca.

Los primeros compases de *Ave María* de Gounod me producen la sensación de un velo o de una neblina de color fresa ante mis ojos: es un color que no puedo definir con claridad; algo así como la mezcla del violado y del color de rosa.

En algunas ocasiones, oyendo notas altas de canto o de violín, he visto fulguraciones de color verde esmeralda.

Puede, mi querido doctor, agregar a sus observaciones que sobre este asunto tenga, éstas de su inútil servidor y amigo.—N. N.

De esta curiosísima observación se deducen las siguientes conclusiones:

1.^a La cromoacusia se observa entre nosotros, si bien de excepcional manera; recordamos el caso de un individuo que veía el color azul bajo la influencia de algunos aires musicales cuyos nombres ignoraba, pues nunca se preocupó por el fenómeno que en él se cumplía.

2.^a El color que N. N. señala en su relación es el violado claro; tal parece que la música de Gounod tuviera afinidad electiva por este color y por el azul. Transcribimos lo dicho por nosotros al respecto en nuestro trabajo titulado *Centros psico-ópticos y psico-auditivos, Sus íntimas conexiones. Los gotismos*: «En cuanto a los colores sugeridos por la totalidad de la obra musical de determinado compositor se hallan, y esto es muy natural, asociaciones muy diferentes entre sí, y que, con frecuencia, son contradictorias, lo que nada de extraordinario tiene, ya que no se trata de un fenómeno fisiológico, sino de vasta creación artística libremente interpretada. La única disparidad de pareceres que se ha hecho célebre, por tratarse de un gran compositor, es la referente a la música de Gounod, que despierta en unos oyentes LA IDEA DEL VIOLADO, y en otros, la del azul turquí; pero si se recuerda la disposición de los colores en el espectro solar, se echará de ver que ésta precede inmediatamente a aquél y que, por lo tanto, estas dos opiniones, en vez de estar

muy distantes, como aparentemente lo indica su simple enunciado, se aproximan muchísimo.» (Combarieu).

3.^a N. N. no se había dado cuenta en plena salud de la cromoacusia que ahora experimenta; es muy posible, pues, que haya sido la atrofia de las papilas ópticas su causa determinante, y no se trate, por consiguiente, de un hecho de naturaleza fisiológica, como generalmente sucede.

4.^a Los oculistas, los auristas, los especialistas en las enfermedades de los órganos de los sentidos (ya que excitaciones partidas de cualquiera de éstos pueden provocar la anomalía que nos ocupa) y los psiquiatras deberían encaminar sus investigaciones, y así se lo suplicamos, a la búsqueda de nuevos casos de predestesias sensoriales, a fin de aumentar con ellos la literatura médica concerniente a este bellísimo y atrayente punto de fisiología cerebral.

LAS VACUNAS MICROBIANAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS : SUPURACIONES DEL OÍDO :

Consideraciones sobre varios casos clínicos

Por el Dr. D. Ignacio Fernández Seco,
profesor del Instituto Rubio, médico
del Hospital de la Princesa y de la Be-
neficia Municipal. Especialista en
las enfermedades de la garganta,
:: :: :: nariz y oídos. :: :: ::

La teoría de la vacunoterapia, sostenida primeramente por Wright, se funda, sobre todo, en su descubrimiento de que los cuerpos inmunizadores del organismo se producen con mayor rapidez por la inyección de vacunas bacterianas que bajo la excitación de una infección natural.

A este ingenioso autor pertenece por completo el mérito de haber afirmado por vez primera que: «Todo microorganismo que produce una enfermedad local, y es posible cultivar puro, puede ser empleado en forma de vacuna para curar la misma enfermedad que origine.»

Sabido es que en la sangre normal existe una sustancia, que fué denominada por Wright con el nombre de «opsonina», la cual tiene la virtud de preparar los microbios para que puedan ser fagocitados con facilidad por los leucocitos; los individuos atacados por una infección tienen menor cantidad de opsoninas que los individuos en estado de salud; pero si se añade a la sangre de los primeros, caldos con microbios muertos, el poder opsonico de la sangre aumenta, y si se repiten las inyecciones a intervalos adecuados se obtiene la curación.

Es decir, que mediante la inyección de estas vacunas desarrollamos en el organismo, paulatinamente,

substancias inmunizantes que dejan en pos de sí la «inmunidad activa», a diferencia de los sueros que protegen rápidamente al organismo contra la infección, produciendo la «inmunidad pasiva».

Los conocimientos adquiridos respecto a la inmunización y a los esfuerzos de la naturaleza para luchar en las infecciones han inducido a los investigadores a emplear las vacunas, no sólo como agentes profilácticos, sino también como curativos.

En este sentido nos proponemos, con las vacunas, tratar determinadas infecciones, generalmente locales, que unas veces no tienen otro tratamiento racional más que ese; en otras ocasiones las vacunas no constituyen el único procedimiento curativo, sino que son, o consuntivas de otros tratamientos fracasados, o coadyuvantes de otros medios físicos, farmacológicos o quirúrgicos, que deben ser puestos en acción antes, después o durante el empleo de las mismas.

La vacunoterapia no descarta ni rechaza, por no ofrecer contraindicación alguna, el empleo de cualquiera otro género de recursos que se dirijan a establecer un buen desagüe del foco infectado, pues siendo la acción de las vacunas la de estimular la producción de opsoninas en el organismo enfermo, tanto mejor obrarán éstas cuanto más fácil sea su arribo al punto lesionado; y circunscribiéndonos a las infecciones del oído, podríamos afirmar que, en muchas ocasiones, el éxito dependerá tan sólo de que ciertos medios, que en este caso debieran considerarse como auxiliares de la vacunoterapia, obren facilitando el ejercicio de las defensas opsonicas, para que, una vez engendradas, no resulten inactivas y aprisionadas.

Siéndonos tan conocido el mecanismo patogénico de las supuraciones tímpanoantrales y los agentes microbianos causantes de esta infección, que en la mayoría de los casos es debida a los estafilococos y, en mucha menor proporción, al estreptococo, pneumococo, pseudo diftérico, bacilo de la influenza, piocianicus, etcétera, etc.; habida cuenta de los motivos por los cuales, con demasiada frecuencia, tiende a la cronicidad, cuya circunstancia depende, unas veces, de particularidades en el asiento de las lesiones, y otras, de malas condiciones individuales, por tratarse de organismos faltos de energías y con pocos elementos defensivos para dominar la infección; si, por último, tenemos presente que en procesos de etiología semejante, como la forunculosis, flemones, acné, etc., las vacunas han alcanzado éxitos muy resonantes, era muy lógico pensar que el método opsonico o vacunoterapia, de Wright podía utilizarse con buen resultado en el tratamiento de la otitis media supurada.

Por lo tanto, consideramos que este procedimiento está indicado en las formas agudas de la otitis supurada, porque ayuda a su más pronta resolución, evitando el que por las causas anotadas pase al estado crónico; del mismo modo se beneficiarán con ellas los enfermos con otorreas persistentes, siempre que la cronicidad no dependa principalmente de las alteraciones anatomopatológicas del oído medio; en los que

otros recursos terapéuticos no hayan dado resultados satisfactorios, y, finalmente, creo que las vacunas se deben usar también en algunas complicaciones de las otitis medias supuradas, como la mastoiditis aguda, con el fin de yugular el proceso y para evitar en cuanto sea posible una intervención quirúrgica, que, a pesar de este tratamiento, si las circunstancias del caso la reclaman con urgencia, no dudaremos practicarla «in continenti».

Establecido el concepto de la acción terapéutica de las vacunas y las indicaciones de las mismas, sólo me faltaba llevarlas a la práctica, y, a tal efecto, aproveché la enfermita que motiva la primera observación clínica de la presente comunicación, cuyas circunstancias abonaban la aplicación de este método con probabilidades de éxito, y lo demostrativo de su eficacia fué la completa curación de la otitis supurada que padecía, de cuyo resultado di cuenta a la Sociedad Otorinolaringológica, de Madrid, en sesión de 28 de noviembre de 1914.

Antes de proceder al tratamiento por las vacunas es necesario, siempre que sea posible, establecer un claro diagnóstico etiológico, haciendo cultivos con los exudados procedentes del oído enfermo, pues siendo tan diversos los microbios que pueden originar infecciones en dicho órgano, este detalle tiene una importancia extraordinaria, no tan sólo por constituir un acto previo para fabricar vacuna autógena, sino para saber lo que hemos de elegir entre las polivalentes o de «stock», si por cualquier motivo no nos conviene emplear las primeras y es menester usar las segundas. A más de que hay circunstancias en que la infección es debida a la asociación de varios gérmenes, y entonces la vacuna que utilizemos no sólo debe ser polivalente, sino mixta.

Las vacunas de que hemos hecho uso en nuestras observaciones han sido preparadas con los gérmenes aislados por cultivo del pus de cada enfermo, muertos por el calor; pues como la clínica ha demostrado, son mucho más eficaces las autovacunas, y, en algunos casos, las únicas útiles, ya que la especificidad patogénica del microbio es distinta de la especificidad bacteriológica, porque siendo algunas de estas bacterias idénticas en la forma, son totalmente diversas en la acción biológica.

Alguna vez, para ganar tiempo, he utilizado la vacuna estafilocócica polivalente, continuando más tarde el tratamiento con la autógena.

De propósito apliqué en algunos casos una vacuna mixta, integrado por estreptococos, estafilococos, pseudo diftéricos y piocianicus, que, por iniciativa del doctor Blanc, preparó el doctor Mayoral para el tratamiento de algunas infecciones quirúrgicas, viniendo a justificar la curación de los enfermos con supuraciones del oído a quienes la inyecté, los éxitos que estos compañeros habían obtenido en su práctica.

De entre los casos aquí anotados, la otitis media aguda supurada con mastoiditis, fué tratada con esta vacuna mixta, y otro enfermito que, además de al

otorrea, por suciedad o abandono, tenía un eczema del conducto auditivo, quedó completamente curado de los dos procesos con el uso de esta misma vacuna. (Observación III.)

El inconveniente que se presenta al empleo de la autovacuna es la dificultad de preparar para cada enfermo la suya, y si bien esto es posible en la clientela privada, resulta difícil o imposible en el medio hospitalario.

Habiéndonos demostrado la experiencia que para las vacunas estafilocócicas no es tan necesaria la especificidad, puesto que las razas, aunque provengan de fuentes distintas producen efectos distintos en la práctica; cuando el pus era de estafilococos utilizaban las vacunas de «stock» o heterovacunas, y sólo mandaba hacer autovacuna si no había obtenido los resultados que deseaba con las primeras.

Cuando el germen causante de la infección de oído no era el estafilococo, he mandado preparar siempre vacuna autógena para su tratamiento.

La vía de administración ha sido en mis enfermos la subcutánea, eligiendo de preferencia la región abdominal o la cara externa del brazo.

Cada tres, cuatro o seis días, según la intensidad de las reacciones local y general, inyectaba 1/2-1-1 y 1/2 y hasta 3 centímetros cúbicos de vacuna, que contienen de 500 a 1.000.000 de microbios muertos por 100.

Cuanto más agudizado esté el proceso tanto menor deberá ser la dosis inicial de vacuna, y si se trata de niños, procederemos aun con mucha más cautela en la dosis.

Los efectos de la vacunación en los casos tratados por nosotros, solamente llaman la atención en el oído enfermo, pues en el punto de la inyección apenas si hay dolor y un poco edema rojovioláceo, que desaparece del tercero al cuarto día; y en cuanto a la reacción general, se manifiesta por fiebre, que no pasa de 38 grados, cansancio y ligero malestar, todo lo cual transcurre sin llegar a guardar cama, desapareciendo al cabo de cuarenta y ocho horas.

Estos trastornos son debidos a la «fase negativa» de la vacuna, que subsigue a casi todas las inyecciones y se prolonga a veces varios días. Conviene no olvidar este fenómeno, porque ello pudiera constituir, para el que no está avisado, un motivo para abandonar el procedimiento.

(Continuará.)

Concepto de la encefalitis letárgica o encéfalomielitis epidémica

POR EL

DR. RENÉ CRUCHET

Profesor de la Facultad de medicina de Bordeaux

.....

Recordaré, ante todo, que desde septiembre hasta el fin de diciembre (1915), estando en Commercy, más tarde en Verdún (diciembre a mediados de febrero, 1916); en seguida en Bar-le-Duc, centros sanitarios militares, en los que sucesivamente tuve la dirección

de servicios neuropsiquiátricos importantes, había señalado la frecuencia indiscutible de encefalomielitís, de un tipo distinto de las formas habitualmente conocidas. En abril de 1917, y por tanto, antes que von Economo y Netter, habíamos podido aislar con Moutier y Calmettes, *cuarenta* de estos casos. La descripción que de ellos publicamos entonces, con el nombre de encefalomielitís subaguda, (1) es idéntica a la del síndrome, descrito después con la denominación de encefalitís letárgica. He aquí el texto exacto:

«Desde luego, había sido bastante fácil diagnosticar lesiones de orden cerebral, protuberancial, cerebeloso, bulbar o medular; pero las hipótesis de hemorragias o reblandecimientos, tumor, diabetes o uremia, tuberculosis o sífilis, debieron ser eliminadas sucesivamente. Lo mismo sucedió con las lesiones centrales, llamadas poliancefalíticas, estudiadas por Medin y los americanos; no se encontraba en ellas, en efecto, el carácter claramente epidémico con su comienzo brutal, fiebre elevada, vómitos, dolores vivos, extensa diseminación de los trastornos paralíticos, limitándose enseguida a ciertos grupos musculares y la atrofia consecutiva mas o menos considerable.

En diversos casos de reacción febril poco intensa, podía preguntarse si no se trataría de alguna tifoidea o paratifoidea extremadamente atenuada; pero el examen de la sangre no daba ningún resultado positivo. La hipótesis de una meningitis cerebrospinal frustrada, no conducía tampoco a una determinación clara, porque el examen del líquido céfalo-raquídeo, aunque a menudo mostrara una reacción linfo-cítica y albuminosa, era siempre negativo desde el punto de vista microbiano.

Sin embargo, era difícil pasar desapercibido que un cierto aire de familia unía indiscutiblemente estos hechos entre sí; fatalmente conducían a colocarlos entre las infecciones de los centros nerviosos de virulencia atenuada. Sus caracteres clínicos generales, son los siguientes:

Comienzo.—Los individuos experimentan una laxitud extrema, artenía física y mental; a falta de una cefalea violenta, se quejan de notar una sensación de pesadez.

La fiebre, generalmente ausente, se manifiesta a veces por una débil elevación de temperatura—entre 37°5 y 38—durante pocos días. En los casos en que ha sido más pronunciada, parecía más bien traducir un accidente particular de la evolución clínica: ictus, estado de mal, asfixia bulbar.

Estos enfermos, de veinticinco a cuarenta y cinco años de edad, por su facies inerte, su indiferencia emocional, su enflaquecimiento, tinte terroso, a veces subictérico e inapetencia, dan todos la impresión de sujetos profundamente infectados o intoxicados.

Formas clínicas.—Sobre este fondo general, se destaca toda una serie de formas clínicas, que son:

1.^a *Mental*, en la que el entorpecimiento cerebral,

(1) Cuarenta casos de encefalomielitís subaguda, *Société médicale des hopitaux de Paris*, 27 Abril 1917.

amnesia, desorientación, trastornos pupilares, temblor, disartría y hasta la parafasia y las reacciones del líquido céfalo-raquídeo, hacen pensar, desde luego, sea en una parálisis general, sea en otra variedad de demencia.

2.^a *Convulsiva*, sucediéndose las crisis hasta el punto de crear un verdadero estado de mal, generalmente pasajero.

3.^a *Coréica*, con todos los caracteres de la gran corea infecciosa del adulto.

4.^a *Meningítica*, en la que las reacciones meníngeas (rigidez, kernig, raquialgia, somnolencia, fenómenos varomotores)—siempre asociados a trastornos encefálicos tenaces y profundos—no se explican por ninguno de los agentes actualmente conocidos.

5.^a *Hemiplégica*, o más bien hemiparésica, que por su marcha regresiva rápida, su estabilización en un cierto estado de su evolución, se diferencia claramente de la nemiplegia banal del adulto.

6.^a *Pontocerebelosa*, con ptosis, parálisis, conjugadas de los ojos. titubeo; y *cerebelosa simple*, que recuerda una sintomatología equivocada de los tumores del cerebelo.

7.^a *Bulboprotuberancial*, con lesiones nucleares variadas de los nervios de esta región; trigénimo, facial, vagoespinal.

8.^a *Atáxica aguda*, recordando por ciertos aspectos las polioncitis toxi-infecciosas.

9.^a *Polioncitis anterior*, cuyos caracteres, al menos los iniciales, hacen pensar en la parálisis infantil, forma por lo demás excepcional.

Evolución.—La evolución de estos tipos clínicos, a menudo asociados, tiene lugar según una marcha particular, que los aproxima, a pesar de su polimorfismo. Aparte de dos casos de muerte brusca uno en el curso de un estado de mal y otro por asfixia bulbar), la regresión es muy lenta y los sujetos asténicos, somnolientos, vuelven progresivamente a la salud, conservando secuelas relacionadas con sus lesiones anatómicas; parálisis o estado espasmódico, fatiga cerebral, atrofia muscular, temblor, etc.

Naturaleza.—Las siembras e inoculación de sangre al cobaya, así como los exámenes del líquido céfalo-raquídeo, practicados sistemáticamente, no han dado nada. En el enfermo muerto bruscamente de asfixia bulbar, cierta cantidad de la región más lesionada del bulbo, ha sido triturada en un c. c. de suero fisiológico e inyectada en el cerebro de un conejo, sin el menor resultado.

Por lo demás, estamos en malas condiciones para practicar estas investigaciones patogénicas, llegandonos la mayor parte de los individuos en período de enfermedad establecida, cuando la infección está en descenso. Estos hechos, aún mal conocidos, deben pasar bastante amenudo desapercibidos, ya que en gran número de casos se dan la poca intensidad de ciertas manifestaciones y su carácter larvado, que a veces hasta hace pensar en la exageración persistente de una fatiga, o de una simple laxitud.»

De este modo, desde nuestra primera comunicación, habíamos insistido sobre el polimorfismo de esta enfermedad, que recordaba en ciertos puntos la de Medin, diferenciándose, sin embargo, por la rareza de las localizaciones medulares y la frecuencia de las manifestaciones encefálicas, irregularidad de la fiebre, de ordinario moderada, ausencia ordinaria de dolores y persistencia de la torpeza cerebral. Habíamos delineado la facies inerte de estos enfermos, su astenia, su *somnolencia*, e indicado la duración, siempre larga, de su convalecencia.

Al final de 1917, en la *Revue Neurologique*, (1) insistíamos de nuevo sobre estos casos, mal conocidos, que continuaran, no obstante, pasando desapercibidos en Francia, hasta la comunicación (Marzo 1918) hecha por Netter sobre la encefalitis letárgica.

No hemos cesado de considerar inexacta esta denominación, habiendo demostrado a favor de documentos extranjeros (sobre todo ingleses) y personales, que el trípodé sintomático señalado por Netter—letargia, fiebre y parálisis oculares—no podía aplicarse a todos los casos; siempre hemos pretendido que la encefalitis letárgica no era más que una de las formas particulares de la encefalomyelitis difusa, tal como nosotros la habíamos aislado en abril de 1917. (2)

Nuestra concepción, adoptada en Burdeos (3), no tardó en verse confirmada en el curso de numerosas comunicaciones sobre la encefalitis letárgica; sucedidas en Francia desde el fin de 1919; en Lyon, Montpellier, Nancy, Angere, y sobre todo en París, donde M. M. Chauffard, Pierre Marie, Achard, Widal, Sicard, se acercaron muy exactamente en todos los puntos (clínica, anatomopatología, nosografía) a nuestro modo de ver.

En la que toca al detalle mismo de ciertas formas clínicas, como la miodónica de tipo de córea eléctrico Dubini, las ideas defendidas en particular por Sicard, repiten y refuerzan de una manera evidente, ideas personales más antiguas todavía. En 1907, he insistido sobre el carácter rítmico del córea de Dubini y he separado definitivamente estos movimientos de los del córea, para clasificarlos bajo el nombre de «ritmia» preferible al más vago de miodonia. Estas *ritmias agudas*, lo hemos indicado desde el principio, son siempre sintomáticas de accidentes cerebro-espinales graves (sobre todo en la meningitis tuberculosa y en las complicaciones centrales de orden típico, aléldico, sífilítico, sarampionoso, bronconeumónico, etc.). Uno de sus caracteres esenciales, es persistir en el sueño o

el coma, en contra de lo que sucede en el tic o córea verdadero. Su pronóstico es fatal, lo más corrientemente (1).

Estas diversas particularidades se encuentran en las encefalitis rítmicas o miodónicas actuales.

En conclusión, los hechos precedentes, establecen que,

1.º La encefalitis denominada letárgica en mayo de 1917 en Viena, y en marzo de 1918 en París, había sido considerada y descrita el 27 de abril de 1917 como una de las formas de encefalomyelitis o difusa.

2.º El concepto de la encefalitis letárgica, o mejor de la encefalomyelitis epidémica, o enfermedad de Cruchet (como se la llama aún en la región girondina) es actualmente la adoptada en Inglaterra, Estados Unidos, Italia, España y países Sudamericanos; aceptada desde luego en Francia, en los grandes centros regionales como Lyon, Nancy y Burdeos, ha terminado por triunfar igualmente en París.

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

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

El último Congreso internacional, celebrado en Roma en 1912, en la ciudad hermosa del arte y de la historia, guiado por Bachelli, el apóstol de todo lo bueno en los aspectos médicos, venerable profesor de Clínica médica, autor y protector de la idea de la creación del hospital europeo mejor pensado en la policlínica de Roma y, cuyas actas forman cinco extensos tomos, sintetizó todos los problemas anteriores, dejando para el próximo Congreso internacional ya la codificación de los trabajos verdaderamente ciclópeos de los luchadores contra la tuberculosis en el espacio de tiempo que vengo reseñando. Nuestro ilustre pensador y malogrado político D. José Canalejas envió allí una carta como suya, pidiendo para Madrid la honra de que este Congreso codificador se celebrara en nuestro pueblo, y obtuvimos cuatro votos y la firme promesa de que, celebrándose nuevamente en Londres el Congreso de 1914, quedaba Madrid aceptado para el Congreso de 1916. Verdaderamente, si Canalejas hubiera vivido y si las circunstancias políticas del mundo no hubieran provocado la infausta guerra pasada, en vez de desaparecer todo este trabajo en la sombra aguardando resurgimiento en la hermosa paz que todos deseamos, Madrid hubiera tenido la honra de cerrar la serie de

(1) *Travaux des centres neurologiques d'arniee*, oct. nov. dic. 1917, pág. 457.

(2) *L'encéphalo myélio diffuse et l'encéphalite lethargique* (*Paris-medical*, 14 junio 1919). Ver igualmente nuestras comunicaciones y discusiones en la *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, sobre todo las sesiones del 7 y 21 feb. 1919; 9 de ene., 6, 13 y 20 feb. 1920.

(3) Comunicaciones de Verger y Moulinier, de Coquet, Verger y Anglade, Lacroix, de Teyssieu, etc. *Soc. de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux* 1919 y 1920; Creyx; *L'encéphalomyélite diffuse épidémique*, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 abril 1920; Araozan. Un cas d'encéphalite lethargique, *Concours Médical*, mayo 1920.

(*) Véase el número anterior.

(1) *Traité des torticoles spasmodique* (Masson etc. Cie., París, 1907, pág. 514 a 516 y pág. 444 a 459. Véase también el artículo *Rythmose* en enfermedades del sistema nervioso de la *Pratique des maladies des enfants*, t. V, pág. 605 a 607, Bailliére et fils, 1912.)

los Congresos internacionales con breche de oro, dando la verdadera constitución y las leyes orgánicas necesarias para la profilaxia de la tuberculosis.

No hemos de dejar esta reseña sin citar, siquiera sea someramente, Congresos parciales de Coimbra en 1895, de Nápoles en 1900, sobre todo éste, que nos hizo conocer la obra inmortal de la casa de Saboya de los sanatorios marítimos, y la obra grandiosa de la mártir Bélgica, primera que se adelantaba a hospitalizar sus tuberculosos con carácter municipal, según los trabajos de Peloso; el Congreso nuestro de Zaragoza, el de Barcelona y el de San Sebastián, no pudiendo celebrar nosotros el de Madrid por las causas expuestas anteriormente.

A todos estos Congresos acompañaban conferencias, a manera de comisión permanente de la lucha, que iban sentando los jalones de los trabajos que habíamos de abordar en las grandes asambleas.

Larga ha sido, señoras y señores, la historia de esta lucha y de estas brillantes reuniones para conseguir el resultado de disminuir la morbilidad y mortalidad tuberculosa; pero era necesario hacerlo así para ver cómo quedó este problema antes de la guerra. Voy a entrar en la segunda parte de esta conferencia; pero antes debo decir que la guerra no solamente detuvo la evolución de mejora contra esta enfermedad, sino que hemos dado un paso atrás tan grande, que casi tenemos que volver a empezar y rehacer todos los planes de combate. Resurge la lucha contra la tuberculosis, en primer lugar, en los países aliados Francia, los Estados Unidos e Inglaterra, no más tarde en el mismo momento de firmarse el armisticio. Parece que había un ansia, un deseo, y como el deseo engendra la voluntad, de tratar de compensar las muertes y las desgracias de la guerra con una disminución de la tuberculosis, de la misma manera que sucedió en la guerra del 70. El Estado de Nueva York despierta vigoroso; el Comité de la tuberculosis se reúne en sesión constante en un estado de permanencia y trabajo; las autoridades locales no dejan día de ocuparse en la instalación de los emplazamientos, en el dibujo de los planos, en el mobiliario, en la organización y funcionamiento de los hospitales contra la tuberculosis; es decir, que son los primeros en realizar aquellas esperanzas que surgieron en los Congresos que hemos reseñado. Los establecimientos en construcción, los que están en explotación, la subasta para nuevos hospitales, constituyen la orden del día de esas sesiones del Comité de la tuberculosis. Se recomienda y en muchos casos sigue la ejecución, al Consejo que los hospitales de tuberculosos se hagan inmediatamente. Veintidós condados tienen ya hospitales en explotación, nueve en construcción, seis con todos sus planos. Un hospital del condado de Erie se destruye por el fuego, e inmediatamente los enfermos son admitidos en los hospitales especiales de Bufalo, y veintidós condados más inician los trabajos de hospitalización. Está en prensa un volumen relativo a estos hospitales, y publicado el decreto obligando a los condados de más de 35.000 habi-

tantes a construir y sostener hospitales de tuberculosos; y allá donde un condado no puede con esta carga, se obliga a que se unan dos o más; pero no se le dispensa de la construcción y sostenimiento del hospital. Siguen creando dispensarios, y se decreta un reglamento previsor para crear las enfermeras visitadoras, verdadero ejército de vigilancia para el tuberculoso. Las conferencias de las secciones cumplen su trabajo en todo el Estado y se unifican los métodos para las enfermeras, los técnicos sanitarios y las autoridades comprometidas en la lucha antituberculosa. Se refuerza la ley contra la tuberculosis, sobre todo en lo que se refiere a la declaración, y se obtiene ya en el primer año un progreso notable en este punto, repartiendo un folleto con las leyes, reglamentos y procedimientos profilácticos concernientes a la tuberculosis, obteniendo ya una capacidad, un esfuerzo para 4.316 enfermos.

En Francia se aperciben también a la lucha, y nosotros no sé si decir que seguimos durmiendo un sueño criminal, pues como vereis dentro de muy poco, si no os molesto, no hemos conseguido llegar a hacer sentir la sanidad a la masa común de nuestro país, de donde nace y se nutre la masa política. No hay política sanitaria en España; no se puede advertir en la forma en que se desarrolla el pensamiento parlamentario en nuestro país, en esta discusión de presupuestos a plazo fijo y en la forma de comisiones permanentes sin renovación posible en cada legislatura. Pero, en fin, a esto vengo; a un «desperta ferro» dirijo esta conferencia, y vamos a ocuparnos de nuestro estado actual.

Nuestro estado actual respecto a estadísticas es desastroso; seguimos en la misma mortalidad de hace muchos años; poco ha bajado, si ha bajado algunas decimas, pero en los años 17, 18 y 19 hemos perdido las cifras que este cuadro, debido a la amabilidad de los señores director y empleados del Instituto Geográfico y Estadístico de España, oficina modelo que en veinticuatro horas me las ha suministrado, un promedio de unas 92.239 víctimas de tuberculosis, cifra horrible, porque en estos números caen casi todos del nacimiento a los cuarenta y nueve años, es decir, que no llega en España en esta cifra a cincuenta años ni una sola persona, efecto de la escasez de nuestra cifra oficial, de nuestro presupuesto, del espíritu público tan indiferente y del poco espíritu previsor para el seguro voluntario y la resistencia para el seguro obligatorio, único medio de conseguir un presupuesto racional para la lucha contra la tuberculosis, por la imposibilidad, somos los primeros en reconocerlo, de que el Estado subvenga por completo a esta lucha y que no sea sino lo que es en todos los países: un tercer elemento, constituidos los otros dos por el Municipio y la Provincia. Todos los sentimientos de mejora que nosotros podamos buscar fracasarán y quedaremos en estas luchas incipientes que nos podrán servir de estímulo y de enseñanza, pero en manera alguna de realidad en la lucha contra la tuberculosis.

Se han levantado Dispensarios y Sanatorios, no muy numerosos, en España; pero sus estadísticas nos de-

muestran que si estas escuelas de enseñanza antituberculosa se dispensaran más, podríamos, sólo en el primero y segundo períodos de la tuberculosis, hacer un trabajo de alguna trascendencia. Nuestros médicos de los Dispensarios, esos héroes incógnitos que dan su asistencia como cooperación social, única clase que ha respondido a este problema social, pues de todas las demás no ha habido una que como colectividad nos ayude, pueden estar orgullosos del resultado de su trabajo, pero necesitan más ayuda, más estímulo, más recompensa moral y, sobre todo, más medios materiales para conseguir sus ideales. No ya carecemos de hospitales para tuberculosos, hospitales para especializados, sino que carecemos de hospitales modernos donde se pueda desarrollar la clínica hospitalaria en todo su esplendor; pero aun los enfermos comunes viven en estos hospitales respecto a sus habitaciones casi lujosamente; pero nuestros tuberculosos pobres, cuando caen ya en esos períodos de inhabilitación completa para el trabajo, ni en sus casas ni en el hospital encuentran los recursos necesarios. No se siente la sanidad; se discute de mejor o peor buena fe; pero se desconoce en absoluto el problema por la Comisión de Presupuestos.

Sólo un problema he de abordar para demostrar que una de las enfermedades más legítimamente unidas al desarrollo de la tuberculosis, el paludismo, es una vergüenza para nuestro país y nuestros legisladores, y para nosotros todos el pensar que tenemos en España 9.261 términos municipales y de ellos hay 1.428 términos palúdicos, o sea cerca de un 20 por 100; que el germen palúdico es uno de los comensales que a los humanos nos pone al borde de la tuberculosis, y que el paludismo cuesta en España, según datos del año 1913, una pérdida total en la economía nacional de 134.879.285,25; que sólo de quinina se habían consumido 2.141.875 gramos, cuyo valor en pesetas son 1.081.045,50, el valor de los jornales perdidos, 7.394.719; y, sin embargo, para remediar todo este mal se pedían 500.000 pesetas y se han negado; todavía pudiera rectificar el Senado este enorme dislate de la Comisión de Presupuestos del Congreso.

Volviendo a la tuberculosis, en España se iniciaba ya el descenso, pero vino el año 1914 y la mortalidad ascendió a 25.000; siguen los años de la guerra, y en el segundo, en 1915, España perdió 26.000; se despierta la avaricia, el amor al dinero priva sobre el amor a la humanidad, no hay otro pensamiento en España que el hacerse rico, el acaparamiento y la exportación de común acuerdo van sembrando el hambre crónica, y en 1917 da un salto la mortalidad por tuberculosis a 28.000; el frío entra en nuestras habitaciones, el carbón es artículo de lujo, el pan se elabora en las garras del acaparador, y en 1919 hay un salto de 6.000 muertos más; es decir, que entre las indiferencias del Gobierno, la pasividad del público y la criminalidad de los que manejan los alimentos y el calor, se aumenta la mortalidad por tuberculosis en España de 10.000 a 34.000, con un coeficiente progresivo de 10.000. La

gráfica sube, asciende en línea recta vertical, y ya veremos en la estadística de 1919, cuando se publique, si hemos rebasado la triste cifra de los 40.000 muertos por tuberculosis. Y cada muerto representando cinco enfermos por término medio, calculad la morbilidad y los tuberculosos que hay en España, y si esto no nos dice que hay una necesidad absoluta de resurgir en la lucha contra la tuberculosis al par que los demás Estados del mundo, y una de dos: o herrar o quitar el banco; pero no tirar en pura pérdida 100.000 pesetas todos los años, que ni siquiera pueden ser una esperanza de una realidad mínima. Sin llegar al óptimo del presupuesto antituberculoso, hay que llegar siquiera a pensar en la necesidad de que nuevos medios y nuevas orientaciones nos abran camino franco para volver otra vez al descenso progresivo, a ser posible con mayor rapidez, y ha sido mucha, del aumento progresivo y desdichado de estos cinco años de guerra.

En estas luchas se ha de subrayar más que en todas el progreso de las naciones. La revolución inglesa planteó el advenimiento del hombre con todos sus derechos individuales; se luchó por la libertad, por la independencia. En la revolución francesa cristalizó ya la democracia, y en este sentido casi no podemos creer que se llegue a más progreso que la política actual que tenemos de pensar y sentir con entera libertad todos y cada uno de los ciudadanos, de adoptar la religión que su conciencia le dicte; y quedan dos conquistas todavía, sobre todo en España: una la de la cultura, la disminución del 50 por 100 de analfabetos que figura todavía en las estadísticas del Instituto Geográfico, y otra la conquista de la salud, cuya cifra comparativa con las demás naciones nos coloca en el número 13 o 14 de la escala, un poco antes de Turquía. Y como esta morbilidad y esta mortalidad que producen esta cifra vergonzosa, la mayor parte, casi más de dos terceras partes, corresponden a la tuberculosis, se medirá también la cultura, se medirá el adelanto, el progreso de una nación por el menor número de tuberculosos que figuren en sus estadísticas y por el menor número de muertos y de pérdidas de vidas humanas. Unido al trabajo de la división de la tuberculosis en el Norte de América hay una división de higiene infantil, y todos los pensadores están conformes en creer que otro signo de cultura y de progreso en las naciones es la menor mortalidad infantil. Rescatar las vidas, cuidar los retoños, aumentar los números para el porvenir es el problema capital de la sociología higiénica, pero es necesario que nosotros nos organicemos a la moderna, que hospitalicemos los tuberculosos, que se creen las señoritas, las visitadoras de la doble Cruz Roja, para que, unidas a las de la Cruz Roja de la guerra, aprendan a curar a los heridos sociales, cuya escuela habrá de fundarse en los hospitales de tuberculosos, no en los hospitales comunes. Estos hospitales no excluyen, sino completan, la obra educativa del dispensario, la obra profiláctica del sanatorio; en el primero se hace la selección y se educa a aquellos que pueden seguir viviendo en sociedad, se les dictan las reglas de poli-

oía sanitaria necesarias para que no sean peligrosos, se les educa en el temor al hábito del tabaco y alcohol y de excesos venéreos, triada causal de la disminución de resistencia para la lucha con los gérmenes tuberculosos; en el segundo ya se inicia el tratamiento curativo. Allí debían ir todos los que, mediante un tratamiento racional, se devuelven a la sociedad en las naciones más adelantadas casi con el mismo valor económico del hombre sano; se prolonga una vida y una existencia del tuberculoso compatible con la vida social y con el trabajo y completamente vida para no ser sembrador de gérmenes de que, por desgracia, no puede dejar de ser portador, se modifican las primeras reacciones focales, y de un obrero cuya capacidad de trabajo se había perdido en absoluto, vuelve a la sociedad, vuelve al trabajo con una resistencia orgánica multiplicada y mucho mayor que la que tenía antes de enfermar.

(Concluirá)

Periódicos médicos

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Relaciones de las piodermitis de la cara con el oído externo, por L. Bar.—Las piodermitis de la cara pueden invadir el pabellón de la oreja y su conducto, ocasionando así una otitis externa difusa simple o con complicaciones graves. Bar publica una observación de esta afección, ocurrida en un niño de tres años, el cual presentaba una otitis supurada que desde seis a ocho semanas resistía a todo tratamiento. No acusaba el niño vivos dolores, y secando bien el conducto se observaba que el tímpano, aunque rojo e inflamado, no presentaba ninguna perforación; pero el epidermis estaba destruido en toda la longitud del conducto, de modo que, aunque la supuración a primera vista no era fácil precisar si provenía únicamente del conducto, o también de la caja, por el examen del tímpano quedaba establecida claramente su procedencia del conducto exclusivamente. Existía también una adenopatía del ganglio retroauricular y de la cadena ganglionar carotídea, y, por último, vegetaciones adenoideas inflamadas. Por todos estos datos era difícil sentar un diagnóstico serio; pero la presencia en la cara y cuello de algunas raras pústulas acuminadas de un impétigo discreto, hizo admitir el de otitis externa difusa originaria de un impétigo facial, impétigo que el niño había extendido sin duda por el rascamiento inconsciente. Con lavados del conducto con solución boricada al 40 por 100 y sublimado al 1 por 2.000, toques de las paredes con solución de nitrato argéntico al 1 por 50 y cura de las pústulas impetiginosas con pomada de óxido de zinc, se logró la curación de la enfermedad en algunos días. Puede decirse, por tanto, que las relaciones de las piodermitis con el oído externo son relaciones de acción piógena general de los estreptococos y estafilocos,

cos, causa inmediata de las inflamaciones cutáneas. La inflamación que determinan en el pabellón de la oreja, y particularmente en el conducto auditivo, son generalmente dermitis difusas, inflamatorias y supurantes, que pueden quedar limitadas al oído externo sin franquear el tímpano. Su propagación al oído medio es excepcional. Aunque superficiales, estas inflamaciones pueden hacerse serias, provocar periostitis, osteomielitis y la tromboflebitis del seno. Por asociación microbiana que exalte la virulencia de estos microbios puede desarrollarse una septicemia generalizada. El tratamiento profiláctico está constituido por precauciones higiénicas y antisépticas rigurosas aplicadas a las piodermitis, con objeto de evitar la propagación al oído. El tratamiento curativo es el empleado ordinariamente contra la forunculosis y el impétigo, que con exclusión del eczema y de la tricoficia, son las piodermitis más responsables de una localización o de una generalización grave de la afección.—(*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 12, 30 junio 1920.)—E. Luengo.

2. La adenitis amigdalina (amigdalitis hipertrófica subaguda), por G. Portmann.—La adenitis amigdalina, por sus síntomas, su estructura histopatológica y su evolución, debe separarse claramente, tanto de la hipertrofia tonsilar crónica como de las amigdalitis agudas. Portmann describe dos observaciones y establece después los caracteres detallados de la afección, que pueden resumirse así:

Etiología.—La adenitis de las amígdalas palatinas es una enfermedad de la infancia, de la adolescencia y algunas veces del estado adulto. Se produce sobre un órgano sano de dimensiones normales, o aunque haya sufrido años antes una amigdalotomía. Su aparición parece depender del frío o de otra causa banal, y coincide en general con una hipertrofia pasajera de todo el sistema adenoideo de la faringe.

Anatomía patológica y patogenia.—La amígdala es blanda, cortándose difícilmente, dando una superficie de sección rosada y desigual. Las modificaciones microscópicas recaen en la mucosa y en el parénquima, correspondiendo a una amigdalitis subaguda con hiperplasia linfoide, sin otra manifestación macroscópica que un notable aumento de volumen del órgano.

Sintomatología.—Signos físicos: Volumen mayor de lo normal, forma y dimensiones variables, coloración siempre más roja que en el estado normal, destacándose de las partes vecinas; superficie de aspecto regular, nunca con el aspecto provocado por la existencia de múltiples bridas cicatriciales en el parénquima, que caracteriza la hipertrofia crónica amigdalina. Mucosa normal, sin ulceraciones ni exudados; consistencia blanda y esponjosa, y se acompaña siempre la afección de alteraciones análogas en todo el sistema linfoide faringocervical vecino. Síntomas funcionales: La deglución indolora en el estado de reposo acusa sensibilidad de la amígdala a la ingestión de alimentos. La

voz es menos clara, como pastosa, pero no nasal; pronunciación defectuosa, sobre todo de la B y de la D. La respiración puede estar entorpecida según el volumen de la amígdala, y los ganglios cervicales son dolorosos espontáneamente y a la presión.

Evolución.—Es esencialmente subaguda; la hipertrofia tonsilar se establece en tres o cuatro días. Después de un período de estado de dos o tres semanas, se aminoran los síntomas físicos y funcionales, durando en total unas cinco semanas.

Diagnóstico.—Amígdala hipertrofiada, más roja que normalmente, de consistencia blanda, sin modificaciones en la superficie, infarto ganglionar cervical, sin síntomas generales acentuados. La hipertrofia crónica data desde la infancia, es casi siempre bilateral, y la amígdala está dura y fibrosa y de coloración pálida. La amigdalitis aguda se caracteriza por los síntomas generales: escalofríos, cefalea, fiebre, dolor a la deglución, etc., y es de corta duración. La linfomatosis se diagnosticará por el análisis de sangre, sea leucémica o alancémica. El linfosarcoma de la amígdala, evoluciona con rapidez sin tendencia a decrecer y por medio del examen histológico (biopsia) se podrá establecer con seguridad su diagnóstico. La hipertrofia amigdalina sifilítica secundaria se acompaña de los síntomas propios de esta enfermedad, diagnosticándose también por los antecedentes y por el laboratorio. Es casi imposible diferenciar clínicamente una hipertrofia tonsilar tuberculosa de una adenitis amigdalina banal.

Pronóstico.—No suele revestir gravedad, aunque en los estados linfáticos hay que vigilar cuidadosamente la evolución de la enfermedad.

Tratamiento.—Será local y general. Este último comprenderá los baños clorurados y preparados iodados o iodotánicos, así como ejercicios físicos. El local consistirá en toques extensos con una solución débil de cloruro de zinc al 1 por 40 o 1 por 50, que se hará una sola vez, y será continuado por gargarismos emolientes, cada dos o tres horas, durante uno o dos días, tales como:

Borato sódico.....	} aa. 4 gramos.	
Benzoato sódico.....		
Alcohol de menta.....	15	—
Glicerina pura.....	50	—
Cocimiento de cebada y de hojas de coca.....	450	—

Una parte de esto y dos partes de agua de malva-visco caliente.

En seguida se dispondrá una medicación ligeramente astringente por medio de gargarismos y toques iodurados, jugo de limón, tintura de guayaco, etc.

En la adenopatía cervical, aplicación de tintura de iodo, cataplasmas calientes, curas húmedas, etc. Descongestionar y desinfectar las mucosas nasal y nasofaríngea por medio de la pomada siguiente:

Adrenalina al milésimo.....	II gotas.
Clorhidrato de cocaína.....	15 centgrs.
Acido bórico.....	1 gramo.
Vaselina.....	15 —

Se aspira un poco de la pomada por cada nariz dos

veces al día. Si pasados quince días no se aprecia mejoría, se practicará la exéresis de la tonsila hipertrofiada.—(*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 12, 30 junio 1920.)—E. Luengo.

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

I. La disminución del murmullo vaxicular del pulmón derecho, en el curso de la ictericia catarral y de la litiasis biliar, por F. Ramond, Vincent y R. Clement.—Si se auscultan sistemáticamente los dos pulmones en el curso de la litiasis biliar y de la ictericia catarral llama la atención la diferencia de intensidad respiratoria que existe entre ambos; mientras que en el izquierdo el murmullo posee toda su amplitud normal, en el derecho se aprecia una disminución muy clara de la inspiración y de la expiración, siendo más marcada esta disminución en la base; pero se aprecia también en la parte media. Esta disminución no se acompaña de modificaciones de la matidez ni de las vibraciones normales; no hay debilitación ni exageración marcada de la tos; no existen ruidos sobreañadidos. El fenómeno se manifiesta, pues, únicamente por una simple disminución del murmullo vaxicular. La explicación de este fenómeno se debe, al parecer, al hecho de que el diafragma está en parte inmovilizado por un reflejo que parte del hígado; este reflejo limita más o menos el movimiento del diafragma, y, por tanto, el desplazamiento de hígado en cada movimiento respiratorio. El examen radioscópico confirma esta interpretación en las dos terceras partes de los casos; en esta otra tercera parte, los movimientos diafragmáticos son idénticos. Tal vez se trate aquí de una contractura refleja de los músculos bronquiales, partido igualmente del hígado y que disminuya el calibre respiratorio del pulmón derecho. El síntoma que mencionamos existe claramente, no sólo durante el curso del cólico hepático clásico, sino también después de la crisis; su duración adquiere, pues, un cierto valor pronóstico; si se aprecia sólo algunos días, es de presumir que el cálculo ha sido expulsado de la vaxicular, y, por el contrario, si se prolonga, es probable que la litiasis persista siempre. La colecistitis infectada, sobre todo cuando se complica con adherencias, provoca igualmente la misma disminución del murmullo vaxicular. Una vez declarada la ictericia catarral, existe también muy claro este síntoma. Evidentemente se le encontrará también en otros procesos hepáticos dolorosos; hepatitis y perihepatitis e hígado cardíaco; pero en estos casos interviene otro proceso, la congestión concomitante de la base pulmonar; la coexistencia de la submacidez permite relacionar a su verdadera causa esta atenuación de la respiración. El síntoma que describimos es de un cierto valor diagnóstico en la diferenciación de la litiasis biliar con la úlcera del píloro y de la primera porción del duodeno, cuya marcha clínica es a veces tan engañadora. Lo mismo suce-



de con la ictericia catarral prolongada, que puede confundirse con una ictericia por compresión de las vías biliares; la existencia del síntoma habla en favor de la ictericia catarral. Sin embargo, si la ictericia se debe a la retención litiasica, la disminución del murmullo vespicular pierde una parte de su valor; verdad es que es más duradero en los casos de litiasis que en los de ictericia catarral.—(*Soc. Méd. des Hôpitaux*, núm. 16, 13 mayo 1920.)—*E. Luengo*.

2. Contagio mental recíproco.—Leroy y Ducoste presentaron a la Academia Clínica de Medicina Mental, de París, una mujer cuyos hijos, de ocho y nueve años, tuvieron durante varias semanas el mismo delirio: la madre padece delirio de persecución, y los hijos exteriorizaban y precisaban, bajo formas de imágenes visuales, sus concepciones mórbidas. Siguiendo las indicaciones de los hijos, que señalaban a los enemigos comunes como si les estuvieran viendo distintamente en torno a ellos, la madre trataba de acuchillarlos. Parece probable que el alcoholismo haya servido de intermediario entre las interpretaciones y las alucinaciones psíquicas y auditivas de la madre y las alucinaciones visuales de los niños. El contagio mental ha sido recíproco. La creencia persistente de los niños en la realidad de su delirio puede explicarse por la autoridad que le ha dado la aquiescencia de la madre. (*La Presse Médicale*, 3 de junio de 1920.)—*L. P.*

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El tratamiento de la sífilis concepcional e infantil, por L. Bory.—Siendo la sífilis infantil de origen congénito lo más frecuentemente, su tratamiento principal será el preventivo, administrado a sus padres. Es indispensable tratar de una manera intensa y prolongada al padre y a la madre. El tratamiento será diverso según los casos y las condiciones del paciente; si se trata de una mujer embarazada, debe establecerse el tratamiento de ataque por el arsenobenzol, administrándose dos series durante el embarazo. La primera serie constará de las siguientes dosis: Primer día, 0,10; 4.º día, 0,15; 8.º día, 0,20; 13.º día, 0,30; 19.º día, 0,45; 26.º día, 0,45; 33.º día, 0,60; 40.º día, 0,75; 47.º día, 0,75. Durante los 20 o 25 días primeros será útil reforzar la acción por el tratamiento mercurial, empleando supositorios que contengan cuatro centigramos de mercurio metálico. Después de esta primera serie que dura 45 días, se deja en reposo a la enferma mes y medio, pasado el cual se hace una nueva serie mercurial de 20 a 25 días; otro mes y medio de reposo; después nueva serie de ataque de mes y medio, análoga a la primera, pero sin pasar de la dosis de 60 centigramos, y ya se deja descansar a la enferma hasta que sobrevenga el parto. El tratamiento curati-

vo de la sífilis infantil será a base de mercurio, en fricciones o ingerido. En los niños de cuatro a diez años la fricción puede substituirse por el empleo de supositorios mercuriales, con uno a dos centigramos de mercurio en cada supositorio. *Per os*, puede darse el licor de Van Swieten, o mejor, las soluciones concentradas de benzoato de mercurio, que se dan a gotas en un poco de leche o caldo. De la solución de benzoato al uno por ciento, veinte gotas contienen un centigramo, dos gotas un miligramo, y se pueden dar una o dos gotas diarias por cada dos meses de edad y quince a veinte gotas después de un año, en dosis fraccionadas. En Inglaterra emplean el mercurio con creta, 0,015 miligramos, y azúcar de leche, 10 centigramos para un papel que se da con el biberón, un papel por día, hasta seis semanas. El tratamiento general de la sífilis no contraindica el local de las lesiones, favoreciendo la desaparición de éstas el polvo de calomelanos. La sífilis ósea se beneficia grandemente añadiendo yoduro potásico al tratamiento mercurial. En los niños de cierta edad se utilizará el arsenobenzol en inyección intravenosa, que resulta difícil y se practicará con sumo cuidado; las dosis de medio centigramo por kilo de peso son un poco débiles; el A. inserta el cuadro de Lacapère, que da una idea de las dosis inyectables en las diversas edades; será útil, sobre todo cuando se empleen dosis elevadas, administrar por boca antes de la inyección cinco a diez gotas de la solución de adrenalina al milésimo. (*Le Progrès Medical*, 29-Mayo-1920, núm. 22.)—*E. Luengo*.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Un caso de miositis osificante neurótica, por herida de bala, de la médula espinal, por A. Israel. El paciente, de veintiún años, recibió en septiembre de 1918 un balazo en la columna vertebral. Parálisis transversa completa correspondiente a herida medular en la octava vértebra dorsal. Tres meses más tarde apareció una tumefacción dura en el pliegue inginal derecho. Por sucesivos exámenes radiológicos hechos durante un año, pudo seguirse la progresiva infiltración ósea de los músculos; partiendo de la herida vertebral, se extendió a la cadera derecha, que, aunque en ella no existía ninguna señal de fractura, estaba rígida.—(*Deutsche Med. Woch.*, 27 de mayo de 1920.)—*L. P.*

2. Miositis osificante circunscrita.—En la Academia de Cirugía de Berlín presentó Kausch un enfermo, que constituye un caso curioso respecto a la etiología de la afección. Asistido en una clínica de una intoxicación por el gas del alumbrado, se le practicó una sangría del brazo. En la flexura del codo se le produjo un derrame subcutáneo sanguíneo, que persistía a los catorce días, fecha en que se empezó a tratar con fomentos y masaje. Produjose una induración casi pé-

trea de todo el brazo, con contracción de la mano y del codo. A los cuatro meses se comprobó por radiografía la existencia de una extensa miositis osificante de los músculos de la flexura del codo. A los seis meses la infiltración ósea de los músculos había quedado reducida a la mitad. La articulación húmerocubital está rígida.

La osificación muscular ha sido, pues, consecuencia de una punción venosa, es decir, de una pequeña herida epiaponeurótica; el origen no es aquí perióstico como en otros muchos casos: tampoco hubo lesiones traumáticas de los músculos.

El papel del derrame sanguíneo fué, no sólo predisponente, sino determinante del proceso inflamatorio que tras la reacción reparatoria del tejido conjuntivo originó la osificación heterógena. Las ideas de Bier encuentran con esto el apoyo que podría proporcionarles un verdadero experimento.—*Deutsche Med. Wochenschrift*, 27 de mayo de 1920.)—L. P.

TERAPÉUTICA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El tratamiento de la disentería amebiana por el ioduro doble de bismuto y emetina.—El doctor Antonio J. Torres y López relata los resultados obtenidos con este tratamiento; acompaña varios casos clínicos para su demostración, y termina deduciendo las siguientes conclusiones:

1.^a El ioduro doble de emetina y de bismuto es un remedio eficaz para el tratamiento de la disentería amebiana.

2.^a Dicho preparado tiene acción curativa, no sólo en los casos clínicos, sino también en las formas comunes e infantiles de amebiosis.

3.^a Las dosis del medicamento no deben exceder de 18 centigramos por día.

4.^a Para el mayor éxito del tratamiento deben continuar tomando los enfermos, por espacio de algunos días, dosis de 6 a 12 centigramos aunque haya desaparecido los síntomas.

5.^a En los niños, la dosis no debe ser superior a 6 centigramos por día, en los menores de diez años, ni pasar de 12 centigramos, en los menores de quince.

6.^a El mejor modo de administración es en forma de píldoras queratinizadas, que se deben tomar después de las comidas, para evitar las molestias que se originan cuando se administran en estómago vacío. (*Archivos Españoles de Enfermedades del aparato digestivo y de Nutrición*, núm. 4. Abril, 1920)

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El ciclo de la quinina en el organismo; su eliminación gástrica, por Baur.—La quinina inyectada por vía subcutánea o intravenosa se difunde por el orga-

nismo; la sangre se libra de ella rápida y casi totalmente. Esta liberación se opera, sea por eliminación del alcaloide por el riñón y el tubo digestivo, sea por fijación de la quinina sobre sus órganos electivos: cerebro, hígado y bazo. La quinina así fijada es más tarde devuelta al torrente circulatorio y eliminada por los enunctorios dichos. Parte de la quinina, en fin, es destruida en el organismo o transformada de modo que no puede ser reconocida.

Se precisan ulteriores experimentos para precisar bien la cantidad de quinina eliminada por vía gástrica. (*La Presse Medicale*, 2 de junio de 1920.)—L. P.

HIGIENE

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La tuberculosis y la casa.—El doctor Mariano Pérez Felú publica la siguiente interesante nota:

«Que mueren muchos de tuberculosis es cosa que, aunque tarde, va sabiéndose ya en España; que es curable y cómo es curable es cosa más desconocida.

Yo he estado año y medio en Suiza estudiando la lucha antituberculosa; he visto cuanto allí se hace, y antes de eso he dedicado mucho tiempo en combatir contra dicha enfermedad y voy a permitirme exponer algo del que he pensado para luchar contra mal tan terrible.

En Suiza vi cómo se curaban muchos tuberculosos, aun estando graves, padeciendo ya fiebre alta, teniendo cavernas. Me di cuenta de *que la tuberculosis era curable y cómo se curaba*.

A continuación pensaba que en Valencia, por ejemplo, hay unos 20.000 tuberculosos, y comprendía que no era posible poner en Sanatorio los 40.000 de la provincia, pues, suponiendo un coste mínimo de 5 pesetas diarias y una duración de medio año para la curación (unos por otros), se necesitarían al año más de 36.000.000 de pesetas, y en España unos 2.000.000.000 de pesetas al año para atender a los tuberculosos.

Y me di cuenta de que la tuberculosis era curable en los Sanatorios; pero que el coste de 2.000.000.000 al año no lo resistiría nuestra nación, ya que no querían pagar los 20.000.000 de habitantes anualmente 100 pesetas cada uno, cantidad que algunas familias, y para un solo objeto, no podrían destinar.

Además, era meter en Sanatorios a la décima parte, o poco menos, de los habitantes de nuestra nación. Entonces pensé que no era posible hacer Sanatorios para tantos, además de que no todos necesitaban régimen tan severo, ni se podía perder la riqueza que supondría la paralización de tanta gente; *pero lo que si cabía, en lo posible*, era poner a los enfermos en las condiciones más parecidas a las del Sanatorio, y esto se reducía a proporcionarles casas ventiladas, bastante aisladas, *chalets*, donde no viviesen hacinados y tuviesen agua potable abundante, etc.

Por otro lado, yo no ignoraba que el tratamiento de la tuberculosis, ósea o pulmonar, suele exigir una duración de doce meses; pero lógico es que, si se coge a *mitad de enfermedad*, necesitará sólo seis meses, tres si es antes, uno si es inicial y no diagnosticada con certeza.

De aquí se desprende otra conclusión, siguiendo el método de sanatorio riguroso: los pretuberculosos, es decir, los que serán tuberculosos por estar predispuestos, o los que ya lo son, pero no es posible aún diagnosticarles, esos curarán en *treinta días* de tratamiento, y si no se les cuida así necesitarán más tarde *trescientos sesenta y cinco días*.

Y si pensamos que cada año tiene unos *cincuenta domingos*, no podremos menos de reconocer que *utilizándolos bien, descansando bien* todos los domingos, tendremos mucho adelantado para no estar tuberculosos, para curar la tuberculosis incipiente muy al principio.

¿Cómo hacer las casas higiénicas? Por medio de cooperativas, de leyes, etc. Las ya establecidas y el trabajo hecho, como por ejemplo en Valencia, por el Patronato de Casas para obreros, y el que en el mismo ha realizado el Excmo. Sr. D. Ramón de Castro, son dignos del mayor elogio, que desde aquí le tributamos.

Pero... y las casas actuales, ¿qué hacer con ellas? Deben crearse los *Casilleros sanitarios*, y en Suiza los he visto funcionar en Ginebra, en Neuchatel, Lausana, etc.

Cada casa tiene su historia; se siguen los incidentes que se presentan, y hay un jefe encargado de vigilar lo que ocurre y de disponer las modificaciones necesarias. En dicho negociado, además de médicos, hay arquitectos, ingenieros, albañiles, etc., encargados de los estudios necesarios. Ellos informan sobre las nuevas construcciones y sobre las ya construidas. Unos estudios y visitas los realizan los médicos; para otros bastan las visitas de los maestros de obras (para ver si hay humedad o falta un sifón, es poco delicado ni práctico mandar a que informe un médico; esto no se ha comprendido aún en los Ayuntamientos españoles).

Yo he iniciado en Valencia este Casillero; hice unos impresos para comenzar en seguida, y como faltaba personal, hice dichos impresos para que los vecinos denunciasen las faltas que encontraban en cada una de sus casas, y luego ir perfeccionando el sistema, ya que esto se hace para el impuesto de cédulas, etc. Primero cada uno dice lo que cree y las dudas se confrontan... Pero en Valencia se me ha ofrecido hacerlo y nada se ha hecho todavía; ¿podría hacerse en el resto de España?

Cuando la autoridad dispone una reforma debe hacerse; y cuando el propietario no dispone de recursos? En Basilea se presupuestan cada año algunos centenares de miles de pesetas para *prestarlos sin interés* a los propietarios que demuestren que no pueden hacer las reformas necesarias, y por anualidades devuelven el dinero que se les anticipa y que tanto bien ha de hacer así invertido.

Todo esto, y el seguro contra la enfermedad *para cuidarse un mes*, al principio, o más si precisa, con otros cuidados, que por no fatigar omito, disminuiría la tuberculosis.

¡Trabajemos! Cuando se sigue a hombres como don Manuel Martín Salazar, Inspector general de Sanidad, y se trata de salvar vidas, sólo cabe luchar. Debemos odiar la tuberculosis y vengarnos de ella, que arrebató la salud y la vida de los nuestros: ¡Luchemos!—*(La Medicina Social Española, 5-6-920)*

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

Patogenia de la angina de pecho, por Paulesco.—

La anemia del plexo cardíaco, que es la causa de la angina de pecho, es originada por agentes diversos: 1, agentes mecánicos, como la retracción ateromatosa de las arterias; 2, agentes químicos, como la nicotina; 3, agentes microbianos, como en el paludismo y la sífilis, en los que se producen aortitis.

Esta manera de concebir la angina de pecho facilita comprender: 1.º, la acción maravillosa del nitrito de amilo, medicamento vasodilatador; 2.º, la acción poco satisfactoria de la morfina, que no obra como vasodilatador; 3.º, el éxito obtenido por Jonnesco extirpando el simpático cervicodorsal del lado izquierdo.—*(Le Concours Medicafe, 6 de junio de 1920.)—L. P.*

SIFILIOGRAFÍA Y DERMATOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la sífilis por las inyecciones subcutáneas de novarsenobenzol. por A. Poulard.—

Se necesita una jeringa de vidrio de 1 o 2 c. c., una aguja corta (de 3 centímetros), una ampolla de 15 centigramos de novarsenobenzol y otra con 1 c. c. de novocaína al 1 por 100. Se pasa el contenido de esta última a la ampolla de novarsenobenzol, quedando hecha la solución en un instante. Se coge con la jeringa la solución y se inyecta en la nalga; no hay sitio de elección; con una aguja tan corta, no hay peligro de llegar a los vasos y nervios importantes de la región, quedando el medicamento en el tejido celular subcutáneo. Se introduce la aguja completamente perpendicular a la piel y se hacen inyecciones todos o cada dos días. No inmovilizan al enfermo, pudiendo éste marchar a su trabajo; tampoco originan trastornos locales ni generales.—*(Presse Medicafe, número 38, 9 de junio de 1920.)—E. Luengo.*

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

No queremos polémica.

Con insistencia merecedora de más altos empeños, y con habilidades inocentes que se fían en que más inocentes que ellas son los que las leen, vuelve el órgano de la Asociación de titulares sobre el tema de «¿A quién se debe la fórmula conocida de la ley de presupuestos?», y «¿Por qué procedimiento se consiguió?». En primer lugar reusamos la polémica por baldía y por estemporánea; podríamos cerrarla diciendo: «Lo que a nosotros nos importa es la fórmula; lo que menos se nos da es el por qué ni por quién se obtuvo.» Quien obtuvo la victoria, como no es ésta la única que obtuvo, no regatea un hecho más ni menos, y quien siempre predicó la unión y solicitó el concurso de todos, no ha de desmentir la historia de toda su vida desdenando una colaboración, por fantástica que parezca, ni despreciando un concurso que siempre es conveniente cuando es sincero.

Pero por lo que no estamos dispuestos a pasar es por que cosas que son «pública» y documentalmente notorias, se desfiguren y desmientan con habilidosidades de mesa de cervecería o con fórmulas de cacique fracasado, y, por lo tanto, insistimos, por que podemos probarlo con actas solemnes y con testimonios públicos numerosos es: 1.º, que el ministro de Hacienda (entonces conde de Bugallal) llevó a la Comisión de presupuestos del Congreso el artículo de la ley a que hoy nos referimos; 2.º, «que la Comisión de presupuestos rechazó el artículo que le fué enviado por el ministro de Real orden y como consecuencia de esto el artículo no fué presentado al Congreso en pleno ni figuró en el proyecto que pasó al Senado; 3.º, que en la Alta Cámara, el senador Sr. Cortezo, cumpliendo el acuerdo que con el señor ministro inició públicamente en la sesión de la Academia de Medicina para la recepción del Sr. Sarabia; reprodujo en forma de enmienda la consabida fórmula del ministro de Hacienda, rechazada por el Congreso en su Comisión de presupuestos, y que el Senado, previo asentimiento (como era natural) del mi-

nistro aprobó la fórmula, que fué incorporada a la ley; 4.º, que en la Comisión mixta, a que dió lugar el disenso de ambas Camaras, se consiguió por un sólo voto de mayoría que la fórmula se incorporara a la que es hoy ley, y esto, bien saben los que pueden saberlo, a qué gestiones y a qué esfuerzos fué debido.

Por lo demás, no se moleste el colega en hablar de lo pasado; en lo que nos resta por conseguir en lo porvenir, hay tarea bastante para todos, y si realmente nos proponemos lo que decimos a los que en nosotros confían, no nos estorbaremos los unos a los otros, pues lo que queda por hacer es mucho, y lo que nos debemos proponer es hacer más y hablar menos. Y en esto de hablar, no confiemos demasiado en que los lectores de un periódico no son los de otro, y, por lo tanto, en que cada cual no oye más que una voz, más o menos desfiguradora de la verdad, porque nosotros llegamos a muchas partes, y en lo porvenir pensamos llegar a todas. Obras són amores.

DECIO CARLAN.

Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central

POR EL DOCTOR DON AMALIO GIMENO CABAÑAS, EN EL ACTO DE SU HOMENAJE CON MOTIVO DE SU JUBILACIÓN COMO CATEDRÁTICO

Señores:

Me veo hoy aquí, y, para creerlo, he de pensar bien en que es vuestra bondad la que me trae. De otro modo, el sentimiento que tengo me lo hubiera impedido; y eso que ha transcurrido tan poco tiempo desde el día en que se cumplió la ley que señaló a plazo fijo el término de mi carrera profesional, que aún no me he acostumbrado del todo a la idea de que he de separarme forzosamente de vosotros. Es la última vez que os hablo con la autoridad de un título que he ostentado durante cuarenta y cinco años, y que fué para mí desde edad moza el fin de mi ambición; porque habéis de saber que, apenas pensé en ser médico, pensé también en ser maestro. Tenía y ha tenido siempre para mí un recio atractivo el enseñar: sembrar ideas, abrir caminos nuevos a cerebros apenas despiertos, revelar cosas ignoradas, verter en inteligencias tempranas el enorme caudal de la experiencia ajena y propia y ayudar a descifrar los oscuros acertijos de la

naturaleza, tiene para el que ama la cátedra el goce del que ara o fecunda. A mi esa tarea no me ha sido nunca penosa. La comunión espiritual con mis alumnos ha vigorizado y templado mi alma a diario. Y cuando, después de los eclipses a que me ha obligado la vida pública, tormentosa y difícil, he vuelto a vosotros, he sentido la satisfacción del que descansa de una ruda fatiga, la serena tranquilidad del que salta a tierra después de un viaje lleno de peligros, de los que le salvó la suerte más que el acierto.

Fuerza es dejaros. Una ley que, por lo que me molesta y hiere, no califico, me obliga a ello. ¡Quién sabe! Quizás los que la hicieron tuvieran razón. Nuestro Baltasar Gracián ya dijo: «Cánsase la fortuna de llevar a uno a cuestras tan a la larga.» Y yo añado que tal vez convenga retirarse del juego con la ganancia segura, antes de que un golpe de azar se la lleve: y para mí no ha sido escasa la fortuna ni poco lo ganado, en efecto, durante los largos años que he convivido con la gente joven que ha pasado por mi cátedra a oleadas anuales. Sí, habrá que retirarse para no dar la razón a Gracián, cuando también decía: «Sepa uno hacer triunfar del mismo fenecer..., no aguarde a que le vuelvan las espaldas, que le sepultarán vivo en el sentimiento y muerto para la estimación.»

Las canas y las arrugas, que señalan el tiempo vivido, suelen ser para muchos librea física del hombre a quien el largo trabajo hizo ya difícil para ciertos menesteres y el roce de la vida larga, que usa y desgasta, le apartó de la circulación como moneda borrosa, que, aun siendo de buena ley, no sirve. Pero a mí el laboreo intelectual no me ha rendido, y siento muy vivo el corazón para estimaros, al par que firme la voluntad para seguir trabajando. Mudaré de sitio, cambiaré el molde donde vaciar mi actividad, pero seguiré al lado de los alumnos como compañero a quien falta bastante que aprender o como libre cooperador de los maestros, que no han de rechazarme; porque de todo cuanto he sido en la vida sólo me enorgullece el título de catedrático. Hace apenas cuatro años ya lo decía yo en ocasión solemne y en el paraninfo de una Universidad querida, que fué la primera que me abrió los brazos, y añadía que la toga era preferible para mí a la bordada casaca del gobernante, porque ésta, la fortuna la da como la quita, y aquélla sólo la muerte puede llevársela.

Os hablo hoy por dos razones: porque he dejado de ser lo que era para vosotros y por demostraros de algún modo la honda gratitud que siento por la bondad que para mí teneis; bondad incomprensible, porque no está a la altura de mi mérito, ni a la que pudiera alcanzar mi deseo, por ambicioso que fuera. Eso motiva un doble deber. Yo no podía dejaros silenciosamente, como se va el importuno por estorbo, sino más bien como parte el que, ahito de reconocimiento, se despide con cortesía. Os hablo también, no para deciros que me voy, puesto que ya lo sabéis, sino para daros las gracias y deciros algo que trate de excusar, aunque no lo logre, el testimonio desmedido de consideración que

me tributáis y que mi modestia se empeña en no atribuirme: por eso se lo endosa al número uno de vuestro escalafón; al que se retira después de cerca de medio siglo de servicios, en que, si le faltó el saber necesario para enseñar, sobró en cambio voluntad tenaz para instruir; lo que haya de diferencia en esto, vuestra fina sagacidad sabrá encontrarlo.

* * *

De lo que si me envanezo, puedo asegurarlo, es de ser médico, y, dentro de la Medicina, de haber sido maestro. Ningún ramo de conocimientos humanos más digno de grande y sostenida atención: tales son sus interrogadoras curiosidades, tales sus atraentes problemas, tal el vasto campo que ofrece al estudio. Pocos, también, que puedan dar a la contemplación el espectáculo de tan honda e increíble mudanza sufrida en medio siglo.

Desde la altura de vida a que yo he llegado abarco los dos extremos de una época fecunda, cual ninguna, en la Historia de la Medicina. Asombra el cambio: los hechos inadivinos, las soluciones inesperadas, el arsenal copioso de medios no soñados, revelan alardes estupendos de la inteligencia humana; parece como si una mano poderosa hubiera rasgado violentamente un velo; la luz es tan viva en ciertos rincones del secreto que deslumbra, y hay ocasiones en que la repetición de lo inverosímil, hecho verdad, lleva al orgullo de no creer en lo imposible; de tal modo se va uno habituando al prodigio. Aquello de que la ciencia empieza por el asombro y acaba por el asombro fué bueno para otros tiempos. En los que estamos, el misonéismo debiera considerarse como pecado y la duda casi como delito.

¿Sabéis para quiénes es sólo excusable el asombro? No para los jóvenes; no para los hombres de hoy, que registran cada día un invento en el haber intelectual, sino para los hombres de ayer, para los viejos, que pueden atraer con el recuerdo el conocimiento de medio siglo atrás y ponerlo frente a frente del conocimiento actual; como pudiera ponerse, y no exagero, la galera acelerada frente al artefacto a caballo del cual rasgamos las nubes; las pobres torres del telégrafo óptico frente a las rígidas y elegantes antenas de las ondas hertzianas.

Para nosotros, los que llevamos canas, es más estupefaciente el cambio; os lo afirma un hombre que no pertenece a los viejos de los que decía Saint-Beuve que paran su reloj en un momento dado y no pueden o no quieren contar luego las horas del progreso. Yo jamás me he olvidado de dar cuerda a mi reloj.

Y he ahí por qué puedo hablaros de lo que *fué* y de lo que *es*. De cómo encontré la Medicina cuando empecé su estudio y de cómo se encuentra cuando oficialmente me despido de enseñarla. Si los maestros de ayer levantarán la cabeza y se asomaran a las páginas de nuestros libros, no los entenderían si no acudieran al Diccionario para interpretar su léxico. ¡Cómo abrí-

rían espantados sus ojos e inclinarían el ánimo a la negación del prodigio!

Nosotros, aunque las derrotas que nos ocasiona a cada paso la práctica puedan, a veces, conducir al desmayo, pensándolo bien, con espíritu sereno, hallaremos en la comparación de la Medicina de otros tiempos, que fueron los míos de joven, con los de ahora, motivos de una legítima vanagloria que debe encender la esperanza de grandes desquites en la noble lucha contra el dolor y la muerte.

Medio siglo ha transcurrido desde mis días de estudiante a los de profesor encanecido, y es tal la diferencia entre ésta y aquella Medicina, que no resisto al deseo de hacérsela notar. No podría hablarlos en nombre de mis cuarenta y cinco años de labor pedagógica si no lo hiciera. Mi tema será: MEDIO SIGLO EN LA MEDICINA. Quizás me lo agradezcan los profanos que me escuchan; seguramente lo tendrán en cuenta mis discípulos de antes y mis compañeros de siempre por lo que ha de enaltecer la obra común. Perdonadme, principiantes y médicos, alumnos y maestros, gentes también que no sabéis de la Medicina más que lo que la sátira antigua o un elegante escepticismo moderno os han dicho de ella. Os mostraré a dónde hemos llegado y de dónde y cómo partimos, y me bañaré en el recuerdo de este medio siglo al que alcancé aprendiendo, entré por él luego enseñando y enseñando he seguido a lo largo de un camino en que los relámpagos de la invención diaria me deslumbraron más de una vez, y los encantos de las cosas nunca vistas me dieron la embriaguez del vino nuevo.

(Se continuará)

Deficiencias de los abastecimientos de aguas de las poblaciones españolas ⁽¹⁾

Tanto en la parte nueva como en la antigua de Madrid existe un gran número de casas, particularmente aquellas llamadas de vecindad, donde, por falta de presión en el depósito o por no consentirlo el casero, es necesario subir el agua a brazo a cada uno de los pisos y los retretes se hallan en muy mal estado por falta de chorros de agua.

La tifoidea, difteria y otras enfermedades infecciosas dan en Madrid un contingente anual de 4.500 individuos a la mortalidad general.

Afirmó el ingeniero director del canal, Sr. Aguinaga, en la Memoria de 31 de octubre de 1917, que el caudal aprovechable mediante el canal podría ser suficiente para el abastecimiento de tres millones de habitantes, con 375 litros por día para cada uno de ellos. En la Memoria de 1908 propuso disponer zonas de defensa, especialmente en lo que afecta a los embalses del Villar y Puentes Viejas.

El precio del agua en Madrid es muy conveniente a su abundante empleo; prescindiendo de los 33.961.540

metros cúbicos anuales que se suministran gratis, principalmente para los servicios públicos, y de los 2.396.000 que se entregan a los poseedores de láminas, hay las siguientes dotaciones y precios: 9.515.145 metros cúbicos a 0,02 pesetas; 1.130.387 a 0,05; 2.360.301 a 0,075; 4.246.779 a 0,10; 215.134 a 0,15; 1.176.316 a 0,20, y 6.859.398 a 0,30 pesetas, resultando que el promedio del coste de agua es de 0,0467 pesetas el metro cúbico, precio muy favorable.

A pesar de lo expuesto, ofrece el canal del Lozoya deficiencias notables en cuanto a las turbias, si bien éstas han desaparecido casi por completo con el canal transversal y las que hay se subsanarán del todo con las obras en curso de ejecución; no sucede lo mismo en cuanto a la contaminación orgánica demostrada en varias ocasiones.

Subsisten todavía algunas quejas en cuanto a las turbias, tanto, que respecto de las aguas del Lozoya la turbidez o total materia mineral arcillosa suspensa en un litro de agua fué de 12 miligramos el día 2 de febrero de 1917; también las hay para las del Manzanares, que en cantidad de 12.000 metros cúbicos diarios aporta en Madrid la Sociedad del marqués de Santillana; tales deficiencias quedarán del todo subsanadas en cuanto al primer abastecimiento, en cuanto estén bastante adelantadas las obras de la presa de Puentes Viejas, magnífica construcción que hemos visitado, como todas las del canal.

En el resumen de los trabajos efectuados por el Laboratorio Municipal de Madrid durante el año 1917, su director, doctor Chicote, consignó, en cuanto al Lozoya, las siguientes interesantísimas frases, entre otras, que pueden leerse en dicha publicación:

«El Laboratorio en todas sus publicaciones anuales viene consignando, no la nota alarmista, sino la que refleja la realidad en cuanto se refiere al abastecimiento de aguas, manifestando que hasta ahora no se han conseguido evitar las contaminaciones; que éstas constituyen una amenaza constante y que, de no corregirse el mal, sólo por un milagro de la Providencia nos iremos defendiendo.

»Concédase o no la importancia que se quiera a la presencia en las aguas de los bacilos *coli* y *lactis* aerógenos; mas lo cierto es que, procediendo éstos de la flora intestinal, lógico es suponer que, de la misma manera que se encuentran en el agua, el día que se ponga en su contacto importador de gérmenes o las deyecciones de un enfermo de fiebre tifoidea o de cólera, de igual manera irán al agua los gérmenes de estas enfermedades, puesto que unos y otros proceden de las materias fecaloideas.»

La materia orgánica total dosificada lo ha sido en cantidades crecidas en días determinados, llegando a dosificarse en líquido ácido, en los depósitos de Chamberí, 3,50 miligramos, 4,32 ídem por litro en los días 3 de enero y 2 de febrero de 1917, y en líquido alcalino 3,76 metros en cada uno de los días 4 de enero y 2 de febrero del mismo año.

(Se continuará)

(1) Véase el número de 26 de junio de 1920.

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 28 DE FEBRERO DE 1920

Casos clínicos de hemofilia

El DOCTOR HUERTAS se ocupa de dos casos clínicos de hemofilia, con motivo del presentado en la semana anterior por el doctor Pittaluga.

El primero se refiere a una joven de diez y nueve años de edad, soltera, con antecedentes hereditarios marcadamente hemofílicos; sus tíos maternos padecían frecuentes hemorragias. La muchacha sufrió una fuerte emoción a los trece años, con motivo de un incendio en su vecindad; sintió cefalalgia, sufrió epistaxis, menstruación abundante y prolongada y equimosis en distintas regiones. Cuando se presentó en el Hospital provincial se observó palidez intensa de la cara, fiebre de 39,6°, disnea, tos seca y dolor puntivo en el costado derecho; por la percusión, sonido macizo postero-anterior del mismo lado; por la auscultación, falta de murmullo vesicular, soplo y egofonía en el lado izquierdo. Se diagnosticó de pleuresía con derrame en una enferma hemofílica; la punción exploradora acusó derrame sanguíneo. Se cohibió la hemorragia con el suero eguino aplicado en las fosas nasales, y al interior 40 centímetros cúbicos en las veinticuatro horas. A los siete días notóse mejoría, y cinco semanas después se la dió de alta curada del derrame pleurítico.

El segundo caso es el de un joven de diez y nueve años; a los tres meses de edad sufrió un traumatismo con los hierros de la cama y se le produjo una hemorragia pertinaz; al año sufrió parálisis infantil, que con el tiempo apareció degeneración y atrofia de los músculos de las extremidades inferiores. Este estado contribuyó a que las hemorragias revistieran caracteres graves, manifestándose en la nariz, en distintas articulaciones y una de ellas en la cavidad abdominal, formando tumor en el hipogastrio.

El doctor Huertas dice que, como causa o como efecto, en esta enfermedad se nota una perturbación en distintas glándulas de secreción interna, y que en ocasiones el atender con la opoterapia atenúa estos trastornos del tiroides; la seroterapia, sobre todo, es la indicación, ya que no específica, la que ha contribuido más directamente a que el enfermo, si no curado, se halle en vías de estarlo. Añade que el suero eguino, aplicado localmente, sobre todo en la epistaxis, y tomado al interior en dosis de 20 centigramos cada día durante mucho tiempo; la helioterapia, vida de campo y buena alimentación es la base del plan que han seguido mucho tiempo hasta proporcionar a la sangre los

elementos coagulantes de que carece, a la vez que el equilibrio endocrino elabora hormonas que evitan, sobre todo, la perversión del metabolismo fisiológico.

El DOCTOR GONZÁLEZ ALVAREZ expone algunas consideraciones a lo dicho por el Sr. Huertas, por ser la hemofilia un estado especial de la sangre que influye sobre todo el organismo, desconociendo, puesto que se ignora, la génesis de estas alteraciones, que tan pronto el estado hemofílico se traduce en hemorragias incoercibles, como por hemorragias venosas o púrpura hemorrágica (enfermedad de Werlhof).

Dice que existe un punto oscuro respecto a la etiología hereditaria de la hemofilia. ¿Por qué salta de la hembra al varón casi siempre? ¿Por qué son muy raros los casos de hijas hemofílicas de padres hemofílicos, y por qué son muy frecuentes los varones hemofílicos hijos de madre sana y nietos de hemofílico? No tiene explicación, ni en hipótesis. ¿Por qué la intermitencia de las manifestaciones en los individuos hemofílicos? No se adivina.

Cita el caso de una familia de gitanos hemofílicos, marcadamente de hemofilia hereditaria.

Se ocupa del tratamiento, del que dice que no existe nada que ejerza acción evidente de cohibirla y de ejercer acción modificadora para la curación; que con todo, se le ocurrió administrar suero eguino por ingestión, buscando la coagulabilidad de la sangre a dicha familia; que un niño tomó 20 centímetros cúbicos en dos dosis al día durante cinco años, y curó; que no intentó emplearlo en inyección porque recordaba el caso de un recién nacido hemofílico que se lo inyectó con una aguja fina de Pravaz, presentóse hemorragia y no hubo medio de cohibirla, falleciendo a los dos días sin haberla podido detener. Los hermanos del gitanillo que no siguieron dicho tratamiento, continúan presentando crisis agudas de la enfermedad.

Habla de un nuevo medicamento fabricado por el Laboratorio de Basilea, llamado coaguleno, y que está extraído de la sangre; es un medicamento sólido, en polvos, y se aconseja que se haga una disolución isotónica y se aplique en inyecciones intravenosas; que no lo ha usado por el temor a embolias y debiera ensayarse en los animales, y observar sus efectos antes de aplicar el coaguleno a la especie humana.

Se ocupa de unos sueros fabricados por la casa Parke Davis, empleados con idéntico fin.

La encefalitis letárgica

El DOCTOR MARAÑÓN expone un caso de encefalitis letárgica, con el objeto de suscitar discusión, puesto que se van observando muchos casos. Se trata de un muchacho de diez y siete años de edad, cuyos ascendientes han muerto: uno en estado demencial, en un manicomio; otro de reblandecimiento cerebral y otro de un estado comatoso, relacionado con la diabe-

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estaño coloidal.
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia

tes. Este joven, a fines de enero, sufrió fuerte gripe, con localización bronconeumónica; curó; hizo vida ordinaria, y en Carnaval sintió brusco dolor de cabeza y luego de los miembros inferiores, que le hicieron perder el conocimiento. Se repuso, y al siguiente día, después de comer, al pasar por la Puerta del Sol, cayó al suelo sin conocimiento; lleváronle a la Casa de Socorro; diagnostican de alcoholismo agudo, y pasó al Hospital, sala de infecciosos, que dirige el Sr. Marañón. Acusaba letargo, síntomas, el más característico; en los primeros días ha estado absolutamente dormido, sin conciencia alguna de lo que pasaba a su alrededor, y sólo excitándole violentamente, agitándole mecánicamente y rociándole con agua fría se despertaba; muy difícilmente abría los ojos, pero no contestaba a las preguntas que se le hacían e inmediatamente volvía a aletargarse. Su letargo era muy distinto del estado de inconsciencia patológica que presentan, por ejemplo, otros enfermos, como los tíficos, los urémicos, etcétera; no tenía el aspecto de sopor grave que suelen adoptar los enfermos de esa situación, sino que, tanto en sus actitudes como en la expresión de su cara, recordaba un sueño fisiológico y profundo, como el de los niños pequeños, que, aunque se les sacuda y se les excite, se despiertan con dificultad. Además, había ligero estado febril ($37,8^{\circ}$, $37,3^{\circ}$) que fué acentuándose progresivamente y que desapareció en los tres primeros días de su estancia en el Hospital. De parte del sistema nervioso acusaba una ligera paresia intermitente del elevador del párpado superior izquierdo, que en estado de somnolencia no era visible, pero que despierto se veía con claridad en algunos momentos, y con carácter permanente una paresia absoluta de la acomodación. Había hipertensión bastante acentuada y lentitud de pulso. Se le hizo una punción lumbar; el líquido cefalorraquídeo salió con una hipertasia muy grande; era completamente transparente; tenía una cantidad de albúmina normal, y desde el punto de vista bacteriológico su investigación fué negativa. Presentaba una ligera hisfocitosis, y, por último, era de notar el dato interesante de un aumento, no excesivo, pero significativo, del azúcar (0,75).

El doctor Marañón afirma, por exclusión de todas las enfermedades de sintomatología parecidas, que el caso de que se ocupa, sin género de duda, es el de una encefalitis letárgica. La marcha de la enfermedad fué buena desde la primera punción, que se registró dos veces el primer día y dos el segundo; a los cuatro días quedó completamente despierto, aunque con un estado de embotamiento sensorial e intelectual bastante considerable.

El doctor Marañón se extiende en consideraciones sobre el caso expuesto, y termina diciendo que, en su opinión es que se trata de una complicación nerviosa de la gripe, y los buenos resultados que ha producido la punción lumbar.

El DOCTOR HERGUETA cree que el exponente se acerca a la verdad al decir que la encefalitis letárgica sea una secuela de la gripe, o que ésta sea la que deposita el germen de la enfermedad, desconocida por completo hasta ahora.

Cita el caso de una sirvienta, de diez y nueve años de edad, que en diciembre último notó que se quedaba dormida sirviendo a la mesa, que al retirarse propeza-ba, pero sin caerse. Tuvo escalofríos, fiebre de $38,5^{\circ}$; malestar general y síntomas propios de la gripe. A las cinco de la tarde se quedaba dormida, empezando por un sueño de cinco minutos, del que despertaba fácilmente, luego otro más profundo, y, últimamente, otro profundísimo del que no la podían hacer desportar, que duraba hasta cerca de las once de la noche. Así siguió varios días llamando la atención, que al hacer las camas ponía una sábana y se creía haber concluido. A los diez días presentáronse fenómenos oculares: no distinguía a las personas, ni los objetos; se quedaba dormida de pie y muchas veces en el momento de servir a la mesa, hacer la cama o barrer. Luego presentáronsele fenómenos acústicos; en la calle, no distinguía a las personas, tropezaba con ellas, por lo que tenía que salir siempre acompañada de su hermana. Llegó a perder la memoria, hasta el extremo de confundir copas, platos y cubiertos y así los colocaba a lo mesa de cualquier modo, y al llegar a la cocina caía en la cuenta y corregía lo mal colocado.

El doctor Hergueta hizo que la viera el Sr. Pittaluga, quien realizó el examen de la sangre y no halló el agente productor de la enfermedad del sueño, creyendo que se trataba probablemente de encefalitis letárgica. En su vista le dispuso al principio infusión de café muy concentrado; al hallar mejoría, asoció la quinina a la cafeína, con resultados positivos, observando que en cuanto dejaba la enferma este tratamiento, volvía a ser presa de sopor grande, y así ha seguido en espera de una autovacuna que le indicó el señor Pittaluga.

(Se continuará)

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Constando la actual plantilla de Inspectores provinciales de Sanidad, a que hace referencia el capítulo 11, artículo único de la vigente ley de Presupuestos, de cincuenta y una plazas, una para cada provincia, otra para el Campo de Gibraltar, y otra auxiliar que ha de desempeñarse por un individuo del

CARBOLAN

Pelrid's C., New-York

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

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

Cuerpo con residencia en Madrid, a las inmediatas órdenes del Subinspector de Sanidad interior para atender a los servicios que deban ser prestados por un funcionario del Cuerpo,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se saque a concurso dicha plaza auxiliar entre todos los Inspectores provinciales de Sanidad del Cuerpo, la que se proveerá, según dispone el artículo 6.º del Reglamento del citado Cuerpo, de 15 de junio de 1912, por el orden numérico del Escalafón a que hace referencia el artículo 4.º del mismo y en virtud de lo preceptuado en la disposición 3.ª de la Real orden de 6 de mayo último.

De real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 16 de junio de 1920.—P. D., RUANO. Señor Inspector general de Sanidad.

REAL ORDEN CIRCULAR

Debiéndose proceder a constituir las Comisiones Sanitarias provinciales a que se refiere el artículo 3.º del Real decreto de 11 de mayo último, y a la regulación del funcionamiento de las mismas,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido aprobar las siguientes instrucciones:

Artículo 1.º De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3.º del Real decreto de 11 de mayo de 1920, en cada capital de provincia se constituirá una «Comisión Sanitaria provincial», formada por el Inspector provincial de Sanidad, el Arquitecto de la Junta provincial de Sanidad, el Arquitecto municipal, y, si hubiera varios, el que ejerza la dirección de los servicios de fontanería-alcantarillas, y el Ingeniero Jefe de Obras públicas.

Art. 2.º Podrán formar también parte de dichas Comisiones aquellas personas que por sus trabajos profesionales o sus servicios en pro de la higienización y saneamiento urbano se estime por la Comisión central, asesorada por la provincial, que puedan colaborar eficazmente en la labor de las citadas entidades.

Art. 3.º Unos y otros nombramientos se harán de Real orden, y los del artículo 2.º a propuesta de la Comisión central.

Art. 4.º Dichas Comisiones provinciales tendrán por misión:

a) Proporcionar a la Comisión central todos los informes y datos que ésta solicite referentes al saneamiento de las ciudades, villas y núcleos de población en general, enclavados en la provincia.

b) Dar cuenta a la Comisión central de todas las deficiencias e infracciones que se observaren en cuanto se refiere a abastecimiento de aguas públicas, condiciones higiénicas de vías y viviendas y evacuación de aguas sucias y residuales.

De todo ello deberán dar cuenta simultáneamente al Gobernador civil de la provincia y al Alcalde de la localidad a que se refiera la denuncia.

c) Dar cuenta a la Comisión central de toda reforma urbana y de todo proyecto, ya sean de iniciativa privada o municipal, que por su importancia pueda afectar al saneamiento de la población a que se refiera o fundamente se estime pudiese empeorar las condiciones higiénicas de la misma, dando cuenta simultánea al Gobernador y Alcalde respectivos.

d) Proponer a la Comisión sanitaria mencionada toda iniciativa propia o ajena que, puesta en práctica, pudiera contribuir al mejoramiento de la Sanidad pública en el territorio nacional.

Art. 5.º Las Comisiones Sanitarias provinciales se entenderán directamente con la central, de la que igualmente recibirán cuantas instrucciones sean precisas en cada caso especial para el mejor cumplimiento de su cometido.

Lo que de Real orden digo a V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid, 18 de junio de 1920.—P. D., RUANO. Señor Gobernador civil de... (Gaceta 19 junio.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica, máxima, 707,7; id. mínima 702,7; temperatura máxima, 32º 4; id. mínima 14º 5; vientos dominantes SO. OSO. O.

Siguen siendo numerosas las afecciones agudas del tubo intestinal, así las de carácter infeccioso como las producidas por indigestión; son, sin embargo, menos frecuentes las infecciones ebertianas. Se presentan intensos y frecuentes cólicos biliares y nefríticos. Las afecciones crónicas de los aparatos respiratorios y circulatorios ofrecen alivio en sus habituales complicaciones.

Mortalidad de Madrid en junio de 1920, comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior

Comparación por grandes grupos de edades

	Promedio anterior	Junio de 1920
Menores de un año.....	273	393
De uno a cuatro años.....	194	248
De cinco a diez y nueve años.....	106	126
De veinte a treinta y nueve años.....	210	191
De cuarenta a cincuenta y nueve años.....	232	261
De sesenta en adelante.....	271	296
Sin clasificación.....	2	3
TOTAL.....	1.288	1.518

LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO 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. *

Comparación por diagnósticos de mayor importancia
médicosocial

	Promedio anterior	Junio de 1920
Fiebre tifoidea.....	10	25
Tifus exantemático.....	2	1
Viruela.....	4	»
Sarampión.....	16	11
Escarlatina.....	2	»
Coqueluche.....	11	21
Difteria.....	6	3
Gripe.....	49	9
Otras epidemias.....	2	»
Tuberculosis pulmonar.....	150	178
Idem meníngea.....	14	22
Otras tuberculosis.....	24	38
Cancerosas.....	57	69
Meningitis.....	91	101
Congestión, hemorragia y reblan- decimiento cerebrales.....	53	51
Orgánicas del corazón.....	68	74
Bronquitis aguda.....	53	49
Idem crónica.....	22	19
Pulmonía.....	29	22
Bronconeumonía y otras.....	107	86
Enteritis infantil (menores de dos años).....	131	251
Apendicitis y tiflitis.....	3	2
Hernias y obstrucciones.....	12	19
Cerrosis hepática.....	14	18
Nefritis.....	36	34
Sepliscencia puerperal.....	5	8
Debilidad conjunta y vicios de con- formación.....	43	52
Senectud.....	23	32
Otras enfermedades.....	248	323
TOTAL.....	1.288	1.518

Varones..... 756
Hembras..... 762

Promedio diario de junio en el quinquenio anterior. 42,93
Idem id. de junio en 1920..... 50,60
Idem id. de mayo en 1920..... 48,32
Idem id. de abril en 1920..... 50,40
Idem id. de marzo en 1920..... 53,86
Idem id. de febrero en 1920..... 59,13
Idem id. de enero en 1920..... 98,68

OBSERVACIONES

Han ocurrido 20 defunciones más que en el mes anterior. Este aumento de la mortalidad se produce todos los años en esta estación, debido a las enteritis infantiles, azote estival de la infancia.

Por esta causa fallecieron en mayo pasado 91 y en este mes, 251.

Por tuberculosis pulmonar han muerto 21 más que en el mes precedente.

Todas las afecciones infecto-contagiosas, lo mismo que las bronconeumonías y meningitis, acusan un notable descenso. El sarampión ha quedado reducido a su forma esporádica.

De encefalitis letárgica, ninguno. De meningitis cerebrospinal sin otra indicación, cuatro.

Crónicas

Propuesta de inspectores provinciales de Sanidad.—Terminadas las oposiciones a las ocho plazas vacantes en el Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad, el Tribunal ha elevado al Real Consejo la siguiente propuesta, por virtud de la cual quedan dos vacantes sin proveer:

- Núm. 1. D. José Luis García Boente.
» 2. » Eustaquio González Muñoz.
» 3. » Amador Rodríguez.
» 4. » Tomás Peset Aleixandre.
» 5. » Joaquín de Prada.
» 6. » Ramón Fernández Cid.

Publicación de actualidad.—Hemos recibido la monografía sobre la llamada *Encefalitis letárgica*, de qué es autor el doctor E. Fernández Sanz. No necesitamos encarecer el interés de esta obra a nuestros lectores, que ya conocen una parte de ella por haberse publicado en las columnas de EL SIGLO MEDICO el capítulo primero.

Se halla de venta al precio de 2 pesetas en las principales librerías y en la administración de este periódico.

Concurso de premios del Consejo de Protección a la Infancia.—De acuerdo con la propuesta del Consejo Superior de Protección a la Infancia, el ministro de la Gobernación ha dictado la siguiente Real orden convocando al IX Concurso de premios para el año actual:

«Base primera. Un premio de 1.000 pesetas y diploma de mérito al autor de la Memoria que mejor desarrolle el siguiente tema: «Los Sanatorios Marítimos para niños escrofulosos y el doctor Tolosa Latour».

El autor del trabajo pondrá de relieve la importancia social y protectora para la infancia que tienen los hospicios o Sanatorios marítimos que existen en Europa, dedicando la atención merecida a la personalidad del doctor D. Manuel de Tolosa Latour, que implantó en España tan benéfica Institución, demostrando en ésta, como en todas sus obras, su gran amor a los niños.

Base segunda. Cinco premios de 200 pesetas y diploma de mérito a los médicos rurales que se hubiesen distinguido por sus trabajos en favor de las madres y de los niños, asistiendo celosamente a los partos, contribuyendo a disminuir la mortalidad de la infancia en las localidades de su residencia y hayan realizado actos en favor de la higiene infantil.

Base tercera. Cinco premios de 200 pesetas a las madres que mejor hayan criado a dos gemelos en lactancia mixta o artificial. Cuatro premios de 100 pesetas a las que mejor hayan criado a un niño solo, en lactancia materna. Tres premios de 100 pesetas cada uno a las que mejor hayan criado a un niño en lactancia artificial. Tres premios de 100 pesetas a las que mejor hayan criado a uno en lactancia mixta. Estos niños no tendrán menos de un año ni más de dos. A las solicitudes se acompañarán certificados de los médicos de las Instituciones de Puericultura.

Base cuarta. Un premio de 200 pesetas, diploma de mérito y 200 ejemplares de la obra que se imprima, para el maestro o maestra en ejercicio, de escuela privada o pública, que sea autor de la mejor «Cartilla pedagógica».

Cinco premios de 200 pesetas cada uno y diploma de

PEÑACASTILLO

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

mérito para los maestros y maestras de escuela privada o pública que hayan creado Cooperativas, Patronatos, Escuelas de aprendizaje, Cajas de Previsión y Ahorro, realizando trabajos técnicos de pedagogía experimental y paidología.

Dos premios de 250 pesetas y diploma de mérito que el Consejo adjudicará con carácter de oportunismo en cualquier momento que durante el año tenga conocimiento justificado de haberse realizado actos meritorios por parte los maestros.

Base quinta. Diez premios de 100 pesetas cada uno a matrimonios de obreros necesitados que tengan más de seis hijos menores de catorce años de edad, y demuestren conservar con mayor celo y moralidad la vida de éstos, o hayan prohiado y recogido niños huérfanos abandonados, facilitándoles instrucción y alimento. A esta Base podrán concurrir las viudas que tengan el número de hijos indicado.

Base sexta. Seis premios de 200 pesetas cada, diploma de mérito y una insignia de «Pro Infancia» a las personas que hayan salvado la vida de algún niño con riesgo de la propia.

Base séptima. El Consejo Superior, a propuesta de las Juntas o por iniciativa propia, previas las comprobaciones debidas, podrá otorgar diplomas de honor a fundadores de Instituciones benéficas.

Las solicitudes, las propuestas y las consultas se dirigirán al ministerio de la Gobernación, Consejo Superior de Protección a la Infancia. El plazo de admisión expira el 31 de octubre próximo.

Aviso.—Se advierte a los señores suscriptores que estén en descubierto por tiempo anterior a 1.º de enero del año actual, que desde esta fecha serán baja, publicándose sus nombres para que rectifiquen algún error si lo hubiere.

Premios de la Academia de Medicina.—Habiéndose presentado en la Real Academia Nacional de Medicina algún trabajo científico en opción a los premios anunciados en el programa de 1920-21, publicado en la *Gaceta de Madrid* en 1.º de febrero, donde aparece el error de que los trabajos referentes a los premios de la Academia, Alvarez, Alcalá, Martínez Molina e Iglesias y González habían de ser entregados antes del 1.º de julio de 1920, en vez de 1921; al notarse la equivocación se rectificó la fecha en la misma *Gaceta* del día 21 de dicho mes y año. Y en vista de que algún concursante ignorando la rectificación ha presentado su trabajo, se advierte que, justificando la entrega se le devolverá, por si desea ampliarlo hasta la fecha de julio de 1921.

Lo que se anuncia al público para los efectos reglamentarios.

Se pone en conocimiento de los señores suscriptores que, a partir de 1.º de Julio último, el precio de la suscripción es para todos el de 20 pesetas al año, 10 al semestre y 5 al trimestre, incluso para los que hasta dicha fecha no hayan abonado el presente año.

Vacante de Azuqueca.—El día 7 del actual, y a instancia de una representación del Ayuntamiento y vecinos de Azuqueca, celebramos una reunión en este Colegio, y como resultado de la misma, llegamos a un perfecto acuerdo, toda vez que los representantes de Azuqueca aceptan las bases de este Colegio, y desean médico que esté de acuerdo con el mismo. Lo que comunico para conocimiento de los compañeros que deseen solicitar dicha vacante.—*El presidente del Colegio.*

Estudiantes de Medicina.—La Escuela-Ateneo de los mismos, fundada el año 1914 en Magdalena, 30, se trasladó a la calle de los Señores de Luzón, 4, duplicado.—Teléfono 1898 M. Este Centro es el primero y único fundado en España para la enseñanza exclusiva y perfecta de la carrera de Medicina con inclusión del periodo preparatorio. Dispone de completa instalación de Laboratorios, y para la enseñanza clínica cuenta con salas de hospitalización, consultorios y gran sala de operaciones, todo ello anejo en el mismo local de la Escuela. Tiene también instalado un gran internado, único en su género, con una perfecta organización para el estudio vigilado.

El director de este Centro, doctor Gascuñana Hernández, remite reglamentos a cuantos lo soliciten.

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



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

NIÑOS.—FIEBRES PALÚDICAS, GÁSTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTICIÓN, GRIPALES, después del brote en las ERUPTIVAS, estados febriles de las MEUMANIAS, BRONQUITIS y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles a base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.