

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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: Sobre un caso de afección de la cauda equina, por el Dr. D. José M. de Villaverde.—Serodiagnóstico de la sífilis mediante la reacción de Sachs y Georgi, por el Dr. José Mouriz.—Crisis agudas de insuficiencia cardíaca de la hipertensión, por el Dr. Elizagaray.—Sobre la tuberculosis, por el Dr. Espina.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central, por el Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas.—Homenaje a Martín Salazar.—Proyecto de Reglamento del Colegio de Médicos.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

Sobre un caso de afección de la cauda equina

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ M. DE VILLAVERDE

La patología de la cauda equina es un asunto muy oscuro. Hay una porción de procesos conocidos ya; pero, a veces, su diagnóstico resulta muy difícil.

Quizás los que mejor se conocen son los casos traumáticos. Fuera de éstos la Patología queda reducida a meningitis localizadas a esta región, procesos luéticos y tumores primitivos o secundarios.

Las meningitis localizadas de la cauda equina se conocen, hace algunos años ya, debido a los estudios de Oppenheim¹. Éste consiguió aislar este proceso de otros con los que podrían confundirse, y, sobre todo, los luéticos. La causa no está puesta aún en claro. Y en cuanto al proceso, consiste en una meningitis localizada a este nivel, y que al producir adherencias y compresiones en las raíces constitutivas de la cauda daría lugar a síntomas por parte de ésta.

Oppenheim consiguió seguir tres de estos casos, los que, operados por Krause, pusieron este proceso en

claro, por lo menos en lo referente a algunos de sus extremos.

Otros autores han confirmado lo expuesto por el eminente neurólogo berlinés, y Elsberg² ha estudiado detenidamente y operado otro de estos casos.

Otros procesos patológicos de la cauda equina los constituyen las clásicas radiculitis, tan bien descritas por Dejerine. Son, generalmente, de naturaleza luética, y sobre ellas no hemos de insistir.

Los tumores son: unos primarios y secundarios los otros. Estos últimos siempre suelen ser metastasis de carcinomas (generalmente) de órganos más o menos próximos a la cola de caballo.

Las metastasis de la cola de caballo, consecutivas a tumores malignos de la mama, no son de las más frecuentes, ya que, según nuestra experiencia, cuando aquéllas tienen lugar en el sistema nervioso central, es generalmente la medula cervical o la parte más alta de la dorsal donde de preferencia se implantan, y el síndrome que con ello producen es el de una paraplegia.

Pero en algunos casos, y esto es cosa que ocurre con alguna frecuencia, después de un cáncer de mama, la metastasis primitiva se produce en la cola de caballo o en los cuerpos vertebrales al nivel de ésta.

Uno de estos casos tuvimos nosotros ocasión de ver hace tres años, y el curso no lo pudimos seguir tal como

hubiera sido nuestro deseo. Pero poco después hemos observado otro que, durante largo tiempo, ha estado a nuestro cuidado, y cuyas particularidades hemos podido estudiar.

Este caso se separa bastante de lo corriente, y por ello vamos a exponerlo:

C. P., de cincuenta años de edad. Siete años antes había tenido un pequeño tumor en la mama izquierda. Éste era muy pequeño, y por lo que la enferma nos refirió, probablemente de naturaleza equinosa. Le fué extirpado y disfrutó de perfectísima salud durante años.

Un día, y con ocasión (según ella) de haber estado sentada largo rato sobre un banco de piedra, notó un gran dolor en la región posterior del muslo derecho. A los pocos días el dolor se le presentó en la región simétrica del muslo izquierdo. Los dolores eran muy vivos, y salvo ligeras pausas, le duraban todo el día. Al principio se creyó se trataba de una ciática.

Cuando nosotros la vimos por primera vez no presentaba ningún síntoma somático por parte del sistema nervioso. Los reflejos eran normales. La sensibilidad también. No había trastornos por parte de afrinteres. No existía el signo de Lasague. La orina no contenía albúmina ni glucosa. No pudo hacerse punción lumbar.

Los dolores continuaron con alternativas. Tuvo una remisión de quince días; pero nuevamente se presentaron, quizás con mayor intensidad. Empezó a notar falta de fuerza en los músculos de las pantorrillas. Le pareció que éstas comenzaban a quedársele más delgadas.

La segunda vez que la vimos presentaba: una disminución de volumen en los músculos de la pantorrilla, realizando con poca fuerza los movimientos en que aquéllos intervenían. La excitación galvánica y lorádica de ellos estaba disminuida, pero no había reacción de degeneración. En los músculos de la región posterior de ambos muslos los músculos estaban también flácidos, pero era esto algo menos marcado.

Los reflejos de Aquiles eran muy débiles. Los rotulianos normales, y los abdominales también.

Los trastornos de sensibilidad no eran muy significativos en cuanto a su intensidad. Éstos consistían en hipoestesia para todas las cualidades. Pero tenían gran valor en cuanto a la zona en la que se presentaban. Esta comprendía todo el territorio inervado por las metamerías sacras terciaria, cuarta y quinta. En los dedos era simétrica la zona con dicho síntoma. (Fig. I.)

La punción lumbar dió salida a una pequeña cantidad de líquido amarillento, que se coaguló a poco de extraído (*santocromia*).

La columna vertebral estaba dolorida al nivel del sitio de la lesión, pero disfrutaba de una cierta movilidad.

La enfermedad siguió un curso progresivo. En veces posteriores que vimos a la paciente se presentaron algunos síntomas nuevos, como incontinencia por parte del esfínter vexical. Por otro lado había una exageración de los síntomas anteriormente descritos.

La atrofia muscular era mayor. Las reacciones eléctricas, muy débiles, necesitándose grandes estímulos para que se contrajera el músculo. Sin embargo, nunca se observó reacción de degeneración en el verdadero sentido, ya que existían en el músculo, aunque enormemente disminuidas, la reacción larádica y la que acompaña al cierre del cátodo en la galvánica.

Los trastornos de la sensibilidad eran más intensos.

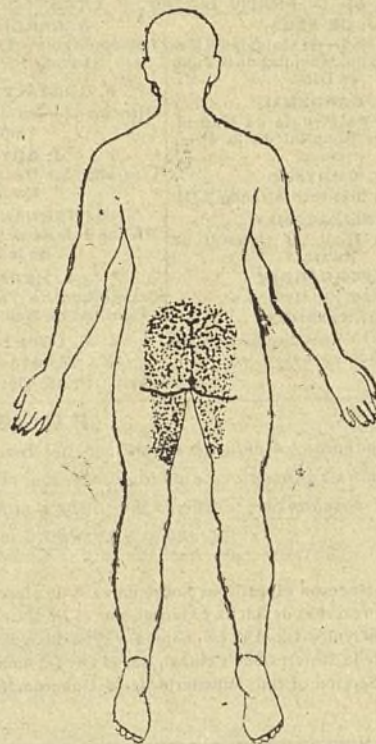


Fig. I

Hipoestesia para el dolor de costado, calor y frío. Los trastornos ocupan una zona simétrica en ambos lados que se extiende a las metamerías S_3 , S_4 y S_5 .

En la pierna izquierda la zona a que se extendían era mayor. (Fig. II.)

Los reflejos de Aquiles, muy débiles. El rotuliano izquierdo era más débil que el derecho.

La punción lumbar fué practicada en tres espacios. Solamente se pudo extraer una cantidad pequeñísima de líquido amarillento, que se coaguló. Y esto sólo pudo conseguirse después del tercer intento.

El estado general fué empeorando. La enferma adelgazó cada vez más, y poco antes de morir se quejó de dolores al nivel de la cicatriz de la operación. Ésta se mostraba algo deformada y con adherencias profundas, que no pudimos apreciar en ocasiones anteriores.

La enferma murió en un estado grande de consunción.

Esta es la historia expuesta a grandes rasgos, y sobre algunas particularidades de ella haremos algunas consideraciones:

Primeramente, el sitio de la metastasis consecutiva a un tumor maligno de la mama no es el más frecuente.

Todos los autores, desde los trabajos de Billroth³, están conformes en que la causa más frecuente de ma-

nifestaciones medulares por metastasis sobre los cuerpos vertebrales es en la mujer el cáncer de la mama. Schlesinger ⁴, que durante varios años tuvo a su disposición para estudiar esta cuestión todo el material del Instituto de Anatomía patológica de la Universidad de Viena, llega a una conclusión parecida. El síndrome que tal metastasis produce depende, como es natural, del sitio donde la lesión principal se localiza.

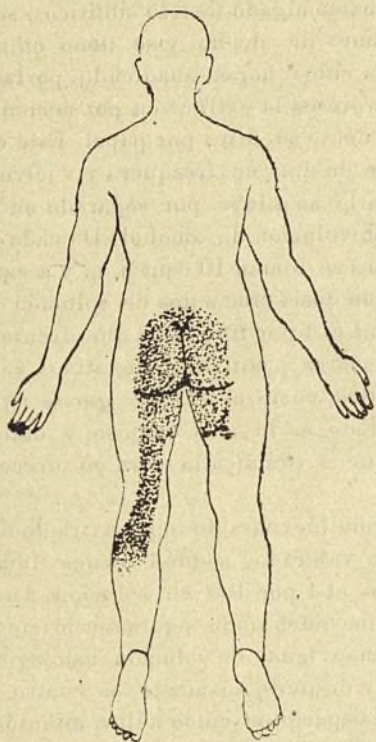


Fig. II

Hipostesia profunda para el calor, frío, contacto y dolor. En el lado izquierdo la extensión de la zona hipostésica ha aumentado.

Pero algunos autores han llamado la atención sobre la circunstancia que una metastasis de cáncer de mama puede presentarse más abajo, al nivel de la columna lumbar o sacra.

Edward Flatau ⁵ escribe sobre este particular: «Siempre que en una mujer vieja se presentan dolores fuertes al nivel de la columna vertebral o al nivel de la región isquiática, si años antes ha sido operada de un cáncer de la mama, debe pensarse en un probable metastasis de vértebras»; y Elsberg ⁶, que tiene gran experiencia en esta materia, se expresa en una forma casi igual.

Es este un primer hecho que no debemos olvidar.

La segunda cuestión, sobre la que nos proponemos insistir, es la referente al tiempo transcurrido entre la operación y la aparición de los primeros síntomas. Éste a veces es de varios años, y en este respecto, nuestro caso creemos que se separa de lo que ordinariamente suele ocurrir. Flatau ⁷ cree que, en general, el tiempo que tarda tal metastasis en presentarse son unos cuantos meses; pero cita casos que ha sido de cinco años, y hasta uno de diez. Oppenheim ⁸ cita uno de once años, y Elsberg uno en el que en presentarse las pri-

meras manifestaciones transcurrió, aproximadamente, el tiempo que en nuestro caso.

Casos en los que la metastasis ha tardado más tiempo en presentarse han sido citados; pero estos casos, tan separados de lo corriente, deben acogerse con un poco de reserva.

La tercera cuestión es la referente a si la metastasis primera tiene lugar en las vértebras o dentro del conducto raquídeo. Que el tejido esponjoso de las vértebras es un sitio de predilección para que las metastasis se presenten, es cosa antigua ya. Basta remitir al lector a las opiniones de los autores ya citados para no vernos obligados a insistir sobre esto.

Por lo que a la región de la cauda se refiere, tanto Flatau como Elsberg hablan de una metastasis en las vértebras a este nivel. Cuando tal ocurre y se presentan dolores de este tipo, es debido a la compresión de las raíces al nivel de los agujeros de conjunción por las alteraciones que presentan las vértebras al ser invadidas, o por una metastasis simultánea intrarraquídea.

En nuestro caso debió ocurrir esto, y la lesión de la cauda equina clínicamente se presentó desde los primeros momentos como dominante, y todos los síntomas que pudimos observar en el curso de la enfermedad, sobre todo la xantocromia reveladora de precoces adherencias de las meninges con los tabicamientos consiguientes, nos hicieron suponer cómo la lesión principal radicó en la cola de caballo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oppenheim y Krause.—*Ueber erfolgreiche Operation bei Meningitis spinalis cronica fibrosa, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Caudaerkrankungen.* (Mitt. a. d. Grenzgebiete d. Med. u. chir. XXVII.)
 2. Elsberg.—*Diseases of the spinal cord and its membranes.* (Saunders, 1916.)
 3. Billroth.—*Die Krankheiten der Brustdrüsen.* (Deutsche Chir, 1880.)
 4. Schlesinger.—*Beiträge zur Klinik der Rückenmark und Wirbeltumoren,* 1898.
 5. Edward Flatau.—*Wirbel-und Rückenmarksgeschwülste.* (Handbuch der Neurologie de Lewandowsky.)
 6. Elsberg.—Loc. cit.
 7. Edward Flatau.—Loc. cit.
 8. Oppenheim.—*Beiträge zur Diagnostik und Therapie des Geschwülste im Bereich des zentralen Nervensystems.* 1907.
- Oppenheim.—*Diagnose und Behandlung der Geschwülste innerhalb des Wirbelkanals.* (Deut. Med. Woch. 1909.

Serodiagnóstico de la sífilis mediante la reacción de Sachs y Georgi⁽¹⁾

POR EL
DOCTOR JOSÉ MOURIZ

Nosotros vemos en esta divergencia de la acción del complemento sobre globulinas específicas y no específicas y en la acción disolvente del mismo sobre las no específicas que, como demuestran las investigaciones de Neukirch, sólo se lleva a cabo a la temperatura de estufa, una explicación clara de que la reacción de Sachs permita diagnosticar la sífilis en algunos casos que el Wasserman es negativo. Algo parecido ocurre, a nuestro juicio, con reacciones tan frecuentemente paralelas como las de Nourne Apelt y Noguchi, usadas para el diagnóstico en el líquido cefalorraquídeo de afecciones sífilíticas de centros nerviosos. Hemos comprobado muchas veces reacciones fuertes de Nourne y débiles o negativas de Noguchi y, aunque escasísimas veces, viceversa, otras en que el Nourne es positivo y Noguchi, Wasserman, linfocitosis (recuento en cámara), negativas, y alguna en que, siendo negativos los datos de las reacciones mencionadas, sólo la de Lange (del oro coloidal) aclaró el diagnóstico. No menos interesante es lo que ocurre en las alteraciones experimentadas en el líquido cefalorraquídeo por el tratamiento específico, principalmente intrarraquídeo. Expresamos aquí nuestro profundo agradecimiento al querido compañero Dr. Lafora, por el espíritu científico con que sigue este asunto y por su interés proporcionándonos datos y casos.

Las primeras reacciones que se dejan influir por el mismo, hasta llegar a desaparecer completamente, son las de globulinas Nourne y Noguchi, más resistente la de Lange, más todavía la linfocitosis, y muchísimo más el Wasserman. ¿Qué revela esto? Pues que, a pesar de que todas ellas sean debidas a la misma causa (infección sífilítica), las alteraciones de orden químico producidas en las globulinas y lipoides de los jugos orgánicos varían con la resistencia del enfermo, el estado más o menos avanzado del proceso, localización, etc., resultando de todo ello distintas modificaciones en la estructura química de sus moléculas, y, por lo tanto, diferente comportamiento ante los reactivos o elementos de las reacciones empleadas.

Esta es, a nuestro juicio, la razón fundamental del por qué la reacción de Wasserman, a pesar de ser el método más seguro de que hoy disponemos en el laboratorio para diagnosticar la sífilis, falla en algunos casos, y así se explican también los casos aislados, es verdad, en que el Wasserman fué negativo y las reacciones de Sachs Georgi positiva, sin que ésta llegue, ni con mucho, según nuestra experiencia, a poder equipararse al Wasserman. Por eso hacen muy bien

los clínicos que sistemáticamente buscan todas las reacciones, porque muy frecuentemente, aun hasta en casos de parálisis general, suelen fallar alguna o algunas, principalmente, en líquido cefalorraquídeo.

Técnica.—La práctica de la reacción es sencilla: se reduce a mezclar el extracto con el suero; pero, en cambio, requiere una valoración exacta del extracto. La preparación del mismo tampoco es enojosa. Una parte de órgano (corazón), finamente picado (también puede emplearse hígado de feto sífilítico), se interpone en 5 volúmenes de alcohol y se tiene en un aparato de agitación cinco horas, añadiendo perlas de vidrio para que favorezca la extracción por acción mecánica, y al día siguiente se filtra por papel. Este extracto se deja un par de días en fresquera y vuelve a filtrar. Para valorarlo se diluye por separado en una, dos y tres veces su volumen de alcohol. De cada una de estas diluciones se toman 10 cent. c. y a cada una de ellas se añade dosis crecientes de solución alcohólica de colesteroína al 1 por 100, hasta que, frente a un gran número de sueros positivos y negativos se comporte alguno de ellos, como el *extracto que se haya tomado como tipo*. Esto es lo más enojoso y delicado; pero para quien tiene práctica la cosa no ofrece dificultad alguna.

Es condición inexcusable tener extracto testigo. Del exactamente valorado, según hemos dicho, se usa una dilución al 1 por 100 en solución fisiológica; la dilución se hace del modo siguiente: primero, se añade un volumen igual de solución fisiológica y agita vivamente, y después, se añade los cuatro restantes, dejando un espacio de cinco a diez minutos entre los dos actos de la dilución.

También puede usarse la dilución fraccionada en las mismas condiciones que para diluir el antígeno en el Wasserman, y que, como sabemos, tan de capital importancia es para la sensibilidad de esta última reacción.

Suero del enfermo.—Debe ser reciente, igual que para el Wasserman, y como es natural, tratándose de una reacción de precipitación, completamente claro: que esté hemolizado, como no sea mucho, no es cosa que perjudique; según Münster, sueros de más de tres días no deben utilizarse. El suero se inactiva media hora a 55°; pero nunca debe usarse sino pasadas algunas horas de la inactivación, porque, según Münster, de no ser observada esta precaución pueden obtenerse reacciones no específicas. Mandelbaum recomienda que se haga la inactivación diluyendo previamente el suero al décimo, es decir, como ha de ser usado, porque así es más sensible la reacción; pero según investigaciones posteriores de Stilling (Arb. a. d. Ynst. f. Exp. Ther. Frankfurt A. M. H. 10), Lesser, Meyer y Münster, no tiene esta precaución ventaja alguna. Como medio de dilución se usa siempre la solución fisiológica al 8,5 por 1000.

La práctica de la reacción se reduce finalmente a mezclar 0,5 c. c. del extracto con 1 c. c. de suero al 1 por 10. Como testigos deben usarse, además de los

(1) Véase el número anterior.

sueros positivo y negativo en las mismas condiciones, otro con extracto y solución fisiológica y otro con suero de cada enfermo, mas 0,5 de alcohol al sexto para probar si el suero se deja precipitar por el alcohol a esta concentración, que suele ocurrir alguna que otra vez.

Después de agitados los tubos se tienen veinticuatro horas a 37°, y al cabo de este tiempo se hace la lectura en el aglutinoscopio de Kuhn y Wotile.

Al principio recomendaban los autores dos horas de estancia a 37° y el resto, hasta veinticuatro, a la temperatura de la habitación; pero como ya hemos dicho, la práctica ha demostrado que la temperatura de estufa hace desaparecer precipitados que algunas veces aparecen a poco de hacer la reacción cuando no son específicos y que a temperatura ordinaria, no desaparecen.

La interpretación se hace comparando los tubos en el aglutinoscopio, distinguiendo los autores varios grados, según la mayor o menor intensidad de la reacción, que señalan con cruces a modo de la técnica primitiva de aglutinación y de Wasserman; así, fuertemente positiva +++; débilmente positiva ++; muy débilmente positiva +; negativa —, y la reacción dudosa (+). Esta reacción se emplea también en líquido céfalo-raquídeo y con muy buenos resultados; la técnica es la misma, al igual que en el Wasserman se emplea el líquido puro sin diluir y en cantidades de 10 — 0,5 c. c.

Nuestra práctica de la reacción hasta el momento actual es relativamente limitada; desde luego suficiente para afirmar sin reserva alguna que, efectivamente, el paralelismo de que hablan los autores entre el Wasserman y esta reacción es un hecho. Cuando la reacción es fuerte, hasta macroscópicamente puede sentarse el diagnóstico; sin embargo, en lo que a sensibilidad respecta, creemos firmemente que ante un buen Wasserman la reacción de Sachs Georgi, aun siendo el mejor y más seguro de los métodos de precipitación conocidos, se queda atrás.

Nosotros hemos podido confirmarlo bastantes veces. Por eso los autores la hacen paralelamente al Wasserman como confirmación de la misma, y por si acaso, como algunas veces sucede, puede acusar lo que a aquella se escape. Cuando dispongamos de mayor caudal de casos volveremos sobre esta interesantísima reacción, muy extendida y aceptada en Alemania, apenas fué dada a conocer por el profesor Sachs, en unión del docente privado doctor Georgi.

Crisis agudas de insuficiencia cardíaca de la hipertensión

CAPÍTULO DEL DISCURSO DE INGRESO EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL DOCTOR ELIZAGARAY

Crisis agudas de la hipertensión permanente.

La intoxicación alimenticia, a la cual hay que referir múltiples fenómenos vasoconstrictivos, es el ele-

mento productor más importante de esta hipertensión funcional. Los datos bioquímicos de la digestión nos enseñan que, cuando los fermentos digestivos son insuficientes, se producen derivados tóxicos, como son el ácido butírico, caproico, tomainas, indoles, escatoles, fenoles, y si añadimos a estos productos algunos otros, como el ácido úrico, resultante de la oxidación incompleta de los nucleoproteidos tomados con exceso, se comprende que este quimismo tóxico actúe sobre el sistema vasomotor y sobre los mismos vasos, produciendo acciones vasoconstrictivas, y, en algunos casos, vasodilatadoras, que elevan la tensión sanguínea.

Estas intoxicaciones producen reacciones cardiovasculares de origen neurovascular, que se traducen por un eretismo cardíaco, taquicárdico y por la elevación de la tensión arterial sistólica.

Las hipertensiones de este género son inestables; varían tanto cuanto varía el medio químico que las produce, y son hipertensiones curables, si bien su repetición frecuente llega a producir un trastorno anatómico permanente. Interin no son prolongadas y constantes, no se manifiestan por sensaciones patológicas muy ostensibles; su principio y su desaparición están ligados a la existencia de los procesos que las determinan; pero por su repetición más ó menos frecuente, y en el silencio sintomático de su labor, inutilizan lentamente las reacciones vasculares y alteran la textura anatómica de los vasos.

Comprende el segundo grupo las hipertensiones funcionales permanentes, en las cuales no se comprueban lesiones vasculares evidentes, cuya hipertensión es conocida con el nombre de hiperpiesis. Prescindiendo de las pertenecientes a los pletóricos, obesos y sedentarios, que son hipertensiones hiperviscosas y vasodilatadoras sin lesiones vasculares, las que tienen un origen vasoconstrictivo son producidas por varios factores: en unos casos dependen de una excitación de los centros vasomotores, que producen una hipertonía espástica a consecuencia de influencias nerviosas y químicas (toxinas alimenticias, purinas), y en otros casos, según opinión de Munzer y Selig y otros autores, se atribuye esta hipertonía a la intervención de un elemento anatómico arterial, que todavía no constituye la arterioesclerosis confirmada.

El prototipo de esta hipertensión funcional permanente es la preesclerosis de Huchar o período hipertensivo, que precede a la arterioesclerosis confirmada, en el cual todavía no se comprueban las alteraciones vasculares de la hipertensión lesional. En nuestro concepto, no son sólo causas nerviosas o químicas las que producen la hipertensión funcional permanente, sino, además, lesiones vasculares incipientes, de acuerdo con los datos suministrados por Gull y Sutton, cuyos autores demostraron la existencia de un proceso arterial precapilar, que se extiende posteriormente a los capilares y a las vísceras, que está caracterizado por el espesamiento de las paredes vasculares, que conduce aun angostamiento de la vía circulatoria periférica, traducido clínicamente por la hipertensión con hipertro-

fia secundaria del ventrículo izquierdo. Esta explicación es la más admisible para interpretar el mecanismo de la hipertensión funcional permanente preesclerótica de Huchard.

El *surmenage* constante de esta hipertensión, por la presión a que está sometido el paso de la sangre en la circulación periférica, determina la hipertrofia cardíaca compensadora con el aumento de la tensión sistólica y diastólica y una tensión diferencial normal o superior a la normal, porque aun en este período no está muy elevada la tensión arterial mínima.

En el curso de esta hipertensión se presentan accidentes cardiovasculares cuando actúan acciones secundarias vasoconstrictivas, que producen angioespasmos que aumentan la oclusión de las arterias estrechadas, ocasionando numerosos síntomas, que constituyen el síndrome de Hirtz. Este síndrome, dependiente de dichos angioespasmos, limitados a determinadas zonas vasculares, comprende los pequeños signos de la arterioesclerosis, que se acompañan de hipertensiones que alcanzan cifras de 18, 20 y 22 de tensión máxima.

Las afasias transitorias, la inactividad al trabajo intelectual (pensamiento doloroso), la fatiga a la lectura (dislexia), algunas crisis cardíacas, las alternativas de palidez de semblante, los insomnios y ensueños nocturnos, la criestesia, los síncope transitorios de las extremidades, los calambres, las contracturas, etc., etcétera, todas son manifestaciones dependientes de la localización espasmódica en determinadas zonas vasculares, atacadas de un principio de esclerosis.

La repercusión cardíaca de esta hipertensión en corazoncillos simplemente hipertróficos es fácilmente tolerada; éstos son enfermos hipertensos que están en la llamada fase de tolerancia, que apenas se quejan de ligera opresión cuando hacen algún esfuerzo, caminan a prisa o se someten a otros cansancios, y en los cuales frecuentemente el médico descubre la hipertensión, más que por las sensaciones subjetivas del enfermo, por los datos recogidos al examen de su pulso.

Estos enfermos están muy expuestos, y son víctimas de accidentes vasculares y cardíacos, si sobrevienen paroxismos hipertensivos, siendo éste el caso en que el médico está llamado a prevenirlos con preceptos higiénicos y una terapéutica adecuada, para disminuir la hipertensión y evitar las crisis hipertensivas que agraven el proceso cardiovascular y provoquen la insuficiencia cardíaca.

Nuestra misión es disminuir esta tensión permanentemente elevada; pero es preciso averiguar antes si hay perjuicio en rebajarla, puesto que muchas veces debe respetarse ínterin es tolerada y no amenazan peligros de orden cardíaco. Cuando se trata de una hipertensión compensadora que garantiza la eliminación renal, evitando intoxicaciones que traerían consigo accidentes urémicos o la decadencia cardíaca, debemos limitarnos a consejos higiénicos, para evitar aumentos de tensión que produzcan la impotencia cardíaca. En este caso nos ofrece datos importantes el oscilómetro,

indicando una tensión mínima elevada, a la cual no corresponde, en relación con ella, una elevación sistólica suficiente.

La tercera clase de hipertensión que, por razón de su patogenia, hemos convenido en clasificar es la hipertensión lesional, arterioesclerótica y nefrítica, llamada hipertensión verdadera o fija, para diferenciarla de las demás, o hipertensiones oscilantes de Vaquez. Suele ser esta hipertensión de origen renal, porque casi siempre se trata de una arterioesclerosis generalizada, con riñón atrófico. Sus factores determinantes son: por una parte, el angioespasmo, que acompaña a la arterioesclerosis, y por otra, el obstáculo mecánico de la oclusión vascular y de la esclerosis renal, en torno de cuyos factores giran las doctrinas de Traube, Gull-Sotton, de Munzer y Selig, y otros autores, por las cuales se interpretaba antes el origen de la hipertensión arterioesclerótica y nefrítica.

La génesis expuesta de la hipertensión comprende, por consiguiente, dos elementos: uno, angioespasmódico, y otro, orgánico o lesional, producido por la oclusión vascular de la arterioesclerosis y por la nefritis intersticial. Pero actualmente se establece una relación causal entre los síndromes de la hipertensión y la hiperplasia suprarrenal.

El papel importante que juega la secreción de las glándulas suprarrenales en las variaciones de la tensión arterial está confirmado por el hecho positivo de las hipertensiones vasoconstrictivas de origen adrenalínico. Por esta teoría suprarrenal se ha explicado la génesis de muchas hipertensiones patológicas o reaccionales, demostrando que son ocasionadas por una secreción exagerada de adrenalina. Basándose sobre consideraciones fisiológicas y sobre hechos anatómicos, Vaquez emitió en 1904 esta teoría, considerando que en todos los casos existe un proceso constante de hiperfunción de las glándulas suprarrenales, o, según la palabra creada por Bernard y Bigard, la hiperpinefría, cuya hiperfunción produce la hipersecreción de productos vasoconstrictores y miotónicos.

Por una hipersecreción de adrenalina se explican la mayor parte de los casos de hipertensión. Muchos de ellos, de origen tóxico reconocido, son ocasionados por la acción de los venenos sobre las glándulas suprarrenales, y otros muchos, de origen nervioso, son debidos a una hiperfunción de las glándulas, determinada por un estímulo del gran simpático sobre las mismas, produciéndose una adrenalinemia de origen funcional. En donde más se circunscribe esta doctrina, desde las investigaciones de Vaquez y de Josué, es en la génesis de la hipertensión de arterioesclerosis y de la nefritis, en cuyos procesos radica la significación anatomopatológica más frecuente de la hipertensión. La comprobación de una hiperplasia suprarrenal y de algunas formaciones adenomatosas en las glándulas suprarrenales en varios casos de arterioesclerosis y de nefritis, autopsiados por Vaquez, Aubertin, Ambard y otros; la comprobación clásica de la acción midriásica de la adrenalina en el ojo de la rana, obte-

nida con el suero de los nefríticos y con el de los enfermos hipertensos, diluido a dosis conveniente para valorar el experimento; la misma reacción obtenida con la orina de nefríticos e hipertensos; las investigaciones de Josué relativas a la hiperfunción de las glándulas suprarrenales, relacionada con la hipertensión y el ateroma, son datos de tal convicción, que todo aduce a admitir un origen adrenalínico en la hipertensión de los arterioesclerosos y de los nefríticos, y un aumento en la actividad funcional del sistema cromafine.

La adrenalina, a cuyas propiedades hipertensivas y vasoconstrictivas pertenecen las reacciones precedentes, se produce en un sistema de glándulas en relación íntima con el sistema nervioso simpático, que, después de los trabajos de Kohen, se engloban bajo el nombre de paragangliones, órganos cromafines, órganos parasimpáticos, etc., y que están en relación con ricas redes de vasos capilares, y, sobre todo, con numerosos nervios de origen simpático, siendo los más importantes de estos órganos las glándulas suprarrenales. Las relaciones del gran simpático con el sistema cromafine explican que por su mediación actúen sobre la función suprarrenal o cromafine las influencias nerviosas más diversas, produciendo la hipertensión adrenalínica. La adrenalinemia de la hipertensión, ¿será una hiperfunción de las glándulas suprarrenales, secundaria a estímulos simpaticotónicos nacidos en el sistema vascular esclerosado o en la nefritis intersticial?

La suma del factor mecánico de la estenosis vascular esclerótica con la constricción adrenalínica es causa de esta hipertensión, la más alta de todas, y cuyos caracteres oscilométricos le son peculiares. El valor semiológico de la hipertensión mínima, en los casos de hipertensión renal, es definitivo. La importancia del oscilómetro, facilitando estas investigaciones, resuelve varios problemas de diagnóstico, de pronóstico y de terapéutica. Desde el punto de vista diagnóstico, establece el de la hipertensión renal con las demás hipertensiones. Siempre que obtengamos una tensión mínima superior en más de cuatro centímetros cúbicos a la normal, puede afirmarse que se trata de una hipertensión renal. Ya veremos cómo las relaciones que sostenga con esta elevación mínima la tensión máxima han de servirnos para diagnosticar la inminencia de insuficiencia cardíaca aguda.

(Continuará.)

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

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

Los que hayais visitado algún laboratorio, habréis visto esos animales inoculados. Pues bien: así están nuestros pobres tuberculosos en estas jaulas, sino que

(1) Véase el número anterior.

tienen puerta abierta y se extienden por toda la ciudad y se mezclan entre todos nosotros, y la tuberculosis lo mismo sube por las escaleras alfombradas que baja de las guardillas, y así viven mientras no los libertemos por un estudio detenido de los suburbios y de su habitabilidad y por construcción de hospitales que pudiéramos llamar en este combate de segunda línea. Ni el Municipio ni la Provincia pueden subvenir a la lucha contra la tuberculosis. Su Cuerpo facultativo municipal y provincial tiene un personal idóneo, escogido por oposición, y en el que está la flor y nata de la juventud médica; todos ellos se desviven por la asistencia, pero se estrellan por la incapacidad potencial de la asistencia domiciliaria de los tuberculosos pobres. Pueden llevarles el diagnóstico, pueden contribuir algo al tratamiento; pero lo que no les llevan ni llevarán nunca será aire capaz para respirar, abrigo suficiente para cubrirse y agua suficiente para lavarse; lo que no les llevan ni les llevarán será camas donde descansar sus huesos agobiados del trabajo; y así no se puede tratar tuberculosos. No basta, por ejemplo, en Madrid que los trabajos del Ropero de Santa Rita de Casia, fundado por la nobilísima Mercedes Benavente y hoy sostenido por persona que yo no puedo elogiar, pero luchando a brazo partido con la carestía de todo género, que paga por ejemplo 86 pesetas por lo que antes valía 30, 10 pesetas por sábanas que valían 4, sin otro auxilio que los recursos individuales, no es posible que el tuberculoso pobre pueda mudarse de sábanas ni de camisa, y así acabo de ver en esta tarde a un pobre de éstos, sucio por su propia sangre, con una hemoptisis, que llevaba veintitantos días sin haber podido cambiar su ropa personal ni su ropa de cama. En el Hospital sucede otro tanto; ya lo hemos descrito y no hemos de insistir sobre ello. Médico de hospital con mis amores y mis cariños desde muy joven, casi desde niño, y costándome lágrimas el haberlo abandonado por circunstancias muy ajenas a mi voluntad, hube de intentar, con el doctor Alcaide, un ensayo de hospitalización de los tuberculosos en el Hospital Provincial de Madrid. Escogimos tres salas, las acomodamos lo mejor posible para el objeto, las pusimos en sitio donde pudieran los tuberculosos tener una exposición al aire libre y al Mediodía; pero no habían pasado dos meses, fué totalmente imposible conservar este aislamiento: las endemias propias de esta capital iban llenando las camas de las salas de enfermos comunes e iban empujando y desalojando a los pobres tuberculosos, y tuvimos que ceder y alojar al lado del tuberculoso al convaleciente gripal; fué la época de la grave epidemia de la gripe de 1890, y nos contristaba considerar al convaleciente de pulmonía entre dos tuberculosos, y terminó aquel ensayo desapareciendo por completo las salas de aislamiento. Y así tiene que suceder y tendrá que suceder mientras no se construyan hospitales. Y vamos a terminar analizando los problemas urgentes de esta lucha en España.

Como me propongo tratar extensamente de la tuberculosis en la infancia en el Hospital del Niño Jesús

de Madrid, no he de molestaros en este momento en detalles sobre este primer problema de la infancia ante la tuberculosis. Han de ir juntas estas conferencias y, para evitar repeticiones, me reservo por completo para entonces. Y voy a entrar en el asunto de los portadores y de los sembradores de gérmenes. No hay posibilidad de adelantar en la lucha contra la tuberculosis, si no evitamos a todo trance el contagio.

Seguramente que si unos agentes de la autoridad o cualquiera de nosotros viéramos a un hombre con el arma en la mano, decidido a herir o a matar, nos lanzaríamos a arrancarle el agente vulnerante y, a ser posible, investigar las causas de aquella agresión, máxime si era completamente injustificada y hería por el gusto de herir; y, sin embargo, autoridades y público vemos impasibles pasearse, convivir con nosotros, todos juntos, a enfermos y a personas que van sembrando gérmenes patógenos en los sitios públicos, desde el casino a la iglesia y desde la escuela a la cárcel. Tuberculosos abiertos que pululan por oficinas y talleres y todos los sitios donde el hombre se reúne, y a los cuales no se les proporciona donde escupir y a los que no se les exige el cumplimiento de esta obligación de hacerlo en sitio donde su esputo no sea virulento, y no se les puede obligar porque no les damos medios de cumplir la obligación. Es preciso, por tanto, que en la profilaxia de la tuberculosis se ensanche esta orientación, porque ya en todos los Congresos se ha advertido que el vehículo más francamente infeccioso es el esputo del tuberculoso en sus últimos periodos. Ya hemos hablado de su hospitalización; pero dentro de la vivienda debiera exigirse que en todos los rellanos de escalera, en todos los corredores de las casas populares, en la oficinas y, en una palabra, en todas partes, hubiera escupideras de agua corriente que arrastraran a la alcantarilla aquello, que es lo más dañino de todos los escretas de la humanidad. En mi pensamiento constante de luchar, por lo menos si no todas las horas del día una hora cada día contra la tuberculosis, me asocié al Congreso de Ingeniería, donde tuve la honra de ser admitido con honores inmerecidos. Allí aprendí muchas cosas referentes a higiene pública de construcciones y de empresas industriales, y allí llevé, conociendo la cultura del medio en que me movía, seguro de su aceptación, el problema de las enfermedades profesionales y su profilaxia. Aparte de todas las demás, como podéis comprender, llevé la tuberculosis para que se la considerara como enfermedad profesional de algunas industrias, y sin discusión ninguna, por aclamación (parecía que había propuesto este problema en un público médico), se aceptó esta nueva orientación de la tuberculosis como enfermedad profesional en las grandes industrias mineras del carbón, del cobre, de todas aquellas en que la materia se inmaterializa en polvo impalpable y va a caer, en lluvia no fructífera, sobre las vías respiratorias, especie de pedrea ultramicroscópica que destruye el organismo respiratorio; y menos mal en aquellas partículas en las cuales la humedad no tiene el

don de aumentar su volumen, como sucede en los vegetales y animales, de los polvos del algodón, de la harina, en una palabra, de todas aquellas sustancias sometidas a la molturación en las industrias textiles, en las panaderías y tintorerías, etc. Aceptaron también, y lo llevamos como conclusión a ese Congreso, que en todas las regiones mineras de minas de este género se estableciera un dispensario antituberculoso y un sanatorio, costeadas las estancias por las grandes sociedades mineras, que aun cuando pareciera que iban a disminuir sus enormes dividendos, era, sin embargo, obra económica para ellos, porque recogían obreros seleccionados, y muy entendidos en estos trabajos, con un valor económico casi igual al de un hombre sano; y ya que, por desgracia, no hemos podido obtener de las grandes ganancias de la guerra, de los nuevos ricos ninguna ayuda para nuestra lucha, bueno es que hayamos conseguido, aun cuando no sea sino para el porvenir, el que los mineros y obreros que extraen con su sudor y con su salud los filones que acuñados disfrutaban los accionistas, tengan un porvenir más próspero en su invalidez y en su vejez.

Tratado hasta la saciedad ha sido el problema de la habitación; y, sin embargo, todavía hay orientaciones nuevas que realizar en la lucha contra la tuberculosis, máxime ahora en que la repercusión de la carestía de la vida ha llegado a los alquileres. Multitud de familias que podían vivir un poco anchas, tienen que reducirse hoy; tienen que disminuir su cubicación diaria y nocturna de aire; tienen que subir de piso, y, por tanto, aumentar su trabajo para llegar a su habitación; pero aun cuando éstos han de sufrir merma en su salud con esta carestía, todavía no son los parias de la habitación. La clase pobre se ve hoy desahuciada de su modesta habitación, ya no se la deja ni en los tugurios hechos con latas y detritus de todos los derrribos, porque el ensanche de las ciudades, como por ejemplo en Madrid, de esos barrios tan densos de gente pobre de los Cuatro Caminos, Peñuelas y demás barrios y suburbios de la capital, se van poblando de las casas rascacielos, y desapareciendo las modestísimas casas de los pobres, teniendo que improvisarlas, a veces, recordando la antigua choza. La industria de la vivienda no se satisface ya con aquellas casas de vivienda cobrada semanalmente: quiere casas de gran rendimiento; y estos pobres van amontonándose, y donde vivían tres, viven seis; tienen que andar distancias verdaderamente fatales para su salud y, sin embargo, la contratación de Madrid no varía en estas casas de los desheredados de toda fortuna. Madrid está reventando; aumenta en una progresión geométrica, y a medida que pasamos de los millares para llegar a los millones, la vida se va haciendo más imposible. En estas casas de los pobres no hay que hablar de calefacción, porque no tienen medio alguno de calentarse ni por dentro ni por fuera; el carbón se ha hecho artículo de lujo, y tienen que comer frío, porque ni aun para el triste puchero tienen aquellos trocitos de carbón de encina que alegraban en el anochecer la cocina

del pobre. Hoy tienen que guisar casi de una manera improvisada, y, a veces, con papel o astilla. Acuéstanse en cama fría, sin cubiertas para las reacciones necesarias, y, por tanto, buscan el acostarse vestidos, siendo causa eficiente todo ello de una disminución de la resistencia orgánica para toda invasión bacteriana, y si ésta es tan dura y tan fuerte como el germen contagio de Koch, la tuberculosis ha de aumentar en progresiones tales, que puede ser la venganza del abandono del que puede para el que no tiene, porque el contagio no distingue ni sexo, ni edad, ni clase, ni formas. La alimentación todos saben, sobre todos las señoras que me escuchan, que es el tema obligado del hogar español. La carestía se impone, y ya alarma hasta a la gente de más posición, porque las rentas que antes hacían potentados, hoy apenas cubren necesidades creadas a los precios anteriores; y si aún fuera cara la alimentación y se diera buena y bien pesada, no sería tan terrible el estado actual; y aún hay diputados a Cortes que, ante el problema de la carne congelada, no tienen inconveniente en defender intereses de la clase adinerada, de los acaparadores y de los que son los dueños de la carne en casi toda España. Tenemos el gusto de decir, que el Consejo de Sanidad se honró aprobando por unanimidad la aceptación de las carnes congeladas, afirmando que eran la salvación para la clase pobre; pero hoy en las altas esferas del parlamentarismo se trata de impedir esta verdadera salvación para que el pobre coma algo de carne. ¡Ay; qué manera de entender estos problemas! Cuando ya pensábamos que la carestía de la carne iba a tener una válvula con la aceptación de la carne congelada, y habían de bajar los precios de este elemento constitutivo ineludible en la alimentación, digan lo que quieran los naturistas y los vegetarianos, se somete a las carnes congeladas al expediente; ésta sí que es la única manera de que la putrefacción entre en ellas, pero una putrefacción de microbios grandes, de macrobios.

(Concluirá)

Periódicos médicos

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. A propósito de un caso de epiteloma primitivo del peritoneo, por G. B. Farmachidis.—Las neoplasias malignas del peritoneo son casi siempre de naturaleza secundaria, constituyendo, en cambio, los verdaderos tumores primitivos del peritoneo entidades anatomopatológicas un tanto raras. Estos últimos pueden tener un origen doble: o bien proceden del endotelio de los vasos y de las lagunas linfáticas, formando los endoteliomas, también denominados «cánceres endoteliales», o, menos frecuentemente, tienen su origen en las células de revestimiento del peritoneo, y se han llamado carcinomas. El autor refiere la historia clínica, muy detallada, de un enfermo de treinta y ocho

años, que en julio de 1914 comenzó a notar dolores, al principio en la región lumbar, haciéndose más tarde difusos. Ingresó en el hospital en diciembre de 1914, con dolores difusos espontáneos en el abdomen, que se acentuaban con la palpación. El abdomen está uniformemente aumentado de volumen, de forma redondeada y con red venosa evidente, difusa, sobre todo pronunciada en las regiones laterales con dirección ascendente. Paredes tensas y edematosas, a pesar de lo cual se palpan numerosos nódulos que desde la región umbilical se extienden hasta el cuadrante inferior izquierdo; dichos nódulos siguen a las paredes abdominales en sus movimientos durante los actos respiratorios. Existe líquido libre en la cavidad peritoneal. No se consigue palpar el hígado hasta después de la paracentesis. Ganglios cervicales inferiores e inguinales de tamaño variable, duros, indolores. El análisis de la sangre acusó 2.352.000 hematíes; hemoglobina. 50 por 100; valor globular, 1; leucocitos, 11.360; poiquilocitosis moderada, notable anisocitosis, policromatofilia, cuerpos de Jolly. Neutrófilos, 69; losinófilos, 0,5; metamielocitos, 2; grandes mononucleares, 2; formas de tránsito, 2; linfocitos típicos, 9,5; linfocitos leucocitoides, 7; células de Turk, 2; células de Rieder, 2; macrolinfocitos linfoblásticos, 3. Se extraen 100 c. c. de líquido serofibrinoso-hemático peritoneal, con reacción de Rivalta positiva. La ascitis no era de causa mecánica, ni de índole hepática, porque faltaban otros síntomas de disminución de la circulación porta, y de alteraciones del funcionamiento hepático; además, el líquido extraído tenía los caracteres de un exudado hemorrágico. Por otra parte, la presencia de nódulos difusos en la pared peritoneal imponía atribuir la ascitis a un estado morbo del peritoneo mismo. El enfermo presentaba fiebre que no pasó de los 37°,5, pero la hipótesis de peritonitis tuberculosa se excluyó por faltar síntomas de lesiones tuberculosas en otros órganos, y además, por ser negativa la reacción a la tuberculina. En cambio, fué positiva la «Cobrarreacción» del autor para los tumores carcinomatosos. La enfermedad siguió un curso rápido, y en la autopsia se encontró una infiltración neoplásica del epiplón, de nodulos confluentes, grisáceos, consistentes; el peritoneo parietal y el visceral presentaba igual aspecto. Las asas intestinales están conglutinadas por la infiltración neoplásica de la serosa. Los ganglios linfáticos mesentéricos son pequeñísimos, y no aparecen ni como origen primitivo del proceso ni como localización secundaria. El examen histológico demostró tratarse de un tumor primitivo del peritoneo, de naturaleza epitelial. (*La Riforma Medica*, 22 de mayo de 1920, núm. 21.)

.....

2. Las secuelas de la apendicetomía, por el doctor Enríquez.—Muchos de los casos de apendicitis, que sufren el tratamiento operatorio, no curan de sus manifestaciones, especialmente cuando se trata de apendicitis crónica, lo cual parece indicar que gran

parte de los síntomas de esta enfermedad, no se deben a la lesión del apéndice, sino a la de las diversas estructuras que le rodean en la fosa ilíaca derecha; así es que la simple extirpación del apéndice, que es la intervención quirúrgica ordinaria en la apendicitis crónica, constituye, por decirlo así, una verdadera experiencia que permite en cierto grado, disociar en el síndrome de la fosa ilíaca derecha, los signos que pertenecen a los distintos estados anatómicos de pericolititis, epiploitis, ciego movable, de los que caracterizan la inflamación crónica del apéndice. En la mayor parte de los casos el cuadro clínico de los apendicectomizados, que no curan, recuerda los mismos trastornos gástricos e intestinales que existían antes de la operación: sin embargo, a veces se añaden dos síntomas: estreñimiento y crisis dolorosas paroxísticas que recuerdan las grandes crisis simpáticas abdominales con ansiedad, sudores, hipotermias, crisis que sobrevienen con frecuencia en el momento del esfuerzo de la defecación. Las secuelas de la apendicectomía pueden reducirse a dos grandes variedades clínicas: en una primera forma domina el mal estado general, asociado a una desglobulación pronunciada, a una pequeña fiebre vespertal persistente, que disminuye por el reposo y con frecuencia se atribuyen a estos síntomas a una tuberculosis latente, pulmonar o gangliolar. A estos síntomas de orden general, se suman los ordinarios de dispepsia o intestinal y localmente, aparte de los dolores espontáneos y provocados que se irradian en distintas direcciones, el máximo de dolor a la presión asienta entre la cicatriz y el ombligo, notándose por palpación una simple defensa de la pared o una sensación de renitencia profunda o hasta de tumefacción; dicha región está fuera del trayecto cólico y corresponde al borde epiploico. En una segunda forma clínica, falta la fiebre y son más pronunciados los síntomas funcionales gastro-intestinales; el examen físico permite reconocer los signos de una ptosis visceral generalizada: el color descendente, doloroso a la presión la sensación de un cordón. Estas dos variedades de secuelas, responden a estados anatómicos diferentes que sólo el examen radioscópico puede precisar; en la primera forma se observan los signos radioscópicos de una inflamación crónica localizada alrededor del ciego y de la cicatriz apendicular, de una *periapendicitis* o *perivisceritis*. En la segunda forma clínica de los apendicectomizados, la conclusión radiológica es, ptosis gastrocólica acompañada o no de ciego movable y acodamiento de Lane, es decir, síndrome, sobre todo, mecánico. En las dos variedades el examen de la sangre revela una leucocitosis ligera que no pasa de 14.000, un aumento moderado de los grandes mononucleares y con bastante constancia una eosinofilia variable del 3 al 8 por 100. Estos procesos, inflamatorio o mecánico, pueden ser secundarios a la intervención (casos de supuración, drenaje, etc.), pero lo más preferente es que las lesiones preexistan. La variedad clínica, con astenia, fiebre, leucocitosis moderada, responde a la forma de apendicitis crónica

que simula la tuberculosis y en ella la ablación del apéndice no modifica la enfermedad, porque el síndrome depende de un proceso de inflamación crónica extendido a todo el sistema linfático periapendicular y más especialmente al epiploon. Por tanto, conviene practicar, desde el punto de vista del diagnóstico, un examen radioscópico minucioso del enfermo, en posición de pie y acostado y, desde el punto de vista quirúrgico, conviene abandonar las incisiones pequeñas, estéticas de 25 a 28 milímetros, que si bien establecen la maestría del cirujano, son insuficientes, porque no permiten la exploración del ángulo ileo-cecal, del ciego y sobre todo del epiploon, exploración aconsejada por todos los cirujanos.—(*Journ. de Méd. et de Chirurg. Pratiques*, n.º 11, 10 Junio 1920).—E. Luengo.

3. Amaurosis seguida de hemianopsia transitoria en el curso de una nefritis aguda. Papel del edema cerebral, por A. Lemierre.

—Se trata de un individuo que consecutivamente tenía una angina, padeció una nefritis aguda, que se tradujo por edemas particularmente pronunciados en la cara, por una extremada oliguria, por vómitos, eclampsia, torpeza y por una amaurosis absoluta durante veinticuatro horas, seguida de hemianopsia homónima derecha transitoria. Este conjunto de síntomas cedió desde el cuarto día al mismo tiempo que aparecía una poliuria abundante. La ceguera que presentó este enfermo, entra en el cuadro de las cegueras llamadas «corticales», clásicas en los ataques agudos de nefritis, como lo probaban la integridad absoluta del fondo de ojo y de una manera más precisa aún, la persistencia del reflejo luminoso indicando una alteración de las vías ópticas por detrás de los núcleos del mesencéfalo, o de la misma corteza cerebral, ya que no de ambos a la vez. Finalmente la transformación de la amaurosis total en hemianopsia homónima derecha por otra parte muy fugitiva, es asimismo un argumento en favor del origen cerebral de los trastornos visuales y de la localización antes indicados. Acerca de la naturaleza de las lesiones, no se deben a la azotemia porque la azotemia es causa de la retinitis albuminúrica y en este enfermo no existían lesiones retinianas. Aquí los trastornos visuales, son en realidad de la misma naturaleza que los demás accidentes reveladores de la retención clorurada. En efecto, la amaurosis y después la hemianopsia han sido contemporáneas de los demás y han desaparecido al sobrevenir la crisis de poliuria. La amaurosis en este caso, se debe pues, a un edema cerebral que retrocedió al principio en el hemisferio derecho, de donde la hemianopsia homónima derecha. Las lesiones visuales en el curso de una nefritis aguda, son en general benignas, siempre que no exista al mismo tiempo que la retención clorurada una azotemia rápidamente creciente. Si los síntomas presentan por sí mismos una tendencia a evolucionar favorablemente, una terapéutica juiciosa puede ayudar a esta evolución; está formal-

mente indicada al principio, una sangría de 500 a 600 centigramos cúbicos y se completa la acción por ventosas escarificadas en la región lumbar. La administración de un purgante drástico permite sustraer al organismo por vía abdominal cierta cantidad de cloruros y la dieta hídrica con la adición de lactosa prosseguida hasta que aparezca la poliuria, es absolutamente necesaria. (*Gazette des Hopitaux*, núm. 57, 26 de junio de 1920).—*E. Luengo*.

4. Vértigo. Sus causas y su determinación, por J. A. Watson.—El vértigo es un síntoma y no una enfermedad; actualmente deben convenir todos, en que es un síntoma de perversión de la función del aparato vestibular. Debe definirse como una sensación errónea de las relaciones cinéticas o estáticas del propio individuo. La sensación consciente del vértigo se recibe finalmente y se reconoce en los altos centros que presiden el total del sentido kinetoestático o séptimo sentido como ha llegado a llamársele, localizado en el aparato kineto-estático del cual forman parte no sólo los centros, sino también los nervios conductores y en el más amplio sentido los músculos que contribuyen a mantener el equilibrio y los músculos extrínsecos del ojo. Pero los canales semicirculares, el sáculo y el utrículo del vestíbulo son mucho más esenciales; en condiciones normales los músculos del ojo obedecen a los estímulos procedentes del aparato laberíntico y los ojos se mueven en la dirección en que se mueve la endolinfa. Por tanto el vértigo depende de trastornos ocurridos en el aparato kineto-estático y las causas puede ser: primero, la toxemia, que produce el vértigo al circular las toxinas por el aparato vestibular; la intoxicación puede ser de origen externo como en el alcoholismo, o resultado de la absorción de productos de digestiones imperfectas, o de la descomposición intestinal. Otra causa de vértigo son los trastornos circulatorios, ya sean de carácter general (anemia, arterioesclerosis, e insuficiencia circulatoria en las enfermedades del corazón), ya sean de carácter local, como inflamaciones o tumores o aneurismas que afecten a los vasos encargados del riego sanguíneo de la región. La parálisis de los músculos extrínsecos del ojo, producen confusiones en los centros vestibulares que pueden ocasionar vértigos. Además de estos casos en los que el origen del vértigo es la más o menos lejano del aparato vestibular, existen otros en los que la lesión está situada en el mismo aparato, siendo necesario para su diagnóstico el examen de su función. Las pruebas empleadas ordinariamente para la localización de la lesión en estos casos son, las de rotación y las pruebas calóricas; en las primeras se hace girar al paciente con la cabeza en posición tal, que los canales que se investigan se encuentren en el plano de rotación; en las pruebas calóricas se irriga el oído con agua fría o caliente, (*Minnesota Medicine*, vol. 111, núm. 6, junio 1920).—*E. Luengo*.

PEDIATRÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. De la intolerancia de los niños de pecho para la leche. Su tratamiento para las inyecciones subcutáneas de leche, por el doctor Rocaz.—Al hablar de intolerancia para la leche hay que distinguir los niños alimentados al pecho de los sometidos a la lactancia artificial. Según el autor, la intolerancia para la leche de mujer es muy rara, y cuando los niños digieren mal la leche de su nodriza se debe lo más a menudo a la sobrealimentación por demasiada frecuencia de las tetadas, por su irregularidad, o por su excesiva duración; o bien por alguna anomalía en la composición de la leche de la nodriza (de diferente edad que la del niño o demasiado rica en manteca.) Una causa menos conocida de estos trastornos digestivos, es la costumbre que tienen algunas nodrizas de dar a su niño en cada tetada, de los dos pechos; si estas mujeres presentan una secreción láctea muy abundante, no vacían nunca por completo sus glándulas y la leche que en ellas queda tiende a hacerse calostroal, que puede ser la causa de una dispepsia gastro intestinal en el niño. Indudablemente, existen verdaderos casos de intolerancia para la leche de mujer, traduciéndose por vómitos que no desaparecen aunque se cambie de nodriza y pueden desaparecer por el empleo de leche de vaca; pero estos casos son excepcionales. Lo contrario sucede cuando se trata de leche de vaca, pues entonces, ya sea por la mala calidad de la leche empleada, o por una técnica defectuosa de la lactancia artificial, sobrevienen con frecuencia trastornos digestivos; mas hay casos en los que el niño presenta una verdadera intolerancia, cualquiera que sea la calidad de la leche y las precauciones que se tomen. Esta intolerancia presenta desde el punto de vista clínico, tres formas diferentes. Una primera forma de intolerancia benigna con regurgitación después de cada tetada de una parte de la leche ingerida, vómitos de leche parcialmente digerida; estos accidentes se producen, sobre todo, a la mitad y al final del día, siendo mejor soportados durante la noche y por la mañana, este síndrome recuerda el bien conocido de la dispepsia gastro intestinal de los niños alimentados con biberón y las diversas medicaciones empleadas en estos casos tienen menos eficacia que cuando la leche se cambia por otro alimento. La segunda forma se caracteriza porque el niño presenta dolor y vómitos, después de los cuales el niño queda tranquilo; el estado general del niño está profundamente alterado y el pronóstico es grave; esta intolerancia suele ser tardía y se corrige solamente sustituyendo la leche de vaca por la de mujer. La tercera forma se presenta como sigue: un niño alimentado con biberón ofrece trastornos digestivos, se le pone a dieta hídrica y desaparecen, pero cuando unos días más tarde vuelve a dársele la leche, inmediatamente sobrevienen vómitos, diarrea, se altera la cara, se cianosa y se aprecia un colapso cardíaco.

co; este estado dura algunas horas pero a veces puede ocurrir la muerte. La marcha de estos accidentes recuerda sin duda los de la anafilaxia; en la segunda forma puede tratarse también de lo que se llama pequeña anafilaxia alimenticia, más en las primeras se trata más bien de una forma dispéptica. La hipótesis de la naturaleza anafiláctica de estos accidentes han hecho buscar su tratamiento en los métodos preconizados contra los accidentes anafilácticos y Weill recomienda la inyección subcutánea de algunos c. c. de leche cruda, hervida o hasta esterilizada bajo la piel del abdomen; al nivel de la picadura se forma una pequeña tumeración que persiste largo tiempo porque la leche se absorbe muy lentamente y precisamente a eso se debe el éxito del método porque realiza la inmunización por la absorción progresiva de pequeña dosis de antígeno. Los resultados obtenidos por Rocaz en 34 casos son distintos: en los antrépsicos no da resultado, puesto que en ellos los trastornos digestivos son más bien el resultado de la atrepsia misma que de una verdadera intolerancia; pero en los casos de verdadera intolerancia para la leche de vaca el éxito es indudable y casi siempre basta una sola inyección de 5 centigramos cúbicos para la curación definitiva, aunque en casos de no lograr mejoría o de recaída puede practicarse sin inconveniente una segunda y hasta una tercera inyección. En la primera forma de las de antes descritas no se obtienen con frecuencia mejorías, pero en la segunda, y sobre todo en la tercera, los resultados son excelentes, y sin duda alguna el método de Weill tiene un valor real en el tratamiento de la intolerancia del niño para la leche, particularmente de las formas que recuerdan por su cuadro clínico el síndrome anafiláctico. (*Gazet. Hebdom. des Scienc. Medic. de Bordeaux*, núm. 26, 27 junio 1920).—E. Luengo.

TERAPÉUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las tierras raras por el profesor G. Denigés.—

Los químicos antiguos llamaban metales térreos aquellos cuyos óxidos, insolubles en el agua, tenían el aspecto y las propiedades físicas groseras de la tierra vegetal, sobre todo de la que previene de ciertos suelos cretáceos y arcillosos y designaron con el nombre de *tierras* a estos óxidos; entre éstos unos son muy abundantes en la naturaleza y son las *tierras comunes*; otro de los cuales, el más conocido, es el óxido de cerio, están mucho menos repartidos que los anteriores y se llaman *tierras raras*; entre ellos o a su lado se encuentran las *tierras* llamadas *nobles*, como la thorina que a temperatura elevada tiene un poder emisivo luminoso extraordinario. Atómicamente, por su trivalencia, casi constante y analíticamente, por su propiedad de no precipitar en sus soluciones salinas por el hidró-

geno sulfurado, mientras que el sulfhidrato amónico los precipita en ellas, por el contrario en el estado de hidrato de fórmula general $M(OH)_3$, los metales que de ellos derivan pertenecen al grupo del aluminio y del hierro trivalente (férico), pero se separan de los elementos de este grupo por la precipitación sosiblemente completa, de sus sales bajo forma de oxalatos al principio gelatinosos, después microcristalinos, bajo la influencia del ácido oxálico. Reducidas en un principio las tierras raras al óxido de cerio impuro, extraído de la cerita y a una substancia llamada *yttria*, descubierta en un mineral de Ytterby (Suecia), la *ytterbyta* (después *gadolinita*), no tardaron en aumentar su número. En trabajos memorables (1840-1844) Mosander mostró que la *yttria* podía desdoblarse en tres principios distintos: la *yttria verdadera* de las sales incoloras, la *terbina* cuyo óxido es amarillo y la *erbina*, de sales verdes, nombres derivados todos del de la localidad de Ytterby. Después hizo ver el mismo autor que del óxido de cerio se podían separar el *cerio verdadero*, cuyo nombre procede del planeta Ceres que acaba de ser descubierto al comenzar los estudios de la cerita y cuyo descubrimiento interesaba entonces fuertemente al mundo científico; el *lanthano*, llamado así porque escapa a menudo a su aislamiento e identificación (de un nombre griego que significa ocultarse) y el *dídimo* (que en griego quiere decir gemelos) porque Mosander consideraba a este metal como a un hermano gemelo del lanthano, al cual en efecto se parece mucho. Después, en 1885, Auer von Welsbach, por cristalización fraccionada del nitrato doble de dímio y amonio ha desdoblado el antiguo dídimo en dos hermanos gemelos verdaderos el *neodímio* de las sales rosas y el *praseodímio* de sales verdes. A medida que los procedimientos químicos de fraccionamientos se han perfeccionado y que el empleo del espectroscopio se ha sistematizado, las tierras raras se han hecho extremadamente numerosas, habiendo sido revisadas por el profesor Urbain. Actualmente, los metales correspondientes a estas tierras son unos 15 aproximadamente, y aparte del yttrio cuyo peso atómico es 89, tienen pesos atómicos comprendidos entre 138 y 173, y varían de dos a tres unidades por término medio de uno a otro. Se les divide en grupo cérico, grupo terbico, grupo yttrico, que comprenden: el cerio, lanthano, praseodímio, neodímio, sumario, europio (de Demarçay, cuyas sales se parecen mucho a las de bismuto), gadolinio, terbio, diproso, neoholmio, yttrio, neoerbio y finalmente el lutecio y el neo-yttrio, aislados por Urbain y cuya mezcla constituye el antiguo yterbio de Marignac. Aunque las tierras raras se encuentran muy difundidas en un gran número de minerales naturales, solamente se encuentran en ellos, salvo en la cerita y otros en pequenísimas cantidades. (*Gaz. Hebdom. des Scienc. Medicales de Bordeaux*, núm. 26, 27 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

Ocasión propicia.

Desde la aparición de nuestro último número se ha resuelto por el ministro de Instrucción pública el enojoso asunto de la provisión de las cátedras de nueva creación, adoptando la resolución definitiva que necesariamente tenía que adoptar un ministro a quien llegaba el pleito en las condiciones de planteamiento en que al Sr. Espada se le ha presentado.

Ahora que ningún interés personal inmediato se encuentra en litigio, podemos insistir en lo que desde hace tiempo venimos apuntando. Es necesario, una de dos, o que este procedimiento excepcional de provisión desaparezca totalmente, dado que las condiciones actuales de difusión de los conocimientos y de cultivo espontáneo de la ciencia son muy diversas de las que existían cuando en 1857 se promulgó la actual ley de Instrucción pública, o es necesario acudir a este procedimiento radical de la derogación, o hay que ir derechamente a puntualizar, con sólidas y no dudosas garantías, cuál es el caso en que una enseñanza puede estimarse como absolutamente nueva en todo el organismo docente español, y cuál la personalidad que, por sus especiales condiciones, se imponga y sea reconocida como indiscutiblemente capaz para desempeñar esta enseñanza.

La ocasión actual no puede ser más propicia para que el problema se resuelva con vistas a lo porvenir, que es como se debe gobernar, cuando con imparcialidad y altura de pensamiento se gobierna. Salir del paso y dejar a los sucesores, con la libertad del abuso, las dificultades renovadas y los asedios de los egoismos personales, podrá ser cosa muy al uso de nuestros gobernantes del día, y casi pudiéramos decir del minuto; pero no puede satisfacer ni a los patrióticos anhelos del bien público ni a las aspiraciones puras de la cultura nacional ni a los encargados del ejercicio de un Poder, cuyos prestigios parecen cada día menos estimados y atendidos.

Hay, pues, que ir a la reforma o a la aclaración indubitada, y si en ella se pone mano, no se debe

desdeñar el hacerlo, al propio tiempo, en otras dos cuestiones íntimamente ligadas con ésta, que casi puede calificarse de episódica. Nos referimos a la modificación del Reglamento de oposiciones y a la constitución actual del Consejo de Instrucción pública. Son estos dos puntos sobre los cuales tenemos la certeza de que basta llamar la atención del Sr. Espada, como diariamente se la estarán llamando las ásperas crudezas de la realidad, para que en ellos ponga mano, yendo resueltamente a procurar resoluciones que devuelvan a los organismos actuales aquella respetabilidad y confianza de que antes gozaban, y que en el día tienen visiblemente debilitada. Ni los tribunales actuales, organizados por el Sr. Rodés, de funesta recordación en este punto, pueden merecer la confianza de nadie, ni el Consejo de Instrucción pública, dada su actual constitución, puede ser garantía de esa imparcialidad y elevación de juicio y de *consejo* que debe tener un Cuerpo consultivo que goza de una tradición gloriosa y disfruta de ventajas que a ningún otro Cuerpo le están concedidas.

En los tribunales de oposición hay que ir resueltamente al aumento del número de los jueces, a la representación de elementos positivamente interesados en el prestigio y el resultado de la función docente y no tan sólo en su ejercicio profesional; hay que ir a la garantía del abaratamiento de los emolumentos percibidos, poniéndoles a cubierto de los abusos indelicados a que muchas veces llegan; hay que ir a la pureza en la designación de las representaciones en los tribunales, dejando a las colectividades representadas la designación respectiva de los jueces; hay que ir, por último, a impedir que el oficio de opositor sea una razón para estorbar sistemáticamente y con prolongaciones indebidas de los ejercicios la brevedad de éstos y el libre funcionamiento de los tribunales. Todo esto, a nuestro juicio, repetidas veces lo hemos dicho, puede conseguirse. Con el sistema actual los únicos que pueden influir en la formación de los tribunales son los opositores intrigantes que se amparan en las apariencias de un automatismo irrealizable para saber con la anticipación que quieren los tribunales que podrán funcionar, los jueces que habrán de asistir y los que puede

evitarse que asistan. Queriendo huir de abusos reales e imaginarios se ha caído en otros de una efectividad clara y evidente.

En cuanto al Consejo de Instrucción pública, basta con leer la lista de las personas que por su extraña constitución le forman para comprender que constituye un amasijo de capacidades y representaciones desiguales e incoherentes en número tal, que, si a rigor se llevara, haría imposible su funcionamiento. Y sobre éstos no decimos más por hoy, siquiera estemos dispuestos a hablar con la necesaria claridad a que nos autoriza nuestra experiencia y nuestra imparcialidad.

DECIO CARLAN.

Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central ⁽¹⁾

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

.....

Pero Alemania era poco conocida, científicamente, de España; sabíamos aquí de las viejas Universidades tudescas algo de su gente estudiantil inquieta, buena para cerrar contra burgueses *filisteos*, o para andar entre sí a cintarazos con sus *rapieren*, entre sorbo y sorbo de cerveza, y apenas nada más. Alemania estaba espiritualmente muy lejos de nosotros: su hegemonía política y guerrera, que precede frecuentemente a la científica, empezaba sólo a dibujarse; era muy reciente la campaña del Slewig Holstein, y la victoria de Sadowa tenía demasiado frescos sus laureles.

Acaso en la ciencia no la conocieran tampoco del todo nuestros vecinos los franceses. De otra manera no hubiera sido tan nuevo para ellos el contenido del célebre informe del profesor Jaccoud, en 1864, acerca de la organización de su enseñanza médica. Lo cierto es que hasta 1862 no contó París con la primera cátedra de Histología, la encomendada a Carlos Robin, a pesar de que la escuela de Strasburgo, aún francesa entonces, había ya apuntado su iniciativa en estos trabajos con los nombres de A. Lereboullet y de Küs, catedrático y alcalde de la ciudad al ser ésta rendida a Alemania. Aún conservo viva la memoria de los pequeños manuales del microscopio, que ya más tarde, cuando acabé la carrera, se publicaban en Francia y que constituían el evangelio de todo aquel que quería empaparse en la Histología de aquellos tiempos. Llamábanse entonces los pequeños organismos microscópicos, unas veces células, otras glóbulos, y metamorfosis celulares sus cambios de forma o composición; se admitía como modo de multiplicación la segmentación ofisiparidad binaria que luego se llamó amitótica; se hablaba en serio de la teoría del blastema de Schwann,

(1) Véase el número anterior.

y más tarde, de Robin, que conducía a la posibilidad de la generación espontánea en el seno de un líquido germinativo; y era el cuerpo celular una masa granulosa, translúcida, indefinida y borrosa, que fué Mohl el primero en llamar protoplasma, sin que el microscopio lograra ver más claro ni el histólogo saber más. Ciertamente es que en medio de esto habíanse registrado hallazgos afortunados, como el de la prolongación del cilindro axis por Deiters, años antes, y se había llegado al concepto de la famosa red de Gerlach; pero los pasos en la nueva vía eran lentos, perezosos e inciertos, muchas veces dados a tientas; y el espíritu de la masa común de los médicos no acababa de entrar con ardimiento en ella. Hasta ocho años después de París no tuvo Madrid una cátedra de Histología; el malogrado Maestro de San Juan, entusiasta incansable y amante fervoroso de los estudios histológicos, fué el primero que la desempeñó; mirábanle muchos como un loco adorador de cosas minúsculas, como un virtuoso ejecutor de un instrumento raro, y algunos se preguntaban para qué servía estudiar trozos de tejidos cortados a la navaja y teñidos de tinta roja y perder las pestañas sobre el microscopio, ni qué tenía que ver la clínica con semejantes novedades. Y al ministro que instituyó la cátedra debieron hacérselo creer así, porque la arrinconó por decreto en el doctorado como si su enseñanza no fuese elemento esencial de la carrera. Lástima fué que no le recordaran a este propósito lo de Franklin, cuando, preguntado por alguien: «¿Para qué sirve un globo?» contestó: «Dígame, y ¿para qué sirve un niño recién nacido?» El aeroplano de hoy ha dado la razón al ilustre americano, un siglo largo después.

Y ahora, jóvenes y hombres maduros, discípulos y maestros, pasead vuestra mirada por el campo de la Histología moderna y decidme si los cincuenta años transcurridos han sido por ella bien aprovechados. ¡Qué buena y hermosa cosecha se ha conseguido obtener del microscopio! De Gerlach al eminente Cajal, ¡qué distancia! Desde los tiempos de Robin, en que se daba por vez primera el nombre de leucocitos a los glóbulos blancos de la sangre, que no se descubrieron en ella sino llegado el siglo XIX, hasta nuestros días. ¡cómo maravilla el terreno ganado! De no estar uno curado de asombro, acabaría por dudar de si es posible llegar a más en el camino recorrido.

Ya son instrumentos que provocan la sonrisa los microscopios de hace medio siglo, que sólo como reliquias arqueológicas pueden guardarse. El poder amplificante de los cristales ha llegado al máximo, porque la retina se niega a definir más allá de lo posible. ¡Quién sabe! La ultramicroscopia nos ha hecho dar un paso más permitiéndonos ver partículas diminutas que carecen para la vista de diámetro aparente; y por si eso no fuera bastante, la luz ultravioleta, con objetivos monocromáticos, revela en la placa microfotográfica lo que no pudimos soñar en ver: dígame nuestro Tello husmeando con su ayuda los secretos del protoplasma nervioso.

Los microtomos refinados, que llegan a obtener cortes inverosímiles por lo tenues; los reactivos de todo género que aclaran o descomponen los elementos necesarios de una preparación, induran y fijan, y ablandan o disuelven, y colorean y denuncian los que de otro modo no se habrían hecho visibles; el mercurio y el hierro, el urano con el formol que tales éxitos ha proporcionado a Cajal, la plata amoniacal que con el tanino utilizó el malogrado Achúcarro, los trabajos de Simarro usando los procedimientos químicos fotográficos que llevan la imbibición de los reactivos hasta la médula y el bulbo; las habilidades técnicas, todas, con que el hombre vence la resistencia de lo invisible a ser descubierto, han permitido meter el ojo en un abismo, que es más grande cuanto más pequeño. ¡Haría que ver la estupefacción de aquel mi antiguo maestro de Anatomía si se asomara al objetivo de un Zeiss o un Reichert de nuestros tiempos y atisbara, allá en el fondo, el encaje maravilloso de las elegantes y finas cestillas de las células de Purkinge definidas por Cajal!

Decidme si todo esto y mucho más se parece a aquello que en mis tiempos de joven se sabía. Ya la célula no es un pelotoncillo microscópico indefinido, último término de la substancia orgánica, sino un organismo entero de entrañas asombrosamente complicadas donde los secretos de la nutrición y la explosión de las energías metabólicas tienen tenues, impalpables y múltiples instrumentos. Ella despierta más que nunca la curiosidad del sabio que está seguro de que sólo en ella también ha de hallar la explicación de muchos enigmas. Quizás en ella encuentre sólido apoyo la psicología del porvenir. ¿No han probado Cajal y después Vulpius y Phillipson que las fibras tangenciales de asociación pueden formarse y crecer aumentando la capacidad del cerebro? Jamás se dió prueba más grande de la perfectibilidad humana por la larga y empinada espiral del progreso.

* * *

No os extrañará que ahora os hable de Fisiología, a la que no faltó quien llamará en remotos tiempos «la novela de la Medicina». Sería ofender a los que me escuchan decirles que no hay quien como ella marque, haya marcado y pueda marcar siempre a la Medicina el compás. Pero al siglo XIX pertenece de hecho y de derecho el pleno dominio sobre tal ciencia, porque, al hacerla experimental del todo, la hizo suya. Es verdad que sus primeros vagidos al nacer los dió en manos de Galeno; que creció luego en las de Harvey, y empezó ya vigorosa a vivir en poder de los alemanes Müller, Autenrieth y Burdach, y de los franceses Magendie y Flourens; pero no es menos cierto que quien la consagró soberana en nuestros días fué C. Bernard: ahora ya se sostiene con lozanía en todos los laboratorios del mundo.

Yo, en mis tiempos de estudiante, la encontré en plena fructificación aprovechable; en los cincuenta

años últimos ha logrado sólo hacerse más frondosa y fecunda. Estudiábamos nosotros Fisiología en los días en que C. Bernard y Ludvig hacían prodigios. Pero no podíamos conocer a los fisiólogos de entonces más que de oídas o en los libros. El de texto podíamos llevarlo en el bolsillo: el curso de Fisiología de Duval. Los alumnos aplicados registraban alguna vez una traducción española hecha en la quinta o sexta edición de Beclard, que, por su volumen, era para los escolares de aquellos tiempos, habituados a estudiar en epitomes y manualillos, algo asustadora. ¿Laboratorios entonces? Faltaban por completo en nuestras Facultades. Sabíamos que había aparatos porque los veíamos grabados en los libros; leíamos que los animales servían para curiosos experimentos en el extranjero; conocíamos lo que Magendie había practicado con el estómago para apartar de él la responsabilidad del vómito; no ignorábamos lo que Flourens había hecho con la medula: nos habían dicho en clase que punzando el suelo del cuarto ventrículo aparecía azúcar en la orina; que el hígado, por ejemplo, servía para mucho más que cuando en el siglo XVII Barthelin le dedicó unas exequias y le escribió un epitafio en vista de su inutilidad; y con nuestros entusiasmos de muchachos, saboreábamos con deleite los interesantes relatos de animales sometidos a la vivisección en los laboratorios; pero... ¿aparatos a nuestra vista?, ninguno; ¿ensayos de un experimento, por insignificante que fuere?, ni pensarlo. Pasamos el curso sin destripar una rana y llevándonos, hasta el final de la carrera, la idea de que eso de cortar medulas y ligar arterias y abrir en canal a un perro con ánimo de descubrir algo en él debía ser cosa difícil, y, por lo tanto, algo como empresa temeraria tan sólo reservada a los escudriñadores de otras tierras; parecía ser la Fisiología experimental para nosotros ciencia extranjera a la que no era permitido ser importada más que como mercancía de libro.

(Se continuará)

Homenaje a Martín Salazar

Con motivo de la celebración de la Semana Médica en Santander, cuyos actos comenzarán el 2 del próximo mes, y terminarán el 9 del mismo, tendrá lugar la inauguración del sencillo y elegante monumento dedicado al Inspector general de Sanidad, D. Manuel Martín Salazar, costado por sus amigos y admiradores y ejecutado por el inspirado escultor, Sr. Marín.

Bien merecida es la distinción y bien justificado el homenaje que este monumento signica; pero en él se afirma, además de los merecimientos personales del Sr. Salazar, la serena justicia con que sabe la sociedad y el conjunto de los hombres discretos, sobreponerse a las campañas transitorias de la bullangüeria, la envidia y el fracaso.

Suscripción iniciada entre las clases sanitarias para dedicar un homenaje, en Pedrosa, al ilustre inspector general de Sanidad del reino, Dr. D. Manuel Martín Salazar.

	Pesetas.
S. M. la Reina D. ^a Victoria.	150
Eugenia.....	50
Marquesa de Alhucemas.....	50
Marquesa de Comillas.....	50
Condesa de Romanones.....	50
Condesa de Heredia Spínola.....	50
Dr. Murillo.....	50
Dr. Rodrigo Lavín.....	50
Médicos de la Sección Central de Sanidad Exterior..	150
Inspector provincial de Madrid.....	75
Dr. Malo de Poveda.....	50
Dr. G. Tapia.....	150
D. Simón Hergueta.....	50
Dr. Goyanes.....	100
Dr. Martín Bayod.....	10
D. Nicolás R. Abaytúa.....	50
» Enrique de Isla.....	25
» Dalmacio García Izcara..	50
Dr. Grinda.....	25
D. Santiago Ramón y Cajal.	100
» Ramón Serret.....	50
» Víctor María Cortezo.....	50
» Antonio Ruiz Falcó.....	50
» Salvador Remón.....	50
» Alfonso Medina.....	50
» Gustavo Pittaluga.....	25
» Luis Rodríguez Illera.....	25
» Jorge Ramón Fañanas.....	25
» Julio Hidalgo.....	25
» Victoriano Colomo.....	25
» Juan J. Mouriz.....	25
» Lorenzo Ruiz de Arcaute.....	25
» Julio Blanco.....	25
» Eduardo Gallardo.....	10
» Daniel Torres.....	10
» Luis Lamas.....	10
» Aurelio Estremera.....	10
» Pedro Clemente.....	10
» Francisco Bustamante.....	10
» Obdulio Fernández.....	50
» Victorino Serrano.....	10
» Amalio Gimeno y Cabañas	150
» José del Pino.....	40
» Menéndez Tejo.....	25
» Julián Adame.....	25
» Camilo Pintos.....	25
» Benito Minagorre.....	50
» Joaquín Aleixandre.....	25
» Benito Avilés.....	50
» Manuel Morales.....	50
» Manuel Martí.....	25
» José Morales.....	25
» Enrique Doz.....	50
» Francisco de B. Aguilar..	25
» Manuel Manzanegue.....	50
» Angel Nieto.....	25
» Leoncio Bellido.....	35
» Felipe Isla.....	25
» Anselmo Bonilla.....	50
Rodríguez Pinilla.....	25
» Clodomiro Andrés.....	50
» Eduardo Palomares.....	100
» Cipriano Alonso.....	25
» Cándido Ballés.....	25
» Sixto Botella.....	25
» Juan B. Horques.....	50
» Miguel Gómez Camaleño.....	25
» Mariano M. Abad.....	25
» Aurelio García Gavilán..	25
» Arturo Daza del Campo..	50

Suma y sigue..... 1.925,00

	Pesetas.
Suma anterior.....	1.952,00
D. Miguel Peña.....	25
» Celestino Compaired.....	25
» Enrique Pratosi.....	50
» José Arroyo.....	25
» Ramón Llord.....	25
Fernández Campa.....	25
Pérez Jiménez.....	25
D. César García Teresa.....	25
Dr. Trallero.....	150
Junta de Subdelegados de Barcelona.....	150
Dr. Ferrand.....	100
» Paniagua Melero.....	3
» López Romero.....	2
» Lara Lucena.....	2
» Pérez Caballero.....	2
» Pérez Jiménez.....	2
» Alguacil López.....	2
» Jurado López.....	2
» Montís Domínguez.....	2
» Varo Arlona.....	2
» Reina.....	2
» Galán Pérez.....	2
» Galán Nadales.....	2
» Serrano.....	5
» Navas Navaja.....	2
» Fernández.....	2
» Márquez Criado.....	5
» Fuentes del Río.....	3
» Criado Rodríguez.....	2
» J. Antonio Fuentes.....	2
» M. Navajas León.....	5
» Navajas Bravo.....	2,50
» Fernández Carrillo.....	2,50
» Cubero Cubero.....	2,50
» Villegas Montesinos.....	25
» Mira.....	5
» Mores.....	5
» Díaz Burgos.....	10
» León García.....	5
» Escribano Cabello.....	5
» Espinosa.....	5
» Moreno.....	5
» Olaegui.....	5
» Muñoz.....	5
» Alvarez.....	5
» Luna.....	5
» Losada.....	5
» Cabello.....	5
» Rodríguez.....	2,50
» Murillo.....	2,50
» Jiménez.....	5
» Rodríguez.....	5
» Garcés.....	5
» Rodríguez.....	5
» Romero.....	5
» Horts Pérez.....	5
» Rieda Morales.....	5
» Salto Ariza.....	5
» Baena Tirado.....	5
» Llamas Cruz.....	3
» Blanco.....	50
» Angel Santos.....	5
» Mariano Magide.....	15
Subdelegado de Veterinaria de Baltanás.....	5
Idem de Medicina de id.....	10
D. Mariano García.....	5
» Gaspar Juan Villamer...	5
Dr. Bobadillo.....	5
Subdelegado de Medicina de Cifuentes.....	5

Suma y sigue..... 2.761,50

SIL = AL

Silicato de aluminio purísimo
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid

	Pesetas.		Pesetas.
<i>Suma anterior.....</i>	2.761,50	<i>Suma anterior.....</i>	3.973,50
D. Antonio Ezpera.....	Atienza..... 15	Subinspector de Farmacia de Torrox.....	5
Subdelegado de Brihuega...	5	Idem de id. de Marbella....	2
D. Eduardo Morales.....	Cifuentes..... 5	Subdelegado de Farmacia de Antequera.....	10
Dr. Varela.....	Cogolludo..... 5	Idem de Veterinaria de Vélez	10
» López Comas.....	Insp. Provin- cial Baleares. 50	Idem de Medicina de Torrox.	5
» Pedro Ferrer.....	Amoraitre..... 5	D. Mariano Morales.....	Insp. Provin- cial Santander 150
» Francisco Nadal.....	Manacor..... 10	» José Carral.....	San Vicente de la Barquera... 10
» Antonio Ferrer.....	Idem..... 5	» Evelio Bravo.....	Villacarriedo.. 5
» Honorato Puerto.....	Idem..... 5	» Angel Lama.....	Potes..... 5
» Miguel Servera.....	San Servera... 5	» Francisco Paisán.....	Laredo..... 5
» Miguel Nebot.....	San Lorenzo... 5	» Díez Somonte.....	Castro Urdiales 5
» Cristóbal Bennazor.....	Felanitx..... 5	» Saturnino Alonso.....	Ramales..... 10
» Guillermo Blanes.....	Artá..... 5	» Dies de los Ríos.....	Reinosa..... 10
» Jaime Oliver.....	Petra..... 5	» J. Caviedes.....	Potes..... 5
» Jaime Arcom.....	Alcudia..... 10	» Francisco Soberón.....	Idem..... 10
» Antonio Serra.....	Ibiza..... 10	» Manuel Gutiérrez.....	Santander..... 5
» Antonio Corta.....	Idem..... 5	» J. Sañudo.....	Torrelavega... 20
» Jaime Fonk.....	Palma..... 5	» G. Gómez.....	Cabuérniga... 5
» Panrrell.....	Bañalbufor... 5	» Quintana.....	Torrelavega... 10
» Miguel Calafull.....	Santa Eugenia. 5	» Pedro Gavilán.....	Santander..... 10
» Juan Llagres.....	Idem..... 5	» Hontañón.....	Idem..... 10
» Juan Marqués.....	Soller..... 5	» Maté.....	Idem..... 5
» José Berd.....	Santa María... 5	» Victoriano Sáinz.....	San Vicente de la Barquera... 5
» Mateo Font.....	Esports..... 5	» Angel Ruiz.....	Santoña..... 10
» José Lastre.....	Buñola..... 5	» Teófilo Morató Cárdenas.	Director de Cas- tro Urdiales.. 100
» Ramón Bosch.....	Pollensa..... 5	» Julio del Arco.....	Hab. ^o de id. id. 25
» Bartolomé Vaquer.....	Calvia..... 5	» Julián Francés.....	Sec. ^o de id. id. 15
» Francisco Benarent.....	Campos..... 5	Dos marineros de la Estación Sanitaria de Castro Urdia- les.....	5
» José Ramón Call.....	Estelleuchs... 5	D. José González Pou.....	Direc. Santand. 150
» Juan Bizquerra.....	Campanet..... 5	Dr. García Luquero.....	Médico 2. ^o idem. 100
» Joaquín Porto.....	Bujer..... 5	D. Antonio Zumelzu.....	Secret. ^o de idem 10
» José Jiménez.....	Balldemosa... 5	» Alejandro Gómez.....	Est. Sant. de id. 2
» José A. Mayol.....	Fornalutx..... 5	» Ceferino García.....	Idem..... 7
» Rieux.....	Alazor..... 5	» Agustín Cebria.....	Idem..... 10
» Pedro Ignacio Crespi...	La Puebla..... 25	» Martín Machado.....	Idem..... 10
» Luis Barcias.....	Llubí..... 5	» Federico Fernández.....	Idem..... 4
» Antonio Ripoll.....	Lloseta..... 5	» Faustino Martínez.....	Idem..... 4
» Rogelio Figueiras.....	Juca..... 5	» Antonio Figueroa.....	Insp. Provin- cial de Huelva 100
» Antonio Riera.....	Idem..... 10	» Pedro Fernández.....	Villanueva de los Castillejos. 5
» César Sebastián.....	Insp. Provin- cial Guipúzcoa 75	» José González.....	Idem..... 5
» Elósegui.....	San Sebastián.. 50	» Aniceto Urbano.....	Subdelegado de Valverde..... 5
» Ramón Moraiz.....	Idem..... 50	» Francisco Muriel.....	Inspector Muni- cipal Benares. 5
» Manuel Vidaur.....	Idem..... 75	» Mariano Méndez.....	Subd. Aracena. 5
» José Eguiguren.....	Idem..... 10	» Juan Fernández.....	Inspector Muni- cipal Trigueros. 5
» Francisco Benesando.....	Idem..... 25	» José Velasco.....	Idem id. Enci- nasolo..... 5
» Alfredo Camiño.....	Idem..... 25	» Guillermo Moreno.....	Id. Higiene Pe- cuaria Huelva. 5
» Fernando Ortega.....	Idem..... 25	» R. Merino.....	Id. Mun. Cala. 5
» Prudencio Azcoaga.....	Idem..... 25	» Angel Novalvos.....	Id. id. de Beas. 5
» Luis Ruiz de Arcaute...	Tolosa..... 25	» L. de la Molina.....	Id. Provincial de Vizcaya... 150
» José Ogazón Cirer.....	Direct. Puerto San Sebastián. 50	» Becarés.....	Id. id. Oviedo.. 100
» Salort Domenech.....	San Sebastián. 150	» Suárez Infiesta.....	Direct. P. ^o Gijón 50
» Adolfo Tirado Cuervas...	Estación Sani- taria Puerto.. 15	» Rodríguez López.....	Médico 2. ^o de id. 50
» Pedro Sánchez Echevarría	Idem id. id.... 15	» Francisco de la Cruz.....	Secret. ^o de id.. 5
» M. Cornelio Gurmendi...	Idem id. id.... 15	» Rafael Varela.....	Est. Sanit. ^a id. 5
» Salvador Jeazategui.....	Idem id. id.... 15	» Emilio Fernández.....	Idem..... 3
» Alonso.....	Insp. Provin- cial de Alava.. 50	» Fermín Fernández.....	Idem..... 2
Colegio de Médicos de Alava.	25	» Amadeo Fontán.....	Idem..... 5
D. Isidoro Lajarreta.....	Vitoria..... 5		
» Ulcesano Laorden.....	Laguardia..... 5		
» Baldomero Landazuri...	Urcabustaiz... 2		
» Juan R. Zulueta.....	Llantenno Ayala 10		
» Justo Gorostiaga.....	Llodio..... 10		
» Felipe Palomares.....	Bóveda de Val- degovia..... 10		
» Gabino de Orbe.....	Oyón..... 5		
» Manuel Álvarez.....	Moreda..... 5		
» Ramón Sarraalde.....	Yécora..... 5		
Inspector Provincial de Sani- dad de Málaga.....	150		
<i>Suma y sigue.....</i>	3.973,50	<i>Suma y sigue.....</i>	5.262,50

(Se continuará).

CARBOLANPelrid's C.^o, New-YorkPomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para he- ridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.^o y 2.^o grado, etc.

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

Proyecto de Reglamento ⁽¹⁾

DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MADRID, LEÍDO Y TOMADO EN CONSIDERACIÓN EN LA JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA CELEBRADA EL DÍA 8 DE JUNIO DE 1920

Art. 25. Sin previamente estar inscrito en el Colegio ningún médico debe solicitar el alta en la matrícula de la contribución industrial para el ejercicio de la profesión, y este requisito debe siempre cumplirlo por intermedio del Colegio.

Art. 26. Por el hecho de estar inscrito en el Colegio, el colegiado confiere facultad al Presidente o a quien le sustituya para que como mandatario suyo otorgue poder para litigar a favor del procurador a quien el Colegio conceda la representación de sus individuos.

Art. 27. *Son deberes de los colegiados:*

1.º Cumplir fielmente este Reglamento y los acuerdos de las Juntas generales y de la Junta de gobierno y obligar a cumplirlos a los que, olvidando lo que deben a la colectividad, se consideran relevados de acatarlos.

2.º Poner en conocimiento de la Junta de gobierno sus cambios de domicilio, traslación de vecindad, las ausencias que hayan de prolongarse más de tres meses, los incidentes o percances que tal vez les ocurran y las ofensas e injusticias de que puedan ser objeto en el ejercicio de la profesión.

3.º Dar conocimiento a la Junta de gobierno de los actos de intrusismo e inmoralidad médica de que tuviesen conocimiento y los defectos o faltas que notasen en el ejercicio de la profesión.

4.º Extender las certificaciones que le soliciten en los impresos del Colegio y procurar que pongan los interesados el sello de dos pesetas a que se refiere el párrafo 2.º del art. 4.º del Real decreto de 15 de mayo de 1917.

5.º Asistir, siempre que le sea posible, a las sesiones de Junta general y a cuantos actos celebre la Corporación.

6.º Cumplir exactamente lo dispuesto sobre los sellos del Colegio de Huérfanos.

7.º Satisfacer las cuotas que les correspondan.

8.º Desempeñar fielmente los cargos para que fueran elegidos y las comisiones que se les encomendasen.

9.º No se encargarán de la asistencia de ningún enfermo visitado por otro compañero en el curso de una enfermedad, si no precede consulta o acuerdo por escrito de ambos.

Ningún médico podrá negarse a celebrar consulta con cualquier otro, designado por la familia, siempre que goce de los derechos de colegiado.

10. No solicitará plazas que se hallen ocupadas ni aceptará vacantes cuando el profesor que la desempeñaba hubiese sido separado injustamente o tenido que retirarse ofendido en su dignidad profesional o perjudicado

(1) Véase el número anterior.

en sus intereses, sin que antes el Colegio haya intervenido arreglando o fallando el particular de la manera más conveniente a la clase.

11. No aceptará ninguna plaza que le ofrecieren, cualquiera que sea la entidad, Municipio, Empresa, Sociedad o particular que la ofrezca, sin antes informarse del Colegio, para que éste, conociendo las obligaciones que se le imponen y la remuneración que tiene, las causas por que ha vacado, etc., aconseje ha no su aceptación.

Si la plaza hubiera de ser solicitada, lo hará por intermedio del Colegio, enviando la solicitud para que él la curse.

Art. 28. *Son derechos de los colegiados:*

1.º Utilizar el local, mueblaje, Biblioteca y aparatos del Colegio, no pudiendo separar objeto alguno del domicilio social ni de su respectivo departamento, salvo en los casos especiales en que así lo acuerde la Junta de gobierno o el Colegio en Junta general.

2.º Recibir las publicaciones que edite la Corporación.

3.º Utilizar el servicio jurídico del Colegio, siempre que tenga que litigar por asuntos profesionales.

4.º Obtener el apoyo moral y material de la clase y la defensa de la Junta de gobierno y del Colegio, siempre que haya sido ofendido en su dignidad, o bien, perjudicado en sus intereses profesionales.

5.º Examinar y fiscalizar toda la documentación del Colegio, especialmente la referente a los ingresos, gastos y demás detalles del régimen económico.

6.º Tomar parte en todas las sesiones, votaciones y actos de la Corporación, y proponer cuantos acuerdos juzgue oportunos y convenientes.

7.º Obtener las certificaciones que le convengan, las cuales les serán libradas siempre que se refieran a asuntos profesionales y consten los correspondientes datos en Secretaría.

(Se continuará)

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

Inspección general de Sanidad.

CIRCULAR

A fin de que las Comisiones sanitarias provinciales a que se refieren el Real decreto de este ministerio de 11 de mayo último y Real orden de 18 del actual puedan proceder a la remisión de datos referentes al saneamiento de las poblaciones, se publica el Cuestionario a que habrán de responder y una relación de los documentos que han de elevar a la Comisión Sanitaria Central, aneja a esta Inspección provincial.

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.

CUESTIONARIO

PARA LAS COMISIONES SANITARIAS PROVINCIALES

- a) ¿Hay alcantarillado en esa población? ¿De qué tipo? (Unitario, separativo, mixto.)
- b) En caso afirmativo, ¿qué condiciones higiénicas reúne? ¿Buenas, medianas, malas?
- c) En caso negativo, ¿hay proyecto redactado? ¿Qué destino se da a las aguas negras y cuál es el que tienen en la actualidad?
- ch) ¿Qué cantidad de agua potable corresponde diariamente por habitante?
- d) ¿Cuál es la procedencia del agua (de río, de manantial o de pozo) y en qué condiciones se verifica la captación y conducción?
- e) ¿Existe canalización de agua para servicios públicos? (Riegos de calles, limpieza, etc.)
- f) ¿Se someten las aguas a algún tratamiento para mejorarlas? (Filtración, esterilización, corrección química.)
- g) ¿Qué resultados arrojan los análisis químico y bacteriológico de las aguas potables?
- h) ¿Hay proyecto redactado para aumentar el caudal de aguas potables disponible o para mejorar sus condiciones higiénicas?
- i) ¿Es seco o húmedo el subsuelo de la población?
- j) ¿A qué profundidad se encuentra aproximadamente la capa acuífera subterránea?
- k) ¿Hay sospechas de que el subsuelo está contaminado por filtraciones de aguas negras o industriales?
- l) ¿Qué sistema de pavimentación es el más generalizado en la ciudad y qué tanto por ciento del total representa la superficie pavimentada? (Asfaltado continuo de cemento, adoquinado, macadán, de cuña, etc.)
- ll) ¿Las calles son, en general, anchas o estrechas? (Inferiores a 10 metros.)
- m) ¿Abundan o escasean los espacios libres? (Parques, jardines, plazas.)
- n) ¿Hay plan de ensanche aprobado o proyectado?
- ñ) ¿Qué altura máxima toleran las Ordenanzas municipales para las casas, en relación con la anchura de las calles? (Doble vez y media, igual.)
- o) ¿Existen barrios marcadamente insalubres por la falta de condiciones higiénicas de las vías o de las viviendas?
- p) ¿Se han construido o no viviendas acogiendo a la ley de Casas baratas y en qué proporción?
- q) ¿Tiene el Ayuntamiento establecido el Registro sanitario de viviendas?
- r) ¿Es obligatorio o voluntario el establecimiento de servicio de agua corriente en los edificios de uso público? (Teatros, cafés, casinos y casas particulares.)
- rr) En general, ¿las viviendas reúnen buenas, medianas o malas condiciones higiénicas? ¿Cuál es el tanto por ciento de viviendas antihigiénicas por: 1.º, hacinamiento de los habitantes; 2.º, exceso de hume-

dad; 3.º, falta de luz y ventilación; 4.º, falta de retretes aceptables?

s) ¿Hay instaladas en el casco de la ciudad industrias insalubres o peligrosas? Condiciones higiénicas de los locales destinados a Centros docentes (Escuelas, Institutos, etc). Idem de los Mataderos. Idem de los lavaderos públicos. ¿A qué distancia están los cementerios en uso?

t) ¿Pasa por la población o sus cercanías (menos de 12 kilómetros) algún curso de agua contaminado?

u) ¿Con qué medios cuenta la ciudad para practicar la desinfección domiciliar o la fije en establecimientos adecuados y la esterilización de ropas y efectos?

v) ¿Existen laboratorios para el análisis químico-bacteriológico de aguas y alimentos?

x) ¿Qué medidas conducirían, a juicio de esa Comisión, más rápidamente a mejorar el estado sanitario de la población?

DOCUMENTOS

QUE DEBEN REMITIRSE, CON LA POSIBLE URGENCIA, POR LAS COMISIONES PROVINCIALES DE SANIDAD A LA COMISIÓN CENTRAL

a) Un ejemplar de las Ordenanzas municipales vigentes o copia de la parte que se refiera a las vías y viviendas.

b) Un certificado de análisis de las aguas que se consumen para la alimentación.

c) Estadísticas de mortalidad en los tres últimos años, tomando los datos de los Registros de los Juzgados municipales o de los cementerios.

d) Copias de planos de la población, del alcantarillado, de la conducción de las aguas, de viviendas, edificios, etc., que demuestren el estado actual sanitario de las mismas y de croquis y proyectos de mejoras existentes.

Dios guarde a V. muchos años. Madrid, 18 de Junio de 1920.—El inspector general, *Manuel M. de Salazar* Señor Inspector provincial de Sanidad de....

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,0; id. *mínima*, 703,2; temperatura máxima, 33º9; id. *mínima*, 9º8; vientos dominantes, S. NE. ENE.

Aun habiendo disminuido considerablemente el número de las afecciones agudas del aparato digestivo, siguen observándose las gastroenteritis, las infecciones febriles y los cólicos intestinales y de los órganos anejos.

Los estados congestivos del aparato respiratorio y las fluxiones del sistema nervioso se presentan con alguna frecuencia.

En la infancia no se observa ningún padecimiento de índole epidémica, predominando los gastrointestinales, sobre todo en la edad del destete y debidos al régimen mal dirigido.

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

Crónicas

Colegio de Huérfanos.—Designados por el Patronato los niños que habían de marchar a los baños de Chipiona, por cuenta de la Colonia escolar, han sido elegidos los siguientes:

Inés y Genoveva Rodríguez, Concha Patiño, María Sanz, Natividad Alba y Asunción Martínez; Gregorio Mansión, Gumersindo de Anca, José Limo, Claudio Ramos, Juan Bautista Cano, Julio Grifol y Enrique Puig Mars.

Todos van lo convenientemente equipados para los dos meses que ha de durar la temporada de veraneo.

Asamblea regional de médicos.—Con gran brillantez se ha celebrado en el paraninfo de la Universidad de Santiago la sesión de clausura de la Asamblea de médicos de Galicia.

Las conclusiones más importantes, que fueron leídas y aprobadas por aclamación, son las siguientes:

Pago por el Estado de los titulares y forenses, nombramiento de propietarios a los titulares interinos con más de un año de antigüedad, concesión de ascensos por quinquenios a los forenses, a contar desde 1915; señalamiento de honorarios mínimos en la prestación de asistencia médica y conversión en ley del actual reglamento de Sanidad.

Puso término al acto—haciendo resumen de los discursos—el rector de la Universidad, que alabó el espíritu revelado en las manifestaciones de la Asamblea, y ofreció el apoyo del claustro universitario compostelano.

El Congreso de Amberes.—Ha sido ultimado y distribuido el programa del Primer Congreso Internacional de Historia de la Medicina, que se reunirá en Amberes del 7 al 12 de agosto.

Hay anunciadas interesantes comunicaciones, procedentes de profesores de diversos países.

El Gobierno español ha nombrado representantes suyos a los Sres. Aibiñana y Fernández Alcalde.

Nueva revista dermatológica.—Con el nombre de *Acta dermatovenerológica* han fundado una nueva revista los médicos escandinavos, que se publicará en las tres principales lenguas europeas, a medida que se reciba el material; el redactor jefe es el profesor Almkvist, de Sjukhuset St. Gjoran.

Cada volumen constará de 500 páginas y la suscripción por volumen es de 20 coronas suecas.

Sarampión y viruela en Ontario.—La epidemia de sarampión en Ontario ha aumentado. De un total de 3.768 casos de enfermedades comunicables de que se dió cuenta en mayo, los casos de sarampión llegaron a 2.264, con 45 defunciones. Se comunicaron 290 casos de viruela, sin ninguna muerte.

La Sanidad en Palestina.—La Unidad Zionista Americana, que envió la organización zionista de los Estados Unidos a sanear la Tierra Santa, se ha dedicado a combatir el paludismo, y casi ha eliminado la enfermedad del país. Ha establecido Hospitales y Clínicas en Jerusalén, Jafa, Tiberiades y Safed.

Nuevo dispensario de la Cruz Roja.—El día 5 de los corrientes se celebró en Toledo el acto de la inauguración del nuevo dispensario de la Cruz Roja, con asistencia del marqués de Rocamora en representación del Rey, de los senadores Sres. Semprún y Conde y de las autoridades civiles y militares.

El citado establecimiento, que dispone de gran cantidad de material sanitario y quirúrgico, fué bendecido por el capellán mayor, D. Francisco Frutos Valiente.

Los niños tuberculosos de Pamplona.—Despedida en la estación de aquella capital por el alcalde y autoridades provinciales, ha salido para el sanatorio de la Pedrosa la colonia de niños tuberculosos de Navarra.

Suscripción para el Instituto Rubio.—Continúa abierta la suscripción en favor del Instituto Rubio.

He aquí la última lista:

Suma anterior, 61.465,85 pesetas. Doña Carolina García de Figueras, 1.000; Doña Elena del Castillo de Blanco, 500; D. Torcuato Luca de Tena, 250; señor duque de Alba, 250; señor marqués de la Mina, 250. Total, 63.715,85 pesetas.

Las personas que lo deseen pueden enviar sus donativos al Sr. D. Ignacio Batier, calle de San Bernardo, 54, o al Instituto Rubio, Moncloa.

El conde de los Gaitanes ha regalado al Instituto Rubio un valioso aparato de Alta Frecuencia,

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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OXONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización,

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, núm. 4, Madrid.

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



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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.