

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 J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ 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 HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéuticas de la Facultad de Medicina de Madrid.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRÉ 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: La termoeterización, por el Dr. D. Antonio Morales.—Quiste seroso congénito infectado consecutivamente a una faringitis difterioide de Vincent, por el Dr. José M.^a Barajas y de Vilches.—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 Instrucción Pública.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

NOTAS CLINICAS

La termoeterización

POR EL

DOCTOR D. ANTONIO MORALES, de Barcelona

Tengo practicadas directamente o bajo mi dirección 8.951 termoeterizaciones desde el día 25 de Febrero de 1887, en que anestesié a una religiosa, con motivo de una resección parcial del fémur derecho, hasta la última, que consistió en extirpar un epiteloma del labio interno derecho de la vulva: operación practicada por mi hijo.

En esta larga serie, precedida de una extensa y meditada experimentación en perros y conejos, antes de emplear esta clase de anestias con la especie humana, he tenido motivos suficientes y decidida voluntad en estudiar esta interesante operación, preliminar a muchas de las intervenciones quirúrgicas.

Parecía extraño que habiendo sido la anestesia etérea en 1847, la primera que se descubrió por Jackson y Morton, quedase reducida a un segundo lugar, después que Simpson proclamó las mejores ventajas que el cloroformo tiene sobre el éter. La razón de ello estriba en la manera más sencilla y menos aparatosa que tiene la anestesia clorofórmica sobre la etérea. A más: que el éter en frío produce un gran descenso de tem-

peratura que tiene su influencia sobre el aparato pulmonar y determina lesiones inflamatorias; a la inversa que el éter recalentado aumenta la temperatura dos grados y medio sobre la normal, y hace entrar en reacción inmediatamente a los individuos hipotérmicos; ya sea cualquiera la causa que determine la hipotermia. Tanto es así, que si en un individuo hipotérmico, como por ejemplo con los que sufren lo que se llama *cólera herniario*, se aplica el aparato a 41° en plena generación de vapores etéreos, puesto que el éter entra en ebullición a 36°6, y no produce la hipertermia etérea, por no tener el individuo reservas termógenas, no debe practicarse operación alguna, pues el individuo está irremisiblemente condenado a morir. He visto varios casos, y bajo esta base presenté una comunicación al Congreso Internacional celebrado en Madrid.

En vista de que el cloroformo producía algunos casos de muerte por síncope cardíacos, se procuró sustituirlo, y todas las tentativas fueron infructuosas. El rigoleno, el amilesio y el sulfuro de carbono con muchos otros fueron abandonados por defraudar las esperanzas que en ellos se habían fundado. Entonces se emplearon una multitud de procedimientos de anestias locales, y sólo la raquianestesia se ha sostenido para las operaciones que se practican en la parte inferior del cuerpo y las inyecciones tronculares para la extirpación total de la laringe, con cuyo procedi-

miento ha obtenido felices resultados el Dr. Botey, a quien he visto practicar algunas operaciones de este género.

La manera cómo se emplea el éter en frío en las clínicas extranjeras, en las que he podido observar este *modus operandi*, me parece: que en la mayoría de casos son llevados los operados a los anfiteatros operatorios con fuertes estertores, síntomas evidentes de parálisis pulmonar. Con el éter en caliente se gradúa mejor la anestesia, y el primer signo que se observa, es el estertor traqueal, síntoma de la anestesia que se puede llamar quirúrgica.

Otro de los signos que me han servido de guía para conocer el período de anestesia quirúrgica, es la relajación muscular. Así como para apreciar este período en la cloroformización, se provoca la sensibilidad en la conjuntiva, con el éter hay que levantar un brazo del operado, y si la extremidad cae como cuerpo inerte, se puede empezar la operación, pero si queda en la posición enhiesta, como si fuese un catáleptico, es signo evidente de que el operado no está en el período que se llama quirúrgico.

No voy a ocuparme ni de las condiciones del éter ni aparatos y perfeccionamientos, que sucesivamente fui aportando al primitivo, pues esto sería muy extenso para lo que en este artículo me propongo; voy a ocuparme de la *excitación cerebral* que el éter produce y de lo que denomino *sugestión etérea*. Es notable la excitación que el éter produce en la función cerebral. He podido observar muchísimos casos: Una mujer celosa de su marido, a quien aconseja en un discurso elocuente y amoroso, que no vaya al baile porque allí puede encontrar quien le *robe su cariño*. Un aficionado a los toros, que en el período de excitación se *arranca*—como se dice en cierta clase de argot—cantando una seguidilla, que creo que era de una zarzuela muy popular:

«El arte del toreo
vino del cielo,
y con sus memoriales
vino Frascuelo.»

Un ácrata de Sabadell, que en dicho período de excitación, tomando con sus manos una actitud de orador tribunicio, exclama: ¡El hombre explotado por el hombre como una bestia humana! ¡Tanto como tienen unos y otros tan poco! ¡Esos desgraciados mártires de Chicago! Y a este tenor nos endilgó un discurso, hasta que vino el período de anestesia quirúrgica. Uno de los alumnos que oyó lo de los mártires, me dijo después particularmente, pero con verdadera candidez: Este operado debe ser muy cristiano—, ¿Por qué?—le respondí.—Como hablaba de los mártires,—me dijo inocentemente.—Curó este sujeto, que era un buen obrero, y me dijo su hermana que la lectura de ciertos folletos le tenían muy preocupado.

La excitación con las inhalaciones del éter ha llegado a generalizarse, especialmente en Francia, que ha venido a constituir un verdadero vicio. Así como la morfina, la novococaina y estovaina, y antes los alco-

holes hoy se inhala el éter como si fuese un placer recreativo.

Se vende el éter sin receta, y hay un verdadero abuso, al igual que el de la morfina, produciendo ese gran número de desgraciados morfínomanos.

Hubo en Francia un célebre novelista contemporáneo, que sólo escribía bajo la excitación del éter. Este escritor reunió una inmensa fortuna que le permitía hasta tener un jat de recreo y una hermosa casa de campo, cerca de París. Tanto abusó del excitante, que recibió *a tiros* a unos amigos que fueron a visitarle. Primer síntoma de locura, terminando sus días recluido en un manicomio.

A veces estas excitaciones determinan discursos y pláticas que son inoportunas y peligrosas. Operaba a una joven recién casada, y en la excitación etérea se ocurre decir: «A mi esposo lo quiero muchísimo; no se parece a mi suegro, que es un verdadero *mamarracho*». Suegro y esposo presenciaban la operación. Hice que el anestesiadador insuflara con mayor fuerza las inhalaciones, para llegar pronto a la anestesia quirúrgica; y después procuré calmar los celos del suegro, ante las manifestaciones inconscientes de su hija política, manifestándole que, en los sueños, y más con el éter, por sus *condiciones especiales*, hay irresponsabilidad absoluta. No sé si llegué a conseguir mi objeto.

En el retorno a la vida de relación, en ese período de semilucidez, verdadero crepúsculo de la inteligencia, se encontraba un operado, cuya historia, muy curiosa, voy a relatar: Tratábase de un marinero de la Trasatlántica, gaditano, y con hablar en *andaluz tan cerrado*, que sólo podrían comprenderlo los que nacieron en andaluzas tierras. Es fácil que por este motivo vino al hospital para que yo le operase. Tenía, a consecuencia de un sinnúmero de blenorragias bastardas o balanopostitis, una elefantiasis del *prepucio*. Este vocablo debió quedársele muy impreso en el *intelecto*, cuando le manifesté que había que extirparle el *prepucio*. Usted haga lo que crea conveniente—me dijo el gaditano.—He venido con firme determinación para que usted me opere. Usted es el cuchillo y yo soy la carne. Ingresó en el hospital; se operó, y al llegar al período que antes he dicho, creyó en sus sueños etéreos que alguno se reía. Ante aquella alucinación del oído, levanta la mano derecha y el índice en extensión, y dice: *Zeñores*, que no es caso de broma ni de risa, que se le está cortando el *prepucio* a don Manuel Sánchez de la Pedroza (nombre del operado). Esta interpelación de *Don Manuel* produjo tal hilaridad entre los alumnos, que al anestesiadador se le cayó al suelo la mascarilla etérea con la que anesthesiaba al marinero.

Uno de los fenómenos más curiosos que he podido observar en las inhalaciones con el éter anestésico es la *sugestión etérea*. El motivo de fijar la atención en esta clase de sugestión, fué un curioso proceso que hubo en París con motivo de un asesinato, en cuyo proceso intervenía el célebre Brouardel, catedrático de Medicina Legal y decano de la Facultad de Medicina.

Como negaran los procesados, absolutamente, propuso el notable Perito, que se empleara el hipnotismo para esclarecer la verdad de los hechos. Esto fué muy discutido, y, por último, acabó por desecharse tal propósito. Ya se daba por descontado: que la prueba no tendría las condiciones legales por la inconsciencia en que se provocaba.

La dificultad principal, pese a los hipnólogos, es que un criminal puede emplear la contrasugestión y no se dejará hipnotizar, pues empleando un esfuerzo de voluntad, la hipnotización no es posible. Bien sabido es que las personas más hipnotizables son las abúlicas. Estas llegan a proporcionar material a propósito para una *fábrica* de sonámbulos. A más de ello puede haber un *criminal científico* que simule la hipnosis, sin que el hipnólogo pueda certificar, con entera seguridad, si se trata de una verdadera o simulada. En cambio, con el éter no cabe simulación, y se eteriza *velis notis*. Es cierto que la prueba no puede tener otro carácter que el de *indicio*, pero aun en este caso, sirve para orientar una inquisitiva judicial.

Sucede con alguna frecuencia, y en los Anales de la Criminalidad hay varios hechos, en que cogidos por la policía una banda de ladrones, se ponen estos de común acuerdo, y uno sólo se declara culpable, el que es indemnizado en la prisión por sus compañeros, en tanto que éstos continúan en su delictiva ocupación. Otro ejemplo: un padre mata al novio de su hija porque aquel se oponía a dianas relaciones. Fué preso el asesino, pero como éste con su oficio sostenía a toda su familia, la que quedaba en la miseria, un hijo joven se presentó al Juez como único culpable. Quedó libre el padre, y el hijo extinguió la condena en un presidio. Esto era público entre todos los vecinos de un pueblo de Andalucía, muy próximo a Málaga.

Procuré estudiar este asunto y pude observar hechos muy curiosos, de los que relataré algunos, referentes a la sugestión etérea. En cambio, fueron negativos los referentes a la postetérea.

Operaba a un adolescente del Asilo Naval, y la excitación le produjo gritos y blasfemias. Entonces, llamándole por su nombre (pues procuro saberlo antes de la anestesia), le digo: estás en la *cofa* del barco. Agárrate bien a las cuerdas porque te vas a caer a la *cubierta*. Entonces el operado, empieza a mover en flexión las manos como si obedeciese a mi mandato, cesando en su griterío y blasfemias. Vas bajando la *escala*—le digo—, procura poner bien los pies. Entonces hace los movimientos como si efectivamente bajase por esas escaleras de cuerdas, que hay desde las *cofas* a las bandas de la *obra muerta*. Estamos en el bote, llévame a la Puerta de la Paz. Rema con fuerza—le digo—. Entonces mueve los brazos, como si remase.

Concluida la operación, y vuelto al estado normal, no recordaba nada absolutamente. A otros enfermos que por miedo se lamentan y creen que van a morir en la operación, se les hace cambiar de ideas y las depresiones tristes se convierten en alegres. Se anes-

tesia un empleado de consumos, al que iba a practicarle la orquiectomía. Este fué a la sala de operaciones con una tristeza muy grande, tanto por la operación como por la indole de ella. Al llegar al estado de excitación se lamenta con grandes llantos. Le pregunto que por qué llora. Me dice: porque soy muy desgraciado. Nada de desgracia—le replico en tono muy afirmativo—, estás en un baile. Se cree el individuo transportado a una sala de baile, de la clase a la que él seguramense frecuentaría, y empieza con gran alegría a invitar a bailar a las *imaginarias concurrentes*. Después de la operación no recordaba nada absolutamente.

Reuní varios casos y con ellos presenté una nota a la Real Academia de Medicina de Barcelona. Se discutió, y hubo gran oposición a lo referente a la sugestión etérea como medio de inquisitiva judicial; por más que yo presentaba el procedimiento tan sólo para buscar la prueba de indicio, y después que Brouardel había propuesto la hipnotización, que resulta, a mi entender, completamente ineficaz.

Cuando se ha propuesto por medio de una operación *esterilizar* a los grandes criminales para que no puedan tener hijos, cuando se les sujeta en algunas naciones a procedimientos que no quiero calificar, cuando en contra de ciencia y paciencia, de jueces y tribunales, ejercen su lucrativa y criminal industria esos profesionales del crimen, y con mucha mayor indignidad los que matan a esas desgraciadas, a las que miserablemente explotan, si no siguen el camino que le señala el que vive tan inicua y miserablemente del producto de esa odiosa y miserable esclavitud, y quiere pasar ante los Tribunales de Justicia, por un *crimen pasional*. Para éstos todo es misericordia, inculpabilidad por los Jurados e indultos. ¡¡Un país de esta clase no tiene redención posible!!

Quiste seroso congénito infectado consecutivamente

a una faringitis difteróide de Vincent

OBSERVACIÓN CLÍNICA

POR EL

DR. JOSÉ M.^a BARAJAS Y DE VILCHES

.....

Cada vez nos encontramos con mayor número de casos en el desempeño de la práctica diaria, que nos justifican de modo claro y evidente la importancia que tanto para el médico práctico como para el especialista, representa el completo conocimiento de aquellos estados morbosos generales cuyas primeras manifestaciones recaen en los primeros tramos del aparato respiratorio, especialmente en la faringe, órgano de doble importancia tanto anatómica como fisiológica y

patológica, por constituir una cavidad común en la que se entrecruzan las vías respiratorias con las digestivas, circunstancias todas que obligan a esmerar la observación capaz de establecer un acertado juicio clínico, lo mismo al especialista que deberá ensanchar su campo de acción en el estudio de aquellas afecciones de orden general determinadas por un estado patológico primitivo localizado en cualquiera de los órganos de la especialidad, como igualmente al médico práctico que deberá precisar el diagnóstico etiológico de aquellas afecciones generales con manifestaciones secundarias en órganos especiales, auxiliándose unos y otros de cuantos medios de investigación científica estén a su alcance, que en más de una ocasión hemos visto al laboratorio, radioscopia, etc., refrendar juicios médicos y destruir diagnósticos hechos a tenazón basados en el «ojo clínico» que como decía mi inolvidable padre, éste no podrá pasar de los límites de la previsión, de la sospecha y algo del pronóstico, sin que jamás debamos emplearlo como arma segura que sostenga totalmente nuestros razonamientos clínicos. Por lo cual, habremos de tener presente el exacto conocimiento de las relaciones anatómicas y fisiológicas del órgano enfermo con las regiones vecinas, las cuales como en el caso objeto de nuestro estudio pueden estar congénitamente afectadas, del mismo modo que con extraordinaria frecuencia vemos también a estas regiones vecinas de los órganos de nuestra especialidad, sufrir las secuelas de una metastasis neoplásica o el estado inflamatorio consecutivo a una invasión microbiana.

Hechas estas sucintas consideraciones, voy a someter a la consideración de los lectores un hecho clínico observado en una niña afecta de una tumoración congénita benigna de la región submaxilar derecha, en absoluto estado de pasividad patológica durante el corto período de vida que tenía la enfermita y que por el accidente de haber sufrido una infección local, un órgano próximo, en íntima relación orgánica con la citada región submaxilar, como es la faringe especialmente en su región amigdalina originó un grave estado patológico general que fué empeorado por la imposibilidad de poner en práctica una adecuada terapéutica, debido no sólo a las especiales condiciones de la enfermita sino sobre todo a la agudeza del estado secundario, que obligó a ir supeditando el tratamiento a la marcha de los síntomas.

Tratábase de una niña de dos años y medio, hija de padres sanos y nacida normalmente, que presentaba desde su nacimiento una tumoración del tamaño de una naranja mandarina, aunque algo mayor, según cuentan los padres, en el momento de nacer y que posteriormente fué reduciéndose hasta adquirir el tamaño antes citado, encontrándose situada exactamente delante de la glándula submaxilar del mismo lado. Al tacto era semisólida, totalmente irreductible y bastante adherente a los tejidos limitrofes, siendo reconocida superficialmente por cuantos médicos se pusieron en relación con la familia, diagnosticando cada uno según su

criterio les sugirió, pero variando desde el que propuso la extirpación del tumorcito sin más preámbulos hasta el que sospechó fuese una alteración de origen endocrino administrando tiroidina, etc., el hecho es que esta tumoración que permanecía estacionaria e inactiva durante los períodos de mayor salud de la enfermita, se alteraba en su aspecto, en su forma y en sus dimensiones cuando la faringe padecía el menor estado inflamatorio, pues su consistencia se hacía más dura mientras su tamaño crecía y sobre todo la piel que presentaba una coloración y aspecto normal, se enrojecía y en ella aparecían venas de bastante calibre, que a la manera de Caput Medusae manifestaban una circulación colateral suplementaria, como prueba más evidente de la compresión de las venas de la cara, lo cual no tardaba en confirmarse por la presencia de un gran edema del mismo sitio que cedía en cuanto iba desapareciendo el estado faríngeo.

Estas situaciones fueron observadas por la familia durante cuatro veces separadamente, coincidiendo con estados agudos gripales pasajeros, manifestándose evidentemente durante éstos, cada vez que la faringe tomaba parte en ellos la repercusión inmediata en la región submaxilar sobre la que asentaba el tumor. Estados a los que no hubieron de concederles la debida importancia toda vez que observaban consecutivamente la desaparición de la inflamación del sitio enfermo en cuanto el estado faríngeo y general de la niña mejoraban.

En estas condiciones, durante el pasado mes de enero, contrajo la enfermita una nueva infección gripal localizada principalmente en la faringe y sobre todo con gran tumefacción del anillo de Waldeyer, además de una inflamación difusa con gran sequedad de toda la mucosa y evidente infarto de las amígdalas palatinas con propagación a los ganglios submaxilares de ambos lados y a la caja timpánica del lado derecho, o sea el correspondiente a la tumoración, con gran estado fluxionario del oído medio y abundante supuración.

La fiebre era de 39°, con la lengua saburrosa y llena de fuliginosidades siendo realmente imponente el estado de aquella tumoración, hasta entonces inactiva y que en esta ocasión constituyó un trismus total, impidiendo la ingestión de alimentos y sobre todo la exploración faríngea.

La situación iba complicándose cada vez más con nuevas propagaciones, por lo que fui requerido en consulta por el médico de cabecera doctor Folqué, el día 2 de febrero, o sea a los ocho de enfermedad, con el fin de aquilatar la responsabilidad correspondiente a cada uno de los factores que integraban aquel cuadro sindrómico tan complejo y tan alarmante.

Efectivamente, por inspección pude apreciar la tumoración antes citada que se extendía por la parte superior hasta la región parotídea levantando el lóbulo de la oreja, mientras que por debajo llegaba hasta la línea tiroidea, terminando difusamente por delante en el mentón y por detrás delante del borde anterior del esterno eleídos mastoideo.

La piel que le recubría, tenía el aspecto pálido normal como la del resto del organismo, encontrándose surcada de gruesas venas que se ponían turgentes a los esfuerzos de la enfermita para defenderse de las maniobras necesarias para la exploración.

Por palpación se apreciaba una consistencia blanda, pero no repartida homogéneamente, sino en zonas más ó menos separadas unas de otras, pues mientras en sus porciones central y superior se manifestaba la existencia de un líquido, muy evidente era también en la periferia de las mismas la presencia de verdaderos rebordes duros que a la manera de anillos se encontraban aislando unas de otras llegando hasta contar en la superficie el número de tres, y siendo absolutamente imposible precisar el número total de aquellos compartimentos quísticos existentes en el espesor de la tumoración, cuyo contorno se confundía con la zona perianglionar del cuello en pleno período inflamatorio. En el lado opuesto aún cuando los infartos ganglionares eran evidentes, no estaban tan agudizados como en el lado derecho, correspondiente a la tumoración.

Procedí a practicar la faringoscopia directa, lo cual resultaba extraordinariamente difícil dado el trismus tan intenso que presentaba, pero no tanto que me impidiese apreciar una alteración grande de la simetría faríngea por hallarse la mitad del velo palatino en su porción blanda propulsado hacia la línea media como igualmente la amígdala palatina de ese mismo lado, y en una palabra, la pared faríngea.

Además de esta alteración de la topografía anatómica, toda la faringe se encontraba bajo un estado inflamatorio, observando la presencia de exudados blancuzcos diseminados por la pared posterior de la misma y recubriendo algunas de las criptas amigdalinas.

El examen del oído me demostró la existencia de una otitis aguda con gran enrojecimiento del tímpano que se hallaba perforado espontáneamente en el cuadrante postero inferior por la que fluía abundante supuración sanguinolenta que se iba vertiendo en el recesus pretimpánico y conducto auditivo; la membrana flácida se hallaba visiblemente propulsada y sangrante acusando la propagación inflamatoria hacia el ático, careciendo en absoluto de síntoma alguno que nos revelase la menor participación de alguno de los órganos importantes vecinos al oído, manifestación que hube de hacer con las reservas consiguientes dado lo difícil que resulta la interpretación de los datos especialmente los subjetivos en una enfermita de tan corta edad y tanta importancia en el diagnóstico de las complicaciones de los procesos de oído.

El estado general denotaba una gran depresión, acusando en el momento de mi primer reconocimiento una fiebre de 39°, que remitía por las mañanas según manifestación de la familia, siendo la menor de 37,7° que pudo ser observada durante los ocho días que llevaba de enfermedad actual.

(Se continuará)

Crisis agudas de insuficiencia cardíaca de la hipertensión⁽¹⁾

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

Crisis agudas de la hipertensión permanente.

Esta vasoconstricción arterioesclerósica y nefrítica, que podemos llamar adrenalínica, teniendo en cuenta la doctrina expuesta, produce la hipertensión, que determina mayores energías o esfuerzos cardíacos, y mayor tono vascular, a cuyas necesidades atribuye la misma adrenalina, pues está demostrado que el sostenimiento del tono cardíaco, y probablemente del tono arterial, en los hipertensos está asegurado por la hiperfunción de las suprarrenales y de la hipófisis. Esta hiperfunción favorece la hipertrofia y la multiplicación de las fibras del miocardio, refuerza las fibras lisas de las arterias y asegura las condiciones que sostienen la elevación permanente de una tensión que garantice la eliminación renal. En cierto modo, esta adrenalinemia es una espada de dos filos: sostiene el tono cardiovascular, pero produce un aumento constrictivo.

La repercusión cardíaca de esta hipertensión es inminente, y sigue el camino de la insuficiencia cardíaca. Después de estar sostenido y favorecido el aumento de la energía funcional del corazón mediante una hipertrofia ventricular poderosa, y suficiente para vencer el obstáculo periférico, este *surmenage* constante quebranta las energías del ventrículo; a pesar de su hipertrofia, éste pierde la fuerza de reserva con que contaba proporcionalmente al aumento de sus fibras musculares, y entra en una fase de insuficiencia relativa, en la cual el ventrículo izquierdo corre el riesgo de una decadencia súbita originando accidentes mortales, cuya presentación es tan rápida muchas veces, que por eso dice Vaquez que todo sujeto fuertemente hipertenso es un candidato para la muerte súbita. Generalmente, esta insuficiencia aguda va precedida de un período de distensión cardíaca, que se realiza sobre el ventrículo izquierdo, estableciéndose una modalidad clínica de insuficiencia cardíaca parcial que la disocia de los fenómenos complejos de la insuficiencia cardíaca, que en la clínica se caracteriza por el cuadro clásico de la asistolia, la cual realmente es la resultante de estas insuficiencias parciales, que clínicamente, sin llegar a la asistolia global, pueden conservar su individualismo hasta el momento de la muerte, como acontece con la insuficiencia ventricular izquierda.

Afortunadamente, no siempre suceden estos accidentes de una manera tan repentina; suelen ir precedidos de síntomas, que el médico debe interpretar como advertencias que denuncian el peligro inminente.

(1) Véase el número anterior.

te que amenaza al enfermo, cuya vida quizás dependa de la oportunidad de nuestros cuidados.

Los accidentes cardíacos de la hipertensión permanente, y los signos y síntomas que traducen la insuficiencia ventricular izquierda, dependen de la insuficiencia de la función de contractilidad o de la insuficiencia de la función de tonicidad de las fibras del miocardio, realizándose de esta suerte la insuficiencia de las funciones de Gaskell, a que aluden Mackenzie y Wenkebac. A la primera corresponde el fenómeno de la distensión, y a la segunda, el de la dilatación ventricular. El individualismo de la distensión cardíaca y el de la dilatación se manifiesta también por su curso y por sus accidentes; así sucede que la distensión cardíaca puede desaparecer más o menos rápidamente sin que se presente la dilatación, y ésta puede ser primitiva o consecutiva a la distensión. Lo mismo sucede con los accidentes que le son inherentes, que pueden ser independientes o puedan combinarse. La angina de pecho de la distensión puede ser un accidente único; unas veces, pasajera, y otras, mortal; o puede ir seguida de los accidentes de la dilatación, como son el asma cardíaco y el edema pulmonar.

La insuficiencia ventricular izquierda y sus accidentes se anuncia por un período prodrómico, que puede llamarse de distensión gradual, en el cual, las menores causas hipertensivas producen la distensión o la dilatación súbita, a las cuales corresponden dichos accidentes cardiopulmonares.

a) Los síntomas por los cuales se manifiesta la distensión ventricular izquierda se anuncian comúnmente de una manera más o menos precoz, por una triada sintomática, casi patognomónica, cuyos síntomas son las palpitaciones, la aceleración insólita del pulso y la disnea dolorosa. Las palpitaciones, o bien revisten el tipo de fenómenos extrasistólicos, que sobrevienen con cierta lentitud, o se aproximan bajo forma de pequeñas crisis, no siendo de extrañar que su repetición sea la aproximación de los accidentes graves de la distensión aguda del ventrículo. Otras veces, es una simple aceleración de los latidos del corazón, pero dolorosa; porque todo corazón no distendido es el punto de partida de reflejos penosos.

La disnea dolorosa es el segundo signo que anuncia la inminencia de la insuficiencia cardíaca, disnea de esfuerzo y disnea que, a medida que avanza la distensión, se convierte en disnea del cúbito, que, revistiendo un carácter angustioso, obliga a que el enfermo salga de la cama, y a muy poco que se aumente la tensión arterial, se presentará la angina de pecho o el edema pulmonar.

En este período, los datos que ofrece el oscilómetro son interesantes, teniendo un gran valor semiológico el estado de la presión arterial mínima, la cual, si es relativamente más elevada que la máxima, constituye un indicio cierto de insuficiencia cardíaca. No hay paralelismo regular entre la elevación de la mínima y la gravedad del pronóstico; pero este último siempre es grave cuando la mínima pasa o llega a 13 ó 14. Lian,

que ha estudiado con extensión este asunto, considera que un término mortal es inminente cuando la mínima pasa de 15 y 16. La cifra más elevada, comprobada por dicho autor, ha sido de 18, cuyo caso fué seguido, en pocos días, de la muerte por uremia.

Los dolores anginosos representan el elemento más importante del síndrome de distensión, con los cuales nos encontramos a cada paso en los hipertensos y en los aórticos, poniéndonos en guardia para conjurar el peligro de la angina de pecho de la distensión, la cual no es más que un grado más intenso del mismo fenómeno doloroso.

El clínico debe dar gran importancia a las menores manifestaciones dolorosas de la región precordial, e investigar si coinciden con la hipertensión, en cuyo caso debe establecer inmediatamente una terapéutica hipotensiva. Los datos del oscilómetro que hemos indicado, el ruido de galope indicador de la decadencia cardíaca, las palpitaciones, la frecuencia de pulso, los extraxistoles, la disnea de esfuerzo y del reposo son una serie de síntomas que indican que el miocardio lucha con la hipertensión que sobre él radica.

Las relaciones del dolor con la hipertensión son tan evidentes, que cuando ésta es sustituida por la dilatación, desaparece la angina de pecho, la cual, por otra parte, no se presenta nunca cuando hay dilatación. Para que haya fenómenos de distensión ventricular, se requiere un ventrículo hipertrofiado, de paredes gruesas, resistentes y que no haya inoclusión valvular. La angina de pecho supone un corazón ya débil, pero todavía apto para resistir a la dilatación. La palabra de distensión cardíaca parece designar muy claramente una especie de contractura del miocardio sobre una masa sanguínea en estado de alta tensión. Cuando sobreviene la dilatación; se disminuye esta excesiva tensión intracardiaca, y los accesos dolorosos cesan, porque sobreviene una insuficiencia mitral funcional, en cuyo caso, en lugar de ser el ventrículo una cavidad cerrada que tiene que resistir un aumento de presión, desde el momento en que la insuficiencia mitral se presenta, hay una pérdida de la tensión que determinaba el dolor, siendo reemplazado por los fenómenos de dilatación. Lauder-Brunton hizo notar que los dolores cesan cuando la presión intracardiaca disminuye.

La distensión del corazón por «surmenage» es una causa parecida a la distensión por hipertensión, y se ha demostrado que el «surmenage» y la distensión son capaces de provocar accesos anginosos en ausencia de toda lesión coronaria. Existe, pues, además de la angina de pecho coronaria, la angina de la distensión cardíaca.

Teniendo en cuenta la existencia de dicho período de distensión súbita del ventrículo izquierdo, la cual produce la angina que le es peculiar, llamada angina de pecho de la distensión; pero no siempre sucede así, y de aquí repetidos casos en que este accidente evoluciona con la gravedad que le es inherente.

Dadas estas circunstancias, se produce la insuficien-

cia ventricular izquierda por el menor paroxismo hipertensivo, determinado por multitud de causas, que aumentan momentáneamente la tensión intracardiaca, sobreviniendo la angina de pecho. Ya los antiguos habían observado esta relación, y fundaron varias teorías de la angina de pecho, basadas en el concepto de la debilidad cardíaca. La de Parry, que atribuía los accesos dolorosos a una debilidad del corazón existente anteriormente; la de Beau, que asimilaba el estenocardia a una especie de asistolia aguda, y Lauder-Brunton, más recientemente desenvuelve una idea análoga, comparando lo que sucede en estos casos en el corazón con otros en la vejiga urinaria: que siendo ambos músculos huecos insensibles habitualmente, su distensión excesiva y brusca se acompaña de dolores muy intensos. Cuando la vejiga tiende a vaciarse y hay un obstáculo que se lo impida, como sucede en la estrechez uretral, la orina se acumula en su cavidad, se distienden sus paredes y el dolor aparece. Este dolor se extingue a la larga después de una serie de distensiones y evacuaciones sucesivas, en que la vejiga adquiere el estado de dilatación habitual. Esta diferencia entre la existencia del dolor en uno y otro caso estriba en que la dilatación muscular es un estado de acción pasiva, y la distensión comprende una parte de actividad muscular de esfuerzo constrictivo que se hace dolorosa.

Además de la angina coronaria clásica llamada del esfuerzo, existe, por consiguiente, otra, que es la angina de la distensión. Establecieron su estudio y sus diferencias entre ambas Potain y Huchard, quienes hicieron una distinción clara entre el angor que aparece en el reposo y el que es provocado por el esfuerzo. A la primera, o angina de la distensión, la llamaron también del decúbito, por presentarse durante la noche. El mecanismo de la producción nocturna de los accidentes cardíacos está en la acción astenizante del sueño, que facilita la dilatación cardíaca ocasionada por el aumento de sangre que el corazón recibe en la posición horizontal, el cual, sometido a la astenia del reposo, está en condiciones de dilatarse mecánicamente.

La angina de la distensión se presenta cuando el exceso de tensión interior tiende a dilatar las paredes del ventrículo y éstas persisten, resistiendo a esta fuerza excéntrica. Se necesita, por consiguiente, que el corazón ofrezca condiciones de resistencia, que sus paredes sean gruesas y sanas y que puedan resistir, como acontece en la hipertrofia simple; de lo contrario, se dilata, y los dolores ceden, presentándose el caso del corazón forzado.

La angina del decúbito sólo es bien conocida desde hace pocos años. Hace treinta que Fr. Fräntzel y Lauder-Brunton llamaron la atención sobre los accidentes que acompañan a la dilatación cardíaca aguda que sobreviene durante la noche, y que revisten caracteres análogos a los de la angina de pecho de esfuerzo. Recientemente ha sido estudiada por Pierre Merklen, quien dió una descripción muy exacta, re-

firiéndola, como los autores precedentes, a la dilatación aguda del ventrículo izquierdo, o dicho de otra manera, al corazón forzado.

(Concluirá)

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

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

Seguidme con la vista a estos planos de Madrid; ahí tenéis expresado en el color de toda la negación, con el negro, cómo se distribuye la tuberculosis en Madrid; leed los números y veréis que a medida que los distritos tienen más condensación de población, están más tuberculizados; los distritos de algún espacio libre mayor, menos tuberculizados, y hay algunos que parecen libres de la tuberculosis, si tomamos solamente el término comparativo del tanteo y el medio tanteo. Sin embargo, también hay tuberculosos. ¿Qué nos demuestra esto? Que la tuberculosis muere en el aire; que la ley del espacio libre, adoptada ya en todas las naciones de una manera imperativa, nos hace falta en Madrid; que no volvamos a los errores crasos, y que en los nuevos barrios y distritos priven la plaza, la plazuela y el jardín sobre todas las demás necesidades; que demos mayores pulmones a las casas y a los vecinos que en ellas se asfixian, que amplifiquemos las zonas respiratorias y que no dejemos a nuestra posteridad unos barrios que reciban su maldición. Además de la ley del espacio libre, se ve también en estas gráficas que hablan por sí solas, la proporcionalidad enorme entre los barrios necesitados, llamados barrios pobres, y los barrios de clases más acomodadas. En el mapa de España, que también véis aquí, observaréis una zona hermosa que parece desprovista de tuberculosos: son las regiones de la higiene y del espacio libre, de la montaña y del aire, del sol y de la luz; pero ved en cambio en esas ciudades que han vivido presas en murallas, como Cádiz, que todavía le quedan las murallas naturales del mar, hoy el alcoholismo es mayor, como en las ciudades andaluzas del buen vino y en las zonas industriales donde la mina y el trabajo minero producen tantas tuberculosis; ved cómo se marca también de una manera espontánea la influencia decisiva del aire, de la luz y el sol en el número de tuberculosos. Solamente se ve una excepción en la meseta de Castilla; y es que esta gran región, orgullo de nuestra raza, origen de nuestro nombre, del nombre de nuestra lengua castellana, con sus emigraciones, con sus hambres, con su trabajo sin descanso, no ha podido resistir y ha caído víctima de todo ello, pero no ha sido culpa de la región, ha sido culpa de las malas administraciones hereditarias y orgánicas de España.

(1) Véase el número anterior.

Otra orientación nueva es la reforma imperiosa, inmediata, sin tregua de día, de nuestras malhadadas Ordenanzas municipales, hechas todas ellas en beneficio del constructor; porque, ¿de qué sirve que haya roto Madrid por medio de sus calles centrales y hayamos hecho desaparecer el macizo conglomerado de Jacome rezo, Desengaño, Travesía de Moriana, Callejón del Perro, calle de la Justa y otras tantas, si inmediatamente hemos caído en la construcción de la Gran Vía, en las casas rascacielos, en la interposición de la casa por su altura para que el sol no llegue a la mitad de la calle y seguramente no lo conozca siquiera en los patios y en las segundas crujías? ¿Qué importa haber desmenuzado aquel montón informe de casuchas, si vuelven a aglomerarse las gentes y sigue la densidad de estas mismas casas? ¿Es que un frac y una camisa limpias pueden, aunque lo oculten, evitar los males de la suciedad corporal? Pues ese error crasísimo está ya arraigado para muchos cientos de años: las casas malhadadas y mal hechas quedan en pie, y la explotación del espacio libre hay que realizarla ya en nuevos trabajos, porque si no, cada casa que se levante será un monumento al error.

Orientación también que os propongo es el estudio del trabajo; el trabajo es una necesidad absoluta de la vida; el trabajador es un hombre sano, pero esforzado, es un hombre enfermo. El trabajo ennoblece, pero no debe enfermar. Antes dividíamos el elemento trabajador en dos grandes grupos: la infancia y la edad capaz para el trabajo. El trabajo en la infancia debe prohibirse; el niño no debe someterse a otra disciplina que a la disciplina de su construcción. De los cinco nacimientos del hombre hay que respetar, si queremos conservar la raza, el nacimiento plastodérmico, el de la organización de la vida vegetativa, el segundo de la vida muscular y de la vida de relación, ambos en el claustro materno, y, por tanto, pensar en la supresión absoluta del trabajo en los meses mayores del embarazo. Una vez nacido el niño en el noveno mes de su vida, sale al mundo y necesita una organización nutritiva de ingreso aéreo y de ingreso alimenticio, y, por tanto, todavía debe prolongarse la ley de protección de la mujer lactante, para evitar en lo posible la lactancia mercenaria, ya por seres de la misma especie, ya por las diferentes formas en que se suministra el alimento lácteo en la infancia; pero queda el quinto nacimiento, que dura desde el destete a los catorce años, y en éste si que es necesario respetar la evolución del mismo, y por una buena higiene y una educación física racional, hacer que esta adolescencia sea prenda pretoria de una pubertad útil y productora y de una vejez sana y directora. El niño no puede trabajar, porque el trabajo es fuerza, hasta que la tenga; y no la tendrá hasta tanto que sus fuerzas motoras insertas en sus palancas vigorosas puedan coger el instrumento del trabajo, puedan guiar el volante de una máquina, puedan vivir fuera del seno de la familia, y el niño, que es el padre del hombre, viene al mundo, no para ser explotado, sino para reponer las pérdidas

que por enfermedad o vejez tiene la humanidad. Hay, por tanto, que hacer un estudio muy sucinto y muy interesante, porque muchas tuberculosis se despiertan a consecuencia del traumatismo del trabajo, entendiéndose que no son los golpes, sino el agobio físico del trabajo disminuyendo la capacidad defensiva del niño. Nada he de decir cuando se ven los niños atropellados por las calles; el atropellado es el sentido común, la poca vigilancia de la autoridad y la indiferencia de la gente. No es posible sujetar en las modernas poblaciones la intensidad del movimiento a la desatención de las autoridades, y si los niños estuvieran donde debieran estar, en la escuela, en el jardín o en sitios de recreo o de diversión, y no en el arroyo, a la manera que sucede en Suiza, que en los días de trabajo parece que la tierra se ha tragado a los niños, y cuando llega el domingo se ve aquel plantel de niños llenos de vida y de salud; entonces podrían ir por las calles a las velocidades necesarias de la vida moderna los carruajes, los hombres y los móviles. Así es que, cueste lo que cueste, se encarezca lo que se encarezca, siempre que se intensifique la producción de otra manera, el niño no debe trabajar, por lo menos hasta los doce años, y si no sabe leer ni escribir, no trabajar nunca; y este será el castigo del padre, tener que mantener a sus hijos por no haberles enseñado el medio de conocer la lectura y la escritura. Fuimos, hemos sido y somos partidarios de la jornada de trabajo; pero no creemos debe ser regulada de una manera empírica a las célebres ocho horas. Este ha de ser el optimum de trabajo, pero tiene que tener sus mínimos; no debemos pasar de las ocho horas, pero no debemos llegar muchas veces a ellas. La máquina ha libertado al hombre, y hombre y maquinaria intensifican el trabajo de tal manera, que se obtiene un producto mayor con mucho menos tiempo de trabajo. Pero si a la humanidad no se la da el descanso recuperando el almacenamiento de fuerzas de un día para otro y se gastan todas ellas, el préstamo se hace a expensas de la nutrición y se cobran los intereses a expensas de la salud. Hay, por tanto, que estudiar la ley del descanso en vista del trabajo ejecutado, y en vista también de la alimentación suficiente y succulenta y de la habitación propia para el hombre.

Estudiados ya los medios y las nuevas orientaciones que pudiéramos llamar ajenas al concepto científico y profesional de la tuberculosis, vamos a ocuparnos del problema en un aspecto esencialmente médico. Nadie desconoce, por poco que haya dedicado su atención al asunto la evolución clínica de la tuberculosis, y por tanto, no me he de ocupar de ella, pero he de formular las conclusiones necesarias referentes al concepto que hoy se tiene de la profilaxia de las enfermedades evitables y de la adquisición de la inmunidad personal por medio de vacunas. Las defensas naturales ya hemos señalado medios de conseguirlas; la manera de concertar las defensas adquiridas y el tratamiento patológico intensivo de la tuberculosis, son el problema que podemos considerar como las primeras luces de la

aurora débiles e indecisas. ¡Ojalá nos alcance todavía la vida para conocer el mediodía, la luz meridiana de estos trabajos! Está hoy en el ánimo de todos y dirigimos nuestra vista ansiosa hacia un trabajador incansable, hacia Ferrán. Para éste las noches y los días no tienen alegría y vive a la luz del microscopio y encerrado en el laboratorio; es viejo, somos viejos, nos conocemos de mucho tiempo, no se han templado nuestros entusiasmos; la nieve de las canas oculta todavía algo de pasión, y en Ferrán volcanes interiores. Es por tanto preciso que el país, que los Gobiernos procuren proteger la obra de Ferrán, que no siga trabajando en las condiciones que ahora tiene, que pueda hacer un trabajo retrospectivo del asunto y salvados todos los respetos verdaderamente religiosos que yo tengo para el trabajo experimental en Medicina, creo que la vacunación antituberculosa de Ferrán se ha hecho un tanto prematura y es necesario, que esto que es como os decía luces de aurora, no tenga este sol al salir nubes densas que le oscurezcan, que no se vaya a perder como se perdió cuando la tuberculina, una esperanza por un error, que estas vacunas reciban el criterio experimental como exigía el gran Claudio Bernard, fundador de esta doctrina, que podamos seguir interrogando a la naturaleza en condiciones precisas para entender sus secretos, que una vez que se abandonen los animales pequeños se pueda estudiar la especie, el peso, la cantidad, la evolución, las reacciones locales, que hasta se puedan crear especies distintas para experimentar sobre ellas, no creemos que es posible hacer esto y decir al ejército que sigue a Ferrán que es imposible que se tome como punto de partida para este estudio lotes de 15.000 personas y más, en las que hoy es totalmente imposible, recoger una historia clara y concreta de cada una de ellas y seguir paso a paso la evolución de la vacuna de Ferrán para sentar de una manera inconcusa hechos y verdades fundamentales. A Ferrán se le debe dotar de un laboratorio grande, un laboratorio especial para animales de gran peso y tamaño, para animales cuya tuberculosis se parezca más a la nuestra, para animales de la raza bovina. Con facilidad se obtiene un lote de conejos de indias o de ratones, un lote de gallinas o un lote de animales de poco precio y de fácil sostenimiento, pero obtener y sostener lotes de terneras, vacas sanas y enfermas, establos, sitios donde se siga de una manera intensiva y con gente muy adecuada y muy conocedora de este grupo de ganado los hechos experimentales, las terneras inoculadas estudiándose en absoluto los problemas, vivas, muertas desde las primeras horas de la inoculación hasta el número preciso de días y años que se necesitan, dando a Ferrán tantos animales como crea necesario para su estudio, y después de todo esto al llegar todavía al hombre, recoger a los hombres que han de someterse a la experimentación, todos los datos positivos de los animales sujetos a experimentación y si alguno fallase, hacer autopsias ya que no nos es posible todavía hacer las autopsias experimentales, porque de lo contrario, yo creo que se va a perder en una

dilución muy fuerte de personas, una concreción muy pequeña de ideas.

Insisto, pues, en este momento en que se le rodee a Ferrán de todo lo necesario, que se le dé un sueldo suficiente para subvenir a sus necesidades, que Ferrán como Peral no se malogre por generalizarse muy pronto; que el laboratorio sea digno de tan alta persona y tan grande como la idea de su vacuna, y de esta manera pueda ser España un día la descubridora de ese nuevo mundo más lleno de riquezas que el mundo americano, porque no creará las ambiciones que crearon las barras de oro transportadas a España, y que la vacuna antituberculosa que se obtenga sea y se construya sobre tan sólida base como una pirámide de Egipto, que arrastre todas las tempestades y sufra todas las injurias del tiempo. No quiero disminuir el entusiasmo contra la vacuna, ni quiero darle algo que la precipitación y el entusiasmo pueden quitarle, porque el sembrar el camino de errores en los hechos experimentales es llevar al último error y pensad que si en un camino nos equivocamos y no volvemos sobre nuestros pasos, cada uno que demos nos distanciará más y nos faltarán fuerzas para volver y a veces nos extraviaremos en caminos que no nos conducirán nunca a la verdad. Busquemos por tanto con un estudio seguido, en restablecer a través del tiempo la inmunización pasiva para librar a la raza de la inmunización activa, para librar al individuo, y mientras laborem nosotros en la lucha antituberculosa pidiendo al Estado español su cooperación, aumento de dispensarios y sanatorios para tuberculosos, que en el reino de Levante, en ese hermoso mar Mediterráneo hay grandes esperanzas para algunos tuberculosos y en los mares del norte para otros, en el valle y la montaña para muchos, que tengamos donde hospitalizar los tuberculosos portadores de gérmenes, que los pobres tuberculosos tengan su sitio de reposo, de consideración y de tratamiento como se merece el ser más desgraciado, víctima de la enfermedad más terrible que azota a la humanidad, pero digamos a la sociedad que ni el Gobierno lo puede hacer todo, ni sin ayuda pueden llevarse a término trabajos como los de la lucha antituberculosa.

Siento haberos molestado, os doy gracias por la atención y con esto termino.

Periódicos médicos

HIGIENE

LENGUA ESPAÑOLA

I. El antrax de las brochas de afeitar.—Antes de 1914 las infecciones antrácicas ocurrían casi siempre entre aquellos individuos que se ponían en contacto con el ganado, las pieles, la carne o la lana, pero poco después de comenzar la guerra, comenzaron a aparecer numerosos casos entre las personas que no habían estado asociadas con ninguna de las fuentes ordinarias de la enfermedad. De cuando en cuando, se desarrolla

ron brotes de ántrax entre los soldados ingleses y americanos y por medio de investigaciones cuidadosas, se averiguó que casi todos los casos se debían a heridas producidas al afeitarse. Se descubrió después que ciertos tipos de brochas de afeitarse alojan bacilos antrácicos virulentos. Las brochas de afeitarse que se usan en este país, en su mayoría se hacen de pelo de castor, cerdas de caballo o de cerdo, aunque muchos de los llamados pelos de castor son imitaciones que se hacen tratando pelo o cerdas blancas. Hasta la última guerra, casi todas las cerdas de caballo y de cerdo procedían de Rusia, China y el Japón después de limpiarse o desinfectarse en Francia o Alemania. Pero desde 1.914, han venido a este país por la vía del Pacífico. Con la llegada de la guerra, los grandes pedidos de brochas de afeitarse requirieron una producción tan rápida que algunos fabricantes, por ignorancia, descuido o demasiada confianza en los certificados de desinfección, no trataron de cerciorarse de la inocuidad material que empleaban. Las cerdas equinas precedentes de China son marcadamente sucias y muy probablemente se hallan infectadas por ántrax, y se envían «sin indicaciones del modo o método de tratamiento.» Los tratantes en cerdas de este país y principalmente en Chicago, lavan las cerdas con javón o las colocan en agua caliente, pero no existe ningún proceso establecido para hacer que las cerdas no contengan al ántrax. Se han investigado varios de estos procesos de limpieza, resultando algunos de ellos muy satisfactorios; otros indudablemente no presentaba ninguna garantía de seguridad, de modo que no es dudoso que hoy día se encuentren en el mercado muchas brochas potencialmente peligrosas, la mayoría de las cuales son de las clases más baratas. Hoy día, los métodos de desinfección que emplean los fabricantes de brochas de afeitarse, no están normalizados y muchos son ineficaces. En Inglaterra, de Junio de 1915 a Octubre de 1916, se sabe que han ocurrido catorce casos de infección antrácica debida a brocha de afeitarse. En casi todos los casos, se había usado una brocha comprada algunos días antes de presentarse la pústula maligna. Se encontraron bacilos antrácicos virulentos en las brochas de los pacientes y en otras obtenidas del mismo lote. La susceptibilidad bastante baja del hombre, la indica el que se conoce tan sólo un caso en que se desarrollara ántrax en un lote de 10.000 brochas, aunque se encontraron bacilos antrácicos en todas las muestras examinadas. En este país, se han comunicado veinticuatro casos de ántrax por infección con brochas de afeitarse. En seis casos se aislaron los bacilos de las brochas usadas. Es interesante observar que se encontraron varios casos de meningitis, aislandose el bacilo antrácico del líquido cefalorraquídeo sanguinolento. En tres casos, no se encontraron señales de lesiones externas. En treinta y tres casos de ántrax por brochas de afeitarse, veintiuno, o 64 por ciento, de los pacientes, murieron; esta mortalidad elevada puede deberse al sitio de la infección siendo las heridas del cuello más grave que en otras partes. Por el empleo de métodos adecuados puede prevenirse

con facilidad y por completo, la infección antrácica. La inspección sistemática y una esterilización apropiada, eliminarán las brochas de afeitarse como fuentes de infección antrácica. Se dice que entre los métodos seguros de desinfección figuran la ebullición, la exposición a una corriente de vapor, o el sumergir el material por cuatro horas en una dilución al 10 por ciento de solución de formaldehído a una temperatura de 110 F. (43.3 C.)—(Edición Española *The Journal A. M.*, 1-7-920).

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Signos clínicos del cáncer del estómago, por el doctor Guisez.—De todas las afecciones del esófago el cáncer es la más frecuente, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. El síntoma principal que domina en esta forma de cáncer, es la disfagia, que es puramente mecánica y no dolorosa y en general el cáncer del esófago es una afección esencialmente indolora; el principio es brusco, notando el enfermo, al ingerir un alimento, un dolor; un obstáculo al descender dicho alimento, llamándose a este dolor «grito de alarma del cáncer»; el pan y la carne son los dos alimentos que, primeramente producen dolor al pasar, sin duda porque su masticación es más difícil. Para atenuar esta disfagia, los enfermos mastican lentamente los alimentos, resultando una hiperproducción de saliva y, por tanto, esta sialorrea abundante, en la que algunos han querido ver un reflejo particular, no, sin embargo, más que una hiperproducción funcional. El apetito se conserva durante largo tiempo, pero la dificultad de la alimentación es causa de un adelgazamiento progresivo. Existen pequeños síntomas apenas señalados por los clásicos, que tienen gran importancia cuando existen, y son: las pequeñas estrias sanguinolentas de la expectoración, la fetidez del aliento, el olor escabioso de las expectoraciones y un aspecto saburral de la base de la lengua. El cáncer del exófago no presenta ninguna tendencia a la generalización, muriendo el enfermo de hambre antes que haya tenido tiempo de generalizarse. Los nervios recurrentes, principalmente el izquierdo, se paralizan por compresión del tumor. Existen formas latentes que no se revelan más que por un accidente grave (hemorragia por ulceración de un vaso de cierto calibre); según la evolución hay una forma lenta y una forma rápida, y según el sitio del cáncer la sintomatología puede variar, aunque el cáncer de la región cardíaca es más bien un cáncer del estómago que del esófago. Una forma que merece atención particular es la consecutiva a estenosis cicatriciales de la boca, del esófago y del cardias, de naturaleza inflamatoria. La localización secundaria del cáncer del esófago es muy rara de modo que la forma clínica más frecuente, es la caracterizada por disfagia puramente mecánica, indo-

jora, dejando intactos durante largo tiempo el apetito y el estado general, sin facies ni caquexia cancerosa. El cateterismo es un medio de exploración del esófago que conviene conservar y nos da enseñanzas análogas a las de los rayos X, pero solo la esofagoscopia que permite ver la lesión es la que puede precisar la naturaleza de la misma forma ulcerosa, vegetantes, submucosa, completándose el diagnóstico por el análisis histológico de la biopsia. (*Journ. de Méd. et de Chirurg. Pratiques*, núm. 11, 10 de junio 1920).—E. Luengo.

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre un caso raro de bazo ectópico.—

El doctor Rotzetti ha presentado a la Academia de Medicina de Caracas, el siguiente interesante caso:

El 9 de marzo al operar a una enferma de mi servicio del Hospital Vargas, tuve una de mis mayores sorpresas clínicas: encontré el bazo ectópico ocupando la fosa ilíaca derecha y parte de la excavación de la pelvis del propio lado. La enferma es una joven de veintidós años de edad, virgen y sin antecedentes particulares. Presentaba un tumor sólido que ocupaba la parte derecha de la pelvis y sobresalía hasta llenar la fosa ilíaca del mismo lado; casi nada movable, indoloro a la presión, había crecido lentamente y para la fecha ya era molesto para la enferma tanto por el abultamiento que ofrecía en el abdomen, como porque ya presentaba ciertos signos de compresión. Yo había diagnosticado *tumor del ovario* y en consecuencia principié mi operación con una laparotomía mediana. Al llegar al piritoneo observé que esta serosa estaba adherida al tumor; hice un pequeño ojal, e introduje la sonda acanalada y comprobé que había un plano de clivaje fácil; entonces ensanché la abertura, y pude introducir la mano y desprender la masa del peritoneo; esta maniobra me demostró que no se trataba de tumor del ovario, y pensé en el riñón enfermo y ectópico; logré muy fácilmente exteriorizar el tumor y entonces comprobamos que era el bazo provisto de un pedículo vascular de más de 20 centímetros y torcido. Lo que habíamos creído ser un tumor del ovario, era nada menos que el bazo ectópico alojado en la fosa ilíaca derecha. Hice la esplenectomía, pues el bazo estaba hipertrofiado; extirpé igualmente los anexos derechos que estaban adheridos al bazo y había esclerosis del ovario. Hasta hoy la enferma no ha tenido ninguna novedad. El número de glóbulos rojos fué el 11 de este mes, de tres millones y medio, y el de los blancos de 4.300. Examinada hoy la sangre dió las mismas cifras. No ha habido hasta ahora ningún infarto ganglionar. Las ligeras elevaciones de temperatura han cedido fácilmente a una medicación purgativa.—(*Gaceta Médica de Caracas*, 15-4-920).

2. La anestesia en las intervenciones quirúrgicas sobre el estómago, por G. Labey.—

El empleo de la anestesia local sola o asociada cuando sea necesario a la temporal por el protóxido de intrógeno, permite practicar la mayor parte de las operaciones corrientes sobre el estómago, y como con ella las complicaciones post-operatorias son infinitamente más raras, mejora considerablemente la estadística de estas intervenciones y por eso debe aconsejarse con el mayor interés posible.—(*Journ. de Méd. et de Chirurg. Pratiques*, núm. 11, 10 junio 1920).—E. Luengo.

EN LENGUA ESPAÑOLA

3. La bacteriología de la orina en la tuberculosis renal.—

Los doctores J. Dellinger y Edward S. Welles, refieren los resultados de las observaciones en sesenta y tres casos, los cuales les permiten establecer las siguientes conclusiones:

1. Los cultivos urinarios son poco fidedignos. Debe colocarse mucha mayor confianza en un frote bien preparado de un sedimento fresco.

2. Los cultivos y los frotos han revelado resultados positivos de la orina vesical en 55.3 por ciento y de la orina renal en 28.6 por ciento. El riñón sano ha dado hallazgos positivos más a menudo que su compañero tuberculoso.

3. La orina de la vejiga tuberculosa es por lo general ácida, pero puede ser neutra o alcalina. Las orinas del riñón, en lo que se las ha estudiado hasta la fecha, han sido fuertemente ácidas.

4. En general, puede decirse que no se ha proporcionado todavía ninguna explicación adecuada de la asepsia comparativa de la orina tuberculosa. Su acidez por lo general elevada, es probablemente un factor importante. El mayor número de contaminaciones de la orina del riñón sano, puede deberse a la toxemia producida por su compañero tuberculoso; pero no podemos dar ninguna explicación de la esterilidad de este órgano.

5. Los resultados demuestran concluyentemente que aunque un frote o cultivo negativo de la vejiga en un caso de cistitis y piuria indica fuertemente tuberculosis, un frote o cultivo positivo de la vejiga y hasta de la orina renal, no excluye esta enfermedad.—(*Edición Española de Journal A. M. A.* 15-6-920).

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Ictericia hemorrágica aguda epidémica de origen tóxico.—

El doctor Douglas Symmers estudia los síntomas y anatomía patológica de esta enfermedad; y después de referir varios casos en alguno de los cuales hubo necrosis difusa del hígado, termina con las siguientes conclusiones:

1. Existe una variedad de ictericia epidémica acompañada de hemorragias espontáneas inducidas con facilidad en la piel, membranas mucosas y serosas, vísceras y varios tejidos blandos, de síntomas mentales que varían del estupor a un delirio intenso, de heces de color de arcilla, dolor y sensibilidad de distinta localización e intensidad, y a veces de vómitos y diarrea con o sin hipertermia (debiéndose esto, cuando existe, al parecer a estados intercurrentes como bronquitis y pleuritis) y por fin de tales fenómenos incidentales como contracciones musculares y comezón cutánea. La mortalidad es elevada. La enfermedad dura algunos días a dos o tres semanas, dependiendo en gran parte de la extensión y gravedad de las alteraciones necróticas del hígado. En el número comparativamente pequeño de casos que hemos visto en el Bellevue Hospital, se notó que los que corresponden a la atrofia amarilla aguda del hígado e iban acompañados de violentos trastornos mentales, ocurrían en los jóvenes, en tanto que los casos más prolongados asociados con estupor, se encontraban después de los 50 años. Todos los casos que hemos visto fueron en varones.

2. Anatómicamente, además de la ictericia y las hemorragias, la enfermedad se caracteriza por degeneración parenquimatosa y hasta necrosis hepáticas o por alteraciones necróticas generalizadas que corresponden en todas sus características a las descritas comúnmente bajo el nombre de atrofia amarilla aguda del hígado y por áreas difusas superficiales desparzamadas o profundas de necrosis de coagulación en la mucosa gastrointestinal. En los casos más prolongados, las alteraciones del aparato digestivo se manifiestan a la simple vista; en los casos en que la muerte sobreviene rápidamente, no se pueden distinguir a la simple vista las alteraciones de este órgano y se necesita el microscopio para descubrirlas.

3. La enfermedad no es transmisible a los cobayas por la inoculación intraperitoneal de la sangre o la orina y probablemente no es de origen espiroquético sino una manifestación de toxemia de naturaleza desconocida. El fósforo y otros metales pesados no se distinguen en los exámenes químicos de los hígados necrosados. Las alteraciones orgánicas del aparato digestivo, indican que el agente provocador penetra por esta vía. Las alteraciones necróticas del hígado en los casos que se parecen a la atrofia amarilla del hígado, indican que la substancia tóxica la absorben del tracto intestinal las tributarias de la vena porta, puesto que el tejido hepático mortificado corresponde con bastante exactitud a la distribución de la sangre portal, destruyéndose por completo los lóbulos, en tanto que las estructuras interlobulillares, incluyendo los vasos sanguíneos y los canaliculos biliares, permanecen comparativamente bien conservadas. La ictericia parece deberse a la incapacidad de parte de la bilis para escaparse de sus capilares interhepáticos, puesto que no se encuentra ninguna obstrucción de los conductos mayores demostrable microscópicamente o

de otro modo. Es probable que las hemorragias, probablemente dependan principalmente de una lesión del endotelio capilar provocada por la acción de las sales biliares y sostenida por la disminución del fibrinógeno, debida a la destrucción del parénquima hepático.

4. La asociación de ictericia intensa con heces arcillosas y dolor y sensibilidad en la región de la vesícula biliar y el hígado, ha ocasionado a veces la intervención quirúrgica. — (Edición española. *The Journal*.—M. A. 1-7-920).

.....

APARATO CIRCULATORIO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La maniobra de Valsava en la semiología cardíaca, por el doctor Maudru.—Sabido es que esta maniobra se emplea para conocer la permeabilidad de las trompas de Eustaquio; después de una inspiración profunda se hace una expiración forzada, cerrando al mismo tiempo las cavidades nasales y bucal. Salhi es el único autor que emplea este método en semiología cardíaca para distinguir el frote pericardíaco, del que puede producirse en las hojillas pleurales vecinas al corazón, desapareciendo estos últimos frotos por la maniobra de Valsava. Para comodidad de la exploración, Mandru la ha reemplazado por la *maniobra del esfuerzo*, para la cual el enfermo, después de una inspiración profunda, intenta hacer una expiración forzada, cerrando la glotis desde el principio mismo de la expiración. Esta maniobra es de gran utilidad en los dos casos siguientes: 1.º Para distinguir un soplo orgánico de otro inorgánico.

Durante la maniobra del esfuerzo, el pulmón se inmoviliza por estar el aire sometido a una gran tensión en el interior del árbol respiratorio, tensión que impide el desplazamiento del aire en el interior de los alveolos bajo la influencia de los latidos cardíacos, desplazamiento que produce el soplo inorgánico. El segundo motivo por el que cesa de producirse este soplo, es la disminución y lentitud de los latidos cardíacos, lo cual se consigue por la misma maniobra; así como cesa el soplo anorgánico con la lentitud de los latidos cardíacos, el soplo orgánico se oye en cambio mejor. 2.º En el diagnóstico de la pericarditis, este diagnóstico resulta a veces difícil porque el roce pericardíaco toma el carácter de soplo y en otras ocasiones se trata de enfermos que se quejan de un dolor sordo en la región precordial o que se quejan de cualquier otra cosa que no sea el corazón, enfermos anémicos o debilitados en los que sólo se oye a la auscultación latidos un poco sordos; la maniobra del esfuerzo, por el contacto más íntimo de las hojas del pericardio que determina, hace que aparezca un frote pericardíaco cuando sin ella no se oía, o que el frote con el carácter de soplo, tome algunas veces el carácter de frote bien caracterizado. (*Paris Médical*, núm. 25, 19 junio 1920, pág. 502).—*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

La Sanidad y la "Liga de las Naciones"

El solemne acontecimiento diplomático, que ha tenido por teatro de su actividad la hermosa ciudad guipuzcoana de San Sebastián, además de merecer la atención del mundo entero, por lo que significa de laudable tendencia a evitar los futuros peligros de la guerra, ofrece para los preocupados por el problema sanitario universal una considerable importancia. Fijémonos en dos cosas:

Por los artículos 23 y 25 del pacto de la Sociedad de las Naciones, se encuentra ésta investida de funciones muy importantes en lo que concierne a las cuestiones de higiene en el mundo entero. El artículo 23 declara que los miembros de la Sociedad *se cuidarán de tomar medidas de orden internacional para prevenir y combatir las enfermedades epidémicas*; y el artículo 25 dice que dichos miembros se encargarán de fomentar y favorecer el establecimiento y la cooperación de organismos voluntarios de la Cruz Roja u otros análogos en sus naciones respectivas *que tengan por objeto el mejoramiento de la sanidad, la defensa preventiva contra las enfermedades y la mitigación del dolor y el sufrimiento en el mundo*.

Hasta aquí el precepto general del Estatuto, precepto que muchos creyeron al ser formulado, que no pasaría de ser una aspiración romántica y teórica, aceptada por consideración respecto a ese gran *romántico y teórico* que se llama Wilson, *romántico*, sin cuya intervención *práctica y contundente* es muy probable que continuara todavía el hecho brutal de la guerra con la invasión y destrucción de Bélgica y de gran parte de Francia, con las salvajadas submarinas contra los barcos mercantes y con las demás lindezas que parece vamos dando al olvido.

Volviendo a lo que más nos importa, llamamos la atención sobre el segundo punto de los dos a que venimos refiriéndonos, que tiene estrecha relación con este recuerdo que anteriormente hacemos del Estatuto.

En esta reunión de la Liga, los países convocados y que han aceptado la constitución del orga-

nismo, contribuyen ya *práctica y metálicamente* a la acción sanitaria conjunta de los pueblos y en el crédito de un millón ciento veinte mil pesetas que el Gobierno español ha decretado para los gastos primeros, va incluida la parte alícuota que nos corresponde para acudir a la extinción del tifus exantemático que aflige a Polonia.

Esta es la primera manifestación evidente y tangible de que, persuadidos los gobiernos de todo el mundo del carácter internacional de la Sanidad están dispuestos a acudir, al remedio primero y a la imposición después sobre los países que o no puedan o descuiden o no quieran cumplir con los deberes sanitarios que a todo el conjunto social interesan, puesto que para todos es una amenaza su incumplimiento por insuficiencia o por descuido.

Tomen nota y aprendan los que en nuestro país quieren hacer de esta gran función un pleito de plaza, de pueblo o de rambla de gran ciudad. Ya que los libros, los periódicos y la ciencia en general nada les enseña, vayan aprendiendo de la realidad y persuadiéndose de que las antiguallas por ellos predicadas como grandes novedades y aspiraciones modernistas (quizás porque ellos las han aprendido tarde), son cosas que no están ya en el orden del día.

También es conveniente que fije su atención (si puede y quiere) nuestro gobierno y considere la transcendencia del asunto, que es muy probable que a él le parezca episódico, y que tenga en cuenta que el problema del paludismo, está en la lista de los que necesitan inmediatamente remedio, que nuestro país es de los más castigados por tal azote, que nuestro parlamento acaba de dar una muestra de su desdeñosa incompreensión respecto a este asunto, y que será una vergüenza (si es que alguna nos queda) que vengan los extraños a poner remedio en lo que nosotros debiéramos haberle puesto hace tiempo.

Además, aunque esto no sea de nuestra incumbencia inmediata, fíjense los gobernantes en lo que tiene de peligroso el proporcionar pretexto a los extraños, para que se mezclen en los asuntos propios, y sobre todo en darles pretexto con razón por parte de ellos para aprovecharse.

DECIO CARLAN.

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

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

.....

Verdad es que podía darse la explicación de que en aquellos años de tristes revueltas políticas las pobres Universidades españolas vegetaban tristemente en el abandono y en el olvido; pero esto sólo como excusa podía tomarse; lo que faltaba realmente era un espíritu experimentador y anhelos de curiosidad científica. Ne estaban tampoco entonces los laboratorios extranjeros a la altura de lo que ahora son en las ricas y bien dotadas Universidades modernas; y, sin embargo, eran el nido de grandes y afortunados hallazgos. El de Rokitsky, en Viena, resultaba miserable y sórdido, y los alumnos no podían asistir mucho tiempo a él sin caer enfermos; Fiaux llamaba *cuartos de portero* a los locales en que trabajaban, no obstante, con éxito, Robin, Beclard y Vulpian; «cuartucho estrecho y húmedo, en que quizás contrajera la enfermedad que le quitó la vida», decía Pasteur que era, en un discurso elocuente el día de su jubileo, el laboratorio que había tenido C. Bernard para sus descubrimientos admirables, y se lamentaba al mismo tiempo de que hombre tan grande no hubiera nacido más tarde. Los mejores laboratorios que, según Blanchard, había en París en 1883, (quince años más tarde de la época en que yo estudiaba), eran el de Saint-Claire Deville en la Escuela Normal de París, y el de Fremy en el Museo, porque el de la Soborna, que podía citarse en segundo lugar, era más que mediano; y en cuanto a los otros, valía más no hablar de ellos por «exiguos», «miserables e insalubres».

Atiendan bien a esto y no lo olviden los jóvenes que empiezan y que profesan el snobismo de los grandes y brillantes aparatos y de los arsenales bien surtidos. Necesario es tener material de estudio; pero conviene no olvidar que el buen cerebro lleva dentro de sí mismo los instrumentos de su labor. Cajal hizo modestamente, y con escasos medios, sus primeros felices ensayos. En un pequeño cuarto bajo, junto al Ebro, en Tortosa, teniendo sus matraces de cultivo y su microscopio casi encima de las jaulas de los conejos, pensó Ferrán en la vacuna anticolérica, que fué la primera de las inoculaciones de bacterias vivas intentadas en el hombre.

Pero en aquella época lejana de mis estudios no había que hablar de experimentación ni de laboratorios. ¿No tendría yo motivos al presente para decir que media un abismo entre la enseñanza de ahora y la de entonces? También la hay, aunque no tan grande, en verdad, entre la Fisiología aquella y ésta que a todo se atreve con razón y que mucho intenta explicar. El fisiólogo es, en nuestros días, rector y corrector de la vida animal: la modifica a su gusto y la encamina se-

gún su voluntad; extirpa órganos para cerciorarse de sus funciones o los destruye, parcial o totalmente, a fin de fijar bien los límites de su actividad; cae, por medio de punciones, sobre sitios circunscritos; secciona nervios, liga vasos y desvía conductos excretores; inyecta sustancias reveladoras de reacciones deseables, excita eléctricamente para despertar o suspender energías, y llega, con Carrel, hasta lo que parece una monstruosa simbiosis, por medio de transplantaciones inverosímiles de aparatos enteros, que, más que la del médico, deben dejar suspensa la atención del biólogo y del filósofo, por lo que afectan al oscuro problema de la vida. Las pesadillas de H. Wells en la isla del doctor Moreau están a punto de parecer ya realidades, porque, para interrogar a lo que vive, lo deformamos; para obligar a hablar al órgano mudo, lo torturamos; para arrancar secretos al animal, con el fin de brindar luego al hombre el hallazgo, no perdonamos medio ni olvidamos instrumento; y, nuevos arúspices, interrogamos, ansiosos, las entrañas abiertas, palpitantes, para leer en ellas cómo vive, enferma o muere el animal, a fin de evitar o curar mejor nuestras enfermedades y retrasar la muerte inevitable.

Este afán incesante de revolver y registrar, de cortar y separar, de hacer tragar o de inyectar, de mover y sacudir, de sujetar o adormecer; esta sed insaciable, este apetito, que nada satisface, de buscar para encontrar y de inquirir para saber, ha dado al fisiólogo de nuestros días colosales triunfos sobre la esfinge de la vida, antes casi inmóvil, ahora inquieta y atormentada a diario por nuestra curiosidad hurgadora. Así conocemos tantas cosas que hace cincuenta años ignorábamos, aunque nos falta conocer un mundo más. Ahora ya no nos distraemos, como en mis años juveniles, discutiendo bizantinamente sobre un organicismo y un vitalismo pasados de moda; nos avergonzaríamos de perder de esa manera el tiempo. Vamos rectamente al hecho, y sobre los hechos razonamos, y con ellos construimos la ciencia, que, siendo puramente creación humana, es lo más útil y sólido que sale de nuestro discurrir.

Para nosotros es ya muy conocida la múltiple tarea de la fábrica química del hígado; hemos establecido para ello aduanas en las venas porta y en las suprahepáticas, y aun llegamos a registrar sus productos exportados en la sangre, en las heces y en la orina: hemos sorprendido al píloro como portero inteligente que conoce de sobra a los que pasan; nos han dicho de qué modo los jugos digestivos desmoronan, despedazan y labran y pulen los diminutos trozos de la gruesa molécula de albúmina, hasta convertirla en ácidos animados que, según Berthelot, habrán de suprimir las cocinas en el porvenir y con ellas unos cuantos metros de nuestro tubo intestinal. Y el músculo de His sirve para explicarnos algunos falsos pasos del corazón y nos advierte por qué tropieza y cómo puede dar mortal caída. Los antes impenetrables órganos empiezan a hablarnos en lenguaje que ya entendemos, aunque a veces sea aún charla confusa, que nos deja

(1) Véase el número anterior.

perplejos; y todos ellos van soltando poco a poco sus secretos, desde el misterioso bazo, que parecía inútil, hasta la maravillosa y sorprendente neurona, que, según dice Prenant, «está consagrada a la neurilididad, cual a un sacerdocio que lleva consigo la esterilidad», y que, como virgen vestal, se ve obligada a guardar la llama de la idea.

Así se explica que la Fisiología, de tímida y torpe que era antes, se haya hecho audaz y afortunada; porque antaño no había en ella las osadías de hogaño. Hace medio siglo no podía creerse que el simpático tuviera que sostener en nuestros libros batalla campal con las glándulas endócrinas, ni que lo impalpable tuviera en Fisiología el puesto que ocupa en Histología lo invisible. Sí, lo impalpable; porque así como el físico ha sublimado la materia a fuerza de estrujarla con el pensamiento, pasando de la molécula al átomo y del átomo al electrón, y soñando aún con desmaterializarla por completo, así también el fisiólogo moderno, persiguiendo la causa del fenómeno a través de los fenómenos, ha pasado del humor de Hipócrates al fermento de Payen, del fermento a la hormona de Starling y a la hormozona de Gley, y de ellas al fantasma de las sustancias «inas»; de todas esas «inas», que nadie ha aislado, que nadie conoce más que por sus hechos, es decir, por sus reacciones, y que casi como entidades incorpóreas y fugitivas se admiten, aun siendo, como son, sin embargo, activísimas y necesarias para la vida, ya que de las precipitinas, aglutininas y lisinas, alexinas y opsoninas de todo género dependen el sostén normal de nuestra existencia y el mecanismo admirable de defensa contra la enfermedad. ¡Hemos andado mucho desde el descubrimiento de la función glucógena del hígado, que constituía en mi época de estudiante un éxito asombroso, hasta esta Fisiología del primer tercio del siglo xx, que ha sostenido en España la actividad de nuestros Gómez Ocaña y Pi y Suñer, y que cautiva más que antes a médicos y alumnos con sus inesperados descubrimientos! Están ya muy lejanos aquellos tiempos míos de aprendiz de médico, en que Pidoux decía: «Entre un hecho fisiológico y otro patológico hay más distancia que entre un mineral y un vegetal.» ¡Qué anticuado y herético parece eso ahora...!

Pero cuanto he expuesto hasta ahora es nada al lado de lo que se ha transformado en medio siglo la Medicina propiamente dicha, la verdadera Medicina; pues, aunque sean su necesario fundamento la Anatomía, la Histología y la Fisiología, no son ciencias médicas, éstas, sino biológicas. Sólo es médico el que cura y evita las enfermedades, o por lo menos trata de curarlas y evitarlas; sólo es médico el terapeuta y el higienista; un hombre de arte para el que la enfermedad, y siempre la enfermedad, debe ser una obsesión; por eso es también el que mayor partido ha sacado del cambio grande de los últimos años.

La Anatomía ha progresado por el paciente y continuo método de observación; la Histología por el instrumento poderoso de que se ha servido dando al ojo humano auxilio amplificante; la Fisiología por el método experimental; pero la Patología, la Terapéutica y la Higiene lo han conseguido con mayor pujanza, gracias a los instrumentos y a los métodos. Con tales medios su salto ha sido enorme.

Venía la Clínica trabajando con éxito desde el siglo xvii en descubrir, limitar y definir especies morbosas nuevas. Ayudábala un mayor conocimiento del cuerpo humano sano y enfermo, y encontraba cada vez más fuerte apoyo en el resultado de autopsias repetidas; pero el aluvión de enfermedades desconocidas antes no cayó hasta el siglo xix sobre los índices de nuestros libros. Las transformaciones de las sociedades humanas, el cambio de tiempos y costumbres y el poder de la Terapéutica han ido modificando el cuadro y el número de las enfermedades. Las que parecen nuevas debieron padecerse siempre; ¿no ha encontrado acaso Ruffer en las momias egipcias de diez y ocho siglos antes de Jesucristo las señales de la arterioesclerosis de ahora, bien claras, en las preparaciones microscópicas hechas con tal objeto? En cambio, debe haber enfermedades antiguas, desaparecidas ya por fortuna, como desaparecerán de la tierra nuestra hedionda viruela y tantas otras que ahora son castigo de la ignorancia profana y de abandono de los Gobiernos.

Las causas de las enfermedades son: unas, constantes y ubicuas; existen «ab initio»; otras, circunstanciales y pasajeras; todas, condicionales y relativas. Los antiguos no conocieron la necrosis fosforada del maxilar por que no inventaron industrias del fósforo que fueran de ello responsables, ni las radiopatías, porque no habían nacido Roentgen ni Curie; pero, ¿qué duda cabe de que, aparte las que la moderna vida produce, sufrieron todas las dolencias que ahora se llaman nuevas y debieran apedillarse recientemente conocidas? ¿Porque Malgaigne fuese el primero que describiera bien en 1836 la luxación de la rótula, no pudo un hoplita griego dislocarse tal hueso en Marathon? ¿Porque la primera historia completa de la diabetes glucosúrica fuera en el siglo xviii hecha por Rollo, a propósito del caso del capitán Meredith, de la artillería real inglesa, habrá que suponer que no hubo antes organismos humanos capaces de fabricar azúcar con exceso?

El aumento del caudal de enfermedades conocidas acusa un adelanto, es verdad; pero es un adelanto que viene hace tiempo desarrollándose, aunque el más fuerte empuje lo haya recibido en el siglo xix. Ya en mi época de alumno se desplegaba a nuestros ojos un larguísimo programa de enfermedades internas y externas que, en los apuros de un examen próximo, ponía nuestro cerebro en grande aprieto.

(Continuará.)

Homenaje a Martín Salazar

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.
<i>Suma anterior.....</i>	6.467,50
D. Eleuterio Fontán, Estación Sanitaria de Gijón.....	3
» José Menéndez, Idem id.....	2
» Aznar Martínez, Director de Sanidad de Avilés.....	150
» Montón Suárez, Secretario de idem id.....	24
» Zapata Mezquita, Estación Sanitaria de Avilés.....	15
» Díaz López, Idem id.....	15
» Alvarez Rivera, Idem id.....	6
» González Jové, Idem id.....	6
» Gutiérrez Rodríguez, Idem id.....	6
» Pamiro Piquero, Idem id.....	15
» Suárez Bernardo, Idem id.....	6
» Casares Aramburu, Director de San Esteban de Pravia.....	150
» Carballo Hurtado, Secretario de Sanidad de Pravia.....	30
» Martínez del Valle, Marinero de Sanidad de Pravia.....	7,50
» García Vallés, Idem de id.....	7,50
» Febrel, Inspector Provincial de Soria.....	150
» Bercial, Idem id. de Huesca.....	50
» Clava, Idem id. de Castellón.....	100
» Besora Pecamins, Director de Sanidad de Burriana.....	50
» Fermín F. Barcala, Secretario de la Estación de Burriana.....	4
» Andrés Borja, Estación Sanitaria de idem.....	2
» José Devís, Idem id.....	2
» Jiménez García, Director de Vinaroz.....	100
Médico Habilitado del Puerto de Vinaroz....	16,66
Secretario de Sanidad de Vinaroz.....	16,66
D. Bautista Giner, Estación Sanitaria de Vinaroz.....	10
» Federico Añorte, Idem id.....	10
» García Cifaló, Director de Sanidad de Castellón.....	5
» Botella Mateu, Secretario de idem.....	4
» Lucas Balaguer, Estación Sanitaria de id.....	2
» Fabregat Vázquez, Idem id.....	2
» Díaz Domínguez, Director de Sanidad de Torrevieja.....	50
» Gadea, Inspector Provincial de Alicante..	150
» Ferrer Sánchez, Director de Sanidad de Alicante.....	39
» Monfort Sales, Médico segundo de idem...	20
» Vicente Mari Segarra, Secretario de idem...	15
» Fernández Montalvo, Estación Sanitaria de idem.....	10
» Rodríguez González, Idem id.....	6
» Fresno Caminero, Idem id.....	5
» Díaz Neri, Idem id.....	5
» Giner Giner, Idem id.....	5
» Rodríguez Pérez, Idem id.....	5
» Martínez Zaragoza, Idem id.....	5
» Fernández, Inspector Provincial de Ciudad Real.....	50
» Pablo Deo, Idem id. de Tarragona.....	100
» Gil Massot, Director Sanidad Tarragona..	50
Personal de la Estación Sanitaria Tarragona.	10
<i>Suma y sigue.....</i>	7.950,82

(1) Véase el número anterior.

	Pesetas.
<i>Suma anterior.....</i>	7.950,82
Dr. Malva Muñoz, Director Sanidad Valencia.	200
» Georgacópulos, Secretario de idem.....	30
» Moradillo, Estación Sanitaria de idem.....	10
» Climent, Idem id.....	10
» Esteban López, Idem id.....	8
» Martínez Sala, Idem id.....	8
» Climer Colás, Idem id.....	6
» F. R. Giménez, Idem id.....	6
» Cervera Pi, Idem id.....	6
» García Llopis, Idem id.....	6
» Darder Rocafull, Idem id.....	6
» Acosta, Médico Segundo de idem.....	30
» Domínguez, Director de Sanidad de Gandia	150
» Tirado, Secretario de idem.....	38
» Vicente Blat, Estación Sanitaria de idem..	12
» Pedro Costa, Idem id.....	12
Director de Sanidad de La Línea.....	40
Maquinista de idem.....	10
Dr. González del Valle, Director de Sanidad de Algeciras.....	125
» Armenta, Secretario de idem.....	5
» Espinosa, Médico habilitado de Tarifa....	5
» Valencia, Idem id. de Palmones.....	5
» Salas y Alcoba, Estación Sanitaria de Algeciras.....	5
» Rodríguez, Idem id.....	3
» Manuel Rey, Idem id.....	3
» Macías, Idem id.....	3
» Rodríguez Castillo, Idem id.....	3
» Díaz Amores, Idem id.....	3
» Prieto Lobo, Idem id.....	3
» Castelo, Médico de Sanidad de Cádiz.....	125
Inspector de Sanidad de Burgos.....	100
Dr. Cubells, Inspector Provincial de Toledo...	50
» Sáenz Cenzano, Idem id. de Zaragoza....	50
» Durán, Idem id. de Valladolid.....	150
» Giménez, Idem id. de Lérida.....	100
Inspector Provincial de Salamanca.....	100
Idem id. de Avila.....	50
Idem id. de Logroño.....	60
D. Antonio Casares Gil, Madrid.....	50
» José Casares Gil, Idem.....	50
» Mariano del Páramo, Granada.....	100
» Carlos Rubio, Madrid.....	50
» Francisco de Borja, Médico de Sanidad de Mahón.....	32,50
» Anguera Anglés, Director de Sanidad de Irún.....	15
» Novoa Couto, Idem id. de Corcubión.....	120
» Ramón Agulleiro, Estación Sanitaria de Corcubión.....	2,50
» Manuel Rey Rodríguez, Idem id.....	2,50
» Pellicer Viguera, Director de Sanidad de Málaga.....	120
» García Castrillo, Médico segundo de idem.	115
» Dultz Torregrosa, Secretario de idem.....	10
» Tejera Marugán, Estación Sanitaria de id.	15
» Fernández Torres, Idem id.....	12
» García Olivares, Idem id.....	12
» Muñoz García, Idem id.....	5,50
» Amate Aviño, Idem id.....	6
» Albaladejo, Idem id.....	6
» García Cervantes, Idem id.....	5,50
» Rosa Cervantes, Idem id.....	5,50
Director Mariano Roig. Port-Bou.....	150
Director de Santa Cruz de Tenerife.....	150
Dr. Estébanez, Director de Arrecife de Lanzarote.....	100
» Manuel Jordán, Secretario de idem.....	30
» Felipe Rodríguez, Estación Sanitaria de id.	15
» Manuel Murga, Idem id.....	15
» Alcaraz Alcázar, Director de Aguilas.....	26,15
» Molino Martín, Secretario de idem.....	12,75
» Plazas Lorenzo, Estación Sanitaria de id.	17,05
<i>Suma y sigue.....</i>	10.737,77

PAPELES YHOMAR

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

	Pesetas.
<i>Suma anterior.....</i>	10.737,77
Dr. Bauza Covas, Estación Sanitaria Aguilas.	8,70
» Treuchs Caro, Idem id.....	8,70
» Hernández Fuster, Idem id.....	6,65
» Hernández Ballestrín, Idem id.....	6,65
» Puig Suárez, Director Sanidad Barcelona..	45
» G. del Valle, Médico de idem id.....	24
» Delmás, Idem id.....	15
» González, Estación Sanitaria de Barcelona.	6
» Vascosin, Secretario de Sanidad de idem..	15
» Giménez, Estación Sanitaria de idem.....	6
» Antonio González, Idem id.....	9
» Cloquells, Idem id.....	6
» Mariano García, Idem id.....	6
» Caparrós, Idem id.....	3
» Moreno, Idem id.....	3
» Morata, Idem id.....	3
» Soler, Idem, id.....	3
» Jerez, Idem id.....	6
» Francisco Clemente, Idem id.....	3
» Galindo, Idem id.....	3
» Amado Morlán, Director de Sanidad de Cartagena.....	50
» Eduardo Pascual, Médico segundo de idem.	50
» José Pernias, Estación Sanitaria de idem..	5
» Antonio Martínez, Idem id.....	5
» J. Sánchez, Idem id.....	5
» Martínez, Idem id.....	5
» García, Idem id.....	2,50
» A. Pérez, Idem id.....	2,50
» Augusto Gómez Porta, Director de Sanidad de Ceuta.....	150
» Pedro Amador, Secretario de idem.....	25
» Galera, Estación Sanitaria de id.....	25
» J. Rodríguez, Idem id.....	15
» J. Peral, Idem id.....	5
» V. García, Idem id.....	5
» M. Herrera, Idem id.....	2,50
» R. Ruiz, Idem id.....	2,50
» J. Parraño, Idem id.....	2,50
» Riera Pujol, Director de Ibiza.....	150
» Escandell Gross, Secretario de idem.....	10
» J. Rivas Tur, Estación Sanitaria de Ibiza..	5
» J. Navarro Lloret, Idem id.....	5
» Suárez de Centi, Director Sanidad Coruña.	150
» Suárez Colmenares, Médico habilitado id..	30
» Gil Rovira, Secretario de idem.....	35
» Castro Salazar, Estación Sanitaria de idem	20
» Regueira Pérez, Idem id.....	20
» Díaz Raposo, Idem id.....	15
» García García, Idem id.....	15
» Rico Mantiñán, Idem id.....	15
» M. Fraile, Director de Sanidad del Ferrol.	30
» G. Meirás, Médico habilitado de idem.....	15
» G. Meirás, Secretario de idem.....	15
» M. Gil, Estación Sanitaria de idem.....	6
» J. Mosquera, Idem id.....	6
» J. Fajardo, Idem id.....	3
» F. Nuñez, Idem id.....	3
» Martín Cervantes, Idem id.....	3
» E. Ibañez, Director de Sanidad Mazarrón.	25
» E. Saez, Secretario.....	10
» B. Artero, Estación Sanitaria de Mazarrón	5
» A. Bueno, Idem id.....	5
» Pérez de Torres, Director Sanidad Melilla.	150
» Hezode Vidiella, Secretario de idem.....	15
» Blanco Lorenzo, Estación Sanitaria Melilla	10
» Rubio García, Idem id.....	15
» Jenaro García, Idem id.....	1
» Quesada Buades, Idem id.....	5
» Soler Albaladejo, Idem id.....	5
» Muñoz García, Idem id.....	5
» Brú Pamiés, Idem id.....	5
» F. Fonolla, Director Sanidad de Palamós.	40
» Valmaña Masso, Secretario de idem.....	20
» P. Ascorbe, Director de Sanidad Palma...	50
<i>Snma y sigue.....</i>	12.188,97

	Pesetas.
<i>Suma anterior.....</i>	12.188,97
» Angel Uruñuela, Médico segundo de idem.	12,50
» J. Buades, Secretario de idem.....	12,50
» J. Bauzá, Estación Sanitaria de idem.....	2,50
» A. Pujol, Idem id.....	2,50
» J. Verger, Idem id.....	1,50
» M. González, Idem id.....	1,50
» J. Martí, Idem id.....	1,50
» E. Selva, Idem, id.....	1,50
» G. Simó, Idem id.....	1,50
» M. Bellogín, Estación Sanitaria de Villa- garcía.....	49
» García Sancho, Director Sanidad Almería.	93,30
» Lafuente Domínguez, Médico segundo id..	
» L. Linares, Estación Sanitaria de idem....	
» R. Gallardo, Idem id.....	
» F. Cortés, Idem id.....	
» J. del Aguila, Idem id.....	150
» J. Robles, Idem id.....	
» A. Martínez, Idem id.....	
» Quintero, Director de Vigo.....	
» Mestre Peón, Médico segundo de idem....	
» Souto Beavis, Médico de Sanidad de idem.	50
» R. Vargas, Secretario de id.....	25
» Nogueira, Idem id.....	15
» F. González, Capellán de id.....	10
» Carreras, Maquinista de id.....	10
» Ramirez de Verger, Director de Sanidad de Sevilla.....	50
» Chacón, Médico segundo.....	25
» F. Palacios, Médico segundo de Sevilla....	25
» A. Condón, Secretario de idem.....	15
» E. de España, Estación Sanitaria de idem.	15
» A. Pedraza, Idem id.....	10
» E. López, Idem id.....	10
» C. del Fresno, Idem id.....	5
» M. Manso, Idem id.....	5
» M. Herrera, Idem id.....	5
» F. Otero, Idem id.....	5
» J. Larios, Idem id.....	5
» A. García, Idem id.....	5
» M. Fabre, Idem id.....	5
Un redactor de EL SIGLO MEDICO.....	5
Dr. Fraile, Estación Sanitaria de Garrucha...	34
» Hartmann, Barcelona.....	150
Director Sanidad de Santa Cruz de Tenerife..	150
Dr. Cortazo.....	50
EL SIGLO MEDICO.....	50
<i>SUMA TOTAL.....</i>	13.302,77

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. 29. Los colegiados abonarán a su ingreso una cuota de entrada de 10 pesetas.

Art. 30. Los colegiados con residencia en Madrid abonarán una cuota mínima mensual de tres pesetas, de las que dos se destinarán a los gastos y sostenimiento del Colegio y una a formar un *capital de reserva*, cuyos fines se dirán oportunamente.

Los colegiados con residencia en los pueblos de la provincia satisfarán una cuota de tres pesetas al mes, que por partes iguales se destinarán al sostenimiento de los

(1) Véase el número anterior.

TOLUDEN
Pelrid's Co., New-York

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

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

gastos del Colegio, a los de la *Junta de distrito* y a engrosar el *capital de reserva*.

Art. 31. Los colegiados que dejaran de satisfacer la cuota acordada, dentro del plazo de tres meses, obtendrán una prórroga de un mes para verificarlo, y si transcurriese ésta sin que lo efectuasen, serán eliminados de la lista del Colegio hasta que lo realicen, privándoles de todos los derechos inherentes a su condición de colegiado.

CAPÍTULO III

De la Junta de gobierno

Art. 32. La Junta de gobierno tiene la representación del Colegio, está encargada de la Administración y Dirección del mismo, y le corresponden los siguientes derechos y atribuciones:

1.º Conceder o denegar la admisión de los colegiados, enterándose de si los aspirantes reúnen las condiciones fijadas por los Estatutos y apartado 23 del Reglamento, procurándose al efecto los datos e informes necesarios y practicando las comprobaciones que considere oportunas.

2.º Nombrar con carácter permanente o transitorio, las «Comisiones» que considere necesarias para la resolución o gestión de aquellos asuntos relacionados con la misión del Colegio y dictar sus Reglamentos de régimen interior.

3.º Determinar las sesiones generales y las demás sesiones y actos privados y públicos que deban celebrarse.

4.º Disponer las conferencias, ponencias y los precios que se juzguen oportunos, dictando todos los Reglamentos especiales y todas las disposiciones referentes a la realización de los expresados actos.

5.º Decidir las condiciones en que convenga prestar el local de esta corporación a otras sociedades análogas.

(Se continuará).

Sección oficial

MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Vacante en la Facultad de Ciencias de la Universidad de Sevilla (curso preparatorio de Medicina y Farmacia, establecido en Cádiz) la cátedra de Química general,

Su Majestad el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que para su provisión se anuncie a concurso previo de traslación en los términos y condiciones que determina el Real decreto de 30 de abril de 1915.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 7 de julio de 1920.—*Espada*. Señor subsecretario de este ministerio.

Ilmo. Sr.: Vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla una cátedra de Patología médica con su clínica,

Su Majestad el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que para su provisión se anuncie a concurso de traslación entre catedráticos numerarios y auxiliares que tengan reconocido ese derecho en la forma que preceptúa el Real decreto de 30 de abril de 1910.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 7 de julio de 1920.—*Espada*. Señor subsecretario de este ministerio.

—o—

Ilmo. Sr.: Su Majestad el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se anuncien a oposición libre, entre doctores, las siguientes cátedras vacantes en las Universidades del Reino:

Facultad de Medicina.—Enfermedades de los oídos, nariz y laringe, con su clínica, de la Universidad de Barcelona.—Higiene con prácticas de bacteriología sanitaria de las Universidades de Santiago, Sevilla y Valladolid.—Técnica anatómica de la Universidad de Sevilla.

Facultad de Farmacia.—Técnica física aplicada a la Farmacia con sus prácticas y análisis químico y en particular de los elementos, medicamentos y venenos; y Prácticas de Laboratorio, de la Universidad de Santiago.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 7 de julio de 1920.—*Espada*. Señor Subsecretario de este ministerio.

(Gaceta del 12 de julio de 1920.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,7; id. *mínima*, 702,5; temperatura máxima, 33º,2; id. *mínima*, 17º,0; vientos dominantes, S. NE.

Siguen dominando entre los efectos agudos las enterocolitis, los catarros intestinales febriles y las angio-colitis catarrales. Los efectos de los órganos respiratorios han experimentado visible disminución.

En los niños se presentan las diarreas del destete y por alimentación mal dirigida, pero no hay ningún afecto de forma epidémica.

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.

Crónicas

Delito contra la salud pública.—Leemos en un diario: «Varios periódicos de Sevilla dan la noticia de que se ha celebrado en la Audiencia, a puertas cerradas, la vista de la compulsa formada para sustanciar la apelación interpuesta contra el auto denegatorio de la reforma del procesamiento dictado por el Juzgado del Salvador contra cinco drogueros de Sevilla, en causa que se les sigue por delito contra la salud pública.

Aseguran los citados periódicos que el representante del Ministerio fiscal, Sr. Monsálvez, dejó al criterio del Tribunal la resolución del asunto.

Es extraño que en un delito contra la salud pública no sostuviera la acusación el fiscal, el cual, si estimaba que debía revisarse el auto de procesamiento, debía haberlo interesado así.

El delito que se dice han cometido los drogueros es haber expendido píldoras de carbonato de calcio en vez de quinina.»

Pero... ¿quién se preocupa por delitos contra la salud pública? Y... ¡en Sevilla!

Recompensas a las damas de la Cruz Roja.—Como presidenta de la Asamblea Suprema de damas de la Cruz Roja, su majestad la Reina Doña Victoria se ha dignado conceder a las señoras que forman la Asociación de Damas de la Cruz Roja Española en Sevilla, por los servicios prestados a la institución, la recompensas siguientes:

Placa de honor a la marquesa de Yandury.

Medalla de primera clase a la condesa de Aguiar y marquesa de Benamejí.

Medalla de segunda clase: a las señoras doña María Rey de Bilbao, doña Mercedes Llorach de Delgado, doña Rosario Sangrán de Tassara, doña Manuela Ternero de Urcola, doña Petra Lázaro de Durán; señoritas María Luisa Seras y Romero, Carmen Seras y Romero, Manuela Reyero y Trullás, Ana Zubiría y Rubio, Diana García Pesquera y Noel, Isabel Cajigas y Parladé, María de Casso y Romero y Gertrudis Caparrós del Vaile.

Semana médico-social en Santander.—En los días 8 y siguientes del próximo mes de agosto se celebrará en Santander, organizado por aquel Colegio de Médicos, una semana médico-social, en la que tomarán parte como conferenciantes los señores Sánchez Saráchaga, presidente del Colegio de Médicos; Bardají, Marañón, Martínez Vargas, Ferrán y Martín Sálazar.

Los temas a desarrollar son los siguientes:

S. Saráchaga. «Nuestro estado actual social higiénico y nuestro espíritu general sanitario».

G. Marañón. «Papel del médico práctico en la lucha sanitaria».

Martínez Vargas. «Santander y el problema infantil nacional».

Ferrán. «Un tema de tuberculosis».

Para recibir el billete de asambleista y cuantos detalles se necesiten, dirigirse al Colegio Oficial de Médicos de Santander.

Conflicto sanitario en Málaga.—Una comisión de médicos del distrito de Coín (Málaga) se ha trasladado a aquella capital y ha visitado al gobernador civil, haciéndole entrega de un oficio suscrito por la mayoría de los médicos y veterinarios, en el que presentan la dimisión de sus cargos por no haberles abonado los respectivos Ayuntamientos los haberes que tienen devengados.

Este pleito comenzó hace ya varios meses, y el gobernador pudo resolverlo ordenando a los Ayuntamientos que pagasen algunos de los débitos que tenían.

A consecuencia de nuevas gestiones del presidente del Colegio Médico de esta capital, se arregló por segunda vez el conflicto, pero ha vuelto a surgir de nuevo con mayor incremento.

La gravedad del conflicto es tanto mayor, cuanto se han presentado en algunos pueblos casos de enfermedades epidémicas.

Para un sanatorio de niños en Jerez.—Doña Micaela Parada, viuda de Vega, ha regalado al Asilo de San José de Jerez de la Frontera una finca con objeto de que se establezca en ella un sanatorio para los niños anémicos hijos de los obreros pobres de aquella comarca.

Palabras del ministro sobre créditos sanitarios.—Contestando a una pregunta de un periodista sobre la certeza del rumor de que había de ampliarse algunos créditos con destino a previsiones sanitarias, el ministro de la Gobernación manifestó recientemente:

—Los créditos consignados en el presupuesto son ampliables y probablemente tendremos que acometer esa ampliación, aunque hasta ahora no se prepara nada en ese sentido.

No hay que olvidar que en Italia se han presentado casos de peste bubónica y el contagio de tal enfermedad es un peligro que debemos tener previsto a todo trance.

La escasez y el encarecimiento de los artículos de primera necesidad son un gravísimo problema que no significaría nada al lado de una epidemia de tal índole.

Por eso no es posible que se haga uso de la autorización para ampliar créditos, con objeto de tomar las medidas oportunas.

Los practicantes de Almería.—En la Casa de Socorro municipal de Almería se ha reunido recientemente el Colegio de Practicantes en Junta general extraordinaria.

El estado de desorganización en que la Diputación tiene los servicios sanitarios de aquella provincia, motivó una ponencia del presidente del Colegio de Practicantes, que esta reunión quedó aprobada.

También se acordó denunciar los hechos motivo de esta protesta al gobernador, a fin de que instruya expediente para corregirlos y exigir responsabilidad a los culpables; hacer público por medio de la Prensa la protesta del Cuerpo, que sufren un injustificado atraso de sus haberes y que presta el servicio en malísimas condiciones, por falta de material curativo; y buscar también el apoyo de todas las fuerzas vivas de la población para que coope- ren a celebrar un mitin donde se exponga la vergonzosa situación actual y se pida enérgicamente a los Poderes públicos un pronto remedio en beneficio de la salud pública.

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

El premio Parkin.—Según las condiciones de la donación hecha al Colegio Real de Cirujanos de Edimburgo, por el fallecido doctor Johon Parkin, miembro del Colegio, se ofrece un premio para el mejor ensayo sobre «Los efectos curativos del ácido carbónico, u otras formas del carbón en el cólera, diferentes formas de fiebre y otras enfermedades».

El premio es de cien libras esterlinas. El concurso está abierto a todos los competidores de todas las naciones. Los ensayos deberán estar escritos en inglés, tener un lema e ir acompañados de un sobre cerrado que lleve el lema afuera y el nombre del autor adentro, y llegar a manos del secretario del colegio doctor J. S. Fowler, antes del 31 de Diciembre.

Historia médica de la guerra mundial.—Portugal fué una de las primeras naciones que envió médicos civiles al frente. El doctor Reynaldo dos Santos, de Lisboa, organizó una unidad y la dirigió en Francia, mucho antes de que Portugal tomara parte en la guerra. La profesión de Portugal se dedica ahora a recoger datos para compilar la historia médica de la guerra. Con el objeto de inaugurar esta tarea, la *Medicina Contemporánea* publica una lista de títulos y una biografía de artículos que aparecieron en los periódicos portugueses, las actas de las sociedades y de otra naturaleza relativas a la guerra.

El Negociado de la Investigación Médica de Rumania.—El Instituto Médico Legal de Bucarest, fué establecido como un morgue por el gobierno rumano en 1914, pero desde aquella fecha se ha desarrollado mucho, y hoy día su eficacia es una revelación a los extranjeros. El Instituto recibe por término medio, 2.500 cuerpos al año. Por lo general, los parientes o amigos, reclaman los cadáveres antes de que expiren los doce días, al cabo de los cuales, el entierro es público. Los estudiantes de medicina, asisten a las clases del Instituto dos veces a la semana y los cuartos del sótano contienen equipo completo para las autopsias.

Estadísticas Demográficas de Portugal.—Según las cifras publicadas en la *Medicina contemporánea*, los promedios para los años de 1913-1917 para cada mil habitantes de Portugal y de las islas Azores y Madera fueron: 610 matrimonios, 31,13 nacimientos y 20,13 muertes. Las cifras para Lisboa son: 7,25 matrimonios, 24,29 nacimientos y 21,91 muertes. El promedio de defunciones en Portugal aumentó durante los últimos cinco años, de 20,55 a 21,50. Las pérdidas por emigración da un promedio de 5,40. La población de Portugal en 1911 ascendía 5.950.985.

Los sueldos de los médicos y de los funcionarios subalternos en los hospitales alemanes.—Es curioso el telegrama que, procedente de Berlín, publica *El Sol* en su edición del 23 de julio.

En vista de los sueldos espléndidos de que disfrutaban los trabajadores manuales en Alemania, buen número de médicos y cirujanos piensan cambiar de profesión. En efecto, he aquí una lista de los salarios que perciben los empleados del Hospital Westend, de Berlín:

«Chauffeur», 10.000 marcos por año; jardinero, 12.000; ayuda de cámara, 11.700; cocinero, 9.000; pinche, 8.560.

El contraste de estos sueldos con los que perciben los médicos es evidente. Perciben los doctores y cirujanos, 541 marcos por mes; pagan de impuestos, 25 marcos, y les queda un ingreso líquido de 516 marcos; es decir, unos 6.000 marcos por año. Un interno percibe 180 marcos por mes, lo mismo que una enfermera.

ESTADOS UNIDOS.—Donaciones de Rockefeller para Escuelas de Medicina.—El Consejo de educación general del Instituto Rockefeller anuncia la donación de 5.000.000 de dólares a la Universidad de Rochester, que se aplicarán, en conjunto, con un segundo donativo de 5.000.000 de libras esterlinas, que hizo George Eastman, para la fundación de una Escuela de Medicina y Odontología.

Se hará un nuevo donativo de 1.250.000 libras esterlinas, con sumas adicionales más pequeñas, al University College and Hospital School, de Londres, para un programa de reconstrucción, por el cual las facilidades del Colegio se mejorarán en gran escala para la enseñanza del personal y el establecimiento de normas para el trabajo de sanidad en todo el imperio británico.

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

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

Al presente número acompaña un prospecto, cuya lectura recomendamos, de los productos farmacéuticos del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid. (Carrera de San Jerónimo, 1.)

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

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.

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.