

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

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

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

V. CORTEZO
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ
Alumno de Medicina.

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

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

F. GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

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

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

F. LOPEZ PRIETO
Ex-Médico-Titular.

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

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

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

B. NAVARRO CÁNOVAS
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

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

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

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

P. DEL RÍO HORTGA
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

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

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

F. TELLO
Sub-Inspector General de Sanidad.

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Sobre fenómenos postinfecciosos a propósito de un caso de escarlatina, con un aspecto especial, por el Dr. D. Baldomero González Álvarez.—Quiste seroso congénito infectado consecutivamente a una faringitis difterioide de Vincent, por el Dr. José M.^a Barajas y de Vilches.—Bibliografía: Dr. Gastón Labat.—Crisis agudas de insuficiencia cardíaca de la hipertensión, por el Dr. Enzagaray.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central, por el Dr. don Amalio Gimeno Cabañas.—Sociedades Científicas: Real Academia Nacional de Medicina.—Homenaje a Martín Salazar.—Sección oficial: Ministerio de Gracia y Justicia.—Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Sobre fenómenos postinfecciosos a propósito de un caso de escarlatina, con un aspecto especial

POR EL

DR. BALDOMERO GONZÁLEZ ÁLVAREZ

De número de la Real Academia Nacional de Medicina

Es de alto interés clínico el conocimiento y estudio de un hecho observado en la asistencia médica de los enfermos infecciosos, principalmente en la escarlatina. Consiste este hecho en que habiendo desaparecido ya la fiebre, terminada la infección, en este caso la escarlatina; por tanto, la infección escarlatina ya por completo vencida, transcurren uno, dos o más días de apirexia; la orina es normal, la descamación se inicia, la normalidad se restablece, el niño se encuentra bien y contento; sin transgresión alguna, sin haber salido de la cama, continuando el régimen lácteo, insólitamente aparece fiebre de 39 a 40°.

Es forzoso pensar en este caso en una complicación que explique la hipertermia. Se examina cuidadosamente al niño, y unas veces, las más, se halla la causa: ya gastroenteritis, pleuresía, miocarditis, artropatía, reumatismo escarlatinoso, ya, lo más frecuentemente, la infección estreptocócica faríngea. Otras veces, las me-

nos, rara vez, no se halla, a pesar de un minucioso reconocimiento, complicación, lesión o enfermedad postescarlatina que explique aquella extemporánea subida de temperatura.

No se administra medio alguno terapéutico, porque no existe indicación alguna. La fiebre no suministra más indicación, mientras el organismo tolera bien la hipertermia, que el descubrir y buscar la causa a que obedece, para entonces descubierta atacarla. Se continúa vigilando el riñón, reconociendo la orina, examinando muy detenidamente el organismo entero, sin resultado positivo, y transcurridos dos, tres o cuatro días, la fiebre desaparece, el estado general, expresión clínica muy gráfica, continúa bueno, la descamación sigue efectuándose y el niño no vuelve a tener novedad alguna.

¿Qué ocurrió en estos casos, tan raros que no los veo señalados en las clínicas y patologías de los niños?... ¿Dónde está la razón de aquella fiebre, mejor dicho, hipertermia, que no son sinónimos, como se cree, ambos términos?...

Recuerdo un caso de este género de cosas, que conmigo vió el doctor Codina: Una joven padece una fiebre tifoidea. Curada completamente, a los pocos días de apirexia se presenta hipertermia diariamente entre 39 y 40°. Ninguna manifestación patológica. Dura este estado cerca de un año, sin que presentara otro trastor-

no en su fisiologismo, al cabo del cual desapareció la hipertermia en lento descenso.

Razonemos, con el fin de hallar una explicación que conteste estas preguntas.

Todas las infecciones que de fiebre se acompañan dan por resultado un veneno, una toxina circulante, que provoca en el organismo el desarrollo de anticuerpos, de cuerpos inmunizantes o defensivos, lisinas, que obran, o destruyendo los gérmenes patógenos infectivos, o neutralizando sus toxinas, o bien reúnen ambas acciones curativas en un mismo principio o en dos: uno que mata el germen en todos sus momentos evolutivos biológicos, microfagia, y otro que neutraliza los venenos, toxinas del microbio salidas.

Este es el proceso o mecanismo curativo de todas las infecciones. Vencidas éstas, la inmunidad en aquel organismo es un hecho.

La destrucción microorgánica infectiva puede tener también efecto por un agente medicamentoso, como sucede en el paludismo con la esterilizante quinina, matando, destruyendo los parásitos endoglobulares, microzoarios, el *plasmodium fugax*; como sucede con el mercurio y el arsénico matando el spirilo de la sífilis.

Las toxinas se admite que permanezcan, terminada la infección, un tiempo mayor o menor en el organismo, según la actividad eliminadora y neutralizante: de aquí los fenómenos tóxicos postinfecciosos muy frecuentemente observados (1).

La acción orgánica neutralizante de las toxinas se explica, según Chantemesse, porque éstas provocan por alguno de sus elementos reacciones celulares que dan origen a otras sustancias antagónicas de aquellas toxinas.

La curación, pues, de las infecciones se obtiene por la muerte de los microbios o por su conversión en saprofitos, mediante la inmunización del medio, impotentes entonces para perturbar el fisiologismo en el sujeto; pero portadores de gérmenes virulentos, son activos trasplantados a otros individuos.

La curación de la intoxicación infectiva se obtiene por eliminación—emuntorios—y por neutralización—antitoxinas.

Los fenómenos de intoxicación postinfecciosa son muy conocidos en la clínica; observados y admitidos universalmente.

En mi comunicación al Congreso Internacional de Medicina en París, en 1900, expuse algunos casos notables agrupados en tres secciones:

1.^a Perturbaciones de la sensibilidad y del movimiento: neuralgias, anestias e hiperestesias cutáneas y sensoriales, parálisis, contracturas y temblores.

2.^a Perturbaciones de la inteligencia y de la fuerza psicomotriz: psicastenia, delirios, mutismo, sordera, ceguera, abulia, alteración de la conciencia.

3.^a Perturbaciones neurotróficas: degeneraciones agudas, nefritis, artropatías, edemas, anasarcas y es-

(1) Quelques états toxiques postinfectieux. Congreso de París, 1900, González Álvarez.

pecial y típica erupción en la piel, que nunca más observé.

Cito en dicho trabajo casos de intoxicación postinfecciosa dados a conocer por varios autores: Concati, Mannheim, Lange, De Fleury, Kuhn, Kalischer, Regis y Seglas, Baginski, Chauffard, Cassel, Henoch, Rilliet, Barthez, Cadet de Gassicourt, Stark, Filatow y Senator.

Posteriormente Siredey dió a conocer un caso subsiguiente a la fiebre tifoidea, de incoordinación del movimiento en las extremidades inferiores, más acentuada en la izquierda, y desorden en la pronunciación. Un caso semejante he visto el año pasado con otros compañeros, en el que hubo, además, mudez: veintitantos días tardó en desaparecer esta intoxicación postebertiana.

Duflocq, en un convaleciente de viruela, observó perturbación postinfecciosa de la palabra, que tardó seis meses en desaparecer.

Rendu vió una hemiplegia, que desapareció después de una gripe grave.

El doctor Martín González Álvarez tiene en la actualidad en su sala del Hospital del Niño Jesús, dos casos análogos, y ¡cuántos médicos han observado lo mismo!...

¿Son todos estos casos, como se viene diciendo, efecto de intoxicación postinfecciosa?.. ¿Cómo es posible que las toxinas retenidas tarden en ocasiones muchos meses en eliminarse o neutralizarse?... Este hecho es inverosímil.

¿Es que es falsa esta interpretación de los fenómenos postinfecciosos?... Procuremos contestar estas preguntas, así como la relativa al caso de fiebre postescarlatina que estudiamos: ¿puede ser esta fiebre fenómeno tóxico postinfeccioso?...

* * *

Si en nuestro caso de escarlatina no existía infección consecutiva ni localización alguna que explicara la fiebre, ¿podía ser ésta un fenómeno tóxico postinfeccioso?... Pero entonces, ¿por qué en los múltiples casos examinados de intoxicación postinfecciosa no existió fiebre, y en éste fué la fiebre, mejor dicho, la hipertermia, el único fenómeno observado?...

¿Es explicación corriente que las toxinas infecciosas son las que, perturbando los centros calorígenos y tróficos, ocasionan la fiebre, y no el agente microbiano directamente, puesto que infecciones como la difteria y la pulmonía, en las que el agente patógeno es vencido o hecho inactivo por el suero, la fiebre desaparece inmediatamente; pero las lesiones en los órganos producidas continúan, aunque siempre en regresión, hasta la integridad del órgano: las toxinas infectivas pirógenas son, pues, eliminadas o neutralizadas rápidamente, mucho más rápidamente que la restitución a la integridad de los órganos lesionados?

¿En nuestro caso, pues, toxinas pirógenas de la escarlatina quedarían acantonadas y latentes en un punto cualquiera del organismo cuando la infección había

dejado de segregar más toxinas, y no sabemos por qué perdieron su latencia y dieron lugar a aquella fiebre?...

Para este caso, en que duró sólo sesenta horas la fiebre, puede admitirse esta explicación; pero para aquellos en que duró varios meses, como ocurrió en un caso por mí observado, en el que existió fiebre entre 39 y 40° después de una tifoidea durante cerca de un año; ¿cómo admitir que la toxina tífica, ausente ya de aquel organismo el bacilo que la segregó, tardara tanto en eliminarse o neutralizarse, cuando en veinticuatro horas se elimina, como hemos dicho, en la pulmonía o en la difteria curada por una inyección de suero?...

¿Cómo admitir que aquel aumento considerable de temperatura constituye fiebre, si no fué acompañado de ninguno de los demás fenómenos que la integran, tales como malestar, aumento de las oxidaciones orgánicas y disminución de la potencialidad de todas las funciones?...

Meditemos, a fin de ver de contestar estas preguntas satisfactoriamente.

En el Congreso Médico Internacional de Medicina celebrado en Madrid en 1903 dije (1): «La fiebre depende de la perturbación resultante de la hipotonía de los centros nerviosos calorigenos y reguladores»; como experimentalmente demostró Guinard.

La hipertermia no es sinónimo de fiebre. Puede existir sin presencia de toxinas.

J. Renault dice que puede existir hipertermia sin fiebre (2), y se admiten hoy las hipertermias llamadas fisiológicas, que no son otra cosa que la perturbación funcional de los centros reguladores termógenos.

De esta categoría es la elevación térmica, hasta de un grado a veces, en los niños sanos después de un ejercicio, como ya dijo Bouchard y hemos observado muchas veces, porque la temperatura en el niño que ya anda es muy mutable, aun en la más completa salud; pero entonces el descanso hace desaparecer en menos de una hora aquella elevación; si así no sucede, es sospechosa la existencia de alguna toxina microbiana.—Küss.

Interpretamos la hipertermia en nuestro caso postescarlatinoso suponiendo que la toxina de esta infección, tan pirógena generalmente, existió en el organismo de un modo latente durante dos días; por causa desconocida perdió su latencia, obró sobre los centros termógenos reguladores y estalló la fiebre; se eliminó y neutralizó en sesenta horas y todo desapareció, porque, poco lesionados, recobraron la normalidad de su función.

Pero, ¿cómo explicar que todos los fenómenos postinfecciosos que se cree son de naturaleza tóxica sean infebriles?... ¿Cómo explicar y compaginar que perturben, a veces íntimamente, hasta la parálisis bulbar, la función de varias zonas cerebrales, dejando inmunes

los centros termógenos, a los que tan preferentemente atacaron durante la infección?

El doctor González Alvarez, D. Martín, que ha estudiado estos fenómenos en su clínica del Hospital del Niño Jesús, y se ha ocupado y escrito de estas cuestiones, da una explicación a los fenómenos postinfecciosos, que no cree tóxicos, lo que creo satisface a la razón, porque se ajusta a la lógica. Es a saber:

«Los fenómenos morbosos llamados postinfecciosos, porque ya la infección terminó, se vienen atribuyendo a la intoxicación existente aún en el organismo, y se dice que aquellos fenómenos se curan cuando las toxinas fueron eliminadas y neutralizadas.

»Si así ocurriera, los efectos de las toxinas microbianas fueran iguales durante como después de la infección: esto es, son pirógenas, pues fiebre producirían después hasta su eliminación o neutralización, como la produjeron durante la infección, y así no ocurre, como vemos a diario.

¿Qué pasa, pues? Verosímelmente ocurre en estos fenómenos postinfecciosos que la toxinfeción hiere, lesiona uno o varios territorios orgánicos, principalmente en centros nerviosos, y aquellas lesiones son las que determinan la perturbación del fisiologismo durante o después de la infección; que no puede existir perturbación en el fisiologismo sin que haya una lesión, aunque ésta no sea aún apreciable por nuestros actuales medios de investigación.

Terminada la infección sus toxinas son eliminadas; pero las lesiones persisten más o menos tiempo, ocasionando las separaciones en el fisiologismo de los órganos lesionados, hasta que la restitución a la integridad anatómica, y por ende fisiológica, tiene lugar, en cuyo caso desaparecen; se curaron las manifestaciones, las perturbaciones postinfecciosas.»

Me hallo conforme con esta interpretación de los hechos.

Algo análogo a esta interpretación deben creer Siredey y Souques cuando piensan que son dependientes ciertas perturbaciones centrales postinfecciosas de esclerosis en placas: unas en el bulbo producirán disartría, otras en la región dorsal ocasionarían la incoordinación del movimiento en las extremidades inferiores.

Algo menos que esclerosas creo que deben ser estas lesiones, dada su curabilidad y la rapidez de curación en la mayoría de los casos.

Puede, pues, concluirse que los fenómenos tóxicos llamados postinfecciosos dependen, no de acción tóxica directa, sino de lesiones en órganos, producidas por y durante la toxinfeción, y que desaparecen, no cuando las toxinas se eliminaron, sino cuando la *restitutio ad integrum* tuvo lugar.

Madrid, abril 1920.

(1) Actas. Sección de Pediatría. «La antipirina y su inocuidad». González Alvarez.

(2) Soc. de Pediatr. Dic. 1919. Guinon, Comby, Renault, Abraud, Levo.

Quiste seroso congénito infectado consecutivamente
a una faringitis difterioide de Vincent⁽¹⁾

OBSERVACIÓN CLÍNICA

POR EL

DR. JOSÉ M.^a BARAJAS Y DE VILCHES

Estas investigaciones fueron practicadas por mi querido amigo y maestro el doctor Durán de Cottes, encontrando en los frotis hechos con el exudado faríngeo, una asociación fuso espirilar en gran cantidad, en unión de estafilococos, pneumococos y gérmenes saprofitos de la boca y saliva, los cuales he tenido ocasión de observar con relativa frecuencia como productores de gran número de complicaciones postgripales durante la pasada epidemia, aunque en este caso, no solamente por la investigación bacteriológica, sino por el aspecto clínico, podíamos afirmar que se trataba de una faringo amigdalitis difterioide de Vincent, hecho poco frecuente en niños de tan corta edad para Richardiere y Tollemier, siendo este mismo criterio el de Brindel y Raoult, que aseguran haberlo observado en individuos de diez y ocho a treinta años.

Por mi parte, debo hacer constar que, en los 80.000 enfermos registrados en los libros de las consultas públicas de mi padre y en mis observaciones particulares, son más abundantes estas afecciones en las edades medias que en la infancia y en la vejez.

La fórmula leucocitaria acusó las siguientes cifras:

Mononucleares grandes	4
Linfocitos	33
Polinucleares neutrófilos	62
Eosinófilos	1

La fórmula de Arneth dió las siguientes cifras:

Del tipo A B C D E:

Tipo normal	5	35	41	17	2
Número de leucocitos encontrados .	6	49	38	6	1

Según la fórmula leucocitaria anteriormente expuesta, resaltaba la ausencia de polinucleosis propia de los procesos sépticos, lesiones inflamatorias o subagudas con focos purulentos, etc., descartando igualmente la eosinofilia y mononucleosis, manifestaciones respectivas de enfermedades parasitarias y de las glándulas de secreción interna, observándose una marcada linfocitosis, análoga a las que se presentan en las adenias del tipo de la enfermedad de Hodgkin y en las llamadas pseudoleucemias infantiles, pudiendo en este caso interpretarla como indicio revelador de un proceso crónico, en aquel entonces agudizado por la infección reciente sobreañadida, encontrando en ella justificación la desviación experimentada en la fórmula de Arneth hacia la izquierda.

No habrían pasado cuarenta y ocho horas después

(1) Véase el número anterior.

de practicar las anteriores investigaciones, cuando una elevación súbita de la fiebre a más de 40 grados, y acompañada de una exacerbación considerable de la zona inflamatoria del cuello, sin duda producida por el acarreo de gérmenes y toxinas procedentes de la faringe, agravó extraordinariamente la situación, manifestándose cada vez de un modo más evidente la indicación de una terapéutica más activa, ante el temor de que pudiera existir una retención purulenta que bien pudiera propagarse al mediastino por las vainas aponeuróticas o por el paquete vasculo-nervioso.

En este estado de cosas me decidí a intervenir quirúrgicamente, practicando en la zona más declive, que era el sitio donde la fluctuación era más ostensible, una incisión que llenase por el momento la indicación inmediata.

En efecto: llenadas las más rigurosas reglas de asepsia, incidí en una extensión de tres centímetros encima de la línea hiodea, delante de la porción media de la glándula submaxilar, dando salida a una serosidad enquistada, de aspecto transparente, que por estar sometida a gran presión saltó con fuerte ímpetu, observando, con la natural sorpresa, que después de haber salido toda aquella colección líquida la zona inflamada no había descendido nada en absoluto, y, sobre todo, el hecho que más resaltaba era la persistencia de aquella otra zona situada en la porción más alta y también claramente fluctuante, como la incindida, con los mismos caracteres que antes de la intervención; siendo ésta la confirmación evidente de lo que hasta entonces no pasó de suposición, o sea de la existencia de varias cavidades, y todavía, por si estas pruebas no eran suficientes, tratando de explorar el interior de aquella cavidad vaciada me encontré, al separar los labios de la herida, que en la parte alta del hueco que aparecía ante nuestra vista a modo de techo, dispuesto como un diafragma, existía una lámina fibrosa que formaba el suelo de esa otra cavidad más alta y también fluctuante, como efectivamente pude comprobar perforando la citada membrana, aprovechando la incisión practicada. Inmediatamente nueva salida de líquido inundó el campo quirúrgico, pero con caracteres diferentes del extraído primeramente, pues éste era francamente turbio, infectado, el cual, con presiones muy suaves, salió totalmente, en unión de abundantes masas caseosas y detritus ganglionares completamente degenerados, que justificaban el estado actual de infección que acusaba la enfermita.

Practicada la cura conveniente y lavado con líquido de Hipocrel, no tardaron en presentarse los efectos benéficos, observando la disminución de la fiebre y reducción inmediata de la zona inflamatoria, aunque no todo lo que hubiera sido de desear; y sospechando la existencia de nuevas cavidades más profundas, que si ya no estaban infectas por idéntico mecanismo no tardarían en estarlo, coloqué una gasa de drenaje que garantizase la salida de los nuevos exudados que pudieran formarse.

El curso post-operatorio ha sido bastante largo y

con grandes variaciones, siendo los caracteres clínicos más salientes las exacerbaciones diarias febriles coincidiendo con aumento de la inflamación tumoral y remisión espontánea de las mismas durante la noche casi siempre, para en el día siguiente experimentar nuevas alternativas sin regla fija en su aparición; únicamente pudimos apreciar que éstas iban siendo cada vez menores, hasta desaparecer cuando insistimos nuevamente en la aplicación de fomentaciones timoladas, que seguramente acabaron de suprimir los últimos residuos inflamatorios peritumorales que aún persistían y que cedieron fácilmente con estos remedios. suprimiendo el drenaje, que más bien constituía un estímulo en el interior de la tumoración, la cual, aun cuando no presentaba síntoma alguno de inflamación, continuaba con un tamaño bastante mayor que el que tenía habitualmente antes de este proceso, desapareciendo totalmente las elevaciones febriles vespertinas a los diez y ocho días de operada, quedando en condiciones de ser sometida al tratamiento actual de rayos X, con el cual se ha notado gran mejoría, estando en camino de una curación radical, bien por dicho remedio, bien con la Cirugía, pues antes no se podía pensar en intervención más intensa que la practicada, por la gran extensión inflamatoria.

Dos hechos indiscutibles saltan a nuestra vista: uno, la existencia de un proceso crónico, congénito, benigno y con manifiesta indiferencia para la integridad fisiológica de nuestra enfermita; y el otro es la presentación de un estado agudo faríngeo, sobrevenido con motivo de haber sufrido la gripe y que acarreó las posteriores complicaciones inflamatorias a las zonas próximas.

Preciso sería, antes de explicarnos el mecanismo patogénico de este complicado proceso, fundamentar el juicio clínico formado acerca de aquella tumoración congénita independiente de los estados agudos añadidos de faringe y oído, juicio clínico que tuvo la honra de ver confirmado por dos eminentes cirujanos maestros míos, los cuales coincidieron en su diagnóstico con el formulado anteriormente por el médico de cabecera, doctor Folqué, y el que estas líneas escribe, confirmando que la enfermita padecía un «quiste seroso congénito» por imperfecto desarrollo del aparato branquial, actualmente infectado por el proceso agudo sobrevenido posteriormente.

Hubimos de cimentar este criterio estableciendo la diferenciación clínica de los quistes seroso-congénitos de los quistes branquiales (dermoides y mucoides), que ya la anatomía patológica se ha encargado de separar, señalando, que mientras los primeros presentan sus paredes tapizadas de células endoteliales planas de bordes sinuosos, sin los dentellones del endotelio linfático normal, aparecen en los segundos tapizadas de un epitelio estratificado unas veces y otras cilíndrico, sirviendo esta última diferencia estructural para distinguir las dos variedades histológicas de quistes branquiales (dermoides y mucoides), pasando por alto los demás detalles anatomopatológicos de estas últimas

alteraciones congénitas, que han permitido a Terrier y Lecene distinguir las tres variedades de quistes branquiales (dermoides verdaderos, amigdaloides y tiroideos), separación que han confirmado con sus investigaciones Lucke, Schede, Albarrán y Sultan, y, sobre todo, Pilliet, Haeckel, Fredet y Chevassu, entre otros muchos, los cuales establecen y estudian la diferenciación histológica de unos y otros tumores, cuya descripción detallada sería base de extenso capítulo de ciencia que, sin duda, excedería los límites de un modestísimo estudio clínico, limitándonos a recordar la estructura histológica y patogénica de los quistes serosos congénitos del cuello, los cuales presentan sus paredes constituidas, además de las citadas células endoteliales, tejido conjuntivo con algunas fibras elásticas y musculares, regadas por abundantes vasos sanguíneos, que si bien frecuentemente suelen producir hemorragias intraquisticas, no pude observarlas en este caso. Achard y Lannelongue indican haber muy raramente observado vasos linfáticos y nervios, siendo, seguramente, debido a la ausencia de estos últimos lo manifiestamente indoloras que resultaban las manipulaciones intratumorales, según comprobaba durante las curas. En resumen, manifiestan los quistes seroso-congénitos una estructura histológica completamente exacta a la de los linfoangiomas quísticos.

Sería interminable la relación de todas las teorías ideadas para explicar la patogenia de estos procesos, desde las clásicas de Holmes, Coste y P. Broca, ya desechadas, y que atribuían el origen de los quistes serosos a la transformación de un angioma, hasta las actualmente admitidas que los suponen exclusivamente de origen linfático, siendo Köster el primero en admitirlo, y constituyéndose en los más entusiastas divulgadores de estas ideas Wegner, Middeldorf, Lucke, Volkman, Lannelongue, Achard, etc., manifestando unos y otros la asociación frecuente de estos quistes con las otras variedades del linfoangioma, como, por ejemplo, la macroquilia y la macroglosia.

Además de los caracteres clínicos ya descritos de esta tumoración que nos sirvieron de base para el diagnóstico, resaltaba como dato importante, que me permito señalar como de mayor interés, el manifestarse clínicamente aparente desde el momento del nacimiento, lo cual le apartaba de los quistes branquiales, que, a pesar de provenir de trastornos del desarrollo embrionario, no suelen manifestarse hasta los quince o veinte años y a veces hasta los treinta y cinco o más; en cambio los primeros han sido observados por Després en fetos de tres a cinco meses. También he de pasar por alto todos los demás datos clínicos ya expuestos de consistencia, sitio de implantación, ausencia del signo de Godet, considerado por Linbart como patognomónico de los quistes branquiales, y, sobre todo, el hecho peculiar a esta clase de quistes serosos de ser multiloculados, según comprobamos en la intervención, del mismo modo que manifiesta Lannelongue que llegó a contar en un caso más de 800, fueron los datos más precisos que afianzaron nuestro modo de

pensar para establecer el citado juicio clínico.

El mecanismo patogénico de este proceso actual en pleno período de agudeza, por haber sido sacado de su situación habitual pasiva por los gérmenes y toxinas acarreados desde la faringe, fué fácilmente comprendido, recordando los datos anatómicos del anillo de Waldeyer, cuyas masas ganglionares las divide Escat en los siguientes grupos:

1.º Ganglio de Chassaignac o subángulo maxilar, que es el que toma parte más activa en los procesos infecciosos de la amígdala palatina.

2.º Ganglios retrofaríngeos o de Gillette, asiento frecuente de abscesos y de metastasis neoplásicas de tumoraciones de fosas nasales y nasofaringe.

3.º Ganglios laterofaríngeos, escalonados en el borde anterior del esterno cleido mastoideo.

4.º Ganglios occipitales, llamados por los clásicos «archivo de la sífilis»; y

5.º Ganglios parotídeos y mastoideos.

Este aparato linfático de defensa, en manifestas condiciones de inferioridad fisiológica, fué impotente en nuestro caso para detener la invasión microbiana, sin duda por la excesiva virulencia del germen que, burlando la vigilancia de estas avanzadas, ingresó en el seno del organismo, confirmandose una vez más las tres fases que señala Escat en todas las infecciones de origen en la garganta: 1.ª, de infección faríngea; 2.ª de infección ganglionar, y 3.ª, de infección general.

Una consecuencia única se desprende de todo lo anteriormente expuesto, que hemos de tener en cuenta, no solamente los que a una especialidad nos dedicamos, sino todo médico, y es que, dados los valiosos procedimientos de investigación clínica que han ensanchado notablemente la esfera de acción de la terapéutica, en otros tiempos insuficiente, siempre que nos encontremos en la práctica con estados patológicos existentes con anterioridad, aunque tengan una marcha crónica y su carácter sea de la más absoluta benignidad, tendremos siempre muy en cuenta el sitio de implantación, pues en casos como el descrito, el peligro no está en el tumor en sí, sino en la región próxima que por su fácil infección transforme, con caracteres de extraordinaria malignidad, el proceso primitivo, no haciéndonos cómplices de una actitud conservadora mal entendida por las gentes todavía refractarias al médico y que todavía su ignorancia las previene para recibir los más elementales remedios científicos de estas afecciones de carácter latente, como por ejemplo la amigdalitis hipertrófica, que si en frío pueden ser tratadas sin riesgo alguno, pueden convertirse por su abandono en procesos de extraordinaria gravedad, especialmente si encuentran un estímulo con el estado intercurrente sobrevenido en cualquier región más o menos próxima, pudiendo llegar a amenazar seriamente la vida del enfermo.

Febrero, 1920.

BIBLIOGRAFÍA

Dr. Gaston Labat

L'anesthésie para-vertébrale en chirurgie gastrique et intestinale. (A. Legrand, editeur. París, 1920).

La anestesia para-vertebral consiste en bañar los nervios torácicos y lumbares a su salida de los agujeros inter-vertebrales, procurando que la acción del anestésico interrumpa, al mismo tiempo, las anastomosis de estos nervios con la cadena simpática, o sea los «rami-comunicantes». Se realiza así una verdadera sección fisiológica de la inervación de todo un segmento del tronco, de donde resulta la anestesia de un vasto campo operatorio que permite las intervenciones más importantes sobre las vísceras. En las 115 páginas de este libro, su autor se ocupa, ante todo, de la sensibilidad, teniendo presente el valor que representa la sensibilidad individual y la de los tejidos, y haciendo consideraciones muy detenidas acerca de la sensibilidad intra-abdominal, especialmente de las vísceras abdominales.

La cuestión de la técnica de la anestesia para-vertebral dorsal, lumbar y sacra, así como la de los nervios espláncicos, es objeto de una detallada descripción, valorada por la experiencia personal del autor, el cual utiliza procedimientos personales ventajosos; el anestésico mejor es la novocaína, favoreciéndose su acción si se la asocia la adrenalina, con la cual la anestesia es más rápida y de mayor duración (unas dos horas). Nunca debe emplearse la cocaína para esta anestesia. También expone Labat las principales indicaciones y contraindicaciones del método para-vertebral, pasando revista a las diversas intervenciones sobre los varios segmentos del tubo digestivo. Sin embargo, es preciso reconocer que la técnica de esta anestesia es bastante delicada y no puede llevarse a cabo más que por personas muy competentes, que posean una educación especial, la cual se adquiere con paciencia y con práctica; este es uno de los inconvenientes de la anestesia para-vertebral, al que hay que añadir el ser inconstante, infiel y dolorosa, exigiendo, además, un cierto tiempo. No obstante, sus ventajas sobrepujan a estos inconvenientes, puesto que es de una inocuidad absoluta para los enfermos de mal estado general, como lo comprueba la enforia post-operatoria de la mayor parte de los operados; no produce shock ni trastornos digestivos ni pulmonares post-anestésicos, y proporciona al cirujano una quietud absoluta y un tiempo considerable que le permite la ejecución metódica y cuidadosa de los diversos tiempos de la operación. Las figuras intercaladas en el texto son de una claridad excelente para la buena comprensión de la técnica, y precediendo a la lista bibliográfica con que concluye el libro, se encuentran 21 observaciones relativas al asunto, que patentizan la experiencia del autor, demostrando su competencia en una técnica tan poco extendida y de adquisición tan reciente.—E. LUENGO.

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.

Conocida es la sintomatología de la angina verdadera o de esfuerzo, por esto sólo indicaremos las particularidades inherentes a la del decúbito, así llamada porque puede sorprender al enfermo en la cama en el momento del sueño, en el reposo más completo. En efecto, el enfermo es despertado súbitamente por el dolor torácico intenso, que reviste los caracteres de la angina del pecho, empezando en el corazón. Dolor retroesternal, angustioso, que se irradia a los brazos y a la espalda. El enfermo, pálido, ansioso, sentado en el lecho, sudoroso, con pulso pequeño y rápido, puede llegar a una terminación fatal inmediata por síncope, o por síndromes y accidentes ulteriores ligados a complicaciones pulmonales subsiguientes, como el asma cardíaco y el edema pulmonal. Por el contrario, pueden atenuarse los accidentes, y el dolor desaparecer en más o menos días. Estos accesos pueden repetirse frecuentemente, estableciéndose un mal anginoso, y en todos estos casos, la expresión arterial mínima es relativamente menos baja que la máxima.

El mecanismo de la angina de la distensión estriba en la insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo, el cual, a consecuencia de un golpe de hipertensión, al que no puede resistir se distiende con exceso, y de esta distensión resulta una excitación de los filetes nerviosos del miocardio, que, transmitida al plexo cardíaco, despierta las reacciones constitutivas del acceso anginoso.

Tales son los síntomas y accidentes de la distensión aguda ventricular izquierda de origen hipertensivo, de cuya terapéutica profiláctica nos ocuparemos, después de establecer algunas consideraciones pertinentes a los fenómenos de dilatación que integran la insuficiencia de dicho ventrículo.

b) La dilatación ventricular está producida por la pérdida de la función de tonicidad. Cuando ésta disminuye, el miocardio cede a la distensión hipertensiva, dejándose dilatar. Esta dilatación es inmediata, súbita, y los accidentes que la acompañan generalmente siguen a la angina de pecho; pero algunas veces, el ventrículo está previamente dilatado, y en este caso no hay fenómenos de distensión ni se produce la angina de pecho, presentándose primitivamente los accidentes pulmonales de la dilatación, que son el asma cardíaco y el edema pulmonal.

El asma cardíaco depende de la decadencia súbita

del corazón, y particularmente del ventrículo izquierdo, que ocasiona una ingurgitación sanguínea pulmonal. Es una disnea paroxística complicada de alteraciones de la circulación pulmonal y de la función cardíaca. Las hipertensiones transitorias que aumentan la tensión permanente son la causa inmediata del fenómeno, que estalla de la manera más inopinada: después de una comida, de una marcha precipitada, de una emoción, de un enfriamiento, etc. Entre las causas hipertensivas está la transgresión en el régimen alimenticio, cuya influencia compendió Huchard en una frase: la disnea toxialimenticia. En estos enfermos hipertensos complicados de insuficiencia renal, se agrega la retención de toxinas alimenticias, que aumentan la tensión, y, por otra parte, la retención clorurada, a la cual Merklen concede gran importancia en la génesis del acceso de asma, el que puede ser consecutivo al factor mecánico de la plétora hídrica subsiguiente.

No hay cuadro más angustioso que el de un ataque grave de asma cardíaco. El acceso es repentino, el enfermo busca aire, sus labios están cianóticos, tose y expulsa mucosidades sanguinolentas. El enfermo lucha por respirar, no puede hablar, no puede tragar ni un sorbo de agua, está inundado de sudor, concentra sus fuerzas en realizar esfuerzos inspiratorios, su corazón decae; desfallece la irrigación arterial de los centros nerviosos, y puede sucumbir por un edema pulmonar o por síncope. Si es acometido del ataque en la calle, puede caer como atacado de un íptus, preso de un estado lipotímico, que puede llegar a un síncope mortal. Otras veces, los trastornos de circulación cerebral van seguidos del coma, y algunos enfermos sucumben entre la asfixia y el coma. Lo más general es que las crisis cedan, no siendo la muerte la terminación más común. La auscultación cardíaca después del acceso comprueba un ruido de galope, como en todos estos accidentes, y soplo mitral de la insuficiencia valvular funcional, producida por la dilatación cardíaca.

La génesis del asma cardíaco en estos casos es la siguiente: en la insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo, la primera consecuencia ineludible es una hiperemia pasiva de la circulación pulmonal, facilitada porque se conserva en su estado fisiológico la función ventricular derecha, pues si ambos ventrículos estuvieran insuficientes, no se produciría esta ingurgitación. El ventrículo derecho, fiel a su función, vierte en cada sistole la cantidad normal de sangre en la arteria pulmonal, y el ventrículo izquierdo, insuficiente, no puede desembarazarse de ella, cuyo resultado es una mayor repleción sanguínea pulmonal, produciéndose una lentitud en la circulación menor, que retrasa la renovación de la oxigenación. Los bronquios se congestionan, su calibre se estrecha, se aumenta la secreción del moco, y el resultado final de estas causas es la disnea, a las cuales se une la disminución de la capacidad de los alvéolos pulmonales; la disminución de la elasticidad pulmonal (rigidez pulmonal de Basch), producida por la ingurgitación sanguínea, que

(1) Véase el número anterior.

en el momento de la espiración impide que se verifique una retracción pulmonal completa.

Además de esta explicación, quiere atribuirse la génesis de la disnea paroxística a un estado ácido de la sangre, cuyos estudios han sido hechos por Lewis.

Otro accidente de la insuficiencia ventricular aguda es el edema pulmonal, complicación más grave que el asma cardíaco, y cuya evolución es muy rápida. Conocidos son los síntomas de un ataque de edema pulmonal, en el cual el enfermo puede sucumbir en medio de los fenómenos de asfixia. Algunas veces ocasiona la muerte en pocos minutos por una broncoplegia rápida. En otros casos puede desaparecer espontáneamente, pero es difícil que el corazón recupere su energía, y suele ir seguido de la asistolia, con congestiones pasivas del pulmón e hígado, y de edemas dependientes de la dilatación de las cavidades derechas del corazón.

La patogenia del edema pulmonal se ha prestado a muchas teorías: la de Welsch, Conheim y Fräntzel, que lo atribuyen a la decadencia súbita del ventrículo izquierdo, con conservación de la energía contráctil del derecho; la de Grossmann, a un aumento de presión en la circulación pulmonal, y la de Bouveret, quien establece una teoría angioneurótica para explicar la afección pulmonal edematosa. Huchard y Dieulafoy concedieron gran importancia a los factores tóxicos; Merklen atribuye el fenómeno, por una parte, a la insuficiencia cardíaca, y por otra, a la retención de los cloruros en los enfermos cardiorrenales, en quienes se presenta más frecuentemente el ataque. Actualmente se atribuye a la acción hipertensiva de la adrenalina, a la cual Josué también refiere algunos hechos clínicos de edema pulmonal agudo, relacionados con el ateroma y la hipertensión en enfermos que presentaban hiperplasia suprarrenal.

Estas teorías están fundamentadas en datos anatomopatológicos experimentales y clínicos, de los cuales se deduce que la teoría mecanicatóxica por insuficiencia cardíaca e intoxicaciones de origen renal, con retención de los cloruros en los enfermos cardiorrenales, es la más racional, pues explica que una hidremia consecutiva produzca una hipertensión, que origina la insuficiencia ventricular izquierda y la fluxión pulmonal.

La mayor parte de las teorías mencionadas sólo se refieren al mecanismo hipertensivo productor de la insuficiencia ventricular. Sin embargo, hay muchos casos de depresión considerable de esta energía cardíaca en los cuales no se produce el edema pulmonal, de donde la necesidad de agregar otro factor para poder explicarlo, cuyo factor, según Koester, está constituido por una alteración de las paredes vasculares, que tienen por consecuencia su permeabilidad anormal. Esta lesión puede ser provocada por las toxinas derivadas de una alimentación defectuosa, y por sustancias tóxicas que debieran ser eliminadas por el riñón.

Para muchos autores este segundo factor consiste en una retención de cloruros, a la cual atribuyen todo edema de alguna importancia. El origen clorurémico del edema pulmonal no puede negarse desde que Wi-

dal y Lemiere provocaron su aparición por ingestión de cloruros en los albuminúricos. Ya Delamare y Descázals, y después Pozzi, habían señalado crisis de edema pulmonal agudo a consecuencia de inyecciones salinas intravenosas. Hallion y Carrión observaron el mismo accidente en animales sometidos a inyecciones intravenosas de soluciones hipertónicas de cloruro sódico. Loeper, Huchard y Laubry y Payssean refieren casos de edema pulmonal sobrevenidos a consecuencia de inyecciones subcutáneas de suero artificial. Por otra parte, la retención de los cloruros ha sido comprobada en cada uno de los estados o enfermedades que se complican de este accidente, y como la eliminación de los cloruros disminuye o cesa momentáneamente cuando sobreviene la insuficiencia cardíaca, de aquí que la cloruremia y la insuficiencia brusca del ventrículo izquierdo sean los dos factores esenciales del edema pulmonal.

La influencia de la hipertensión arterial es indiscutible, y así se observa que el edema pulmonal casi siempre aparece en el curso de las cardiopatías arteriales o hipertensivas. Los cambios de tensión son interesantes. Antes del acceso la tensión mínima es muy elevada, lo mismo que la máxima, registrándose mínimas exageradas de 21, 19 y 18, en lugar de ocho, y máximas de 28, 27, 25 y 24. Durante el acceso las dos tensiones bajan, pero su caída no es paralela; la de la mínima es casi insignificante, pero la de la máxima es considerable, habiendo una aproximación brusca de la cifra de las dos tensiones. Después del acceso sube la tensión máxima. Generalmente se repiten los accesos durante más o menos tiempo, y por el cambio de tensión pueden presumirse: si la mínima asciende y la máxima descende, es probable su repetición. Esta elevación de la mínima depende de un espasmo periférico de origen tóxico por insuficiencia renal, que produce la decadencia brusca del ventrículo izquierdo por un aumento de tensión.

El papel de esta insuficiencia ventricular fué puesto de relieve por las experiencias de Grossmann. Este autor ha demostrado que los animales intoxicados por la muscarina mueren con edema pulmonal generalizado. En este caso, la hipertensión se produce en las dos aurículas y en la arteria pulmonal, descendiendo en el sistema aórtico. Hay un espasmo del músculo cardíaco, predominante en el corazón izquierdo, y el acceso sería debido a una contracción espasmódica del ventrículo izquierdo, que dificulta la salida de la sangre de la pequeña circulación, verificándose la rigidez del pulmón, la hipertensión y turgencia pulmonal, la trasudación serosa y la disnea.

Los interesantes experimentos de Josué arguyen también en favor de una hipertensión arterial adrenalínica. Por la inyección en conejos de cantidades variables de adrenalina, se obtiene, con una dosis pequeña y repetida, el ateroma, y con otra más considerable se produce el edema pulmonal.

(Se continuará).

Periódicos médicos

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Las cicatrices sifilíticas del espíritu.—El doctor Joseph Collins dice que no se da toda la importancia que la sífilis cerebral tiene, y, sin embargo, son muy de tener en cuenta los trastornos, no sólo materiales, sino los morales que acarrea, y para corroborarlo cita el siguiente caso:

Joven de veintiséis años, que había hecho progresos meritorios en el mundo mercantil, debido tan sólo a sus propios esfuerzos y habilidad, y que consideraban sus amigos como hombre de porvenir. Dejó su casa una mañana de septiembre de 1915, al parecer, en salud normal. Media hora después lo llevaron a su casa un policía y un extraño, que dijeron que lo habían encontrado acostado en la calle. No había perdido el sentido. Dijo que había sentido un vértigo súbito y se había caído. Cuando trató de levantarse, el vértigo era tan marcado que no podía estar de pie ni andar. Durante los tres días siguientes se quejó además de náuseas y vomitaba con frecuencia. Gradualmente los mareos desaparecieron, y al cabo de dos semanas pudo sentarse y en cuatro semanas volver a trabajar. Se observó entonces que no era tan aplicado ni tan cuidadoso como antes, y descomplació tanto a sus patronos que le pidieron que dejara la oficina y se quedara en su casa hasta que se pusiera bien. Desde aquella fecha comenzaron a presentarse síntomas mentales notables. Su familia comunicó que, además de hallarse soñoliento y estúpido, indolente y sin ambición, su conducta comenzó a ser muy rara. Sólo bebía cuando se hallaba acostado, se llenaba la boca de alimento hasta que no podía introducir más, trataba de tragarlo sin masticarlo, se orinaba en la ropa y arrojaba por la ventana los trajes y todo lo que cogía. En resumen, su conducta era la de una persona que se había vuelto loca. A menos que se le interrogara específicamente, no se quejaba de nada; entonces decía que se sentía «agotado»; pero que aparte de esto no le pasaba nada.

El médico que se consultó averiguó que se había casado clandestinamente seis meses antes, y que poco después su esposa se quejó de una angina. Cuando fué a ver al médico éste diagnóstico la enfermedad como sífilis. Un examen de la sangre del esposo reveló una reacción Wassermann + + + +, y se le impuso un régimen de mercurio. Había recibido 40 inyecciones intramusculares cuando se presentaron los síntomas que comunico. Es decir, se hallaba bajo tratamiento cuando ocurrió el primer síntoma que indicara afección meníngea. El síntoma era parálisis del nervio facial. Dos meses antes del desarrollo de los síntomas observados el lado derecho de la cara se volvió inmóvil. Esto se desarrolló abruptamente y afectó todas las ramificaciones de los nervios. Después de dos o tres semanas mejoró gradualmente, pero las señales eran

muy conspicuas cuando lo vi por primera vez. Seis semanas después del ataque de vértigo no se quejaba, excepto para decir que se sentía agotado. Admitió que estaba mareado a veces, pero no tenía cefalalgia, nunca veía doble y no se quejaba de tortícolis. Se mostraba inerte, poco atento, descuidaba su apariencia y había cambiado de modales y costumbres; pero su conducta ya no se hacía notar por lo extraña. Los únicos signos somáticos de trastorno del sistema nervioso eran el residuo de la parálisis facial, exageración de los reflejos tendinosos y una provección extraña y en forma de abanico de todos los dedos del pie cuando se irritaba la planta de éste. Se produjo el fenómeno de Babinski del dedo gordo del pie en ambos lados, en el derecho más conspicuo y característico que en el izquierdo y había clono patelar y del tobillo del lado derecho. Sus conversaciones eran algo inciertas y como de ebrio, y sus respuestas lacónicas, pero no había nada en ellas que indicara parálisis general. Su aspecto general era el de una persona muy enferma. Estaba emaciado y pálido, y durante la exploración, la piel estaba bañada en una perspiración copiosa. Pesaba 98 libras (44.9 kg.) siendo su peso ordinario de 130 libras (59 kg.). Las pruebas de laboratorio, además, confirmaron el diagnóstico de meningoencefalitis basilar, conteniendo el líquido cefalorraquídeo unos 150 glóbulos. A la mañana siguiente estaba estuporoso y se despertaba con dificultad. Al despertarse, tan sólo permanecía así por un momento, y luego recaía en ese estado como si lo dominara el sueño. Es más, su apariencia y reacciones eran muy parecidas a las de una persona en los comienzos de la uremia o acidosis. Aunque contestaba las preguntas correctamente, con frecuencia se detenía en medio de una respuesta y recaía en su estado estuporoso. Podía levantarse de la cama sin ayuda, ponerse de pie y andar; pero esto último lo hacía con poca seguridad. No había signos de hemiplejía y su estado estuporoso duró unas dos semanas. Al cabo de éstas todavía confundía el tiempo y los lugares y casi no recordaba lo que había pasado desde la fecha en que ingresó en el hospital. Dió una descripción bastante comprensiva y cronológica de su enfermedad hasta aquella fecha. Con respecto a las preguntas referentes a su enfermedad contestaba constantemente: «¿Qué sé yo?» Sin embargo, discutió la mejoría que había experimentado, pero sin demostración emocional ni demostrar ninguna ambición y planes para lo futuro. Leía los periódicos y describía bastante inteligentemente lo que leía, pero limitaba su atención a las secciones cómicas y las páginas de deportes.

Gradualmente comenzó a desplegar lo que podría llamarse trivialidad de conducta, falta de responsabilidad, sin señales de gratitud por su curación ni planes para lo futuro ni deseos de volver a su casa o de reanudar las actividades de la vida diaria. Después que había estado bajo tratamiento por tres semanas, durante cuyo tiempo había recibido dos inyecciones intravenosas y dos intrarraquídeas de arsfenamina y fricciones mercurícas diarias, las reacciones Wassermann

de la sangre y del líquido cefalorraquídeo se volvieron negativas y las células del último disminuyeron a 11 por milímetro cúbico. La única anormalidad que reveló fué un ligero exceso de globulina.

Gradualmente el estado mental del paciente mejoró. Cesó la incontinencia urinaria y fecal; se volvió más atento y observador de lo que le rodeaba; reveló más interés en la lectura y las diversiones; manifestó más solicitud por las visitas de su familia, y desplegó mayor placer al verlos. Su orientación de tiempo y lugar se volvió casi normal; mejoró gradualmente su memoria, y su capacidad para la atención reveló mejor retención y conocimiento. No estaba ni deprimido ni exaltado, pero revelaba un tono y síntomas generales que no eran normales, aunque tampoco muy anormales.

Cuando se introducían problemas como de aritmética mental, en que antes se distinguía mucho, se confundía con facilidad. Su característica principal era el descuido de su persona y de su cuarto, lo cual era muy extraño cuando estaba bien, y su completa despreocupación con respecto al futuro. Se le administró entonces una serie de inyecciones intravenosas de arsénamina y se le dió de baja del hospital siete semanas después de ingresar. Durante este tiempo había ganado 20 libras (9,1 kg.). Fué a un sanatorio, en que continuó recibiendo tratamiento antisifilítico con arsénamina y mercurio por otras seis semanas.

Cuatro meses después de presentarse para la observación regresó a su casa y no ha recibido más tratamiento durante tres meses. Al cabo de este tiempo la reacción de Wassermann de la sangre era débilmente positiva, pero el líquido cefalorraquídeo continuaba negativo. Su médico le impuso de nuevo el tratamiento y lo ha continuado por un año. En conjunto ha recibido unos 30 tratamientos arsénaminicos intravenosos, cuatro intrarraquídeos y docenas de fricciones e inyecciones de mercurio.

Historia posterior.—Recientemente lo vi de nuevo. Habían transcurrido más de tres años desde que abandonó el hospital. Me relató que algunas semanas después de regresar a su casa, es decir, seis meses después de comenzar la enfermedad descrita más arriba, obtuvo empleo en una casa que vendía accesorios para automóvil y permaneció allí dos o tres meses; pero que como no le había ido muy bien, abandonó el puesto y se fué a una casa de automóviles. Esta casa no apreció sus servicios y poco tiempo después tuvo que buscar empleo de nuevo. Obtuvo un puesto en otra casa comercial, permaneciendo en ella seis o siete meses; pero como no progresaba cambió de nuevo y se fué a trabajar con la General Electric Company, en la cual permaneció dos años, durante cuyo tiempo no le subieron el sueldo. En una época en que 50 pesos a la semana se consideraba el salario acostumbrado de cualquier operario, ganaba tan sólo 21 pesos. Para empeorar las cosas, también le daban el trabajo más desagradable. Esto lo consideró un insulto y decidió abandonarlos. Luego obtuvo una colocación con otra com-

pañía, pero con poco sueldo, sin que por esto tratara de volver a la labor en que había recibido entrenamiento especial, a saber, la dirección de un departamento de una tienda grande. Al preguntarle por qué no hacía esto me replicó que estaba convencido de que no podía desempeñar el trabajo satisfactoriamente, no porque no se sintiera bien o porque tuviera dificultad en su trato con los parroquianos, sino que —dijo— «no puedo pensar con facilidad en las cosas que tengo que decir para facilitar el trabajo que tendría que hacer». En otras palabras, comprendía que se había vuelto algo torpe, faltándole la elaboración mental que debe exteriorizarse en la conversación, inclinándose a ser lacónico si no callarse. Creía que había algunos individuos en la casa en que había trabajado que podrían tomarse interés en él y que quizás le ofrecieran su apoyo si lo pidiera, pero no se había decidido a hacerlo.

No se quejaba de nada en particular, y admitió que se sentía bien. Sin embargo, comprendía bien su estado, como lo demostraron sus observaciones con respecto a su posición anterior y el comprender que su esposa le había abandonado porque no podía sostenerla. También comprendía que sus esfuerzos no le estaban produciendo mucho beneficio económico. Su madre dijo que se mostraba algo indolente y que tomaba muy poco interés en asuntos de sociedad y ninguno en asuntos cívicos. Sus diversiones eran muy sencillas y casi infantiles. Casi la única cosa que le gustaba era ir al cinematógrafo. No había mantenido las relaciones con sus amigos y manifestaba muy poca inclinación a las relaciones amistosas. No era tanto que no participara en los placeres y expansiones ordinarias, sino que no tenía la iniciativa para planearlos y participar en ellos. No le faltaba cierta energía, porque cuando dejaba una colocación, ya por su propia voluntad o el deseo de otros, comenzaba enérgicamente a buscar otra, pero las ocupaciones que aceptaba no se ajustaban a su educación o a su posición, ni tampoco trataba de utilizar su experiencia antigua para encontrar otra colocación. Al examinarlo, el defecto más notable era en el lado afectivo de su conciencia. La memoria y la atención habían sufrido muy poco. Recordaba su enfermedad, el cuarto que ocupó en el hospital, dónde fué después de dejar el hospital y el tiempo que permaneció allí y muchos incidentes de su enfermedad; pero cuando trataba de entrar en detalles desplegaba alguna amnesia. Si se esforzaba, demostraba una actividad notable para la atención. Por ejemplo, si se le leía un párrafo de un periódico, aunque no parecía prestar mucha atención, repetía la substancia sin perder mucho.

Pero su infausta experiencia le había congelado emocionalmente. Nada le interesaba mucho, excepto la satisfacción de sus necesidades físicas. Su esposa le había abandonado, la carrera en que había tenido éxito le estaba cerrada, su madre manifestaba tristeza y desesperación, pero esto no parecía afectarle. Consideraba la situación y la esterilidad futura de la vida

como si fueran cosas de poca importancia. En su aspecto exterior y al trato casual parecía normal. Espiritualmente, sin embargo, era tan sólo una imagen formada a semejanza de su personalidad anterior.

La exploración física no reveló señales de trastorno orgánico del sistema nervioso central. Las pupilas, reflejos tendinosos, el tono muscular y la capacidad de coordinación eran normales. No había temblor, trastornos del habla ni trastornos de los sentidos o sensibilidad. La única anomalía física era un sistema vascular perezoso, bradicardia y mala circulación periférica. Aunque no daba la impresión de vigor, había recobrado su peso, y su apariencia era la de una persona en buena salud. Sus reacciones de Wassermann habían sido persistentemente negativas por dos años. Tenía en el alma la cicatriz sífilítica y continuará llevándola hasta que entregue su espíritu al Creador. Sería difícil encontrar un ejemplo más instructivo de la curabilidad de la sífilis del sistema nervioso en el sentido ordinario de la palabra; pero, ¿qué perversión de la justicia terapéutica y que burla de nuestro esfuerzo meditado! Aunque curado, es tan sólo el simulacro de sí mismo.

Comentarios.—Este caso es instructivo en que la invasión del sistema nervioso central por el espiroqueto ocurrió mientras el paciente se hallaba bajo tratamiento antisifilítico con el mercurio; y más instructivo es todavía que los síntomas cedieran tan prontamente al tratamiento intenso con la arsénamina y el mercurio. Aunque es imposible decir cuánto tiempo la infección había durado cuando se manifestaron los síntomas meníngeos, es probable que había sido más de un año. Si no hubiera sido porque su esposa reveló una sífilis florida, no hubiera habido información con respecto a su afección.

Que la carga del proceso patológico la soportaron las meninges de la base del cerebro lo demuestran la parálisis facial y el vértigo; pero que hubo también inflamación de las meninges corticales lo indican el estupor, la apatía, la cerebración trastornada y las secuelas.

La información proporcionada por el examen del líquido céfalorraquídeo tendió a corroborar el diagnóstico de afección meníngea predominante. Vale la pena observar que nunca se quejó el paciente de cefalalgia ni tampoco se encontraron síntomas que se consideren como concomitantes diagnósticos importantes de la meningitis basilar, tales como rigidez nucal, sensibilidad cervical y diplopía.

No puede explicarse satisfactoriamente el fenómeno Babinski del dedo gordo del pie que se provocó en ambos pies durante los primeros días de su profunda enfermedad cerebral. La única explicación sería que existía una afección meníngea de las áreas motrices corticales. Se esperaría que hubiera señales de irritación motriz y de inhibición motriz; pero como faltaron éstas, debe darse por sentado que el estado edematoso asociado de la corteza superficial impidió las manifestaciones de la una a la otra. Es más: el cuadro clínico que pre-

sentó el paciente en el período álgido de su enfermedad no se diferenciaba mucho del de ciertos casos de cerebro húmedo por el alcoholismo o encefalitis gripal, y puede darse por sentado que la dislocación de sus componentes mentales fué causada por un estado patológico, consistiendo en inflamación y edema, no del todo distintos de los que ocurren en la última enfermedad en particular.

Mi objeto principal al llamar la atención a esta variedad de la sífilis cerebral es preconizar el hecho de que, aunque se aborte la infección y el paciente recobre lo que parece salud, se queda todavía con una cicatriz mental y emotiva que lo incapacita permanentemente hasta cierto grado. Es fácil determinar este grado por las pruebas psicométricas; pero el modo mejor de expresarlo es decir que lo ha lanzado de la altura económica, marital, cívica y social que había alcanzado, la cual era bastante buena, a una mucho más baja, en que apenas puede sostenerse y no puede contribuir al bienestar, al interés o al soporte de otras personas. Si hubiera bajado otro escalón más se hubiera convertido en un «golfo», un vagabundo o un infeliz que hubieran tenido que sostener su familia o la comunidad.

Experiencias como éstas demuestran que la sífilis del sistema nervioso es una enfermedad curable; pero la lección que debemos aprender de ellas es que, mientras más precozmente se haya instituido el tratamiento, mayor también es la probabilidad de que la víctima recobrará su capacidad funcional.—(Edición española, *The Journal*, A. M. A., 1-7-920.)

PEDIATRÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

La escarlatina en los recién nacidos y en los niños de pecho, por el doctor G. Dorner.—Dada la frecuencia de la escarlatina en el período puerperal, es extraño que sea tan reducido el número de niños lactantes que padecen la enfermedad; no falta quien ha considerado a los niños menores de seis meses como inmunes a tal erupción.

La cuestión tiene capital importancia para saber si, en caso de que la madre que padece escarlatina se halle en buen estado general, debe consentirse que siga lactando.

En los casos de gravedad no hay por qué ocuparse del asunto, ya que suele desaparecer la secreción láctea por espacio de algún tiempo cuando la mujer padece fiebre prolongada.

Muchos son los autores que aconsejan se continúe la lactancia materna, porque creen que los niños de pecho son inmunes a la escarlatina; pero no faltan los que opinan lo contrario. Debe tenerse en cuenta que, si bien, en opinión del autor, la citada infección es posible en estos niños, tiene ciertos caracteres que la distinguen de los de otras edades, por ejemplo, la fal-

ta del exantema y de temperaturas elevadas; de modo que, para asegurarse que la enfermedad ha existido, es preciso examinar al niño a diario con gran cuidado, y así se verá: aumento ligero de temperatura, de escasa duración; ligero infarto de los ganglios linfáticos, y, al cabo de algún tiempo, descamación foliácea, que hace pensar en que lo que padeció el niño fué efectivamente escarlatina.

Refiere tres casos de mujeres puerperas tratadas por él a causa de escarlatina: una de ellas presentó curso benigno y curó; durante la enfermedad siguió lactando, y no se pudo observar en el niño enfermedad alguna. Otra fué un caso muy grave, seguido de muerte, que siguió lactando por espacio de tres días después del comienzo de la enfermedad; más tarde fué preciso interrumpir la lactancia, porque desapareció la secreción; el niño tampoco tuvo enfermedad. El tercer caso fué grave, aunque terminado por curación; en el curso de él, la enferma tuvo grietas en el pezón y su secreción disminuyó de manera que fué preciso someter al niño a la lactancia mixta primero y artificial después; al día siguiente de suprimir en absoluto la lactancia materna tuvo el niño una elevación de temperatura de un grado. Al otro día volvió a ser normal. A pesar de un examen diario muy minucioso, no fué posible apreciar en el niño la menor traza de exantema; la temperatura no volvió a elevarse, la lengua permaneció constantemente muy limpia; seis días más tarde de aquel en que tuvo la pequeña elevación térmica comenzó una descamación en las manos, que se hizo claramente foliácea y se extendió más tarde a los pies y luego al resto del cuerpo, durando cerca de un mes, es decir, mucho más tiempo que en la madre, y eso que, dada la delicadeza de la piel del niño, era de suponer que se hiciese con más facilidad. Por lo que se refiere a la escarlatina de las madres, el autor no ha podido comprobar las particularidades que de ella se dicen, que son: ausencia de angina, fetidez de los loquios y ligera sensibilidad del útero. Ninguno de los casos que él ha visto ofrecía estas particularidades. — (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1 de julio de 1920.)

1. Acerca de la cuestión de las vías dolorosas en el sistema nervioso vegetativo, por el doctor V. Hoffmann.—Estudiando Lennander la sensibilidad de los órganos profundos, estableció el principio de que todos los órganos inervados por el simpático o por el vago después que ha dado el recurrente, presentan analgesia, porque solo el sistema cerebroespinal presenta fibras sensitivas. Otros, y principalmente L. R. Müller, han afirmado por el contrario que el sistema nervioso vegetativo también tenía fibras sensitivas y a favor de este modo de ver hablan los problemas de anestesia del esplácnico en las operaciones abdominales. La teoría de Kulenkampf que trata de explicar la diferencia de sensibilidad entre el peritoneo parietal y los mesos por un lado y las vísceras abdominales por otro, suponiendo que después de diferenciados los sistemas ner-

viosos cerebroespinal y vegetativo van algunas fibras del primero a juntarse a aquellas del segundo que inervaban las vísceras abdominales y el peritoneo, carece de fundamento. Según Hoffmann, por lo que se refiere a la sensibilidad dolorosa, la distinción terminante entre los dos sistemas nerviosos no está justificada. Repasando el desarrollo embrionario se demuestra que tienen igual origen las células ganglionares y las fibras nerviosas de ambos. El sistema nervioso simpático procede de elementos que se pueden considerar como procedentes de las raíces anteriores y posteriores y se diferencian in loco. Desde luego las fibras vegetativas son autónomas en muchos sentidos pero ambos sistemas conservan numerosas relaciones. Recuérdese la producción de zonas hiperalgésicas de Head y de Quinke. De esto se deduce que los nervios dolorosos del esplácnico pertenecen al sistema nervioso vegetativo pero que naturalmente han conservado sus relaciones con el cerebro. la autonomía del sistema nervioso vegetativo es solamente relativa. Los nervios dolorosos viscerales pertenecen al sistema nervioso vegetativo. Su reducido número explica la anestesia relativa de los intestinos y de las serosas. — (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1 de Julio de 1920).

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Tratamiento de las adenitis tuberculosas, por H. Dufour.—La adenitis tuberculosa, es una de las adenitis locales que con más frecuencia tiende a la curación, pero conviene ayudarla. El A. presenta dos enfermedades con adenitis tuberculosa; una, cuyos ganglios habían adquirido el volumen de una naranja, y la otra, en la que habían adquirido un volumen todavía mayor, con algunos de ellos supurados. Estas dos enfermedades sufrieron algunas sesiones de rayos X, pero su aplicación fué echa de modo insuficiente, y a pesar del valor indiscutible de la radioterapia en estas adenopatías, no puede atribuirse a ella la curación de estos casos, porque otros muchos de la misma naturaleza han sido curados por la medicación que ahora exponemos exclusivamente. La medicación empleada ha sido la toma de tintura de iodo fresca, absorbida con la leche, a dosis diarias de 150 a 120 gotas, que se alcanzaban progresivamente con periodos de aumento, de estabilidad y de decrecimiento. En la enferma con ganglios supurados, éstos fueron evacuados por la presión a través de una pequeñísima abertura hecha con el bisturí escarificador, no pudiendo la tintura de iodo por sí sola hacer retroceder las supuraciones coleccionadas. Por tanto, el tratamiento de elección en las adenopatías tuberculosas, parece ser la tintura de iodo, con tal de que se alcancen dosis elevadas y continuas. Este mismo tratamiento no ha dado resultado en manos de Dufour, en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. (*Bull. et Mem. de la So. Med. des Hôpitaux de Paris*, número 18; 27 Mayo 1920).—E. Luengo.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

Boletín de la semana

La Semana médico-social en Santander.—Sobre los problemas sanitarios.

En el salón del teatro del Casino del Sardinero celebróse con gran solemnidad, el lunes 9, la inauguración de la Semana médico-social, asistiendo numerosísimo público, en el cual figuraban muchas señoras.

Al presentarse el Rey, el público lo aclamó con gran entusiasmo.

En el palco regio estaba la Reina con los infantes D. Carlos y Doña Luisa.

El Monarca ocupó la presidencia, teniendo a su derecha al gobernador civil y a los presidentes de la Diputación, Audiencia y Colegio médico de Santander, y a la izquierda el gobernador militar, alcalde e inspector general de Sanidad. El resto del escenario lo ocupaban el séquito regio, congresistas y médicos locales.

Al levantarse a hablar el Monarca estalló una prolongada ovación.

Discurso del Rey.

«Señoras y señores: Ante todo vengo a dirigir un saludo al Colegio médico de Santander, felicitándolo por la acertada iniciativa de celebrar aquí la primera Asamblea médico-social que se inaugura con esta «Semana», y que, en los actuales momentos, es de oportunidad grandísima, porque después de la guerra europea, que estableció una incomunicación absoluta en el orden del conocimiento de los adelantos científicos, conviene demostrar ante el mundo que España cuenta con un Cuerpo médico capacitado para mejorar las condiciones de salubridad de la nación, y que ese Cuerpo médico no tiene nada que envidiar a los de los demás países.

Desde el año 1914 hemos visto cómo ha ido transformándose completamente, por virtud de una fuerza sobrenatural, toda la ciencia, acumulada por el estudio, por los esfuerzos investigadores y por la actividad de las industrias.

Esa fuerza sobrenatural, emanada de Dios, alumbrada por la guerra, brotaba en momentos de exaltación de amor patriótico en todas las naciones y trocaba los adelantos de la Humanidad en elementos de destrucción.

Así, por ejemplo, encontramos a la química practicando investigaciones y procurando hallar materia química, cuerpos sintéticamente apropiados para aniquilar sin perjuicio de facilitar a los médicos el empleo benéfico de aquellos descubrimientos inhumanos.

La Química transformaba los productos en materiales e instrumentos para la matanza, realizando lo contrario de lo que constituye el deber médico.

Y aún es más curiosa la segunda parte. Los mismos médicos inventaban nuevos procedimientos químicos para emplearlos contra los soldados que estaban batiéndose, y estudiaban qué gas era el más nocivo y qué fuerza mataba con mayor rapidez. Y después, los mismos médicos recogían los resultados de sus propios estudios, procurando curar a las víctimas de sus inventos mortíferos. (Grandes aplausos.)

En la situación culminante actual, seguramente los médicos pueden trabajar con más calma, libres del cuidado de asistir a los heridos, tornando nuevamente a sus laboratorios para afanarse por el bien de la Humanidad.

Antes sólo se acudía al médico en caso de enfermedad grave; hoy el médico interviene en todo momento en la vida de la población.

Los puntos principales que abarca la medicina social son: natalidad, morbilidad y mortalidad.

Los organizadores de esta Asamblea me han anunciado el propósito de celebrar una serie de Semanas médicas en distintas capitales españolas, con objeto de que todos los ciudadanos se percaten de la importancia que tiene la salubridad de las poblaciones y la salud de los individuos, para que todos contribuyan a aumentar la natalidad, a reducir la morbilidad y a disminuir la mortalidad.

La natalidad en España ofrece en este momento cifras que deben preocuparnos, porque mientras en 1906 contábamos con una natalidad únicamente superada por Rusia e igualada por Alemania, Austria e Italia siendo entonces nuestras cifras de natalidad absoluta el 38 por 1.000 hoy nos encontramos con que esa cifra ha descendido al 33 por 1.000, es decir, que hemos perdido un 5 por 1.000 en el corto espacio de tiempo de catorce años, y de continuar esta proporción sucesiva, España, en un período relativamente breve, se vería casi despoblada, y en lugar de ser una nación floreciente merced al sacrificio de todos iría reduciendo hasta quedar depauperada, perdiendo el puesto que debía ocupar en el mundo y que todos los buenos españoles tenemos el deber de contribuir a proporcionarle. (Ovación.)

El estudio de nuestra natalidad arroja datos realmente curiosísimos. Por ejemplo: en la última estadística publicada por el Instituto Geográfico en el mes de marzo, nos encontramos con que en España es inferior la cifra de natalidad a la de mortalidad.

Hay poblaciones como Santa Cruz de Tenerife que entierran más del 10 por 1.000 de su natalidad.

Madrid, que tiene el 27 por 1.000 de natalidad, aparece, si no recuerdo mal, con la media absoluta anual de 26 de mortalidad, es decir, que no hay más que un 1 por 1.000 de diferencia. Comprenderán ustedes, señoras, que esto no puede continuar, pues no debemos estar a merced de un paludismo, de una gripe más o de una corriente del Guadarrama que produzca más pulmonías que de ordinario, encontrándonos en estos casos con que la mortalidad supera a la natalidad, razón natural para la reducción de esta última.

Es indudable que el egoísmo humano, del cual, siento decirlo, señoras (dirigiéndose a las que están en la sala), no están ustedes exentas (Risas.), hace que todo el mundo piense en vivir cómodamente, sin tener reproducción o reduciendo el número de hijos sin pensar los individuos que así proceden que infieren enorme daño a su país, porque su egoísmo individual se trueca en perjuicio colectivo para la nación. (Muy bien, muy bien.) Yo espero que, con el tiempo, iremos consiguiéndolo, y lo mismo que el ciudadano sabe cuáles son sus derechos, de los que tanto se habla ahora, sabrá también cuáles son sus deberes, a los que no podemos sustraernos (y digo no podemos porque me encuentro en el número), un corto número de sacrificados por tener que cumplir con su deber. (Grandes aplausos.)

Respecto a la mortalidad, padecemos en España el azote que todo el mundo ataca briosamente; ese azote es la tuberculosis.

No se tiene hoy positivo remedio contra ella, pero si la manera de poderla reducir en gran escala por medio de la asistencia a todos los pretuberculosos, dándoles la fuerza necesaria para combatir el mal con buen éxito y evitar la propagación de los bacilos.

Por esto, cuantos esfuerzos realicen los Gobiernos para aplicar medios sanitarios que tiendan a localizar el mal, han de parecer pocos.

Tenemos, pues, que trabajar para combatir la enfermedad con energía y eficacia, y en este Congreso oíréis conferencias que os explicarán los medios de que hemos de valernos para conquistarlo.

Hay también otras enfermedades en España que necesitamos combatir enérgicamente; por ejemplo, el paludismo, que en estos últimos años se ha extendido tanto, que puede asegurarse que hoy existe en las 49 provincias.

Esa enfermedad no debe existir ni puede continuar en la proporción que hoy se advierte, y para ello se exige una acción constante por parte de los médicos, quienes deben acudir a los puntos donde tales focos de paludismo existen con los aparatos y medios necesarios para atajar el mal.

Mi Gobierno está estudiando las medidas que acerca de esto conviene adoptar, y, precisamente ayer mismo, he dirigido un telegrama al ministro de la Gobernación para que venga, no a presenciar la sesión de clausura, sino a tratar algo que yo no tengo más que sancionar, que sea como el primer paso indispensable en la lucha contra el paludismo... (Grandes y prolongados aplausos.)

Yo, como Rey, deseo que la clase médica, que sin cesar trabaja en beneficio del país, tenga la necesaria decisión para hacer a éste comprender que está en la obligación de aumentar la natalidad poniéndose a la cabeza de las naciones del mundo...

No quiero entretener más vuestra atención, porque el doctor Sarachaga, presidente de este Colegio médico, quiere dirigiros la palabra; pero ardientemente deseo que todos advirtáis mi preocupación y el interés constante que me inspira esta cuestión capital para la vida de los pueblos.

Quiero también que Santander sepa que yo considero un honor para la capital que en ella se haya celebrado esta Semana médica, a la que se le presta por todos el interés y la atención debidos.

Y no me resuelvo a terminar—dice—sin dirigir un ruego a las señoras. Escúchenme: Ustedes son únicamente quienes pueden contribuir con su esfuerzo y trabajo a mejorar las condiciones de vida del pueblo español.

La mayoría de las que me escuchan son madres de familia que estarán educando a sus hijos para la lucha del mañana.

Muy pronto se dictarán leyes desarrollando la acción oficial y llegando a la protección del niño, incluso antes de que nazca, para que las madres sepan orientarse en el modo de cuidarle y alimentarle para que pueda ser un ciudadano que sirva a su país con su inteligencia y su fuerza.

Ahora bien: esta labor que a ustedes se confía deben realizarla, porque ustedes, repito, son las únicas que pueden hacer que se mejoren las condiciones del individuo en beneficio de la prosperidad de la Patria.

Y todos ustedes, señores médicos, que se acuerdan de su título para estar siempre dispuestos a acudir a los sitios de peligro, sepan que esto no basta, porque el sacrificio de la vida se hace fácilmente, pero lo que se requiere es el sacrificio diario que no llega a la muerte.

Se ha dicho últimamente, infiriéndole un insulto, porque el Cuerpo de médicos españoles no hace eso, que iba a ir a la huelga, abandonando a los enfermos. Los médicos de España no hacen eso. (Ovación.)

Vuestro título, más que un medio de ganáros la vida, es el de ejercer un sacerdocio, al que jamás habéis faltado. (Aplausos.)

Espero, pues, que todos cumpliréis con vuestro deber y demostraréis al mundo entero vuestro valor con estadísticas, superiores a las de los demás países.»

Al terminar el Rey su discurso, el auditorio prorrumpió en vivas entusiastas, prolongándose algunos minutos las manifestaciones de afecto y simpatía.»

En otro número daremos cuenta detallada de los trabajos de la Semana médica.

—o—

Ante el expectante interés que en la clase médica española han despertado los términos en que se pronunciara la Liga de las Naciones en su relación con los problemas sanitarios, nuestro optimismo ideológico ha corrido sin freno, adivinando un fin halagüeño que, en la realidad de nuestras orientaciones administrativas actuales, no tiene cabida ni siquiera un asomo de esperanza.

Si la ley internacional se nos impone, algo haremos, aun a expensas de una lucha cruenta que se librará en esos parlamentos que elegimos, para que los problemas más fundamentales, relacionados con la existencia de la Patria, tengan una cabida y se les preste una atención que, a pesar de la buena voluntad de unos cuantos de los individuos que los forman, nunca se les prestó.

Día por día, desde hace próximamente tres años, es raro el diario político, o la revista profesional, que no da cuenta de un conflicto regional, provincial o local, de índole sanitaria, motivado por las faltas cometidas en el pago de los médicos titulares, célula de la organización sanitaria de nuestro país.

Médicos y practicantes, farmacéuticos y auxiliares, internos y alumnos, loqueros y mozos de hospital, todos, y en todas las regiones, se consideran perjudicados, olvidados y preteridos de la Administración en sus manifestaciones local, provincial y hasta general.

¿Pueden hallar eco los sanos propósitos de la Liga de las Naciones en este punto dentro de nuestra Patria?

Es muy fácil vocear la importancia de estos problemas en asambleas internacionales, y mucho más fácil abandonar el salón de sesiones del Senado o del Congreso cuando del presupuesto de Sanidad se trata. Es también sencillo reducir la cifra que se propone de la aprobación de las Cámaras para la lucha contra los males que van despoblando España, y, mucho más en los momentos de pánico, censurar las gestiones de las autoridades que no pueden hacer el milagro de sanear la epidemia de despreocupación, que los representantes del pueblo hacen notoria todos los días, hacia los intereses primordiales de la vida de la nación.

Si la huelga de la Magistratura es inconcebible por los caracteres criminales que representaría en el desarrollo de la existencia de un Estado la negación de la justicia, ¿qué crimen no supondrá la negación del derecho a disfrutar de aquellas condiciones que el progreso va consolidando para la defensa de la vida de los ciudadanos?

Profesional, política y sociológicamente considerado este problema, no tiene más arreglo que en la de ser *tomado en consideración* para evitar que las luchas caciquiles se llegue a estos extremos, restando a los establecimientos de beneficencia los medios adecuados que para su vida eficaz les sobra, y para que los inmediatos cumplidores del mandato colectivo realicen a satisfacción individual y general el fin patriótico que se les encomienda.

DECIO CARLAN.

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

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

Eran los buenos tiempos de una Clínica médica riquísima en datos, profusa en descripciones notables, caracterizada por un espíritu delicado de atenta observación que honraba a la Medicina en Alemania y Austria con Schönlein, con Rokitanski y Skoda, con Traube y Griesinger y con Niemeyer y Virchow, que ensalzaba las escuelas inglesas por los trabajos de Bennet, Abercrombie y Corrigan, de Todd y Graves, y que daba a luz en Francia todo cuanto desde Bretonneau a Charcot hizo memorable aquel período. La lectura de las lecciones clínicas del Hotel Dieu, de París, dadas por Trousseau, era en aquel tiempo un encanto para mí; dudo que haya habido clínico de más fina penetración, maestro que mayor influencia ejerciera con

su palabra, médico que manejara la pluma con mayor brillantez y elegancia. Ni Jaccoud, ni Peter, ni Lancereaux, ni Grasset llegaron jamás a igualarle.

En cuanto a la Clínica quirúrgica, había alcanzado por los años del 1865 al 1870 un gran esplendor; Billroth decía, dos años antes, de la Cirugía francesa, que durante un siglo era la más reputada de Europa; la enaltecían los nombres de Velpeau, de Malgaigne y de Nelaton, a quien dió mayor notoriedad el hallazgo de la bala en el pie de Garibaldi, herido en Aspromonte; manteníase bien por ellos la tradición heredada de los Larrey y Boyer, de los Petit y Dessault, de los Choppart y Lisfranc y de Dupuytren llamado «el audaz»; Inglaterra mostraba ufana los Cooper, los Lawrence y los Liston; Alemania, que ya podía esparcir al mundo el fruto de sus trabajos, había tenido a Langenbeck, atrevido extirpador del útero en su tiempo; a Graeffe, el cirujano militar, y continuaba la historia brillante de sus profesores con Billroth, von Esmark y tantos otros; y en España, los nombres de los Sánchez de Toca, Creus y Federico Rubio, brillaban igualmente a una altura envidiable.

Fueron asignaturas estas que estudiábamos a gusto y con afán: las obras de Niemeyer y de Grissolle eran nuestras compañeras a diario; las de Nelaton y Trousseau, las de consulta. Nos encantaban en su estudio las descripciones acabadas de una sintomatología substanciosa, verdaderamente útil, y contribuía a vigorizar nuestra vocación médica la confirmación en el enfermo de lo que leíamos en los libros. Cuando ahora vuelvo la vista atrás echo de ver, sin embargo, aquellas grandes lagunas de la Patología y de la Terapéutica que no habían de tardar en llenarse, y aquellas obscuridades que la luz de tiempos cercanos había de iluminar bien pronto. Templemos nuestra vanidad pensando en las grandes lagunas y no menores obscuridades que dejamos detrás de nosotros al cuidado de los que vengan después.

De facilidad para el diagnóstico andamos en nuestros días mejor que entonces. Llega casi a estorbar a veces el bien dotado arsenal de aparatos e instrumentos de todo género que el arte ha puesto al servicio del clínico para reconocer y explorar. Pero en la época en que yo hacía mi noviciado de médico se pecaba por carta de menos en la materia. Empleábamos con eficacia aclaradora el estetoscopio, que ha hecho célebre el nombre de Laennec, y el plexímetro de Piorry: palpábamos y comprimíamos; medíamos el tórax con el circómetro de Woillez. Conocíamos el espirómetro de Boudin por las figuras de algún libro; usábamos bastante el termómetro, al que había dado importancia Wunderlich, y sólo cuando llegamos a la Ginecología tropezamos con el speculum. Alguna vez encontramos el azúcar o la albúmina en la orina. Yo no ví el oftalmoscopio inventado por Helmholtz hasta años más tarde, en casa de mi paisano y notable oculista Cervera; el laringoscopio tardé más en verlo: fué Ariza quien me lo enseñó. De más exploraciones y análisis, ¿para qué hablar? En el momento en que esto escribo me

(1) Véase el número anterior.

acuerdo de un voluminoso libro de 1869, y lo abro para asomarme a él: es el Bouchut. ¿Queréis saber lo que dice del microscopio aplicado a la clínica? Pues oid: «Interesante, como todo nuevo estudio de la Naturaleza, podrá proporcionar más tarde resultados más claros sujetos a prueba; pero hoy no puede servir de base sólida a una reconstitución de la Medicina, como lo pretenden algunos micrólogos.» ¿Deseáis conocer lo que opinaba del análisis químico? Pues sabed: «Se puede decir del análisis químico aplicado a la Medicina lo que he dicho del microscopio.» En estas opiniones se inspiraban nuestros maestros, y al oírles volvíamos a nuestros estetoscopio, plexímetro y termómetro, creyendo que cuanto pudiera pensar el hombre para explorar enfermos no podría, en mucho tiempo, ir más allá.

Paréceme que respecto a esto hemos andado bastante desde aquellos días. Cuando yo ocupé mi primera cátedra de Patología general en Santiago, no disponía de rincón alguno donde socorriera las necesidades del análisis que el servicio clínico pudiera tener, y carecía en absoluto de instrumentos y aparatos. La exploración de mis enfermos para la enseñanza estaba encomendada por entero a nuestros sentidos, huérfanos casi siempre de auxilio. En todas las Facultades se acusaba la misma lamentable carencia, y había que dar lecciones junto a la cama del paciente, muy a menudo como en tiempos de Andral y de Bonillaud; con mano y vista desarmadas; gracias a que el oído podía recurrir al tubo de Laennec.

Que digan los estudiantes y los médicos de estos tiempos si pueden lamentarse de lo mismo. Ahora prolongamos nuestras manos por medio de sondas, que bajan a lo largo del esófago, a fin de bucear con el pensamiento en el fondo del estómago y extraer su jugo para estudiarlo, o de penetrar en la vejiga para subir finalmente por el uréter: separamos las orinas, y hacemos así cargar al riñón dañado con la responsabilidad de sus lesiones; puncionamos serosas para extraer sus líquidos y examinarlos con el microscopio del que dudaba Bouchut hace cincuenta y un años, y osamos llegar de este modo al conducto raquídeo y hasta el saco que encierra el corazón; metemos la aguja hueca en el bazo y tratamos de enterarnos de si es o no madriguera de parásitos temibles; tomamos sangre capilar o venosa porque es necesaria al deseo de encontrar en ella reacciones séricas y globulares, imprescindibles de ser conocidas; arrancamos pequeños trozos de tejidos vivos para llevarlos bajo de las lentes, constituyendo con este género de biopsias método certero de diagnósticos difíciles; analizamos orinas hasta la minucia escrupulosa y sometemos a las heces a exámenes que antes hubieran parecido, además de inútiles, hediondos; ayudamos a la vista con aparatos ingeniosos, a lo largo de los cuales, una di-

minuta pero potente luz eléctrica, reflejada hábilmente, ilumina y revela lo profundo; medimos la presión sanguínea; poseemos instrumentos que registran las pulsaciones de la arteria y de la vena y los latidos del corazón y obligamos a que nos sirva la electricidad dócilmente para ello, como para averiguar la vida de músculos y nervios; sometemos a pruebas funcionales al estómago, al hígado y al páncreas, al corazón y a los riñones; penetramos en el cuerpo con los rayos X y proyectamos en la pantalla fluorescente las sombras chinescas de las entrañas; recogemos microbios y los teñimos o los cultivamos con objeto de asegurarnos de su culpa etiológica, y a veces hasta al ultramicroscopio acudimos para seguirlos con la vista en el seno de un líquido, donde granulaciones impalpables hacen sospechar peloteos de moléculas invisibles con sus vibraciones brownianas; hasta de animales de prueba echamos mano como reactivos decisivos. Medimos, pesamos, registramos, y no perdonamos resquicio a la investigación, ni libramos órgano alguno, por profundo que sea, de una pesquisa tenaz. Y así sacamos a luz síntomas y síntomas, y los transformamos en signos, y atamos con el juicio los haces sindrómicos que son el símbolo de la enfermedad, y a veces, por desgracia, aviso fúnebre de muerte. Cada día brota un nuevo instrumento, otro aparato, un procedimiento distinto, una reacción reciente, y nada parece ya difícil en la persecución del fenómeno oculto y de la lesión imperceptible. La semeyótica de estos tiempos es múltiple y variada, cada vez más elocuente y en hervor continuo de multiplicación. Contamos por doquier con laboratorios para ensayos, y lo que tenemos de instrumentos y de aparatos casi me atrevería a decir que llega al lujo. En el presupuesto del último año en que yo fui ministro de Instrucción pública, se consignaron por primera vez 500.000 pesetas para material científico en España; desde entonces se han gastado en él cuatro millones y medio. Lo que se necesita es sostener y alimentar, para que no se apague, la actividad de nuestros jóvenes, a fin de que los aprovechen bien.

(Continuará.)

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 6 DE MARZO DE 1920

Sobre hemofilia

El DOCTOR HUERTAS, al rectificar a lo dicho por el señor González Alvarez acerca de la ley de herencia como factor esencial de la etiología, añade que en donde la hemofilia se destaca como enfermedad ascen-tral, y hasta con carácter geográfico y étnico, es en

SIL=AL

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

los pueblos anglosajones con relación a la raza latina. Cita un caso gravísimo de hemofilia que se presentó por agudización de una flebitis crusal *post-partum*, y que afortunadamente curó merced a la seroterapia. Cita otro caso, visto con el doctor Frinda, de epistaxis abundante que, creyéndose hemofítico, faltaba el dato hereditario, y a *posteriori* se vió que se trataba de un histérico hemorrágico. Amplía los conceptos sobre el caso que expuso en la sesión anterior, en que se apreciaron multitud de equimosis sin razón traumática, y este hecho frecuente ha motivado inculpaciones para dignos maestros de primera enseñanza, y para madrazos a título de niños martirizados.

Al hablar del hemoforás en la hemofilia, dice que no lo ha visto consignado en la literatura médica, pues al ocuparse los autores de dicho proceso, lo hacen con referencia a las clínicas quirúrgicas, a los producidos por traumatismos, o bien a los que ocasiona la rotura de algún vaso en la cavidad torácica mediante el proceso ucleroso de cualquier neoplasia; que no está en su ánimo reclamar la prioridad de la observación, sino que lo hace constar a título de singular rareza.

El DOCTOR CORTEZO aprovecha el momento para recordar que hará unos doce o catorce años que en compañía de los doctores Mariani y Moliner asistió a un coronel retirado, quien tuvo una pleuresia de marcha tórpida con persistencia de derrame. Se llamó en consulta al doctor Dienlafoy y aconsejó una punción exploradora antes de proceder al desagüe completo, ya que no cabía duda de la existencia del líquido purulento o seroso; mas el señor Cortezo, al tener en cuenta en lo que no pararan mientes sus compañeros de que se trataba de un henofítico, dijo: Tengo la certeza de que el líquido es sanguinolento. El doctor Dienlafoy le miró con cierta sorpresa, hizo la punción y al ver el color del derrame, exclamó: *C'ets un diagnostico*, y toda la *gracia del diagnóstico*, dice el doctor Cortezo, estuvo en que se fijó en los antecedentes del enfermo.

Un caso raro de eversión de la mucosa del ventriante de Morgagni

El DOCTOR TAPIA, antes de exponer el caso, explica por qué le consideraron, toda vez que el sentido literal de la palabra eversión significa salida, prolapso de la mucosa fuera del dentriculo donde está contenida, y esto no se adapta estrictamente si se tiene en cuenta que la mucosa que tapiza la cavidad del ventriculo está íntimamente adherida a los tejidos subyacentes (pericondrios y carsilagos) y es muy difícil que se prolapse; por esto algunos autores niegan tal eversión. Expone el siguiente caso:

(Se 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.
Suma anterior.....	12.996,75
Dr. Simancas, Granada.....	25
» Xilones, Madrid.....	50
Ayuntamiento de Bilbao.....	50
Dr. Blanco, de Guadalajara.....	50
» López Comas, de Baleares.....	100
Estación Sanitaria de Las Palmas.....	250
Dr. Leopoldo Cortines, de Ontaneda y Alceda.....	100
» M. Fernández.....	25
» R. Fraile.....	25
» Florentino Llamazares, de Bilbao.....	50
» Torres Grima, de ídem.....	50
» Medardo Ribera Caño, de ídem.....	50
» Miguel Oliver, de ídem.....	50
» Muñoz y García Lomas, de Pedrosa.....	150
» Setuain.....	50
» Francisco Ledo, Bilbao.....	50
» Morros, de León.....	100
» Mantilla, Zamora.....	50
» Julián Blin, Madrid.....	10
» Becares, Oviedo.....	50
» Vicente Quintana, Santander.....	25
» Luis M. Istariz.....	100
» Aurelio Zabaes, de Lerma.....	5
» Buenaventura Muñoz Rodríguez.....	50
» Ricardo Núñez, Villapeotre (Lugo).....	20
SUMA TOTAL.....	14.531,77

M. MORAL

Sección oficial

MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

SUBSECRETARÍA

En el Juzgado de primera instancia de Zafra se halla vacante, por renuncia de D. José Baena Barrientos, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que debe proveerse por concurso de antigüedad absoluta en la categoría inferior inmediata entre los que la soliciten, conforme a lo prevenido en el art. 8.º del Real decreto de 12 de abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Cáceres, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, a contar

CARBOLAN

Pelrid's C., New-York

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

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

desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 27 de julio de 1920.—El subsecretario, *José Martínez Acacio*.

—o—

Inspección general de Sanidad

CIRCULAR

Con el fin de que pueda concurrir el mayor número posible de aspirantes a las oposiciones para ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, convocadas por Real orden de 21 del pasado mes de julio, cuyo Reglamento y programa se detallan en Circular de la misma fecha.

Esta Inspección general ha dispuesto que en el apartado E) del art. 1.º del Reglamento para las oposiciones a plazas del Cuerpo Médico de Sanidad exterior quede redactado en la siguiente forma:

E) Haber obtenido el título de doctor en Medicina y Cirugía o tener aprobados los ejercicios de dicho grado antes del día en que han de comenzar los ejercicios.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 30 de julio de 1920.—El inspector general, *Manuel M. Sálazar*.

—o—

Habiéndose observado un error de copia en la Real orden de 30 del pasado julio, inserta en la *Gaceta* de 1.º del corriente, aprobando el concurso para la previsión de la plaza de inspector de Sanidad de Cádiz, en que se atribuye a D. Gabriel Ferret y Obrador, inspector provincial de Sanidad de Almería, el número 4 en el Escalafón del Cuerpo, se hace saber que es el número 49 el que le corresponde en el citado Escalafón.

Madrid, 2 de agosto de 1920.

(*Gaceta* de 3 de agosto).

—o—

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: En atención a los requerimientos llegados a este Ministerio en solicitud de ampliación del plazo de quince días señalados en la Real orden de 12 de julio (*Gaceta* del 14) relativa a la apertura de un curso para la enseñanza de auxiliares, maquinistas y desinfectores en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que el plazo para la presentación de solicitudes se prorro-

gue hasta el 31 de agosto próximo, entendiéndose que el curso dará comienzo el 1.º de septiembre con sujeción a las mismas condiciones que en la citada Real orden se establecen.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 30 de julio de 1920.—P. D., *Ruano*. Señor inspector general de Sanidad.

—o—

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso anunciado en la *Gaceta de Madrid* de 16 de mayo último para proveer entre inspectores provinciales de Sanidad activos y excedentes del Cuerpo la vacante de Cádiz, así como las que resulten en igual situación por la provincia de ésta:

Resultando que dentro del plazo señalado en la convocatoria han solicitado:

D. Adolfo Robles y Vallecillo, núm. 5 del Escalafón, inspector provincial de Sanidad de Granada, la plaza anunciaba en el concurso;

D. César Sebastián González, núm. 45 del Escalafón, inspector provincial de Sanidad de Guipúzcoa, solicita Granada si quedara vacante;

D. Gabriel Ferret y Obrador, núm. 4 del Escalafón, inspector provincial de Sanidad de Almería, la vacante anunciada, y si en resultas concurrieran cualquiera de las de Barcelona, Baleares, Madrid, Málaga, Sevilla o Zaragoza, sin preferencia de clase alguna:

Considerando que este concurso se ha ajustado a las prescripciones de la convocatoria y que en él se han tenido en cuenta las respectivas peticiones de los concursantes y el número que cada uno ocupa en el Escalafón del Cuerpo,

S. M. el Rey (q. D. g.), conformándose con lo propuesto por la Inspección general y lo informado por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, ha tenido a bien aprobar dicho concurso, y, en su consecuencia, nombrar a D. Adolfo Robles y Vallecillo, inspector provincial de Sanidad de Cádiz, con el sueldo o gratificación de 10.000 pesetas anuales, a don César Sebastián González, inspector provincial de Sanidad de Granada, con el sueldo o gratificación de 6.000 pesetas anuales, declarándose vacante la Inspección provincial de Sanidad de Guipúzcoa.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 30 de julio de 1920.—P. D., *Ruano*. Señor inspector general de Sanidad.

.....

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.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,2; id. *mínima*, 704,4; temperatura máxima, 34°,3; id. *mínima*, 18°,1; vientos dominantes, S. NE.

Continúan preponderantes; los efectos agudos del tubo digestivo, aunque sin carácter infeccioso en la mayoría de los casos. Las congestiones activas de las vías respiratorias y de los centros nerviosos también se han presentado con cierta frecuencia.

En los niños continúan las enteritis y enterocolitis por irregularidades de régimen.

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

Comparación por grandes grupos de edades

	Quinquenio anterior	Julio de 1920
Menores de un año.....	396	272
De uno a cuatro años.....	218	185
De cinco a diez y nueve años.....	98	107
De veinte a treinta y nueve años.....	171	208
De cuarenta a cincuenta y nueve años.....	229	213
De sesenta en adelante.....	271	257
Sin clasificación.....	2	3
TOTAL.....	1.385	1.245

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médicosocial

	Quinquenio anterior.	Julio de 1920
Fiebre tifoidea.....	21	24
Tifus exantemático.....	1	2
Viruela.....	7	2
Sarampión.....	26	9
Escarlatina.....	3	5
Coqueluche.....	10	11
Difteria.....	6	4
Gripe.....	6	7
Otras epidemias.....	3	6
Tuberculosis pulmonar.....	129	156
Idem meníngea.....	17	16
Otras tuberculosis.....	30	32
Cancerosas.....	64	57
Meningitis.....	104	66
Congestión, hemorragia y reblanecimiento cerebrales.....	58	46
Orgánicas del corazón.....	63	62
Bronquitis aguda.....	32	22
Idem crónica.....	17	17
Pulmonía.....	22	13
Bronconeumonía y otras.....	71	70
Enteritis infantil (menores de dos años).....	269	199
Apendicitis y tífis.....	5	7
Hernias y obstrucciones.....	15	15
Cerrosos hepática.....	13	16
Nefritis.....	36	35
Septicemia puerperal.....	5	9
Debilidad conjunta y vicios de conformación.....	45	43
Senectud.....	25	23
Otras enfermedades.....	282	276
TOTAL.....	1.385	1.245

Varones..... 645
Hembras..... 600

Promedio diario de julio en el quinquenio anterior. 44,67
Idem id. de julio en 1920..... 40,16

Observaciones.

La mortalidad ha descendido considerablemente en relación con el promedio de julio en los cinco años anteriores. Esta mejora se ha señalado particularmente en las primeras edades.

Crónicas

Se pone en conocimiento de los señores suscriptores que, a partir de 1.º del pasado mes de Julio, el precio de la suscripción es para todos el de 20 pesetas al año, 10 al semestre y 5 al trimestre.

Bajas.—Según anunciamos en diferentes ocasiones, serán dados de baja los señores que, por tiempo anterior a 1.º de enero del año actual, no se pusiesen al corriente en sus pagos.

A continuación algunos de los que en este caso se encuentran:

D. Adolfo Maestro de León, D. Pedro Celestino Rabal, D. Mario de la Rosa, D. Emilo Choza Sánchez.

En los sucesivos números seguiremos publicando los que no se apresuren a enviar el importe de la suscripción y que se hallen en dicha circunstancia.

Los conflictos sanitarios.—Una vez más se presenta en la región andaluza el problema del pago de los médicos titulares.

Una Comisión de médicos de Córdoba ha visitado al gobernador civil de aquella provincia para participarle que el Ayuntamiento del pueblo de Luque no paga a los titulares desde el año de 1918, ni cubre dos plazas vacantes que se produjeron en diciembre último. Aunque según nuestros informes el señor gobernador prometió ocuparse del asunto; es de temer que sus buenos propósitos se estrellen contra la intriga caciquil que caracteriza esta región española.

La Asociación Sanitaria Andaluza.—Bajo la presidencia del doctor Solves, se reunió en los primeros días de este mes en Almería, la Asociación Sanitaria andaluza.

Como resultados de esta Asamblea fué elegida la siguiente Junta:

Presidente, D. Rafael Arae, médico; vicepresidente, D. José Rodríguez, boticario; vocales, médico D. Rafael Nieto Amérigo, farmacéutico D. José Lozano Aragón, veterinario D. Toribio Alvarez, dentista D. Trinidad Ticcón, y secretario, D. Antonio Herrera, que es el presidente del Colegio de Practicantes; y se leyó un oficio de los practicantes solicitando la adhesión a la campaña sanitaria, acordando la Asamblea hacerla suya, continuar con ahinco la labor emprendida e insistir en que se celebre un mitin, al que serán invitadas las Sociedades obreras y las fuerzas vivas.

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

Baños de placer para los niños.—En la Primera Casa de Higiene Benéfica Infantil, Esgrima, 2 abierta todo el año y diariamente los días laborables, de ocho de la mañana a ocho de la noche, se siguen proporcionando los servicios de higiene privada, que comprenden: baños generales a placer e individuales, de ducha y de pies, corte de pelo y lavado y desinfección de cabeza e higiene de la boca a los niños de ambos sexos, de tres a doce años de edad, por las señoras y señoritas del Comité Femenino de Higiene Popular y el personal femenino sanitario afecto a la Casa de Higiene Infantil.

Desde el año 1918, en que fué fundada esta casa por la señora presidenta de la institución para tal fin caritativo, son ya muchos los niños beneficiados, los que, debido a la higiene que se les proporciona, se crían sanos y robustos, evitándose muchas enfermedades infantiles, y habituando a los mayorcitos a los deberes de su aseo personal. Los que cumplen con este deber y cuentan con mayor número de asistencias a la Casa de Higiene Infantil, demostrando más destreza en las prácticas de higiene que se les enseña, son beneficiados con premios en metálico a fines de año.

Combinación de médicos forenses.—Por el ministerio de Gracia y Justicia han sido nombrados:

Médico forense del distrito de Atarazanas, de Barcelona, D. José Piñaza y Cabrera.

Idem de Ciudad Real, D. Laureano Alonso González.

Idem de Archidona, D. Francisco Miranda González.

El médico forense del Juzgado de Santa Cruz de la Palma, D. Manuel Martínez Arnaud, ha sido declarado excedente.

Asamblea sanitaria en Cádiz.—Para el próximo mes de septiembre, y con el propósito de inaugurar sus sesiones el día 19 de ese mes, se prepara en Jerez de la Frontera la celebración de una Asamblea sanitaria de grandísima importancia.

Oposiciones a médicos de Sanidad exterior.—Para estas oposiciones recientemente convocadas se recomienda la obra antigua del doctor Palvin, médico del Cuerpo por oposición. Única completa de la que se han agotado dos ediciones. Adoptada al último programa por medio de un Apéndice revisado y corregido personalmente por el autor. Razón editorial: Campos, Princesa, 14.—Madrid.

ESTADOS UNIDOS.—Investigación de las enfermedades venéreas.—El cirujano general H. S. Cumming, del servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, anuncia que se han hecho investigaciones en aproximadamente 365 de las ciudades más importantes de los Estados Unidos, con objeto de determinar las medidas en vigor para combatir las enfermedades venéreas. Estos informes se publicarán dentro de poco. Se hará en cuatro o cinco meses un estudio de las mismas y se publicarán los resultados.

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



Mostelle Raimost
vino sin alcohol

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

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

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



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

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.