



EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.— Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales. — *Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.* — *Fomento de la enseñanza.* — Todos los Hospitales y Asilos serán *Clinicas 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: Un medio práctico de enriquecimiento del bacilo de Koch en los esputos para facilitar su descubrimiento, por el Dr. Angel Villegas.—El dolor de cabeza, por el Dr. D. Francisco Haro.—Crisis agudas de insuficiencia cardíaca de la hipertensión, por el Dr. Elizagaray.—Bibliografía: «Vivir», por el Dr. Angel Pulido Martín.—Periódicos médicos.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán. Sanidad y médicos.—La semana médica de Santander.—Las hurdes y el paludismo.—La organización internacional de Higiene.—Más sobre la intervención sanitaria.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Un medio práctico de enriquecimiento del bacilo de Koch en los esputos para facilitar su descubrimiento

POR EL

DOCTOR ANGEL VILLEGAS

.....

Valor del signo.—Debe hallarse en el comienzo de la enfermedad

Fraentzel y Balmer dieron el carácter del signo patognomónico de la tuberculosis pulmonar al hallazgo del bacilo de Koch en los esputos. Con lo cual queda fijado su valor; pero le faltaba, y Grancher lo hace notar, el ser un signo de comienzo de la enfermedad. La auscultación y los rayos X, sobre todo, parecen precederle en la mayoría de los casos. Sin embargo, su carácter de signos físicos y su subjetividad no despreciable han obligado a los investigadores a mejorar constantemente los medios de descubrir al agente de la fimatosi pulmonar, con objeto de llegarlo a conseguir en la iniciación del proceso; avanzando tanto en este sentido, que algunos autores (Richet, hijo) han negado el antiguo concepto de tuberculosis pulmonar cerrada, fundándose tanto en los exámenes de la expectoración, como en argumentos histopatológicos.

Sin tener un criterio absoluto sobre este punto,

creemos que cuando los medios de que disponemos en la actualidad son empleados con una técnica rigurosa, numerosísimos casos en los que se dictamina «bacilo de Koch no existe», si lo presentarían.

El examen directo del esputo no debe omitirse nunca, pues algunos datos que nos proporciona son exclusivos, como el estudio citológico y la idea de cantidad respecto a los agentes vivos, que puede tener cierta importancia. Tendremos que tratar de diferente modo para cada pesquisa: con azul policrómico o Giemsa, las células; Gram para los gérmenes, y el Ziehl Nelsen, con las modificaciones de Piery y Gunther, en frotis fino y bien repartido, para el bacilo de Koch. En cada preparación examinamos cinco partes distanciadas, y en cada una de ellas 10 campos lo más homogéneos posibles, respecto al número y naturaleza de las células, en cuyo examen tardamos de quince a veinte minutos, por lo menos; en caso de que sea negativo y cuando todo nos hace creer que se trata de un fímico, siempre nos levantamos pensando que, examinado un campo más, podríamos acaso haber resuelto nuestras dudas. Es una cantidad de tiempo respetable para el examen, y cuando se trata de un crecido número de enfermos (cinco diarios en el servicio antituberculoso de la Facultad de Medicina), dado además el carácter de orden práctico de la investigación, nos obliga a buscar procedimientos que faciliten la persecución del signo.

Medios indirectos de investigación del bacilo de Koch

Para ello tenemos que acudir a los llamados medios indirectos, los cuales, por el uso que de ellos se hace, podemos dividir en los que se emplean, homogeneización e inoculación; los que apenas se usan, cultivo; los que no se usan, procedimientos de enriquecimiento, que no es más que una abreviación de los cultivos.

De la homogeneización, que practicamos mucho, consigue su objeto: 1.º, fluidificando el esputo, convirtiéndole en líquido homogéneo, como indica el nombre del procedimiento; 2.º, recoger los gérmenes en un tubo de centrifuga, en el fondo o en la superficie, según que la densidad del líquido sea menor o mayor que la del bacilo (1010 a 1080). La inoculación tiene el inconveniente de ser un procedimiento algo lento (diez días por lo menos en nuestros casos más favorables) y caro para las consultas públicas. El cultivo directo es de resultados muy aleatorios. Nos queda el procedimiento de enriquecimiento del germen en el esputo, nada empleado, y que nosotros practicamos de sencillísima manera.

Se dispone de frascos de boca ancha con tapón de cristal o tapa metálica, bien limpios y estériles en el horno de Pasteur, y para mayor sencillez pueden hervirse durante algunos minutos. Recomendamos al enfermo limpie su boca con el mayor esmero, y, teniendo preparado el frasquito, arroje en él esputos de la mañana que advierta claramente salen del pecho y que lo hagan con cierta facilidad, conteniéndolos en la boca el menor tiempo posible. Una etiqueta indica el nombre del enfermo y la fecha.

El frasco se coloca en la estufa a 37º. En el mayor número de meses del año, en nuestro país, se puede dejar en un sitio templado y obscuro de la casa. A las veinticuatro, cuarenta y ocho o setenta y dos horas examinamos. Los caracteres macroscópicos llaman nuestra atención; el esputo se ha fluidificado merced a la influencia de los agentes vivos ejercida sobre la fibrina, numina, células, etc., hasta el punto de que algunos se presentan transparentes, casi como el agua.

Sin manipulación especial el esputo se ha homogeneizado; por eso no creemos necesario proceder a las operaciones completas de homogeneización como si fuera un esputo reciente a lo Moeller; todo lo más, diluimos al décimo, por ejemplo, y centrifugamos; pero, generalmente, hacemos la preparación como en el examen directo. El otro carácter es el olor nauseabundo a queso que ofrecen con grandísima frecuencia, en tanto que esputos testigos con bacilos tuberculosos o no, presentan un fortísimo olor a cola.

Examen microscópico.—El número de gérmenes comunes aumenta, mas en ningún caso nos ha molestado para el examen del agente tuberculígeno. Este presenta modificaciones con relación a su nuevo medio; generalmente, el protoplasma es un poco más pálido, no homogéneo, con 1, 2 ó 3 granos casi todos, coloreados fuertemente casi en negro por el proceder corriente, que rebasan el protoplasma bacilar.

Los bacilos pueden ser cortos, medianos, largos, esquirlas (Splitter), de Spengler, granos sueltos o con pequeñísima porción protoplasmática. Preséntanse aislados en ángulos, en montones, en empalizadas y paralelos de 2, 5 y 6.

Esto nos indica que el aumento de gérmenes es real.

A veces, contemplando los distintos grados de escisión de un bacilo, semeja sorprender el proceso de su división. En el mismo sentido nos habla la manera de aparecer agrupados en números romanos, o paralelos 2 o más, como empalizadas hasta de 6 elementos. La presencia de los granos no podemos por menos de relacionarla con la función reproductiva. Aparecen desde el primer día, son más abundantes en aquellas muestras que ofrecen un poder lujurante de división y las asimilamos a los corpúsculos de volutina, bien estudiados en el bacilo diftérico y considerados como esporas rudimentarias. (Ernes, Meyer.)

Al advertir el olor a queso pensamos si el número de bacilos no se debiera al aumento exclusivo del de Koch, sino que al ponerlos en estas condiciones, otros gérmenes tomaban la cualidad de ácidoalcohol resistencia. Para saber a qué atenarnos pusimos en recipientes estériles moco nasal probadamente no tuberculoso, de cada uno dos muestras; una testigo, y a la otra se añadía pequeña cantidad de esputo tuberculoso.

En el primero no encontramos nunca b. a. a. r., y en el segundo, siempre, presentando una vitalidad de más de un mes hasta ahora, a pesar de sufrir una desecación de algunos días. A las veinticuatro y cuarenta y ocho horas hemos encontrado la cantidad más abundante de bacterias. De 12 esputos últimamente estudiados con esmero, sacada la media aritmética de todos, hemos visto aumentar de un bacilo por campo a 17,1. Lo cual en nuestras manos supera los resultados obtenidos por el procedimiento de homogeneización que usamos, el de Besançon y Fillibert, con el que obtenemos conclusiones semejantes a las de sus autores, es decir, duplicar el número de bacilos. Mas la manera de presentarse en grupos facilita también las pesquisas, siendo esto privativo del método.

No pretendo al publicar estas notas ofrecer algo que en lo fundamental no esté estudiado (Valerio, Spengler, Hesse, Jochmann Moeller, etc.). Sólo creemos interesante publicar el modo personal, de cuyos resultados estamos satisfechos, de conducir estas pesquisas en asunto tan importante, que afecta al diagnóstico, facilitándole; al pronóstico, para no dar demasiado valor al número de bacilos como indicador de lesiones mucho más graves o extensas, pesando en el papel de la retención en las cavernas o remansos; para la profilaxis, insistiendo en aquellos tratamientos capaces de borrar las cavidades (colapsoterapia). El esputo es el medio de cultivo natural del bacilo de Koch: a él nos dirigiremos cuando, para nuestra conveniencia, queramos conservarle o hacerle florecer. Por el contrario, destruyendo este medio damos uno de los más seguros pasos para la profilaxis antituberculosa.

EL DOLOR DE CABEZA

POR EL

DR. D. FRANCISCO HARO

El dolor de cabeza, o en términos más técnicos la cefalalgia, es quizás una de las molestias que más frecuentemente tiene que combatir el médico, y cuya etiología tiene que investigar con más cuidado si quiere aplicar un tratamiento científico y racional, tan grande es el número de procesos en que la cefalalgia aparece como síntoma único o predominante.

El dolor de cabeza no es más que un síntoma, aunque en ocasiones sea tan importante que absorba el cuadro sindrómico, dando lugar a que algunos autores lo estudien como enfermedad en una de sus formas llamada hemicraneal o jaqueca; y por tanto como síntoma que es, no deja de tener su utilidad, puesto que puede servir para ponernos en guardia contra una enfermedad que comienza; es por tanto como dice muy gráficamente Herr: «el banderín rojo que avisa el mal funcionamiento de algún órgano» (1).

La cefalalgia puede presentar tales caracteres de localización, variabilidad, duración, etc., que nos oriente hacia un grupo de enfermedades o lesiones y nos permita excluir otra parte de los mismos, y este es simplemente el objeto de nuestro trabajo: presentar de una manera casi esquemática las diferentes zonas de proyección que en el cráneo y en la cara, tienen las diversas enfermedades de los diferentes órganos, cuando se anuncian o se acompañan de la cefalalgia.

Para investigar la causa de un dolor de cabeza, debemos precisar lo siguientes extremos:

- a) La localización del dolor.
- b) Su duración.
- c) Su carácter.
- d) Su variación con los movimientos.
- e) Su accidentalidad en el día.
- f) Los padecimientos concomitantes en distintos órganos o sistemas.

En la cabeza han sido determinadas diferentes zonas o áreas de proyección del dolor por diversas enfermedades, naturalmente no localizadas en el sitio de la cefalalgia, y entre aquellas determinaciones vamos a indicar las zonas señaladas por Head, que él denomina «Áreas de referencia para el dolor proyectado y que son las siguientes con algunas modificaciones:

Región Occipital.	Región orbitaria (supra, medio e infra).	Región auricular (pre y retro).
— parietal.	Región maxilar.	Región fronto-nasal.
— temporal.	— mandibular.	— naso-labial.
— frontal.	— mentoniana.	— temporo-maxilar.
— vertical.	— hioidea.	Región fronto-temporal.
— mastoidea.	— supraauricular.	

y aún podemos señalar otras zonas o áreas de proyección, tales como la franja circular y horizontal que los franceses llaman «casquette neurasthénique», por

ser frecuente en tal enfermedad; la hemicraneal cuyo nombre nos elude de otra explicación, y por último la proyección dolorosa, puede no ser tan definida que nos permita localizarla, y en este caso, la referencia del dolor se hace a toda la cabeza en forma *difusa*.

Por lo que se refiere a su duración el dolor puede ser «continuo, intermitente, remitente».

El carácter del dolor es de lo más variable y en muchas ocasiones dependiente de un factor, que hace difícilísima una clasificación, puesto que la imaginación de los pacientes para establecer comparaciones, hace a estas de lo más variadas; pero sin embargo en términos generales puede hablarse de dolor: «obtusos, pesados, ardientes, quemantes, dislacerantes, perforantes, pulsátiles, lancinantes, terebrantes»; o bien en vez de dolor acusan sensación como «de constricción, de peso, de plenitud, de vacío, de un clavo, de una bola de hiele, etc.

Estos dolores pueden agravarse o mejorar en posiciones distintas, al ponerse el paciente de pie, o al acostarse, y al mismo tiempo puede intervenir en esas variaciones el factor día, y así vemos cefalalgias que mejoran durante la noche, mientras otras empeoran, para mejorar durante el día.

Por último, es indudable que la concomitancia de síntomas nos ha de orientar hacia la causa de una cefalalgia, y gran camino tendremos recorrido si esos síntomas aparecen de manera clara y precisa; pero no siempre sucede así, y son en esos casos, en que el paciente no se queja de ninguna otra molestia más que su cefalalgia, sobre la que nos da toda clase de datos por ser la que absorbe su atención; en esos casos, repito, son en los que podremos por los caracteres de localización etc. etc., ya citados, orientarnos hacia un grupo de enfermedades, en las que la cefalalgia se presenta como síntoma indicador de una manera análoga a la que el enfermo nos describe, y podremos investigar otros síntomas cuyo hallazgo nos vaya encaminando directamente o por exclusión si no los encontramos, al descubrimiento de la enfermedad o lesión origen de la cefalalgia, permitiéndonos librar al paciente de su molestia de una manera más definitiva, y evitar el desarrollo de una enfermedad que quizás más tarde no pudiera ser curada.

Y vamos a detallar casi esquemáticamente lo que constituye el objeto de este artículo: la zonas o regiones del dolor y las enfermedades o lesiones a que corresponden.

El dolor en la región «occipital», es propio de algunos estados endocrinos, tales como la «diabetes» y los estados neuroartríticos, considerados actualmente como distiroidismo o inestabilidad tiroidea de Levi y Rothschild, y también como estados pluriglandulares por Massalongo (1); como son la «gota», en la que el dolor es «persistente» con sensación de «tensión» y propio de la época media de la vida; y el «reumatismo crónico» en el que el dolor es de carácter «quemante», y a veces como de «arrancamiento del cuero cabellu-

(1) Herr. (A. W.).—The Usefulness of Headaches.—«Western Medical Times. Set. 1919.

(1) Massalongo.—«Réf. Méd. 1914,

do; pero con la particularidad de que muchas veces existe una hipersensibilidad táctil en zonas que empiezan por ser adematosas, y terminan por ser de franca induración, bien en la masa muscular o en sus inserciones; esta cefalalgia indurativa de Edinger, se exacerba por los enfriamientos, tales como el simple lavado de la cabeza sin suficiente secado, y se atribuye a localización en la aponeurosis y en el periostio (?) de la enfermedad. Quizás podríamos incluir aquí la cefalalgia de los enfermos acromegálicos, pues si bien para algunos autores aquella es debida a la hipertensión endocraneal por el tumor hipofisario, no podemos negar que esa hipertensión pueda ser originada por la hiperostosis interna craneana, y hasta que el dolor sea producido por un espesamiento hiperplástico de las meninges, y estos dos factores causantes de la cefalalgia, sabemos que constituyen parte de los síntomas de la enfermedad de Marie, como tal alteración endocrina. De origen ovárico y tiro-ovárico, son las cefalalgias propias de algunas mujeres en los períodos menstruales o en el climaterio, de tipo muchas veces «intermitente», y que empeora por largos «paseos» o continuada estancia «de pie». Entre los estados tóxicos endógenos, tenemos las alteraciones funcionales principalmente del «hígado», cuyas cefalalgias son generalmente de carácter de «pesadez penosa». En cambio en los estados preurémicos y en las «nefritis» que con mucha frecuencia no dan otro síntoma en un principio, el dolor suele ser «terebrante». Entre los estados circulatorios tenemos en primer lugar la «anemia», con sensación de «gran pesadez» que disminuye estando el paciente en posición «horizontal»; además en la «plétora» existe un dolor casi «constante», que llega hasta la región vertical, pasando por detrás de sutura fronto-parietal y que se calma con hemorragias (epistaxis, fluxiones hemorroidales), mejorando en la posición «de pie». Existe una cefalgia «intermitente, pulsátil», asociada a zumbidos de oídos en la «arterioesclerosis» acompañada de «hipertensión». También tienen esta localización las cefalalgias de algunas alteraciones de la «vejiga, genitales» y de las «últimas porciones del intestino delgado», así como del «colón», y cuyo carácter de «tirantez» o «de pesadez», les asemeja algo a las alteraciones funcionales hepáticas. Entre las afecciones oculares, encontramos esta localización en el «desequilibrio de los músculos extrínsecos» que determina la fatiga visual, causa bastante más frecuente de lo que se cree de cefalalgias «persistentes» y rebeldes, confundidas a veces con los dolores de cabeza de los neurasténicos.

En las enfermedades nasales encontramos esta localización en la «sinusitis esfenoidal» y en la «etmoiditis posterior»; estos dolores, como es frecuente en los de las enfermedades nasales son muy «periódicos» y mejoran por la «tarde» (al contrario de lo que sucede con los oculares) empeorando por la «mañana». Entre las enfermedades febriles se presenta este dolor en la «meningitis basilar infantil» y a veces en la «meningitis epidémica». Por último, existen unas neuralgias

occipitales que nacen en el segundo y tercer nervios espinales y se irradian por los occipitales mayor y menor en «tuberculosis de las vértebras cervicales superiores» en osteoartritis de la columna vertebral» en una «paquimeningitis localizada» y a veces esa neuralgia occipital es debida a una «neuritis» que da como síntoma además de la cefalalgia algunas zonas de «canicie» o de alopecia areata, si bien estas neuralgias son dolores por lesión insitu y no proyectadas.

El dolor en la región «parietal» no es tan frecuente como en la occipital, y así vemos esta localización en efeciones del «antro pilórico» con carácter «obtusos». En afecciones auriculares, como la «tensión del oído medio» en forma «pulsatil», y, a veces, «terebrante». Y en casos en que la «alopecia areata» y las zonas de «canicie», de que antes hablamos, recaigan en esta región, lo cual podríamos repetir para todas las regiones del cráneo, por lo que lo dejamos aquí sentado para evitar repeticiones. Por último, algunas veces se propaga a esta región la neuralgia cervico-occipital que mencionamos al final del párrafo anterior.

El dolor en la región «temporal» es, según Cushing, bilateral en casos de «acromegalia», y se debería, según él, a la distensión de la cápsula de la hipófisis por aumento de ésta. También existe este dolor en los trastornos oculares, tales como la «hipermetropía y el desequilibrio muscular», así como en los casos de hipertensión intraocular, como el «glaucoma crónico», yendo entonces acompañado, en algunas ocasiones de hipersensibilidad a la presión en los dientes y mandíbulas; estas cefalalgias oculares se calman con el «reposo nocturno», así como con el simple «reposo funcional» y son ni muy «profundas» ni muy «localizadas». En la «hipertensión del oído medio», de que hablabamos en la cefalalgia parietal, puede ser ésta sustituida por la cefalalgia temporal. Por último, encontramos esta cefalalgia en algunos casos de «gripe» con un carácter «gravitativo o lancinante».

El dolor en la región «frontal» es uno de los más frecuentes, y así le encontramos como síntoma casi constante en la «enfermedades febriles», sin que sus caracteres variables, desde la simple «pesadez» hasta los más intensos, pueda orientar acerca de la enfermedad de una manera real. Existe como sensación de «peso intermitente en autointoxicaciones «gastrointestinales y hepáticas», así como en los estados «urémicos y anémicos». Además, es constante en las intoxicaciones por el «óxido de carbono, el gas del alumbrado y el hidrógeno sulfurado y arseniado». Entre las afecciones oculares que se manifiestan por cefalalgia tenemos el «astigmatismo» y es otra manifestación cefálica del «glaucoma crónico». En las afecciones nasales la encontramos en casos de compresión del tercio anterior del «cornete medio» y del «inferior» por desviación del tabique; en este caso el dolor es neurálgico por irradiación de la rama frontal del nervio nasal. Si el dolor es «obtusos y lateralizado» con hipersensibilidad a la presión en la región infraorbitaria de mismo lado

nos avisará una «antritis maxilar». Por último, describe Ross (1) una cefalagia frontal que llama «linfática» en individuos de temperamento flemático y que atribuye a hipocoagulabilidad sanguínea, a por cuanto la hace desaparecer con lactato cálcico y que más que dolor es una sensación de «pesadez» difícilmente limitable.

(Se continuará).

Crisis agudas de insuficiencia cardíaca de la hipertensión (*)

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

Crisis agudas de la hipertensión permanente.

Uno y otro de estos resultados, el uno por acción lenta y el otro por acción rápida, dependen de la hipertensión. Sin necesidad de una acción renal, es suficiente una alteración funcional de las glándulas suprarrenales para producir una hipertensión determinante del fenómeno. Hallion y Neppe suponen que la adrenalina produce una alteración endotelial de los capilares del pulmón, además de las modificaciones de la circulación por su acción hipertensiva, cuya alteración, de origen tóxico, a manera de filtración, facilita la trasudación serosa y sanguinolenta.

Otra eventualidad muy frecuente que hemos visto después de los accidentes mencionados es la asistolia global. Las cavidades derechas se dilatan, tomando parte en la situación, y se establece la asistolia, con una marcha menos angustiosa, si bien conduce al término fatal.

Tales son las crisis agudas de insuficiencia cardíaca en la hipertensión permanente, las cuales tienen, como hemos visto, sus caracteres particulares y sus accidentes propios. El clínico muchas veces puede evitar estos accidentes, pero en otras tiene que limitarse a combatirlos.

La oportunidad terapéutica tiene lugar en el período que hemos descrito de distensión gradual. Entonces es preciso evitar a todo trance los más pequeños aumentos de tensión, lo que se consigue mediante una higiene severa y sujeta especialmente al reposo y a una alimentación lo menos tóxica y lo más declorurada posible, como es el régimen de leche, de fruta y dulces. La disminución de la cantidad de líquidos puede agregarse a estos preceptos, imponiéndose a veces, en un plazo mayor o menor, su restricción absoluta.

Generalmente, en estos momentos empleamos la medicación hipotensiva corriente usando recursos clásicos: los nitritos, la trinitrina, el tetranitrol, etc., los

cuales producen sus efectos en el acto, pero su acción es poco permanente. El medicamento que responde al ideal de rebajar la tensión mínima de una manera más permanente, facilitando el trabajo del corazón y evitando su cansancio, es la digital, que nosotros empleamos inmediatamente que se inician fenómenos de distensión ventricular, y cuyo medicamento se ha considerado contraindicado en los casos de hipertensión.

Numerosas investigaciones experimentales demostraron que la digital posee la propiedad de modificar la circulación periférica. Gran número de autores, por no decir todos, opinaban unánimemente que la digital ejercía una acción hipertensiva, determinada por una vasoconstricción general; pero nuevas investigaciones de comprobación, hechas por Donaldson, Esteven, Kobert, François-Franck, Lauder-Brunton y otros, demostraron que los efectos son diferentes según la dosis empleada; a gran dosis produce una vasoconstricción generalizada con hipertensión, la cual no se modifica con las dosis pequeñas corrientemente empleadas. Muchos tratados clásicos de terapéutica afirman que la digital posee la propiedad de aumentar la tensión arterial, y que está contraindicada en los hipertensos; de aquí la duda corriente entre los médicos para prescribir ese medicamento en los arterioescleróticos y en los nefríticos con hipertensión, proscribiéndola siempre en la angina de pecho, por considerar que exagera el espasmo del corazón y de las coronarias.

Enfrente de esta opinión se presentan otras. Potain ha visto enfermos en quienes descendió la presión dos, tres y cuatro centímetros cúbicos. Price, más recientemente, y, sobre todo, Martinet, cuya autoridad en estas materias es grande, y que también opinaba que este medicamento estaba contraindicado en las cardiopatías arteriales y en la arterioesclerosis, a partir de 1914 modificó su opinión, afirmando que la tensión puede disminuir después de la administración de la digital. Danielopolu, jefe de clínica de la Facultad de Medicina de Bucarest, publicó un trabajo muy interesante de investigación personal, y hace algunos años que trata por la digital hipertensos disneicos y con extrasístoles, anginosos de pecho y casos de edema pulmonar, y enfermos arterioescleróticos y nefríticos, con resultado satisfactorio. Sus experimentos en 36 casos le dieron resultados muy favorables, en los cuales la tensión mínima disminuyó considerablemente, descendiendo dos o tres centímetros cúbicos; en ocasiones, cuatro, y no bajando la máxima más de uno o dos centímetros cúbicos.

La digitalina, a dosis de treinta o cuarenta gotas en dos o tres días en la primera semana, y veinte a treinta en la semana o meses siguientes, produce efectos inmediatos; algunas veces tarda la presión en descender; pero una vez obtenido el descenso, no suele elevarse si se repiten las dosis semanalmente. Según dicho autor, la diuresis aumenta; las alteraciones de la distensión cardíaca bajan evidentemente, y algunos enfer-

(1). Ross (Geo).—On the Relief of certain Headaches by Administration of one of the Salts of Calcium.—«Lancet» 20, En. 1906.

(*) Véase el número anterior.

mos que habían tenido angina de pecho no volvieron a tenerla, considerando que en este caso la digital ejerce una acción profiláctica.

Las investigaciones del autor demuestran los beneficios de esta acción hipotensiva en el tratamiento de la hipertensión. Considera que el angioespasmo periférico, productor de la hipertensión, depende del acúmulo en la sangre de un producto vasoconstrictivo de origen surrenal, que, produciendo una vasoconstricción glomerular, dificulta su eliminación. El primer efecto de la digital es la vasodilatación glomerular, que rabaja la tensión por disminución de resistencia periférica y por aumento de la diuresis, asegurando el funcionamiento renal y la eliminación de productos vasoconstrictivos. Las dosis pequeñas de digital dilatan los vasos del riñón; las dosis tóxicas los constriñen y aumentan la tensión.

También ha sido recomendada por Sahli, y Pal declara que es puramente imaginativo el peligro de que la digital aumente la hipertensión, y se extraña de que, siendo un hecho que la diuresis digitalica obedece a una vasodilatación glomerular, no esté universalmente adoptado en dichos casos el empleo de la digital, por la creencia ilusoria de que aumenta la presión vascular.

Martinet ha publicado un trabajo en que, después de hacer observaciones a los experimentos de Traube y demostrar que la diuresis digitalica no se ejerce, como se cree, por un aumento de presión renal, comunica los resultados de sus investigaciones sobre la presión máxima y mínima, comprobando las observaciones hechas por Christeller y por Potain, que resume en la proposición siguiente: Administrada correctamente a un asistólico o a un hiposistólico la digital, bien eleva o baja, o no tiene acción sobre la presión máxima; baja siempre la mínima, y aumenta la diferencia entre ambas tensiones. Este descenso de la resistencia periférica, disminuyendo la tensión mínima y respetando la altura de la máxima, es el *desideratum* en los casos de distensión hipertensiva, y modifica favorablemente las obscuridades del pronóstico, ejerciéndose una terapéutica profiláctica de los accidentes mortales dependientes de la insuficiencia ventricular aguda.

Nuestra experiencia personal concuerda con las observaciones anteriores; y persuadidos del descenso digitalico de la presión arterial mínima, hace mucho tiempo que empleamos la digital en distintos estados cardiovasculares: en hipertensos permanentes de tipo funcional, especialmente en las enfermas menopáusicas, en las cuales establecemos un tratamiento mixto, alternando la digital con la opoterapia; en arterioescleróticos, con síndrome de distensión cardíaca; en hiposistólicos hipertensivos, con dilatación cardíaca por *surmenage* de la hipertensión e insuficiencia mitral consecutiva; en aórticos, con ectasia vascular con hipertensión, y, por fin, en enfermos de corazón renal, con hipertensión elevada. En una palabra: en todos los casos en que la hipertensión mínima aumentada produce trastornos de intolerancia cardíaca, y que, prescindiendo de los datos obtenidos por el oscilóme-

tro, clínicamente se traduce por la dureza y frecuencia del pulso, a veces por ruido de galope, por extrasístoles, opresión precordial y disnea de esfuerzo.

En todos estos casos establecemos un régimen alimenticio lo menos tóxico y clorurado posible, además de aconsejar los preceptos higiénicos encaminados a evitar los paroxismos hipertensivos; ordenamos una cura digitalica, de tres o cuatro días de digitalina en cada quincena, y, en la generalidad de los casos, apelamos a la digalena, a dosis de 20 gotas, dos o tres veces diarias, durante cinco días, y los restantes de la quincena prescribimos el yoduro sódico, cuando el miocardio pierde su función de tonicidad y tiende a dilatarse.

Nuestros enfermos, que observamos en número crecido, mejoran de sus molestias; muchos recuperan la fuerza de su potencia cardíaca, y aquellos que se adaptan a una vida higiénica adecuada viven en una fase de tolerancia prolongada cuando siguen este régimen, que, teórica y prácticamente, es el más razonable para evitar una insuficiencia cardíaca aguda y sus graves accidentes.

Cuando nuestra misión ya no puede intervenir ejerciendo una terapéutica profiláctica, y tenemos que combatir la insuficiencia ventricular aguda y sus accidentes, la terapéutica tiene que llenar dos indicaciones: una, combatir la angina de pecho, el asma cardíaco o el edema pulmonar, que pueden ocasionar la muerte en plazo breve; y otra, levantar la potencia cardíaca. No hemos de entrar en el estudio de la terapéutica de estos accidentes, especialmente de las circunstancias que pueden indicar las evacuaciones sanguíneas preferentemente en el edema pulmonar, porque son asuntos de todos conocidos; pero sí nos ocuparemos de las indicaciones tónicocardiacas que en estos momentos hay que satisfacer.

La terapéutica racional en las cardiopatías ha de establecerse teniendo en cuenta las acciones especiales que cada medicamento ejerce sobre una u otra de las propiedades del miocardio. En la dilatación cardíaca la función de tonicidad es la insuficiente, y debemos emplear el medicamento que ejerza un estímulo especial sobre esta función. Considerar la digital como una panacea aplicable a todos los trastornos cardíacos, como suele hacerse, es tener un concepto erróneo. La digital está especialmente indicada en los casos en que la insuficiencia cardíaca se acompaña de arritmia completa, caracterizada por una frecuencia anormal de las contracciones y por la variabilidad de su amplitud. La digital tiene entonces por objeto detener el corazón, bloquear las contracciones e impedir que lleguen al ventrículo las más débiles, permitiendo a éste recibir una cantidad mayor de sangre y restablecer el equilibrio circulatorio. Pero cuando la insuficiencia coincide con una regularidad casi completa del corazón, con una dilatación excesiva de sus paredes, las cosas varían; la digital no tiene en este caso ninguna eficacia (Merklen y Vaquez), y hasta aumenta la dilatación cardíaca. El verdadero medicamento en estos casos en

que está disminuida o insuficiente la tonicidad cardíaca, tanto en los casos agudos como en la dilatación progresiva, no es la digital: el medicamento apropiado es la estrofantina.

Algunos casos de muerte, referidos por diferentes autores, lanzaron el descrédito sobre las inyecciones intravenosas de estrofantina. Desde entonces nosotros no la hemos empleado, y en varias naciones considérase como un tratamiento peligroso, que muchos médicos abandonaron. Sin embargo, el éxito obtenido en algunos casos en que se resolvieron a emplearla Vaquez y Lutembacher hizo que estos autores emprendiesen nuevamente este estudio, y dedujeron que la causa principal de los fracasos de la estrofantina dependía de la impureza del producto, y que estas estrofantinas, llamadas cristalizadas, extraídas del *Strofantus gratus* o del *Strofantus Kombé*, no son en su mayor parte más que una mezcla de productos amorfos y de cristales de composición variable, dependiendo de su diverso origen y del modo de preparación de estos productos la causa de los accidentes de descrédito.

Propuestos a obtener un producto de actividad constante y de toxicidad bien definida, lograron que el profesor Arnaud, competente en las cuestiones de la estrofantina, sustituyese estos glucósidos por la ouabaina, que aisló del *Strofantus gratus*. La ouabaina se distingue por su estado físico y por su constitución química de la estrofantina amorfa; desvía a la izquierda la luz polarizada, a diferencia de la estrofantina de Kombe, que la desvía a la derecha. Es un producto de cristalización perfecta, de una fijeza de acción notable, cuya toxicidad no es mayor que la de la estrofantina amorfa.

Los autores mencionados la emplearon miles de veces, sin tener que lamentar ningún accidente grave ni muerte alguna, y dedujeron que, cuando el medicamento es bien manejado, nunca es perjudicial, y responde a las mismas indicaciones que la estrofantina. Desde que en 1917 conocimos el extenso trabajo que estos autores publicaron en los *Archives des maladies du coeur*, hemos procurado estudiar la acción terapéutica de este producto, que obtuvimos del laboratorio de Parke Davis, y, además, empleamos las ampollas de Catillón. Circunseribimos nuestro experimento durante más de un año, en nuestra sala del Hospital General, a muchos casos de dilatación aguda ventricular izquierda, en aórticos e hipertensos y en asistolias irreductibles por la digital con dilatación acentuada del ventrículo derecho, congestiones pasivas y edemas, y, en una palabra, a todos aquellos casos en que la digital fracasa y en que se manifiesta la astenia o pérdida del tono cardíaco. En este período la digital puede agravar los accidentes, y en estas circunstancias es cuando los derivados del estrofanto están indicados. Hemos aplicado muchas inyecciones intravenosas, y hasta la fecha no hemos tenido ningún accidente que pudiéramos atribuir a una acción tóxica del medicamento. También lo hemos empleado en inyección intramuscular en caso de difícil aplicación

intravenosa; pero se hace dolorosa y su acción no es tan rápida.

Los efectos que obtuvimos han sido en muchos casos sorprendentes; todavía tenemos en nuestra enfermería muchos enfermos que estuvieron en situaciones asistólicas, en los cuales logramos dominar la decadencia cardíaca. Hemos procurado hacer un estudio de la tensión sanguínea con el oscilómetro de Pachon, y conseguimos en enfermos hipotensos levantar la tensión uno y dos centímetros al cuarto de hora de la aplicación de la ouabaina, y en pocas horas logramos restablecer la circulación cerebral decaída, recuperando la tensión.

Claro está que, si bien la ouabaina es un recurso indicadísimo cuando la insuficiencia cardíaca está ligada a la pérdida de tonicidad, tanto en la dilatación aguda como en la dilatación progresiva, no es lo mismo en el período de la caquexia cardíaca, sobre todo en los casos de miocarditis degenerativas, con infiltración serosa generaliza, con derrames pleuríticos y peritoneales o complicaciones flogísticas del pulmón, y en las lesiones graves de riñón, en donde ni está indicada ni se lograrían resultados.

La ouabaina es un medicamento puramente cardíaco; tiene una acción electiva sobre el miocardio, como demostraron Vulpian y Pelikan; restablece la tonicidad y el poder de contractilidad. En los casos de insuficiencia ventricular aguda subsiguiente a la hipertensión, de que venimos ocupándonos, es la medicación de urgencia más indicada. La dosis es de medio miligramo diario durante tres o cuatro días; bueno es, sin embargo, para conocer la tolerancia del sujeto, principiar por una dosis de un cuarto de miligramo, pudiendo repetir una segunda cura después de unos cuantos días.

BIBLIOGRAFÍA

“VIVIR”

Estudio de los medios para aumentar la energía vital y prolongar la vida, por Sergio Voronoff

Los periódicos políticos han dado cuenta de los trabajos hechos por el doctor Voronoff para aumentar la energía vital. Este doctor Voronoff no debe ser del círculo de los consagrados, porque si su comunicación al XXVIII Congreso Francés de Cirugía, de París, fué galvanizado en los teatrillos y revistas cómicas, los semanarios científicos le han dedicado muy pocas líneas, y, sin embargo, su labor seria, concienzuda, merece atención. Muy recientemente ha publicado un libro con el título que encabeza estas líneas, libro digno de ser leído, aunque sólo sea por la sencillez y claridad con que expone el tema, hoy candente, de los ingertos. En ese libro, resumen de su experiencia per-

sonal recogida en el «Hospital de Injertos óseos» y de sus numerosísimos experimentos llevados a cabo en la Estación Fisiológica del Colegio de Francia, se trata de maravillosos resultados obtenidos injertando en las bolsas testiculares de animales viejos o castrados, testículos o trozos de testículos de otros animales jóvenes de la misma especie. Los efectos de semejantes injertos no han podido ser más gratos para los individuos en los que tales operaciones se han realizado; en un cordero viejo, de doce a quince años, con temblor, incontinencia de orina por debilidad senil del esfínter vesical, el 7 de mayo de 1918, se injertó en la vaginal derecha, encima de su propio testículo, cuatro fragmentos grandes, procedentes de un macho joven. Dos meses después el animal estaba completamente transformado, habían desaparecido la incontinencia de orina, el temblor y el aspecto de viejo. Daba una expresión de juventud y de vigor. Se le aisló con una cordera joven, lo que permitió observar, no sólo el despertar de su instinto sexual y de su virilidad, perdidos desde hacía años, sino obtener un resultado tangible; la cordera, fecundada por él en septiembre de 1918, parió en febrero de 1919 un corde-rillo vigoroso... Como éste se relatan otros muchos experimentos que convencen al lector de que, en el tema tratado por Voronoff, hay algo que merece ser estudiado con atención y aclarado por el trabajo de numerosos investigadores, pues hay materia para ocupar la actividad de muchos sabios.

Voronoff va guiado en sus ensayos por una filosofía optimista y por un concepto anátomo-patológico de la degeneración senil y de la evolución de los órganos y tejidos que no son aceptados por todos, como seguramente será discutido su juicio sobre la organoterapia; pero es indudable que contribuye con una labor personal y con hechos a la ampliación del concepto, muy viejo en la historia de la Medicina, de la aportación al organismo de jugos y materiales en defecto, tomándolos de los órganos donde se producen o abundan, concepto que guió a Brown-Sequart y del cual derivan la endocrinología y la opoterapia.

En el libro de Voronoff se relatan las historias de injertos de glándulas tiroides en dos cretinos mixede-matosos: las fotografías que acompañan a estas historias, como algunas de las que ilustran los injertos de glándula testicular, llevan el convencimiento al ánimo más incrédulo... Como el hombre se presta con dificultad a sacrificar parte de su organismo en provecho del prójimo, pues hasta para el injerto de porciones de tiroides en sus hijos sólo las madres han sido capaces de someterse a la operación de la tiroidectomía parcial, Voronoff acomete el estudio de los injertos de órganos en el hombre tomándolos de los monos superiores, los cuales parece proporcionan un material tan excelente que sobrepasa al mismo recogido en la especie humana, según se ha podido ver en un caso de injerto del tiroides, en el pequeño imbécil mixede-matoso Juan G., a quien el 5 de diciembre de 1913 se colocó en el sitio que debía ocupar el lóbulo izquierdo

del tiroides (ausente en este caso) el lóbulo derecho del tiroides con sus paratiroides, procedentes de un mono grande papión. La operación tuvo el éxito más feliz, el niño curó por completo, hasta el grado que pudo pasar por el Consejo de revisión militar, el cual leconsintió servir a su Patria en la guerra...

Como se ve por lo contado, hay en el libro de Voronoff ideas y novedades que no deben caer en olvido.

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

Periódicos médicos

TOXICOLOGIA LENGUA ESPAÑOLA

1. La intoxicación por el betanaftol en el tratamiento de la uncinariasis.—El doctor Wilson G. Smillie hace historia de los experimentos hechos con dosis nocivas de betanaftol; refiere después los casos que revelaron intoxicación por dicha sustancia, y termina con las siguientes conclusiones:

Los cuatro experimentos demuestran que el betanaftol en dosis de 6 gr., administradas en tres días sucesivos, puede provocar un efecto tóxico grave semejante al que causa el benzol (benceno, C_6H_6), atacando del mismo modo específico los hematíes. En los cuatro casos comunicados de intoxicación por el betanaftol, aunque la sintomatología varió mucho, la patología esencial común a todos los casos fué simplemente una destrucción de los eritrocitos sen, quizás, en los casos graves, destrucción de las células hematopoyéticas de la médula ósea. Es difícil de explicar el modo en que el betanaftol destruye los eritrocitos, porque setenta y cinco casos de los que tratamos no revelaron ningún síntoma, aunque cuatro fueron víctimas del efecto tóxico del medicamento. Una comparación de los casos y de su historia anterior al tratamiento por el betanaftol parecería indicar con seguridad: primero, que la intoxicación revelada por los casos de envenenamiento no se debió a absorción intestinal de la droga; segundo, que la dosis no guardó relación con el grado de intoxicación, y tercero, que el grado de anemia anterior en el paciente, al parecer no tuvo que ver nada con el efecto tóxico del medicamento. Los experimentos también revelaron que la droga ejercía muy poco o ningún efecto sobre los riñones normales. En ciertos casos, no hay duda de que había mucha albúmina en la orina, pero este estado se debía a la eliminación de los productos de desecho de la sangre.

Por fin, llegamos a las siguientes conclusiones definitivas con respecto a la acción tóxica del betanaftol como resultado de los experimentos descritos:

1. Las dosis masivas de betanaftol (18 gr. para adultos) empleadas en el tratamiento de setenta y nueve casos de uncinariasis, produjeron síntomas tóxicos muy graves en dos casos y también alteraciones marcadas de los hematíes en otros dos casos.

2. La acción tóxica del betanaftol en estos cuatro casos consistió en destrucción de los eritrocitos. El medicamento seleccionó los hematíes y los destruyó en grandes números, dando por resultado anemia grave, ictericia, hipertrofia de la vesícula biliar y hemoglobinuria. El medicamento, al parecer, no destruía los leucocitos. El hígado, bazo, riñones y otros órganos no se afectaron primariamente, pero sí se afectaron marcadamente de manera secundaria, a causa de la anemia y de los efectos perjudiciales producidos por la eliminación de grandes números de hemates destruidos.

3. No se ha determinado el tipo de casos más susceptibles a la acción tóxica de la intoxicación por el betanaftol. En los tres casos graves de intoxicación, había historia de paludismo reciente. Es probable que los casos en que los hematíes se han vuelto más frágiles a causa del paludismo reciente, sean más susceptibles a la intoxicación por el betanaftol.

4. El betanaftol en dosis de 18 gr. es tan tóxico que no puede recomendarse para uso general en el tratamiento de la uncinariasis. (Edición española, *The Journal*, A. M. A., 15-6-920.)

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acerca de la disentería bacilar crónica y su tratamiento específico eficaz, por los doctores R. Korbs y A. Gross.—La disentería bacilar crónica, puede dar lugar a una enfermedad ulcerosa, crónica del intestino grueso, que a veces cura espontáneamente, pero que otras da lugar a un estado morbozo crónico, o bien pone fin a la vida mediante complicaciones prematuras. Estas enfermedades se conocían y se consideraban como úlcera crónica del recto, colitis ulcerosa o pericolicitis; se ignoraba la verdadera relación de dependencia que existía entre ellas y la disentería, de la que se consideraban como trastornos consecutivos. También se creía que estos enfermos podían ser fuentes de infección; pero había quien negaba que los portadores de gérmenes disentéricos padeciesen realmente una disentería larvada. Perfeccionada la técnica para la investigación de los b. disentéricos, resultó demostrado que los eliminadores de los mismos eran, en realidad, enfermos crónicos de disentería, que padecían úlceras crónicas de la mucosa del intestino grueso y, principalmente, del recto. Se han descrito tres tipos de disenterías crónicas: 1.º, forma ulcerosa crónica; más o menos tiempo después de pasada la disentería aguda se presentan de nuevo trastornos intestinales con evacuaciones mucopuosanguinolentas; los enfermos suelen acabar presentando marasmo crónico. La mucosa del intestino, examinada por rectoscopia, presenta úlceras y algunos mamelones poliposos. 2.º, la forma dispéptica, en la que lo principal son los trastornos de secreción de jugos intestinales digestivos; las evacua-

ciones no ofrecen señales de moco-pus, y al rectoscopia tampoco se presentan úlceras. 3.º, la forma pezcólítica espástica, en la que, mediante numerosas perforaciones puntiformes de la pared del intestino grueso, se producen procesos infiltrados inflamatorios de la inmediata proximidad. Hay dolores violentos, tenesmo, deposiciones mucosanguinolentas. Los casos de disentería crónica que los autores han visto pertenecen casi todos al primer grupo, y uno solo es un caso de transición al tercero. Se trataba de enfermos que algún tiempo antes habían padecido una disentería grave. Después de un tiempo variable de latencia habían vuelto a presentar deposiciones pastosas mezcladas con moco y sangre, y de cuando en cuando se hacían francamente mucopuosanguinolentas. Sabiendo que la alimentación que mejor toleraban era aquella que menos residuos dejaba, habían tenido tal cuidado al seleccionarla, que su estado de nutrición no era desagradable. Aparte de estos trastornos intestinales, que inquietaban a los enfermos y los tenían hipocondríacos, se quejaban de dolores en la cabeza y en la región sacra, cansancio general, pérdida de fuerzas y falta de deseo de toda clase de trabajo.

A pesar de que el quimismo gástrico estaba al corriente, se encontraban en las heces bastantes residuos alimenticios no digeridos. Además, había un dolor a la presión del colón descendente en contracción espástica. El examen rectoscópico puso de manifiesto una mucosa inflamada y úlceras, de las que se pudo obtener y cultivar en dos casos el bacilo de Shiga-Kruse. A estos dos enfermos se les trató por los lavados intestinales, dosis de dermatol y, además, inyecciones intravenosas de autovacuna. La primera inyección se puso de cinco millones de gérmenes; cada cuatro o cinco días se repetía la inyección y cada vez se aumentaba la dosis en otro tanto, de manera que se llegaron a inyectar de una vez 25, 30 y hasta 60 millones de gérmenes. El resultado en los dos casos tratados por los bacilos hallados en el mismo enfermo fué excelente. Los demás enfermos fueron tratados por una vacuna polivalente; el resultado en estos casos fué también muy bueno. Los primeros días después de la inyección, y, sobre todo, después de las primeras, se avivó el proceso de la mucosa, aumentó el enrojecimiento y la infiltración, los bordes de las úlceras se hicieron más salientes y la secreción mucopurulenta de las mismas aumentó en cantidad. Estos trastornos se fueron haciendo progresivamente menos evidentes, pero a veces, después de curadas las úlceras, quedaban erosiones que con gran facilidad se hacían más profundas, y para conseguir la cicatrización definitiva de ellas era preciso hacer irrigaciones con solución de nitrato de plata. Cuando las vacunas se dosifican bien sólo producen ligeros escalofríos y pequeñas elevaciones de temperatura. Citan los autores dos casos en los que por descuido se dieron dosis enormes antes de tiempo y se agravó mucho la enfermedad; pero tratados después los enfermos racionalmente por las mismas vacunas, curaron. Las vacunas polivalentes empleadas por los

autores contenían para cada siete bacilos de Shiga-Kruse uno de Flexner y otro de raza Y. Uno de los datos más importantes de esta terapéutica es que se haga por vía intravenosa, pues por vía subcutánea no produce efecto. Aparte de la acción inmunizante, se debe a la acción específica del virus inyectado la activación de las lesiones intestinales, que, cuando se mantiene dentro de límites prudenciales, es beneficiosa para la curación de la enfermedad. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1 de julio de 1920.)

2. Una nueva coloración de los bacilos tuberculosos, por el doctor Konrich.—El primer tiempo consiste en la coloración con la fuchina fenicada caliente, lo mismo que el método de Ziehl-Neelsen; pero en éste la decoloración se hace luego por alcohol clorhídrico, y también, aunque con peores resultados, con un ácido mineral diluido. La coloración de contraste se hace luego con azul de metileno, de modo que los bacilos aparecen rojos en fondo azul. En cambio, con el procedimiento nuevo, la decoloración se hace por reducción de la fuchina y la coloración de fondo con verde de malaquita, de modo que los bacilos aparecen rojos en fondo verde. La fuchina y el rojo de anilina, que tiene una constitución química semejante, pueden convertirse fácilmente, lo mismo que todas las anilinas, por medio de la reducción en cuerpos incoloros, en leucocombinaciones, y ya se sabe que hace años se viene utilizando esta propiedad de la fuchina para preparar el medio de cultivo de Endo para los bacilos tíficos. La nueva coloración consta de los siguientes tiempos:

- 1.º Coloración por espacio de medio a dos minutos con fuchina fenicada caliente (no hirviendo).
- 2.º Lavado abundante con agua.
- 3.º Decoloración con solución acuosa al 10 por 100 de sulfito sódico, hasta que desaparezca el color por completo; esto tarda algunos segundos en suceder, pero si la solución es vieja o el frotis muy grueso puede tardar hasta varios minutos.
- 4.º Lavado con agua.
- 5.º Coloración de contraste por espacio de un cuarto a medio minuto, con solución acuosa saturada de verde de malaquita, cincuenta partes; agua cien partes.

Al paso que con el procedimiento antiguo de decoloración con el alcohol clorhídrico o con una solución diluida de un ácido mineral era fácil que a la menor distracción se decolorasen también los bacilos, y esto daba lugar a diagnósticos falsos, con el método del sulfito de sosa esto no es posible. Después de conseguida la decoloración de todo lo que no es el bacilo de Koch en el tiempo que hemos dicho, la acción del sulfito es nula, y aunque se deje en contacto con la preparación veinticuatro horas los bacilos no se decoloran. La sustitución del azul de metileno por el verde de malaquita obedece a dos razones: la primera, que el contraste rojo verde se percibe mejor que el rojo azul;

la segunda, que si el verde de malaquita no se ha empleado hasta ahora en la coloración de las preparaciones es porque su poder colorante es sumamente débil; pero esto es precisamente lo que nos conviene en la coloración de los esputos, donde, aparte de los bacilos de Koch (se entiende cuando es este el objeto de nuestro estudio), que con este método quedan muy correctamente coloreados en rojo, todo lo demás, incluso las bacterias, debe ser poco perceptible. Además, aunque se prolongue mucho la coloración por el verde de malaquita, no pasa nunca de un tinte verdoso ligero. Estos elementos teñidos en verde quedan con los bordes borrosos.

Tiene el procedimiento la ventaja de que facilita considerablemente la tarea de buscar los bacilos, aunque haya pocos en la preparación.

La solución de sulfito de sosa absorbe oxígeno del aire, y al cabo de algunos días se transforma en sulfato, perdiendo su poder reductor. Sin embargo, se la puede emplear mientras decolora, y esto dura para la solución al 10 por 100 unos ocho días. A ser posible, no debe usarse sino tres o cuatro días, porque más tarde decolora con demasiada lentitud. Por razones de economía se aconseja emplear la solución al 5 por 100 y renovarla todos los días, cosa que apenas si supone trabajo, porque la sal es muy soluble. Además, es tan inocua esta solución, que se pueden emplear concentraciones mucho mayores sin peligro para la preparación pero no produce ninguna ventaja y sí un gasto inútil de sulfito. También se puede emplear esta coloración para los cortes, pero teniendo en cuenta que la decoloración es algo más lenta, por lo que conviene no emplear más que sulfito recién preparado. Si después de decolorado el corte presentase un tinte rojizo ligero, no importa; al hacer la coloración de contraste queda igualmente muy limpiamente verde. Conviene advertir que la primera coloración se debe hacer con fuchina fenicada y no con fuchina y agua de anilina, que da imágenes mucho más impuras. Como quiera que hasta la fecha no se han observado diferencias entre los resultados de esta coloración y la de Ziehl-Neelsen, puede equipararse la acidoresistencia con la sulfito-resistencia. Resumidas las ventajas de la nueva coloración, mejor dicho de la nueva de coloración, son: seguridad, economía, ser más agradable (se evita la molestia de tener que trabajar con ácidos, y las manchas de fuchina y de verde de malaquita en los dedos se quitan con el sulfito fácilmente y sin lesión alguna para la piel), facilidad en el examen de las preparaciones para poner de manifiesto los bacilos tuberculosos. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1 de julio de 1920.)

3. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por H. Dufour.—Este autor ha presentado a la Sociedad de los Hospitales de París, tres enfermos de tuberculosis pulmonar que se encuentran curados de su afección,

en el sentido que se entiende actualmente. Uno de ellos ha sido tratado por el neumotórax artificial, seguido de numerosas reinsuflaciones; los otros dos, por el empleo de una medicación que el A. ha sido el primero en emplear; se trata de un compuesto denominado ido-benzo-metil-formina, que contiene una proporción muy fuerte de iodo y que se administra por vía endovenosa. Debe emplearse en los enfermos que no presentan una fiebre con grandes oscilaciones, y en los que la enfermedad no esté muy avanzada. El tratamiento es largo, haciéndose series de 20 inyecciones, una cada día, con un intervalo de 10 o más días entre cada serie. De los dos enfermos presentados por Dufour, uno recibí 54 inyecciones y otro 80. (*Bul. et Mem. de la Soc. Med. des Hopitaux de Paris*, número 18; 27 Mayo 1920).—*E. Luengo*.

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La gasa con yatren en el tratamiento de las heridas, por el doctor W. Scheidtmann.—Sabido es cuanto molesta a los enfermos el olor de la gasa yodo fórmica, que hasta ahora no se había podido sustituir totalmente para todos los casos; pero la gasa con yatren ha dado hasta la fecha muy buenos resultados. El yatren es un derivado yodado de la benzolpiridina; su nombre exacto es 5 yodo, 7 sulfó, 8 oxiciclohexatrinpiridina, y es un preparado que obra como un todo unido; no se separa ninguno de sus tres componentes. La gasa con yatren es de color amarillo y completamente inodora; puede esterilizarse cuantas veces se quiera sin que se altere su acción, pues solamente se descompone a 223° C, solamente que al esterilizarla toma un color anaranjado, pero esto no significa nada. Según Schwab, el yatren es un agente antifementativo muy poderoso; impide a los fermentos bacterianos descomponer la albúmina, y de este modo protege al organismo contra los productos de esta desintegración, permitiendo que se manifiesten con todo su poder las fuerzas de los leucocitos y de los tejidos del organismo, sin excitar ni perjudicar a éstos, aunque se emplee gasa al 10 por 100. En los casos del autor jamás se presentó yodismo. Ha sido empleada esta gasa en todos los casos de heridas supuradas e infectadas, especialmente para la cirugía del intestino recto; además, siempre que había que taponar regiones con tejidos necrotizados y fétidos, en heridas anfractuosas, abscesos y flemones. En todos los casos se secaron en seguida las heridas, las partes necrosadas se desprendieron en poco tiempo, y se formaron en poco tiempo también granulaciones sanas. Las heridas saniosas y fétidas perdían en seguida su mal olor. Por ahora, considera el autor a la gasa con yatren como el mejor sustitutivo de la gasa yodofórmica, teniendo sobre ésta las ventajas de carecer de olor y de consecuencias nocivas. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1 de julio de 1920.)

EN LENGUA ESPAÑOLA

2. Tratamiento de la apendicitis.—El doctor Razetti, sobre el tan discutido tema de la operación precoz o tardea en la apendicitis, ha presentado en la Academia de Medicina de Caracas, el siguiente caso clínico:

«En la mañana del domingo último fui llamado por un estimadísimo colega mío, médico internista de muy buen sentido clínico y de muy completa ilustración científica, porque necesitaba de mis servicios como cirujano del Hospital Vargas para una operación de urgencia por apendicitis aguda. Inmediatamente me puse a su disposición y a las once de la mañana estábamos en el hospital junto al enfermo. Allí me refirió lo siguiente: El jueves había sido llamado para ver el enfermo que había tenido momentos antes un fuerte dolor en el abdomen y otros síntomas. Mi colega, después de examinar muy bien su enfermo, declaró a la familia que aquello era una apendicitis aguda y que necesitaba el concurso de un cirujano. Fué llamado el cirujano de la familia, pero éste no decidió la operación precoz, sino que opinó por esperar y observar la marcha de la enfermedad bajo un tratamiento médico de reposo, hielo y opio. Este período de espera duró hasta el domingo en la mañana, es decir, hasta tres días después de haberse iniciado los accidentes típicos de una apendicitis aguda. Al ver el enfermo en el hospital, dije a mi colega el médico internista: este enfermo tiene peritonitis aguda generalizada, es un caso muy malo y creo que se perderá, sin embargo, operemos rápidamente para cumplir nuestro deber. Se hizo la laparotomía y se encontró lo que estaba previsto: un abceso periapendicular detrás del ciego con muy pocas adherencias y una peritonitis generalizada de marcha aguda. Se hizo el drenaje del foco con tubos gruesos, después de haber lavado la cavidad abdominal con éter abundante, y se ordenó un tratamiento adecuado para la peritonitis. Nada bastó y el enfermo murió en la madrugada del miércoles.

¿Porqué el cirujano llamado por el internista no opinó inmediatamente por la operación? ¿Será éste de los que creen que no deben operarse precozmente las apendicitis? El enfermo no tenía plastrón, pero tenía peritonitis, y este es un punto de mucha trascendencia. Por ponerse a esperar el plastrón, se pierde un tiempo precioso. *Toda apendicitis aguda diagnosticada debe operarse lo más pronto posible, y nunca debemos esperar la formación del plastrón para diagnosticar la presencia del pus.* Este enfermo no tenía ningún abultamiento, ni ningún empastamiento, ni edema, ni nada de las cosas que nos revelan la presencia del pus, y sin embargo, encontramos un foco bastante grande detrás del ciego. Con la apendicitis aguda debemos proceder exactamente como procedemos con las perforaciones de la fiebre tifoidea, porque la operación precoz es casi tan inocua como la apendicectomía en frío.

En septiembre del año pasado dije en la Academia lo siguiente:

Si veo el enfermo en las primeras cuarenta y ocho horas, salvo casos excepcionales, opino por la intervención inmediata y me contento con muy pocos síntomas para tomar mi resolución. Si para diagnosticar apendicitis necesitamos comprobar todos los síntomas clásicos, desde el dolor hasta la peritonitis generalizada, muy pocos serán los diagnósticos que haremos en tiempo oportuno: casi siempre llegaremos demasiado tarde. En el diagnóstico de la apendicitis aguda, debemos conformarnos con muy poco, como es la regla en las perforaciones intestinales, porque no debemos olvidar que *la base fundamental del tratamiento de la apendicitis aguda es el diagnóstico precoz, porque el tratamiento ideal de la crisis aguda es la intervención precoz*, exactamente igual a lo que sucede en las perforaciones tíficas. Para el enfermo puede ser mucho más grave la expectación que la laparotomía; de la precocidad del diagnóstico y de la precocidad de la intervención depende casi siempre la vida del enfermo. El diagnóstico con frecuencia lo hace el médico internista, pero quien debe precisar la indicación operatoria, es el cirujano.

El año pasado excité a mis colegas a que emitieran su opinión sobre el interesante tema del tratamiento de la apendicitis aguda, y sólo respondió el doctor Rivas Morales. Hoy repito esta excitación porque creo que debemos formular una doctrina a este respecto. (*Gaceta Médica de Caracas*).—30-4-920.

GINECOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Las complicaciones irritativas y mecánicas de los quistes del ovario, por J. P. Tourneux.—La presencia en el abdomen de un tumor quístico, da lugar a una reacción del peritonio contra este verdadero cuerpo extraño, resultando diferentes variedades de *complicaciones irritativas*; por otra parte, se desarrollarán complicaciones *mecánicas*, y puesto que el quiste puede infectarse y sus paredes presentar fenómenos degenerativos, habrá complicaciones *infecciosas* y *degenerativas*; y además, verdaderas complicaciones *tóxicas* a nivel de ciertos órganos.

La irritación peritoneal se manifiesta de dos maneras: o bien por las de *adherencias*, o bien por la producción de *ascitis*. Las adherencias son relativamente frecuentes (en el 30 a 40 por ciento de los casos), sobre todo en los quistes antiguos, y pueden ser parietales, epiploicas, intestinales, uterinas o vesicales, y provienen de la irritación del endotelio peritoneal, por el frote permanente que da lugar a la descamación celular. Los traumatismos abdominales y sobre todo la punción evacuadora, favorecen la producción de adherencias. Se diagnostica esta complicación por la existencia de dolores abdominales espontáneos, y provocados, y los fenómenos gástricos e intestinales, que traducen las conexiones íntimas entre el quiste y los órganos que le rodean. La ascitis es casi tan frecuente como las adherencias, y su intensidad es variable; el

líquido es de naturaleza reaccional, extremadamente tóxico, resultando de la irritabilidad peritoneal. Las complicaciones mecánicas, ocurren a nivel del quiste y son la torsión del pedículo y la ruptura del quiste, o al de los órganos vecinos, resultando entonces los fenómenos de comprensión. La ruptura es espontánea o traumática, y es más frecuente en los quistes dermoides que en los mucoides, pudiendo ser extra o intraperitoneal; si es intraperitoneal y el contenido es séptico y purulento, se produce una peritonitis generalizada, pero si el contenido es fluido y no tóxico, se presentan dolores muy vivos con tendencias al síncope, que no tardan en disiparse, por absorción del líquido y eliminación por el riñón. Si el contenido es gelatinoso, la ruptura será insidiosa, sin síntomas notables; la masa puede llenar todo el abdomen, aglutinando las asas intestinales con formación de adherencias, constituyéndose lo que Pean llamó pseudo-mioma del peritonéo. La ruptura puede producir también metástasis benignos. La ruptura extraperitoneal se efectúa en diferentes puntos; es excepcional que se realice en la piel, generalmente tiene lugar en una víscera, intestino, vejiga, recto; más raramente en la vagina o el útero. La abertura en el intestino se traducirá por dolor brusco, vivo con evacuación más o menos abundante de líquido, y producción de una fistula que se cerrará espontáneamente en los casos afortunados, y si no, dará lugar a graves fenómenos por la penetración de heces en el quiste. Si es en la vejiga, habrá fenómenos disúricos con tenesmo vesical, y si es un quiste dermoide, aparecerán en la orina sustancia sebácea o cabellos (pilimicción); además pueden ser el punto de partida de un cálculo. El diagnóstico de estas complicaciones es fácil, sólo la ruptura intraperitoneal, puede pasar desapercibida. Los fenómenos de comprensión de la vejiga, motivarán disuria, tenesmo y hasta retención; la del recto, estreñimiento y la de los vasos ilíacos, además de los miembros inferiores y varices. Los gruesos tumores pueden dar lugar a comprensión de los dos ureteres, ocasionando la anuria completa; además pueden ensanchar la base del tórax y dar lugar también a la oclusión intestinal. (*Le Concours Medical*, número 26, 27 Junio 1920).—*E. Lueengo*.

BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Sobre la acción reciproca de las toxinas microbianas, por Daumas y Milhe.—Han reproducido los autores los experimentos de Mahkian, tomando como tipos las toxinas diftérica y tetánica; llegan a estas conclusiones:

1. La toxina tetánica atenúa la acción de la toxina diftérica.
 2. La toxina diftérica exalta la acción de la toxina tetánica.
 3. La toxina tetánica parece no ejercer acción sobre el complejo toxina antitoxina diftéricas.
- (*Le Concours Medical*, 6 de junio de 1920).—*L. P.*

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

Boletín de la semana

Días de sol.

Como tales pueden calificarse los que en la semana pasada han transcurrido; y no solamente por que, haciendo honor a la estación, haya brillado, calentado y aun quemado el astro, fuente de la vida, sino por que, en el sentido figurado, parece que han llegado hasta nosotros resplandores anunciadores de futuras bien andanzas.

La jornada médico-social, de Santander, tiene mucha más significación de la que las gentes superficiales pueden haberle concedido; la intervención espontánea y entusiasta que en ella ha tenido el Rey, acudiendo a su inauguración, demostrando en su discurso elocuente hasta qué punto se da cuenta su alta inteligencia de la profunda significación del problema; el haber acudido la Reina, en tres diferentes ocasiones, a los actos y conferencias celebrados, dando, en el último, la simpática nota de llevar a sus hijos a que se asociaran a la fiesta infantil de los sanatorios antituberculosos; esto podrá parecer lo que quiera, según el modo de pensar de cada uno, a los escépticos de profesión y a los amanerados del pesimismo; pero lo cierto es que, hasta ahora, no podían contar los médicos con actos análogos de asociación a sus aspiraciones generosas. De dos cosas una: o la conducta noble del Rey y su familia representa un disentiimiento a la indiferencia de sus gobernantes y del Parlamento para con las cuestiones sanitarias, es decir, para las que importan más a la vida y al porvenir del país, o significan una rectificación en los juicios y en las ideas de la opinión oficial y de los elementos políticos ejecutivos.

Cualquiera de las dos cosas la debemos de acoger con aplauso los que, por vocación, por profesión y por convencimiento, llevamos la tarea humanitaria de la defensa de la vida humana y del mejoramiento de la raza; mostrarnos ahora suspicaces y desconfiados sería una torpeza de mal gusto. Si las cosas no siguen el camino que parece anunciarse será una decepción más que deploremos, pero que no nos detendrá ni nos apartará de nuestro camino.

Las palabras del señor ministro de la Gobernación, su formal compromiso de obligar a los Ayuntamientos a la aplicación de la décima del aumento de los arbitrios a la higienización de las poblaciones y de solicitar la concesión inmediata de un crédito de 500.000 pesetas para combatir la endemia del paludismo que devasta y empobrece enormes extensiones de nuestro territorio, sus importantes afirmaciones de estimar necesaria la identificación de las Inspecciones municipales con los cargos de los médicos titulares y su sostenimiento por el Estado; todo esto, que es el ideal de toda nuestra vida y de nuestra gestión perseverante, todo esto que se ha formulado como aspiración en nuestros escritos y como preceptos en la Instrucción de Sanidad, todo esto no cesita más que ser llevado, con mano firme, a la práctica. Hoy la palabra de esta ejecución está públicamente comprometida por los labios del Rey y por las promesas de su Gobierno. Esperemos sin desfallecer y sin manifestar suspicacia ni escepticismos baratos, fáciles recursos de la pereza, la ignorancia y la impotencia.

—o—

Tampoco carece de importancia, antes la tiene grande, el Congreso Internacional de Historia de la Medicina, celebrado en Amberes en los últimos días. El hecho de que la nación belga, la más honrada e injustamente castigada por los estragos de la guerra, convoque en su seno, hospede y festeje a los representantes de la Ciencia de los demás países para reanudar aquella serie brillante de Congresos y reuniones celebrados en los últimos veinte años por la gran familia médica internacional; este es un hecho digno de todo aplauso y de ser estimado en lo que significa. Por de pronto nos congratulamos por la concurrencia de España a esta Asamblea internacional y por la celebrada aportación que a ella han hecho los representantes de nuestro país, Sres. Albiñana y Fernández Alcalde, en sus comunicaciones y conferencias sobre puntos relativos a momentos interesantes del desarrollo histórico de nuestra cultura médica nacional.

DECIO CARLAN

SANIDAD Y MÉDICOS

Aunque, por propósito de conducta y por dificultades materiales del exceso de original, procuramos evitar, casi sistemáticamente, la reproducción de trabajos aparecidos en otros colegas, que pueden ser conocidos de nuestros lectores, no podemos resistir hoy al deseo de transcribir el notable artículo que nuestro redactor el señor Francos Rodríguez ha publicado en el *Heraldo de Madrid*, con ocasión del movimiento que parece iniciarse en pro de la reforma sanitaria.

El momento no puede ser más oportuno, y la voz que le da cuerpo y vida no puede ser más autorizada y elocuente. Lo que nuestros gobernantes *no han escuchado* cuando al oído y dentro de casa se les decía, parece que lo han *oído* al ser dicho por voces extrañas en el programa de la Liga de las Naciones. Lo que desdénaron como advertencia patriótica, parece que lo quieren aceptar como temor a la afrenta vergonzosa.

En cuanto al señor Francos, nada diremos; todo nuestro reconocimiento hacia este *indiano* de la Medicina social española, que tras larga emigración ha vuelto a nuestro seno enriquecido por la cultura y la experiencia e inspirado y sostenido por el patriotismo más acendrado, todo sería poco.

Nos limitamos a reproducir su artículo:

«¿Será verdad tanta belleza? ¿Será verdad que los Poderes públicos españoles por fin se interesan en las cuestiones sanitarias y buscan remedio para sus necesidades? ¿Será verdad que a la voz del Rey y de unos cuantos médicos reunidos en Santander los desdenes se han convertido en entusiasmo, la insuficiencia en posesión docta de la doctrina, la tacañería en largueza, la increíble ignorancia en auténtica sabiduría? Se oye y se lee; pero el ánimo se cierra a la credulidad y hay razones que abonan la desconfianza.

Los mismos o casi los mismos señores que a la sazón gobiernan ocupaban los puestos directivos del país al discutirse los presupuestos nacionales vigentes, y entonces, en lo que se refiere a Sanidad, se dió el espectáculo vergonzoso de ofrecer a las deficiencias que padecemos respecto de Higiene pública unas medidas que, por lo ruines y torpes, no merecían el nombre de tales.

En Santander, y con datos elocuentísimos, se ha hablado de que en España, como en todos los países cultos, hay que combatir el paludismo; pues a cercén se cortó la partida inicial que se proponía para remedio de tan grave calamidad.

En Santander se han cantado las glorias de Ferrán y se ha puesto la esperanza en sus trabajos contra la tuberculosis; pues en las Cortes suprimieron la partida destinada a tales trabajos, y cuando se reclamó, aunque dijeron haberla repuesto, no es exacto, porque sólo se ha mantenido, aumentando el epigrafe, la misma cantidad, de doscientas cincuenta mil pesetas ¡oh fúnebre irrisión! para sanatorios y dispensarios y demás elementos de combate contra la tuberculosis.

Se justifica, pues, el recelo de cuantos pensamos que quienes estuvieron sordos y ciegos hace unos meses se muestren tan pronto avispados y perspicaces; se comprende la extrañeza al ver cambiados de improviso la indiferencia en fogosidad; la incuria en solicitud; el despego en amor. Pero, en fin, como el caso interesante es que la obra patriótica se cumpla bien, saludemos a los que se aperciben para acometerla.

Ahora, que eso de exigir a los Ayuntamientos la inversión de la décima que como recargo se les autoriza en obras de higiene, no es el problema sanitario que está planteado, ni quien tal pensó.

Bien está que los Ayuntamientos no abandonen sus deberes respecto de la salud de los vecindarios; pero la cuestión suscitada en la Asamblea de Santander es otra más amplia, más trascendental, de mayor alcance. Si, en efecto, las palabras pronunciadas en la capital montañesa van a tener la fortuna de convertirse en obras, pronto lo hemos de ver. En las manos del Gobierno está efectivamente el que así sea. No necesita preparar nada ni redactar una sola cuartilla. Todo está dispuesto para la acción. ¿Es que de veras se quiere? Pues a probarlo.

En España no se puede decir todavía que haya organización sanitaria. Nuestra ley de Sanidad es un cascajo inútil; una afrenta; se hizo el año de la Nanita, cuando ni se presentían los grandes descubrimientos científicos que hoy son ya apotegmas envejecidos. La Instrucción Sanitaria de 1904 es un apósito para que la Administración pública pudiese marchar mientras se formaba un cuerpo legal sólido y en consonancia con los tiempos. Además, la Instrucción es un Real Decreto y carece de fuerza para derogar disposiciones de las leyes Municipal y Provincial, en las que están indefensos muchas veces los intereses de la salud de los ciudadanos. Hace falta una ley contra las enfermedades evitables, ya que no se puede pensar en un Código sanitario completo, porque sólo al invocarle se estremecen iracundas todas las ranas que pueblan el charco cenagoso de la política caciquil.

¿Se quiere auténticamente garantizar la salud de los españoles contra las enfermedades evitables? Pues para eso hace falta, además de organización, dinero, mucho dinero.

Lo de la décima en los presupuestos municipales es insuficiente, y, además, huele a monserga, a medida para salir del paso, a hacer que hacemos, y eso a estas alturas es inadmisibile.

¿Dónde están los Institutos regionales de Higiene que son indispensables? En el presupuesto estuvieron; pero los echaron abajo porque sí: probablemente por suponer que eso de los Institutos, donde han de prepararse, por ejemplo, sueros y vacunas, era un engaño-muchachos; que así suelen hallarse de capacidad nuestros mangoneadores parlamentarios.

Contra las invasiones epidémicas hay que adoptar medidas semejantes a las que se toman contra el invasor en tiempo de guerra. ¿Dónde se hallan los recursos para defender sanitariamente nuestras fron-

teras? ¿Dónde el personal especializado para tales labores?

Tan indispensable como es para el orden público la policía de seguridad, es para la conservación de la salud la inspección sanitaria. ¿Dónde están los inspectores? Hay inspección central, la hay provincial, sin medios adecuados para ejercerla; pero, ¿y la municipal, precisamente la de más interés, la que ha de dar eficacia a las anteriores? ¡Ah! Esa inspección municipal está en el papel; consta en la Instrucción; pero no se cumple, porque la base para la Sanidad en España es la independencia, que no existe, del médico titular.

Este puede y debe ser el inspector municipal; pero, ¿cómo ha de serlo, si muchas veces pugnan el cumplimiento de sus deberes y la sumisión local a que se halla sometido? El médico a quien no se paga o se paga mal; a quien vejan alcaldes y Concejos; que tiene su tranquilidad, el pan de su hijos pendiente siempre de pasiones y arbitrariedades caciquiles, carece de fuerza de acción para ejercer el papel sanitario que le corresponde.

Las altas funciones sociales están amparadas en todos los pueblos españoles; libres del influjo del campañario y su política. Están libres el sacerdote, el maestro, funcionario público, el que vela por la paz; sólo el médico, el que representa la salud, el que ha de impedir la industria insalubre, la medida antihigiénica, las atrocidades que traman a veces la codicia y la autoridad puestas de acuerdo, sólo el médico, repito, se halla a merced de la injusticia.

Unas veces su soldada es irrisoria; otras veces no se le paga. En vano será que se queje. ¿Contra quién? El Estado se encoge de hombros. El vela por la independencia, por el derecho de todos, menos por el del médico. Que le atropellen, que sufra befas, escarnios, sevicias. ¿Y ahora dicen en el ministerio de la Gobernación que les importa mucho la salud pública? Pues la mejor manera de demostrarlo sería recoger para el Estado, con el fin de cumplir las inexcusables funciones de inspección municipal, la suerte de los médicos titulares. El día que eso suceda podrá decirse que empieza a organizarse en nuestro país la Sanidad.

Se explican el mal humor, el pesimismo, la irritabilidad que sufren los médicos titulares. Yo jamás me he quejado ni me quejaré de las críticas acerbas que hagan de mis modestos trabajos. Si en alguna ocasión he devuelto cargos no ha sido de compañeros míos que ejercen en las titulares, sino de algunos caballeros que les explotan y desean convertirse en sus caudillos, mediante estipendio más o menos disimulado. Repito que está explicado por qué los médicos titulares sienten inquietudes, zozobras, malestar. ¡Es preciso conocer su vida!

Hay partidos médicos con cuatrocientas, quinientas, seiscientas pesetas anuales. Sus emolumentos no están suficientemente garantizados, aunque ahora, con el artículo adicional que el anterior ministro de Ha-

cienda, requerido por el doctor Cortezo, puso al presupuesto, han cambiado mucho las cosas. Pero de todas suertes, el médico, como elemento de la organización sanitaria española, está indefenso, y eso precisamente es lo que se necesita hacer. Darle independencia, fuerza y, además, la debida remuneración.

Todo ello se conseguirá cuando de veras nuestros hombres públicos se parezcan a los del extranjero. En todos los países cultos la Sanidad es ministerio; aquí se proponía una dirección general sin aumentos de sueldo, y lo echaron abajo. En todos los programas ministeriales figura como materia preferente la Salud pública. Entre nosotros, salvo contadas excepciones, ningún político puso empeño en tales asuntos.

En el propio ministerio de la Gobernación hay proyectos concluidos, pero ¿quién se acuerda de ellos? Sin embargo, se asegura que ahora va de veras; que a partir de este momento se consagrará a la higiene pública una resuelta y activa labor gubernamental. Así sea, porque hace mucha falta; primero, para que nuestro nombre cambie de lugar en la escala de los países civilizados; después, para que algunos de nuestros hombres públicos sepan que la acción sanitaria no sólo es cosa de médicos, sino que tiene carácter social, que incumbe satisfacer a los políticos.

J. FRANCO RODRIGUEZ

LA SEMANA MÉDICA DE SANTANDER

Es muy difícil reseñar al detalle todos los actos que con motivo de la celebración de la Semana médica se han realizado en Santander, entre los días 8 y 14 del mes corriente, por que el interés de la labor realizada en la capital montañesa pugna con la escasez de espacio que nos es permitido utilizar.

El domingo, día 8, bajo la presidencia de SS. MM. el Rey y la Reina D.^a Victoria, con extraordinaria animación, se celebró en el teatro del Casino del Sardinero el acto solemne de la inauguración de esta importantísima asamblea.

Asistieron al acto los infantes D. Carlos y D.^a Luisa, el gobernador civil, los presidentes de la Diputación, de la Audiencia, del Colegio Médico de Santander, el gobernador militar, inspector general de Sanidad y alcalde, que ocupaban la presidencia.

El resto del escenario, donde se hallaban instaladas las tribunas de los oradores, lo ocupaban el séquito del Soberano y la Comisión organizadora.

En nuestro último número se publicó el discurso que, precedido de una gran ovación, y subrayado por entusiasta aclamación, leyó nuestro Soberano. Las palabras pronunciadas por el Monarca han tenido a estas horas el comentario favorable de cuantos asistieron al acto y de la opinión en general del país; por

esta razón nos hemos limitado a transcribir íntegro el discurso.

Terminada la ovación que siguió al discurso del Rey, hizo uso de la palabra el doctor D. Manuel Sánchez Saráchaga, presidente del Colegio Médico de Santander, desarrollando el tema «Nuestro estado actual higiénico y nuestro espíritu general sanitario»; en el que con tonos enérgicos censuró la desatención en que se encuentran los problemas sanitarios por parte de los Gobiernos en España. La legislación es vieja, y las subvenciones del Estado, las Diputaciones y Ayuntamientos, insuficientes para satisfacer las necesidades urgentes.

En un párrafo elocuente afirmó que no hay nada más importante que la salud para la vida de los pueblos, y ante ella todos somos iguales.

Se lamentó de que en varias ocasiones la política hizo estéril la labor médica, y tuvo duros conceptos para los que, al llegar la época de la vacunación, no obligan a cumplir con este deber a todos los ciudadanos.

Terminó tratando del problema de las viviendas, que es de una importancia trascendental.

Al terminar su discurso el Sr. Sánchez Saráchaga, fué muy aplaudido y se dió por terminada la sesión inaugural.

Conferencia del doctor Maraño

A las once y media de la mañana, del día 9, se celebró en el mismo local la segunda sesión de la Semana médico-social, en la que el doctor Maraño dió una interesante conferencia acerca de «El médico práctico en las enfermedades infecciosas».

Comenzó diciendo que la piedra angular en materia sanitaria es el diagnóstico clínico, y que un médico práctico en esta clase de diagnósticos es el más poderoso factor en la lucha profiláctica.

Afirmó que los médicos españoles no cumplen con los principios epidemiológicos por ignorancia o por desidia, por falta de conocimientos para hacer rápidamente el diagnóstico de una enfermedad infecciosa o por inconsciencia de la responsabilidad en que se hallan de cumplir con su deber en materia de sanidad.

Atribuye esta ignorancia de los médicos a la falta de clínicas de epidemias en las Facultades de Medicina.

Profundizando en el estudio de los caracteres de las epidemias, desarrolló el tema con la elocuencia y erudición que le caracterizan, haciendo consideraciones acertadísimas sobre el diagnóstico de la escarlatina, tosferina, gripe, meningitis, tifus y cólera. Al terminar su disertación, el público premió su labor con una prolongada ovación.

Conferencia del doctor Bardají

La segunda conferencia de la Semana médica estuvo a cargo del ilustre inspector de Sanidad de la provincia de Albacete, doctor Bardají, que la desarrolló elo-

cuentemente ocupándose del tema «La previsión médico-social».

Comenzó exponiendo la necesidad de realizar una intensa labor higiénica y cultural para llegar al completo saneamiento de España.

Dijo después que para realizar esa obra no sólo hace falta dinero, sino que es preciso la colaboración de todos los ciudadanos para preparar un ambiente propicio a la práctica de las mejoras.

Abogó luego por una legislación análoga a la inglesa, que tiene por base el seguro del obrero y como consecuencia la instalación de los Dispensarios y Sanatorios.

Y terminó haciendo un llamamiento a las mujeres para que protejan a la infancia en forma que, al llegar a hombres, sean útiles a su patria.

.....

El día 11 no se celebró sesión científica por haberse organizado una interesante excursión a Caldas de Baysa, a la Colegiata de Santillana y a la Cueva de Altamira, excursión de la que volvieron entusiasmados los asambleístas.

Conferencia del doctor Ferrán

El día 12, a las diez de la mañana, y con asistencia de S. M. la Reina doña Victoria, el doctor Pulido, por indisposición del doctor Ferrán, leyó el documentado y notable trabajo que este ilustre profesor desarrolló bajo el tema «Paradojas científicas de la tuberculosis y consecuencias prácticas de su explicación».

Desde el año 1882, en que Roberto Koch descubrió el bacilo de su nombre, fué éste considerado como el germen de la tuberculosis espontánea.

Y cuantos trabajos llevaron a la práctica esclarecidos doctores de diversos países, todos tenían por base el citado bacilo y nadie explicó las causas de los fracasos que experimentaban para lograr la curación de la antigua tisis pulmonar.

Afirmó en un luminoso trabajo que el bacilo de Koch, a pesar de tantas pruebas aparentes que le denuncian como causa de la «peste blanca», no era más que el resultado de evolución de otros microbios abundantísimos en la naturaleza, que son iniciadores de número extraordinario de estados patológicos que conducen con preferencia a la tuberculosis.

Esto ocurre siempre que las bacterias vulgares que los ocasionan se transforman en bacilos de Koch virulentos en el seno mismo de los organismos por dicha bacterias infectados.

De aquí resulta que la tuberculosis natural no puede producirse si se inmuniza el organismo contra las bacterias que causan las enfermedades precursoras de la tisis.

Aconsejó, el uso de las vacunas inmunizantes, de fuerte acción, como las que practicó en Alcira y Alberique, en época reciente, para combatir la terrible enfermedad.

Este procedimiento es el seguido en todos los Ofelinos de América, y debe extenderse a las vacas y terneras también como han empezado ya a emplearlo en Holanda y Suiza.

Al terminar el doctor Pulido la lectura del trabajo del señor Ferran se oyó una larga salva de aplausos. La Reina llamó a Ferran a su palco para felicitarle.

Por la tarde de este mismo día, a las siete, tuvo lugar en el Ayuntamiento una recepción en honor de los asambleístas. Asistieron el alcalde, el gobernador, el comandante de Marina, otras autoridades y numeroso público, entre el que había muchas señoras.

El alcalde saludó a los asambleístas en nombre de la ciudad, que se honra teniéndolos de huéspedes, y cedió la palabra al concejal médico don Cecilio Pelayo, que pronunció un elocuente discurso.

Dedicó un sentido elogio a los médicos insignes hijos de la montaña Argumosa, Madrazo, Avelino Gutiérrez, Ortiz de la Torre y otros.

Ofreció que el Ayuntamiento, dentro de la estrechez de sus presupuestos, se propone realizar una activa campaña de higiene y salubridad.

El vicepresidente del Colegio Médico, don Nemesio Polanco, agradeció el acto organizado por el Ayuntamiento y la cooperación que al éxito de la Semana médico-social han aportado ilustres conferenciantes.

Después, en el salón de recepciones, se sirvió un «lunch».

Conferencia del Dr. Martínez Vargas

«Santander y el problema infantil nacional» fué el tema que desarrolló brillantemente en el Casino del Sardinero, el doctor Martínez Vargas en la quinta sesión de esta Asamblea.

Saludó primeramente a la Montaña e hizo un elogio sentido de la persona del jefe del Estado que mereció la unánime aprobación.

Habló de la actual desorientación política, pues mientras se lucha por obtener libertades efímeras, se olvida la libertad fundamental, que es la lucha por la salud. El hombre sano es liberal, altruista; el hombre atormentado por los sufrimientos se hace egoísta y huraño y resulta una carga para sus deudos y para el Estado.

Desarrolla la primera parte de su conferencia enumerando las condiciones sanitarias que reclaman para Santander la hegemonía en este punto sobre las playas del Cantábrico y sobre la mayoría de las ciudades españolas. Santander debería ser el centro de regeneración física de nuestros niños.

El problema infantil en España es angustioso y apremiante; nuestros niños nacen menguados, con peso desproporcionado a la estatura, crecen en medios adversos, y su valor intelectual y moral no corresponde al tipo que debió tener la raza española que triunfó en Europa y guerreó en tantas naciones.

La sanidad de la población, que es base de la riqueza de los pueblos, es muy baja en España.

Los Gobiernos de la neutralidad—dijo—se vanaglorian de habernos librado del azote de la guerra; pero no se envanecerán de habernos hecho perder en esos cuatro años un capital inmenso, superior al que perdieran algunas naciones beligerantes.

El primer deber de los Gobiernos es no dar oídos de mercader a las propagandas sanitarias. Cita algunas fundaciones por él hechas, sin que los gobernantes le hicieran el menor caso, y asegura que las causas de la mortalidad infantil residen en los vicios de la herencia, en la ignorancia y en la miseria.

Después de la conferencia del Sr. Martínez Vargas, S. M. la Reina impuso, en Palacio, a las damas de la Cruz Roja, el brazal de la benéfica institución.

Conferencia del Sr. Martín Salazar

La última conferencia del ciclo que componía esta Asamblea, estuvo a cargo del Inspector general de Sanidad doctor Martín Salazar que estudió y desarrolló con la cultura, la elocuencia y el acierto en él acostumbrados, tema de tanta actualidad como el de «nuestro atraso sanitario y de los medios para corregirlo.»

Trata en el primer término de su disertación de la significación de la Semana Médico Social, que aunque sólo fuese por su título habla a la opinión de que la sanidad es una ciencia eminentemente social.

Señala nuestra falta de cultura higiénica en todas las clases sociales como causa determinante de nuestro atraso sanitario, censurando la resistencia que los propietarios de fincas rústicas y urbanas oponen a la aplicación de los más primordiales preceptos de higiene y sanidad.

El Consejo de la Sociedad de las Naciones propónese crear un organismo permanente internacional, encargado de estudiar las cuestiones sanitarias. Este organismo ha de proporcionar beneficios incalculables, siendo de lamentar que nos coja mal preparados, y confiando en que esta perspectiva servirá de estímulo patriótico para la campaña de nuestra redención sanitaria, sobre todo si S. M. el Rey se coloca al frente de este patriótico movimiento.

Estudia detenidamente la mortalidad general de España, y al referirse a las enfermedades infecciosas muéstrase partidario de que las inspecciones municipales de Sanidad estén a cargo de los médicos titulares.

Enumera los problemas sanitarios que con mayor urgencia hemos de resolver: primero, lucha contra las enfermedades infecciosas; segundo, saneamiento e higienización de las viviendas, y tercero, protección a la infancia y vigorización física de la raza.

El primer problema quedaría resuelto si las Cortes aprobasen el proyecto de ley presentado en el Senado

PAPELES YHOMAR

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

acerca de profilaxis pública; el segundo requiere una acción municipal rápida y enérgica; el tercero exige proteger con mayor intensidad las funciones procreadoras y cuidar al niño desde que nace hasta que llega a la plenitud de su desarrollo físico e intelectual.

Los tonos elevados y patrióticos de la conferencia del señor Martín Salazar y el concienzudo estudio de los problemas actuales sanitarios que suponer toda su labor, le hicieron merecer el aplauso unánime y la felicitación efusiva de sus compañeros de asamblea.

COMENTARIO.—El conocimiento de los actos celebrados durante la Semana Médico-Social de Santander, nos relava de hacer todo comentario.

Aunque por motivos que a nadie se le ocultan, no asistió a la sesión de clausura el señor ministro de la Gobernación, sus promesas, comunicadas a la Asamblea por la lectura del interesante telegrama en que disculpaba su presencia en el acto, inician el resultado práctico que han de tener los actos de este género con la promesa de la publicación de dos decretos, uno de saneamiento de las poblaciones y otro concediendo un crédito extraordinario para combatir el paludismo.

Si esta campaña que se pretende emprender por el resto de la nación tiene un resultado próximo y práctico, a ella le deberá en gran parte el pueblo español el mejoramiento de su cultura sanitaria, pero no creamos que es el primer movimiento ni el más desinteresado que se hace en este sentido; que alguna base de la atención prestada a la voz elevada de esta asamblea se debe a la divulgación de los mismos principios y parecidas orientaciones realizada particularmente, sin otro estímulo que el de satisfacer su conciencia de patriotas por Gimeno, Francos Rodríguez, Cortezo, Recasens y Juarros, en la peregrinación por ellos llevado a cabo por diferentes poblaciones de España.

Las Hurdes y el paludismo

El correcto y afamado escritor Ricardo Blanco-Belmonte, publica un artículo en el diario *A B C* que nos mueve a breve comentario.

Ocupase en él, el simpático escritor, de la comarca de las Hurdes, tan conocida y descrita como curiosidad «patológico-social» por muchos escritores; y suponiendo el cándido articulista que va a emprenderse una campaña contra el paludismo, recuerda a los gobernantes el estado de aquella comarca, en que soportan un fenómeno, parecido a la vida, varios seres humanos, a quienes llama españoles, sin duda, porque han nacido en el centro de España; pero a quienes ni hombres podría llamarse en el verdadero concepto social, fisiológico y aun psicológico de la palabra.

Pero ¿es que cree seriamente el Sr. Blanco-Belmonte que va a emprenderse una campaña contra el paludismo en nuestro país? ¿De dónde nace esta ilusión del escritor ilustre? ¿De que ha venido del extranjero una Comisión para estudiar el paludismo español, sus causas y procurar sus remedios? Pues esto hace muchos años que los Gobiernos españoles debieran saberlo, dado lo copioso de la literatura en que se les ha advertido; pero como nuestros Gobiernos son analfabetos voluntarios, respecto a todo lo que es útil e interesante, no se darán por advertidos de lo que les cuenten los extraños como no se han dado por lo que les han dicho los naturales.

¿Es que las provincias de Salamanca y Cáceres no han tenido nunca representantes en las Cortes? Y si los han tenido, ¿es que tales señores se han ocupado de la civilización, cristianización y salvación de las Hurdes?

Créanos el Sr. Blanco-Belmonte; vendrán los higienistas extranjeros y dirán lo que tantas veces han dicho los nacionales, y cuando se forme un presupuesto para pedir a las Cortes una cantidad dedicada al saneamiento de los lugares palúdicos, no faltará un diputado travieso y modernista que asegure que eso es para alimentar «microbios administrativos» y se dará el gusto de que sea suprimida la enorme cantidad de cien mil pesetas que se destinaban a la salvación de la vida de muchos españoles. Y si no... pregúnteselo a D. Indalecio Prieto y a los que secundaron su «gloriosa labor» en la Comisión de presupuestos, que nosotros, por nuestra parte, sabemos también la que les ha cabido a ciertos vividores defraudados, que por haber sido conocidos y no logrando los provechos que apetecían inspirar la fácil suspicacia de los que se las dan de listos y avisados, sin tomarse el trabajo de enterarse del fondo de las cosas.

La organización internacional de Higiene

Aunque en otro lugar de nuestra revista nos ocupamos de esta interesantísima cuestión, nos proponemos dar a conocer a nuestros lectores hasta el detalle los acuerdos y orientaciones cuando se ratifique nuestra información, a continuación reproducimos unos párrafos de *La Epoca* en que se extracta la relación de los principales puntos que han de constituir la misión de la Oficina internacional de higiene.

El punto relativo a la organización internacional de higiene, tratado en las sesiones del lunes, es de gran trascendencia y el más fácil de resolverse, por lo mismo que sólo exige dinero, puesto que el acuerdo entre las naciones está por descontado.

Hasta ahora sólo se han previsto los casos de enfermedades pestilentes; pero de aquí en adelante, si se cuenta con medios, es posible que se aborde la lucha contra otras dolencias, como la tuberculosis, que causa grandes estragos en todo el mundo.

TOLUDEN
Pelrid's C.º, New-York

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

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

Como resultado de los trabajos de la Conferencia reunida en Londres en abril último, quedó redactada una propuesta para el establecimiento como parte de la Sociedad de Naciones de una gran organización permanente internacional de higiene. La principal misión de ella va a ser: Aconsejar a la Sociedad en materia de higiene; poner en más estrechas relaciones a las autoridades administrativas de higiene en los diferentes países; organizar los medios para establecer una más rápida y mútua información; simplificar el modo de actuar rápidamente cuando sean necesarias medidas en más de un país; constituir una pronta organización para llegar a acuerdos internacionales en materia de higiene con la finalidad de establecer Tratados internacionales; adoptar medidas para la protección de los trabajadores en cooperación con las organizaciones internacionales del Trabajo: cooperar con la Liga de Sociedades de la Cruz Roja a aconsejar a otras organizaciones y Comisariías autorizadas en cuestiones de higiene de interés internacional, y organizar Misiones en relación con estas cuestiones a requerimiento de la Sociedad o de un país miembro de la misma.

La estructura de la organización internacional de higiene será análoga a la de la Liga de Naciones y a la de la Oficina internacional del Trabajo, es decir, que habrá un Comité general y un Comité ejecutivo. La Oficina internacional de higiene constará de un secretario médico y de un Cuerpo compuesto de personas de diferentes nacionalidades. La residencia será París.

El Comité ejecutivo tendrá poderes para formular convenios o para revisar los existentes.

Los gastos de la Oficina serán satisfechos del presupuesto de la Liga.

MÁS SOBRE LA INTERVENCIÓN SANITARIA

Leemos en un periódico, refiriéndose a declaraciones hechas por el ministro de la Gobernación:

«Dijo el Sr. Bergamín, que había leído un telegrama en *A B C*, donde se decía que en la Asamblea de la Cruz Roja de Ginebra se había acordado, con autorización del Gobierno español, una visita a las regiones de Extremadura para estudiar el paludismo; manifestando que el Gobierno no había autorizado esa visita, que representaría una ingerencia extraña en nuestro régimen sanitario.

El Gobierno lo único que ha hecho es contribuir con dinero en la Liga de las Naciones para reponer de medios sanitarios a los pueblos donde son urgentes

por consecuencia de la guerra, como ya ha ocurrido en Polonia.»

Por nuestra parte, y según informes que tenemos por absolutamente auténticos, afirmamos: que el acuerdo de Ginebra no solamente se tomó, sino que comenzó a efectuarse dado que vinieron ya médicos comisionados para el estudio de la cuestión. No hay que emborzar en fórmulas retóricas y desacreditadas acudiendo a estimular la vanidad y el orgullo nacionales: se apunta a la intervención internacional sanitaria, por la misma razón que se apunta a la intervención en Armenia ante las crueldades turcas; por la misma razón que se intervino hace tiempo en nuestra trata de negros; porque los pueblos civilizados tienen el deber de combatir las grandes vergüenzas allí donde se presentan.

No sabemos si las cosas pasarán más adelante; pero por de pronto el desdoro de que se nos acuse de incultos, descuidados e inhumanos ya le hemos sufrido, y ahora, apúntense el tanto de gloria que les correspondan nuestros gobernantes y nuestros políticos en general, los que se ríen en las Cortes cuando se tratan cuestiones sanitarias, y no se sonrojan cuando la Liga de las naciones nos acusa de sucios y de peligrosos para los demás.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,6; id. mínima, 704,0; temperatura máxima, 35°,3; id. mínima, 10°,4; vientos dominantes, NE. SO.

Es en general satisfactorio el estado de la salud pública en Madrid, por haber desaparecido casi por completo los padecimientos que con carácter epidémico venían presentándose. Solamente se registran aquellos padecimientos agudos propios de la estación, sobre todo los localizados en el aparato digestivo y sus anejos, y particularmente los de localización intestinal en los niños.

La mortalidad es la más baja del año.

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.

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.

Bajas.—Como venimos anunciando desde hace algún tiempo, serían 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.

Ya en el número anterior, y en esta misma sección, dimos cuenta de los que en este caso, sin duda por no recordarlo, se hallaban, y hoy nos vemos obligados a seguir publicando los nombres de los que no responden al llamamiento que se les hace, y así continuaremos, sintiendo tomar determinación tan radical.

Son bajas por falta no advertida de pago D. Florentino Ayuga, D. Salvador Barber, D. Francisco Berenguer Molina, D. Carlos Castro, D. José Fiscer Barbeito y D. Luis García Rico.

Tomas de posesión.—Las han efectuado de las Cátedras para que respectivamente han sido propuestos por la Real Academia de Medicina, el Consejo de Instrucción pública y la Facultad respectiva de los doctores D. Celedonio Calatayud, de Electrología y Radiología; y el señor don Leonardo de la Peña, de la de Urología. De ambos señores esperamos, dados sus antecedentes y su historia profesional y científica que demostrarán en el desempeño de sus cargos el acierto de la designación de que han sido objeto. Reciban nuestra felicitación cordial.

El Centenario de la Academia de Medicina de Buenos Aires.—Se están haciendo grandes preparativos para celebrar el Centenario el día 17 de abril de 1922 de la Academia de Medicina de Buenos Aires.

Monumento al doctor Reymond.—Se ha erigido recientemente un monumento en Montbrison (Francia) en conmemoración de los soldados de aquella región, que perdieron sus vidas durante la guerra, y, en particular al doctor E. Reymond, senador del distrito de Loide y aviador militar.

La peste en Java.—El Nederlandsch Tijdschrift dice que hubo 798 casos de peste en Java durante el mes de abril, con 797 muertes. En marzo hubo 936 muertos.

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

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

El decreto sobre saneamiento de poblaciones.—Sin perjuicio de publicarlo íntegro en nuestra sección oficial, damos a nuestros lectores un extracto de esta importante disposición, primer resultado positivo de la Semana médico-social en celebrada Santander.

«En el articulado de dicho Real decreto se dispone que las concesiones a los Ayuntamientos que el Gobierno está autorizado a otorgar por la ley de Presupuestos, queda condicionada para que el importe de las exacciones y recargos se aplique preferentemente a obras de saneamiento de poblaciones consistentes en conducción y distribu-

ción de aguas potables, alcantarillado, preparación de ensanche de poblaciones mayores de 10.000 almas y destrucción de las viviendas que sean focos permanentes de enfermedades evitables.

Para ejecutar estas obras podrán los Ayuntamientos contratar empréstitos, previo informe del ministerio de la Gobernación, y como garantía podrá aceptarse el importe de las exacciones mencionadas, y si fueran insuficientes o desaparecieran los arbitrios que en lo futuro les sean otorgados. Por último se ordena que la realización de tales obras se considera indispensable en las capitales siguientes: León, Zamora, Córdoba, Salamanca, Palencia, Sevilla, Ciudad Real, Gerona, Valladolid, Jerez, Badajoz, Cádiz, Almería, Toledo, Gijón, Cáceres, Segovia, Granada, Burgos y Huesca».

Oposiciones a médicos de Sanidad exterior.—Para estas oposiciones recientemente convocadas se recomienda la obra antigua del doctor Palvin, médico del Cuerpo por oposición. Unica 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.

Defunción.—El día 28 del mes pasado falleció en Caudete (Albacete) el jovencito Marcelino Martínez Sánchez, de trece años de edad, hijo de nuestro estimado compañero D. Emilio, al que de todas veras acompañamos en un muy justo dolor por tan sensible desgracia.

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

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

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, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.