

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

RIO: Sección científica: Meningitis consecutiva a la raquianestesia, por J. Sanchis-Banús.—Necesidad de introducir la psicología en la Instrucción médica, por Honorio F. Delgado.—Estado actual de la terapéutica de la sífilis por el Salvarsán-Plata («Silbersalvarsán»), por J. S. Covisa y J. Bejarano.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La cuestión del día, por V. Prieto.—El socorro a parados forzados, por D. Martín Hurtado.—Carta.—Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central, por el Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas.—Proyecto de Reglamento del Colegio de Médicos.—Sección Oficial: Ministerio de Instrucción Pública—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Meningitis consecutiva a la raquianestesia

POR

J. SANCHIS-BANÚS

Del Hospital General

Se trata de un hombre de veinte años, operado de una hernia inguinal con raquianestesia (novocaina). A las cuarenta y ocho horas de la intervención, vomita y se queja de una fuerte cefalea, que persiste durante toda la noche.

Al día siguiente los vómitos y el dolor de cabeza continúan. Fuerte hipertermia (39,5°). Ligero estrabismo convergente del ojo izquierdo, herpes labial, rigidez de nuca, signos de Kernig, Brudzinski y reflejo contralateral positivos. Signo de Weil (extensión del dedo gordo al elevar el miembro extendido sobre la cama), inapreciable. Tampoco se produce la flexión de los muslos al vencer forzosamente la rigidez de nuca. El signo de Guillain, positivo (flexión brusca de la pierna sobre el muslo y del muslo sobre la pelvis al pellizcar fuertemente la masa del cuadriceps del lado opuesto).

Rigidez pupilar, reflejos de defensa, exaltados, hiperestesia, reflejos tendinosos disminuidos.

Ante un cuadro tan típico, la punción lumbar se impone. Practicada en el enfermo historiado, da salida a un líquido hipertenso y turbio. Su solo aspecto, unido al herpes labial (cuyo valor clínico, aprendido de las enseñanzas de Marañón será luego comentado) autorizan a pensar que es el meningococo el agente causal del cuadro clínico, y en armonía con esta opinión, se inyectan inmediatamente 30 centímetros cúbicos de suero antimeningocócico Llorente por vía intrarraquídea, y 30 más por vía intravenosa.

El líquido analizado (Mouriz) da una fuerte cantidad de albúmina, una fórmula citológica, en la que predominan los polinucleares, y abundantes gérmenes del tipo morfológico del meningococo; pero Grampositivos el resto de sus caracteres biológicos permiten identificarlos con el *diplococcus caryus* (1).

Al día siguiente el enfermo ha mejorado un poco. El herpes labial se ha reducido considerablemente. El estado psíquico es mucho más lucido; pero los signos físicos de meningitis no han variado nada. La dosis de suero se repite por ambas vías.

Esta situación continúa estacionaria durante cuatro días, por espacio de los cuales el enfermo parece no empeorar.

(1) Es de advertir que el resultado completo del análisis fue conocido después de muerto el enfermo. Por esta razón se insistió en la sueroterapia antimeningocócica.

En el curso del quinto día las cosas empeoran bruscamente.

La punción lumbar da apenas unas gotas de líquido cefalo raquídeo. La inyección de suero se tolera bien sin embargo. Aquella noche la fiebre alta vuelve con un violento delirio de palabra y de acción.

Desde este momento el enfermo marcha francamente mal: cae en un profundo sopor, aparecen trastornos esfinterianos; una escasa sacra se presenta rápidamente. Pensando en un tabicamento (procefalia) se aconseja la trepanopunción. La muerte viene antes de que ella pudiera practicarse.

* * *

He aquí someramente expuesta una historia clínica, cuyo valor como documento de estudio está considerablemente amenguado (justo es reconocerlo) por la defectuosa observación del enfermo y por la carencia de datos necrópsicos, circunstancias ambas independientes de la propia voluntad.

De todos modos, el hecho deja probada una afirmación del más alto interés, y que puede formularse así

Después de una raquianestesia que juega en apariencia un papel etiológico, una meningitis cerebroespinal ha hecho explosión en un enfermo.

Son varias las hipótesis, que a la vista de semejante encadenamiento de hechos patológicos pueden formularse:

1.º Se trata de una meningitis tóxica. Es cierto que luego de raquianestesis se han registrado casos de meningitis que pudieron llamarse tóxicos, por la ausencia de fenómenos infecciosos, por el tipo de la reacción leucocitaria revelable en el líquido cefalo raquídeo. Brochf (1) ha relatado recientemente tres casos de esta naturaleza, terminados los tres por curación. A la vez que este enfermo, he visto una muchacha de veinte años, en la que después de una raquianestesia hubo de presentarse un síndrome meníngeo atenuadísimo, que curó a la segunda punción lumbar.

En teoría no parece imposible que determinadas soluciones medicamentosas puedan ejercer una acción tóxica sobre el sistema nervioso. La acción directa del alcohol de 60º sobre la zona termoreguladora del encéfalo, ocasiona una fuerte hipertermia. Las soluciones de etanol al 5 por 100, al contrario, tienen una acción hipotermizante, depositadas sobre los centros termoreguladores. Las drogas sedantes también pueden pues, evitar en ciertas condiciones químicas de disolución (2).

Sin embargo, parece que en este caso al menos, la interpretación tóxica sea la menos verosímil de cuantas pueden explicar la meningitis. Los fenómenos infecciosos generales, la citología del líquido, y, sobre todo, el hallazgo de un germen permiten en absoluto renovar la hipótesis de una acción tóxica de la novocaina sobre la meninge.

(1) Toxische Meningitis nach Lumbalanästhesie. Zeits. f. Geburtshilfe.—Tomo 81. Cuaderno I, 1919.

(2) Barbour: «The direct action of drugs, etc.»

2.º Se trata de una meningitis séptica, cuyo germen ha sido introducido con el trocar o la solución anestésica en el espacio subaracnoideo.

Pocas veces se puede atender en la clínica a otra cosa que al hecho brutal en sí mismo. En virtud de él se podría aceptar esta interpretación del caso expuesto, si no tuviera en contra de ella razones de peso bastante, si no para devolverla, por lo menos para hacerla poco probable. En primer lugar, las meningitis por gérmenes banales de la supuración, los que pueden contaminar habitualmente un instrumento o una solución medicamentosa no se parecen en citología y en bacteriología del líquido cefalo raquídeo o los caracteres del enfermo historiado. Hay, además, una razón de un orden no científico, pero de valor subjetivo muy considerable: la pulcritud exquisita y el prestigio del cirujano autor de la intervención, y que hizo por sí mismo la raquianestesia.

Es conveniente, sin embargo, recordar que se han descrito ya meningitis consecutivas a punciones lumbares, ocasionadas por un germen análogo al catarrales, que se interpretaron como resultado de la contaminación del líquido cefalo raquídeo por el tocar sucio (Mayer y Riell). No puedo compartir en este caso una opinión tan contraria a los datos más fundamentales de la bacteriología (1).

3.º La raquianestesia actuó de concausa provocando por el trauma tóxico de las meninges un «locus minorisresistenciae» que activó un germen que vivía saprofiticamente.

Esta opinión cuenta en su favor con mayor número de probabilidades. Es ahora oportuno decir que este hombre tenía una historia anterior de un trauma craneal que se acompañó de un episodio morboso de tipo meníngeo, confusamente relatado por la familia, por que hace de esto muchos años.

La naturaleza del germen causal de la afección es digna de tenerse en cuenta, desde el punto de vista del mecanismo etiológico. Dice Mouriz, textualmente, refiriéndose a sus hallazgos antes mencionados.

«Las siembras en placas de agar sangre con líquido, antes y después de enriquecimiento en estufa, revelan colonias blanco grisáceas de borde liso, que no consigo adaptar al agar común. Las pruebas de fermentación en agar tornasolado y con glucosa, levulosa, lactosa, maltosa y sacarosa, son positivas. No se deja influir este germen por los sueros específicos (meningocócicos Weichselbaum; pruebas de aglutinación y bacteriotrópicas). Se trata de un diplococo morfológicamente análogo al meningóloco, pero Gram positivo. Creo, pues, que se trata del *diplococcus crasus*.»

Son muy interesantes las relaciones del diplococcus crasus con el meningococo. Sabida es la impresión relativa que los estudios recientes revelan en los caracteres específicos del meningococo. La distinta aglutinabilidad era ya reconocida en 1906 por Goodwin y

(1) Über einen Diplococcus aus der Katarhalisgruppe als Erreger einer Spinocerebraler Meningitis. Med. Klin 1919.—Núm. 17.

Sholly (1). En cuanto a la fijación del complemento, Citrón y Kolle y Wassermann (2), entre otros, han puesto de manifiesto indudables diferencias entre las razas del meningococo. Muy recientemente Olmstead, Du Bois, Neal y Schweitzer (3), han realizado un interesante trabajo sobre el mismo asunto con una completa bibliografía. Por último, en la actualidad, Nicolle, Debains y Jonan, proponen una clasificación que hay que adaptar a otra diferente aceptada por Gordon. Esto, dentro de la especie bacteriológica meningococo. De los gérmenes rínes (pseudomeningococo), ha hecho Dopter un estudio acabado (4).

El diplococcus crasus pertenece al grupo de gérmenes análogos al meningococo. Descrito primeramente por Jáeger como una raza atípica, Grampositiva del meningococo (5) fué identificado por Koh con aquel germen, aceptando la hipótesis de las alteraciones de colorabilidad del meningococo, que podría ser indistintamente Grampositivo y Gramnegativo (6).

Los estudios posteriores han sido cada vez, sin embargo, más elocuentes en el sentido de separar el d. crasus del meningococo, de tal modo, que Kustchev ya no acepta su identidad (7), hoy rotundamente negada por Dopter que individualiza al crasus; por sus reacciones de coloración (grampositivo), porque hace fermentar la levulosa (8), además de la glucosa y la maltosa; porque no se aglutinó con sueros específicos; porque no desvía el complemento con amboceptoz antimeningocócico; y aún pudiera añadirse la correspondiente consecuencia terapéutica; porque no se deje influir por el suero antimeningocócico en el curso de las infecciones que ocasionan.

Que este germen es capaz por sí solo de causar meningitis cerebroespinales, es cosa probada y sabida de antiguo. Recientemente, sin embargo, su papel ha quedado bien de manifiesto en los casos publicados por Rosenthal (9) y Loichelongue y Didier (10). Asociado al meningococo se le encontró con frecuencia. También Lingeshelen hubo de hallarle en ciertas meningitis tuberculosas y en las desarrolladas por traumatismos craneales (11).

Este papel del crasus en las meningitis post-trau-

máticas en el cual existen dos autores diferentes (Loichelongue y Lingeshelm) vale la pena de ser meditado. Huesped habitual de la nasofaringe, puede adquirir virulencia y hacerse patógeno en ciertas condiciones de disminución de las resistencias antiinfecciosas de las meninges blandas.

Conviene ahora insistir en el recuerdo del antecedente traumático, seguido de un proceso meníngeo, que este hombre historiado aparta en la aneumesis de su enfermedad. ¿Tuvo entonces este hombre una meningitis post-traumática de diplococcus crasius, que dejó un poco limitado, inerte, y que bruscamente por la acción tóxica de la roquianestesia se activó y se convirtió en un proceso agudo? ¿Fué bastante el trauma químico de la meninge para exaltar la virulencia del crasius que dormía roproptico en el caornin nasofaríngeo.

Ambas hipótesis son verosímiles, y las autopsia hubiera decidido la interesantísima cuestión que desgraciadamente permanecen sin solución posible.

Podría también pensarse en una infección por vía hemática. Verbijier ha descrito unos casos (cuatro) de meningitis por un germen Grampositivo (probablemente el crassius), que pudo también ponerse de manifiesto en la sangre. Como el meningococo, pues, el crasius parece poder ocasionar bacteritonias con meningitis secundarias (1). Partiendo de esta base, podría pensarse en una siembra del espacio subaracnoideo por sangre vertida en él durante la punción. Sin embargo, nada autoriza a suponer una reptencia en el caso de creto, cuyos primeros síntomas infecciosos fueron, sin duda, alguna meninges.

Tiene interés clínico subrayar algunas particularidades sintomáticas del caso, cuya etiología acaba de comentarse.

En cuanto al *herps labiol* de que se hizo mérito, hemos aprendido junto a Marañón en su departamento de enfermedades infecciosas de el hospital, su extraordinario valor diagnóstico. Es en las infecciones de pneumococo y meningococo donde se le encuentra más frecuentemente. Este enfermo hizo excepción a la regla empírica que inspiró muchas veces la mejor conducta terapéutica.

Pero no por ello debe disminuir nada el valor ni el interés de el aforismo: habida cuenta de las ventajas enormes que para el enfermo se obtienen con la introducción precoz intrararquídea de suero específico, cuando se tropieza con dificultades para el diagnóstico rápido del laboratorio, vale la pena decidirse a inyectar suero antimeningocócico a todo enfermo con un cuadro clínico meningitis, un estado infeccioso grave,

(1) La meningite cerebro spinale epidemique et ses acquisitions recentes.—En «Patologie de guerre». Dirigida por Weil.—1917. p. 37.

(1) Journ Inf Dis. 1906. Sup. núm. 2, pag. 21-34.

(2) Deutsche Med. Woch 1903. Pag. 609.

(3) A Study of the Grouping of meningococcus Strains the Journ. of Immunology. Vol. 1, núm. 3, pag. 307. Junio 1916.

(4) Dopter. Meningococci, and parameningococci. Lancet. Junio 21 1919.

El mismo. «Diagnostic et traitement de la meningite, cerebro-spinale», Actualités médicales. J. B. Baillière, 1918.

(5) Jáeger. Centralb. fur Bakt. Bd. 33. 1903.

(6) Seemann, Neumann, Elementy de Bacterologia. Tit. II. pag. 259.

(7) Kutscher Uebertragbare Genickstarre en el «Handbuch der pathogenen Mikroorganismen» de Kolle y Wassermann Título IV, pag. 603. 1912.

(8) Este carácter no es todavía bastante bien establecido (M. Tapia Martínez comunicación verbal).

(9) «Meningite cerebrospinale a Diplococcus crasus».—Bull et Mem. de la Soc. Med. des Hospitales de Paris.—Año 34. p. 521. 1918.

(10) Meningitis postoperative a diplococcus crasus Progres medical núm. 12 pgs. 151 - 1918.

(11) Kolle y Wassermann. Loc. cit.

que dé por punción un líquido turbio, y que tenga un herpes labial.

Con estos signos objetivos, ningún perjuicio puede causarse con la inyección precoz de suero antimeunigocócico. En el peor de los casos (como en el historiado por ejemplo) puede esperarse de la sueroterapia una acción poroespecífica beneficiosa. El curso clínico ya es por sí mismo bastante elocuente: porque nada en definitivo se logra en las infecciones no meunigocócicas; a pesar de la cuantía y de la constancia de las dosis, y en cambio la mejoría rápida salta a la vista cuando el proceso es de naturaleza meunigocócica.

La muerte por el tabicamento y obsesión de el agujero de Ruagendia, accidente descrito por Chiras (1) con el nombre de piocefalia, y un desenlace frecuente de ciertas meningitis. Los síntomas de esta complicación, que aparece de ordinario más tardíamente que en nuestro caso, han sido bien puntualizados en época reciente por De Witstellen y Dudley Roberts (2). La remisión en los síntomas medulares, con agravación de los cerebrales (obnubilación, delirio) la incontinencia de los esputos y la producción de lesiones tróficas que evolucionan rápidamente, parecen bastante típicas. El signo descrito como patognomónico por Chyray (fuerte reacción vascular de la cara del enfermo después de la inyección intravenosa de dosis mínimas de suero específico) faltaba en nuestro caso; nada tiene de sorprendente puesto que no se trataba de un enfermo meningocócico.

La función del cuerpo calloso, de la cisterna magna, la trepano función iterativa, seguidos o no de lavado con suero citrico, hubieran podido ser practicados en el enfermo cuya muerte, cuya muerte rápida hizo imposible toda terapéutica.

* * *

En resumen el interés del caso se concreta en saber que la raquianestesia ha podido actuar como desencadenante de un proceso inflamatorio de meninge.

Por otra parte, se aparta un enfermo de meningitis dos *deploccus crassus* en relación etiológica probable con un traumatismo anterior.

El fracaso de la terapéutica específica y la muerte por piocefalia no encierran ninguna novedad, aunque confirman hechos elevados ya a la categoría de reglas clínicas.

Julio de 1920.

(1) «De la piocephalie, cause d'invaccés dans le traitement etcétera. Lyon Medical, Diciembre 1915, pág. 393.
(2) Gourn. of. Am. Med. As. Enero 25, 1919.

Necesidad de introducir la psicología en la instrucción médica

Por Honorio F. Delgado, Lima (Perú)

«Die Medizin war einmal zum grossen Teil psychologisch, und sie muss es wieder werden, wenn sie nicht eine Sünde an den Patienten begehen und von den Quacksalbern, den gebornen Psychologen, überholt werden soll.»

E. BLEULER.

Hasta hace pocos años se hubiera considerado irreverente todo intento de aplicación de la psicología. Sacarle de los «templa serena» de la metafísica, de las lucubraciones desinteresadas y de las sútiles discusiones académicas, habría sido mirado como una violación de los fueros de la ciencia del alma. Pero hoy que el hombre comienza a darse cuenta de que él es no solamente un fin sino también un medio, un instrumento que para su funcionamiento y manejo debe ser conocido en su mecanismo íntimo, hoy resulta asaz menguado el concepto de una psicología pura de los fenómenos psíquicos en sí. En la escala de valores de la humanidad del presente, las disciplinas pragmáticas, las que pueden contribuir directa o indirectamente al bienestar y al progreso del hombre, del «homo faber», son las que ocupan el primer lugar; por consiguiente, la ciencia que considera al hombre como ser que hace, como ser práctico, o sea la psicología aplicada, es la que goza de la primacía en la enseñanza profesional. Seguramente que la psicología pura tendría acogida preferente si el hombre no fuera «faber, sino «anima purae»; pero esa no es la realidad terrestre. Aun para elevarse al cielo, para ser «celestre», menester es no desadvertir la gravedad, el sentido de la tierra; si no, dígallo Ícaro.

Los progresos que ha hecho la psicología aplicada en los últimos años son inmensos; por ende, los beneficios que se puede sacar de ella son considerables, y privarse de ellos es la falta más grave que puede cometer el civilizado; dado que la conquista de la más pequeña capacidad de control de las fuerzas psíquicas tiene proyecciones inmensurables, pues el juego de esta clase de fuerzas es decisivo en la formación de la personalidad y en la determinación de la eficiencia, tanto del individuo como de la raza, ya que los valores mentales y efectivos son poderes directivos en la actividad orgánica y en la social.

Tan grande es el cambio favorable que han sufrido las disciplinas psicológicas en su aspecto práctico, que el profesor norteamericano Robert M. Yerkes, en el *Report of the Psychology Committee of the National Research Council*, dice lo siguiente:

«Hace dos años la ingeniatura mental era el sueño de unos pocos visionarios; hoy día es una rama de la tecnología.» Otro conspicuo representante de la cien-

cia que nos interesa, el doctor Henry H. Yoddard, director del *Bureau of Juvenile Research*, de Estados Unidos, hace poco, en un *symposium* sobre el campo de acción de la psicología clínica, decía lo siguiente:

«La psicología goza hoy de la aptitud de hacer por la eficiencia humana más de lo que ninguna otra ciencia pudiera hacer. Es posible tomar un niño, y después de un cuidadoso examen clínico, hacer un diagnóstico que en miles de casos evita el gasto de energía de años que se realizaría si se practicase el viejo método de ensayos y fracasos.»

Veamos por qué es necesario que el médico tenga cultura psicológica. El práctico, en el ejercicio cotidiano de su ministerio humanitario, desempeña un papel psicológico de la más alta importancia aunque generalmente sin darse cuenta de ello—pues el enfermo sobre el cual actúa es ante todo una individualidad psicológica, o sea, un conjunto de fuerzas espirituales, cuya modificación—siempre posible—, en cualquier sentido, implica un beneficio, una mejora de condición, o, por el contrario, un daño, un empeoramiento del estado previo. Esta influencia en la dinámica de la personalidad no queda limitada a la esfera puramente espiritual, en el estado del ánimo, como se dice, sino que trasciende su efecto sobre el estado corporal, de suerte que, a través de los procesos de la vida efectiva, que son los intermediarios necesarios entre las manifestaciones psíquicas y las funciones orgánicas, se opera la acción modificadora del estado material del organismo del paciente, la cual redundará en bien o en mal respecto a la enfermedad actual, según la naturaleza de la relación intersíquica establecida por el médico.

Esto es tan cierto, que infinitos son los casos que cualquiera que sea, siempre hay una actitud mental del paciente en que la curación se opera simplemente por la intervención de factores de orden moral, ideógenos, o por la sugestión inconsciente o deliberada del profesional. La recuperación de la salud gracias a la ingestión de algunas píldoras de miga de pan, tomadas en un estado ideoaafectivo apropiado, con una convicción bien condicionada por el charlatán, no es pura fábula, muy por el contrario, es todo un símbolo realista. Ese también es el secreto del éxito de infinidad de médicos que hacen *pose* de sapiencia y suficiencia, siendo así que la competencia real de ellos está en flagrante contraste con su prestigio en clientela.

Por otra parte, el médico falto de tacto psicológico, con frecuencia empeora o crea las enfermedades, y esto es tan real y frecuente, que existe toda una categoría de dolencias que aun se han requerido para distinguirlas la adopción del calificativo especial de «iatrógenas». Con mayor frecuencia ocurre que el médico no hace al paciente todo el bien que con facilidad pudiera, tal sucede en los casos de enfermedades crónicas o incurables, en que generalmente apenas opera sobre las fuerzas psíquicas del enfermo, y permite que éste sufra más de lo que el mal físico condiciona, ya

que en estos sujetos se puede ejercer una acción del mayor provecho confortándolos sabiamente, haciéndoles adquirir una nueva escala de valores espirituales, surgiéndoles nuevos intereses, en una palabra, reeducándolos para que triunfen sobre las consecuencias morales de su morbo.

Es, pues, evidente que si el médico opera o puede operar con factores psicológicos sobre la salud de sus pacientes, debe tener conocimiento de cómo actúan tales poderes, para hallarse en aptitud de evitar, cuando sea necesario, el daño que la ignorancia de ello ocasionaría, y para aumentar el resultado beneficioso que determine su feliz aplicación. De otro modo, va a ciegas. Teniendo en sí un instrumento que puede ser tanto para bien como para mal, abandona su empleo a los caprichos del azar.

Hay más todavía: aun en las enfermedades más groseramente orgánicas hay un elemento, una parte que es de naturaleza pura y simplemente mental, sea como causa primera o coadyuvante de la enfermedad (lo cual se observa hasta en enfermedades quirúrgicas, como la úlcera gástrica, ostensiblemente anatómicas, como la nefritis, y definitivamente infecciosas, como la neumonía, sin contar las de sede endocrina, que tan inmediata relación tiene con la vida emocional), sea como efecto o complicación de la misma; la cual parte mental de la dolencia debe ser considerada y tratada también por vía psicológica, con remedios de orden moral, de beneficio muchas veces no sólo para el sujeto enfermo, si que también para toda la familia de éste, que muchas veces bien lo ha menester.

La psicología permite percibir los motivos del interés humano, tanto los elevados como los inferiores, tanto los aparentes como los que se velan u ocultan; por consiguiente, el profesional que posea esta disciplina, está en aptitud de penetrar en el gran mundo de las *raisons que la raison ignore*. En el corazón de todo ser humano, el temor de la muerte, *tanatophobia*, existe activo, sobre todo cuando se presenta la enfermedad, constituyendo la suprema manifestación negativa de la voluntad de vivir. Esta actitud afectiva profunda, bien estudiada ya en su aspecto genético, se proyecta en las relaciones morales entre paciente y médico bajo la forma de consideración inconsciente de aquél a éste, que aparece, en valores afectivos, como símbolo tangible, como encarnación de defensa contra la muerte, contra la enfermedad, contra la decadencia; como el intermediario que asegura la persistencia, el poder, la inmortalidad. El médico, como lo prueba el psicoanálisis, ocupa en la subconsciencia del paciente el lugar que ocuparon sus padres cuando estuvo pequeño e impotente para poder hacer nada sin la ayuda y la protección ajena.

Los médicos, con raras excepciones, por su criterio unilateral, por su orientación decididamente anatómica tiene el lamentable perjuicio de que no cabe psicología científica ni práctica si no es neurológica; semejante paralismo es harto explicable si se tiene en cuenta que los estudiantes de medicina, entre sus cur-

sos de aprendizaje, no cuentan con uno de lógica. En vez de trasoñar con el porvenir de las localizaciones cerebrales o con problemáticas acciones fisiológicas sobre los centros nerviosos y las vías de conducción, el médico práctico debe pensar en términos de experiencia personal, de motivos de la conducta, actitudes mentales, de reacciones afectivas, de dificultades de adaptación a las condiciones de la vida, en una palabra, en términos que expresen realidades accesibles, fenómenos a nuestro alcance, no juicios basados en proposiciones conjeturales: más científico y más práctico es hablar, por ejemplo, de asociaciones de ideas que de conexiones neurónicas: lo primero, es una verdad expresada en términos de experiencia humana; lo segundo, es una hipótesis por demostrar. Sin embargo, más son los médicos que creen científico lo segundo y no lo primero.

Lo dicho vale para los médicos prácticos: es general. Con respecto al especialista, o al médico que trata enfermedades mentales sin titularse especialista, más apremiante es aun para él la necesidad de preparación en las disciplinas psicológicas, pues tiene que operar casi exclusivamente con fenómenos psicológicos. Esta necesidad es evidente de suyo, eximática; y sin embargo, se diploma de médico y se autoriza al ejercicio de la profesión en la esfera mental a personas que—por lo menos oficialmente—ignoran los más elementales principios de psicología. Son excepción las Universidades que exigen estudios de psicología a los alumnos de Medicina o de Ciencias Naturales). A pesar de esto, es frecuente que la asignatura de psiquiatría—la rama más compleja, difícil y vasta de la Medicina—se dicte en el transcurso de medio año escolar, pues la otra mitad corresponde a la neuropatología; es decir, que al estudio de toda la patología del espíritu se dedica una ínfima fracción del tiempo que se destina al de la patología corporal.

En lo relativo a la higiene mental, los médicos salen de las aulas ayunos por completo de toda noción de esta lozana e importantísima rama de la Medicina preventiva. Por consiguiente, si se les consulta, como es natural que lo haga el cliente culto, sobre el modo de regular la vida mental para conservar la salud espiritual y para aumentar la eficiencia intelectual o moral, el médico no sabrá resolver la cuestión sino gracias a la cultura psicológica extraoficial que él haya adquirido por su cuenta, o aventurado en lo que su natural inteligencia o torpeza le surgiera. Lo mismo le sucederá en el caso de que un padre de familia le consulte sobre la orientación que debe dar a la educación de sus hijos, sean normales, supernormales, anormales, o simplemente amenazados por un antecedente familiar grave; sin hablar del problema de la vocación, que la psicología de hoy soluciona en la forma más adecuada para el sujeto y para la colectividad.

La psiquiatría y la psicotecnia han progresado de una manera asombrosa durante los últimos años; sus límites se han ampliado enormemente. Y es precisa-

mente en el sentido del predominio del criterio psicológico que la psiquiatría ha adquirido mayor desarrollo, consistencia y eficacia, pues la psiquiatría psicológica es la única que ofrece métodos para la cura de las dolencias neuróticas y para el mejoramiento y aun la cura de las más graves formas de las enfermedades de la mente: la psiquiatría que no es psicológica, resulta, conforme las conclusiones de la Ciencia de hoy, un verdadero contrasentido. Sin embargo, a causa de la deficiente preparación psicológica que adquieren los psiquiatras con mucha frecuencia, son igualmente que los médicos prácticos, víctimas de la psicofobia. Partiendo del preconcepto de que aun las psicosis funcionales y las neurosis *deben* ser atribuidas a una lesión material de la corteza cerebral (cosa está muy lejos de demostrarse, y aunque se demostrase, cabría preguntar si la lesión no es consecutiva al trastorno de adaptación mental, a la perturbación funcional), preconizan los métodos anatomo-fisiológico e histo-químico para la investigación psiquiátrica, desconociendo todo valor al psicoanalítico. Desde el punto de vista práctico, creen que es confirmación suficiente de su fatalismo somatógeno el hecho de que en algunas dolencias neuróticas son de cierta eficacia las drogas o el cambio de aires. En este caso, como en muchos otros de la práctica médica, tiene su verificación el apotegma de Remv de Gourmont: *«C'est quelquefois vrai et très souvent faux»*. Para no repetir los argumentos que hemos hecho valer en otra ocasión (1) contra este modo de pensar aberrante, repetiremos solamente lo que dice a éste respecto Hebert Oczeret en su reciente libro *Die Nervosität als Problem des modernen Menschen*. Al tratar del reinante afán de reducir la psicología a una pura fisiología, hace este autor alusión al empleo de los tónicos y «alimentos para los nervios» y a los lugares de eficacia curativa (*Kurorter*) para fortificar los nervios, y dice: «Pero no se puede alcanzar la psiquis ni pasando por el camino del tubo digestivo ni por el del aire rico en ozono, sino sola y propiamente por el camino de la psiquis. Por cierto que la psiquis es algo muy difícil de comprender. No se deja comprobar ni con la eosina ni con el azul de metileno, y tampoco se la puede hallar en la mesa de disección.»

La guerra ha contribuido a modificar el criterio psiquiátrico dominante, haciendo mucho por psicologizarlo. Es así que ha permitido palpar de cerca cómo los factores morales son la causa eficiente de los variados y a veces muy graves trastornos mentales, llamados genéricamente neurosis de guerra, y como la terapia moral, el remedio mentales poderoso y suficiente. Por eso es ya casi unánime el movimiento de ideas en el mundo científico a favor de la educación psicológica del médico. Es positivo que durante la guerra, los médicos psicólogos y los cirujanos han sido los especialistas que más daños humanos han evitado. En los países que están más adelantados en la materia, se han formado cuerpos de asistencia es-

(1) Honorio F. Delgado: *La Psiquiatría Psicológica*, Lima, 1919.

peciales para realizar la reconstrucción psicomoral de los mutilados y deteriorados en el campo de batalla.

La creación en toda Facultad de Medicina de un curso de psicología médica, aparte del de psiquiatría, se presenta, pues, como de necesidad urgente, ya que sólo gracias a él, el médico puede adquirir las indispensables nociones de psicognosis profesional, de psicopatología, de psicoanálisis, de psicoterapia y de higiene mental, que está obligado a conocer y a emplear, no solamente el especialista, sino todo práctico que quiera evitar la comisión frecuente de graves casos de conciencia y de razón, tan dañinos para el paciente como para el prestigio del profesional. En las enfermedades somáticas, ya lo hemos dicho, hay con mucha frecuencia factores mentales significativos, y en todo enfermo del cuerpo hay un alma sensible a las inducciones exteriores y capaz de modificar las funciones somáticas.

Empero, la creación de una cátedra de psicología aplicada a la Medicina, para que pudiera realizar su función, no sería posible sin la creación previa de otra de psicología general y metodología psicológica, pues mal podría aprender psicología aplicada quien no conoce los fundamentos de psicología científica, y psicopatología quien ignora psicología normal. Enseñar psiquiatría y psicopatología sin previa cultura de psicología general, es tan ilógico y estéril como sería enseñar patología corporal sin previas nociones de fisiología. Por lo demás, este curso de psicología normal debería instituirse en la sección preparatoria, en aquella donde se hacen los estudios generales indispensables antes de todo aprendizaje especializado y profesional, sin la cual, por otra parte, apenas sería posible una mediana destreza mental en el dominio de la psicología, pues ya para esta Ciencia ha llegado la época en que necesita de todas las demás como preparación, ya que ocupa el primer lugar entre ellas, cumpliéndose el vaticinio de un atlético psicognosta: «*dass die Psychologie wieder als Herrin der Wissenschaften anerkannt werde, zu deren Dienste un Vorbereitung die übrigen Wissenschaften da sind.*» Los estudios generales, no especializados, que muchos médicos y muchos padres de futuros médicos desdeñan o rebajar, son indispensables, no sólo para que el médico sea psicólogo, si no de una manera general, para que sea médico de verdad, pues como ha dicho el gran Letamendi: «el médico que sólo medicina sabe, ese, ni medicina sabe».

Estado actual de la terapéutica de la sífilis por el Salvarsán-Plata ("Silbersalvarsán")⁽¹⁾

POR

J. S. COVISA Y J. BEJARANO

Del Hospital de San Juan de Dios

La coloración pardoobscura de las disoluciones de salvarsán plata no permite ver fácilmente la entrada de sangre cuando se emplea la jeringa, haciendo fácil, si se tiene poca práctica, la extravasación del líquido que produce infiltrados perivenosos más molestos y prolongados que los otros salvarsanes.

Para obviar este inconveniente se han ideado distintas jeringas, que estimamos poco prácticas. La de *Braun*, que consiste en añadir a la jeringa una pieza adicional de cristal para ver la entrada de sangre. La de *Heitz*, que consiste en una jeringa unida por una lave de paso a una cánula de cristal, que por estar llena de solución fisiológica permite ver la entrada de la sangre e inyectar sólo, en caso de error, la solución salina. *Stühmer* utiliza una aguja especial en forma de bayoneta, a la que va unido un recipiente situado debajo del casquillo, que sirve para, una vez hecha la punción solamente con la aguja, recoger las gotas de sangre que se vierten, evitando la suciedad e indicándonos que la punción ha sido correctamente practicada; se adapta la jeringa y se inyecta la solución.

Las dificultades técnicas de la inyección intravenosa debidas a la coloración obscura del preparado han sido un poco exageradas por los alemanes.

Nosotros creemos que todas estas dificultades desaparecen empleando el aparato irrigador del profesor *Azúa*, con émbolo previo de solución salina; de este modo la inyección de salvarsánplata se realiza con la misma facilidad que las de los otros salvarsanes, que, por lo demás, creemos deben inyectarse siempre con el citado aparato por los prácticos poco habituados a las inyecciones intravenosas.

El salvarsánplata puede administrarse también por vía intramuscular.

Hoppe cree que ejerce de este modo una influencia más intensa en los enfermos de sistema nervioso; llega a la dosis de 0,20 gramos repartidos en los dos glúteos y dice se toleran perfectamente y con escaso dolor. El efecto terapéutico es muy notable, según dicho autor, y la eliminación no se prolonga más allá del sexto día.

Estudio clínico del salvarsán plata.

Acción sobre el treponema.—La mayor parte de los autores están conformes en que la dosis inicial de 0,10

(1) Véase el número anterior.

gramos hace desaparecer en muchos casos los treponemas en un espacio de tiempo de cuarenta y ocho horas (*Müller, Knopf y Sinn, Galewsky*).

Delbanco cree que hace falta llegar a 0,20 gramos para que desaparezcan totalmente los espirilos.

Experimentalmente ha sido comprobada la desaparición del treponema en los chancros de inoculación del conejo con una rapidez extraordinaria.

El siguiente cuadro comparativo de *Kolle* demuestra la mayor acción espirilicida del salvarsán plata.

PREPARADOS	Dosis curativa límite.	Desaparición del treponema.
Salvarsán.....	0,01 gramo.	72 horas.
Neosalvarsán.....	0,015 >	48 >
Salvarsán plata.....	0,004 >	24 >
Sulfoxilato.....	0,02 >	96 >

Acción sobre los signos clínicos.—La eficacia terapéutica de salvarsán plata es sorprendente por la rapidez e intensidad de su acción.

En los casos de sífilis primaria seronegativa se consigue hacer permanentemente negativa la serorreacción y abortar, por tanto, la infección con escaso número de inyecciones (6 a 10).

Los chancros retroceden rápidamente; en un caso nuestro hemos visto desaparecer la induración en cuarenta y ocho horas.

Las eflorescencias cutáneas y mucosas desaparecen con la misma rapidez que con el salvarsán, e igual sucede con las restantes manifestaciones sifilíticas.

Knauer Soili han obtenido grandes resultados en la parálisis general progresiva, con modificación duradera del líquido cefalorraquídeo.

Weichbrodt, empleando dosis que pueden calificarse de brutales (tres series de inyecciones diarias de 0,20 gramos; las dos primeras de 14 y la última de ocho inyecciones), ha obtenido brillantes resultados en la P. G. P., con modificación del Wassermann y de la linfocitosis; el *Nonne Apelt* ha quedado invariable. *Dreyfus* ha obtenido modificaciones favorables en los tabéticos. *Galewsky* aconseja tratar con especiales precauciones a estos enfermos.

En resumen: de la experiencia ya numerosa de los sifiliógrafos alemanes y de la nuestra, se deduce que el salvarsán plata es aproximadamente dos veces más eficaz que el salvarsán y tres veces más que el neosalvarsán, habida cuenta de su reducida dosificación y de la menor cantidad de arsénico que contiene.

Acción sobre la reacción de Wassermann.—La influencia serológica del salvarsán plata es más intensa y más rápida que la lograda con los otros salvarsanes, sin que todavía pueda formarse un juicio definitivo sobre el asunto. *Galewsky, Sellei, Rille y Frühwald* han conseguido hacer el W. negativo en un plazo aproximado de tres semanas. *Deutsch* ha logrado en varios casos, con tres inyecciones de 0,30 gramos, hacer

duradero el W. negativo en un período de observación de más de un año. Todos los casos menos uno eran de sífilis primaria seronegativa.

Knopf y Sinn creen que la curva serológica no es muy influenciada por el salvarsán plata; no han obtenido W. negativo más que en el 50 por 100 de sus casos.

Fabry considera que la acción sobre el W. no es paralela a la obtenida sobre los accidentes clínicos.

En uno de nuestros casos, el W., fuertemente positivo antes de comenzar el tratamiento, se hizo débilmente positivo después de la cuarta inyección, y completamente negativo con una dosis total de 1,25 gramos en un período de veinte y ocho días.

Se han conseguido también en algunos casos modificaciones del líquido cefalorraquídeo. A los de *Weichbrodt*, ya citados, debe agregarse el de *Rille y Frühwald*, en el que las reacciones del líquido persistían positivas después de un intenso tratamiento de neosalvarsán y consiguieron hacerlas negativas con el salvarsán plata.

Fenómenos reaccionales.

Fiebre y accidentes locales y generales.—Casi siempre después de las primeras inyecciones se produce elevación de temperatura de 38 ó 39°, «fiebre espirilar». Las restantes inyecciones suelen ser bien soportadas, según la opinión general de los autores, y nosotros mismos lo hemos observado en los hombres. Sin embargo, en las mujeres hemos visto reacciones febriles poco elevadas en casi todas las inyecciones, y en una, después de la quinta, fiebre de 39° (*Wasserfehl*?). Otra enferma nuestra, con hígato y esplenomegalia, ha tenido rección febril de cerca de 39° en todas las inyecciones, a pesar de que, por la intensidad de estas reacciones y por las lesiones viscerales que padece, no hemos pasado nunca en ella de la dosis de 0,05 gramos.

Algunos autores señalan la presentación de vómitos y cefalalgias después de las inyecciones; se ha citado también algún caso de dermatitis escarlatiniforme y de ictericia, y con mucha frecuencia se habla de la presentación de edemas de la cara, preferentemente de localización periocular.

En dos casos hemos observado, después de una técnica correcta sin extravasación del líquido y sin dolor durante la inyección, un endurecimiento doloroso en el sitio de la punción, con irradiación en un pequeño trayecto a lo largo de la vena (trombo y periflebitis).

Crisis angiotóxicas.—Estos fenómenos, que casi habían desaparecido de la práctica con el empleo del neosalvarsán, han vuelto a reaparecer con la introducción del salvarsán plata. Del examen de la bibliografía se deduce que es acaso el fenómeno tóxico más frecuente producido por este medicamento, sobre todo, si se emplea en soluciones concentradas y se hacen rápidamente las inyecciones. Han disminuido evidentemente con la modificación de la técnica.

Consisten las crisis angio tóxicas en la presentación

de un síndrome más o menos intenso, según los casos, y análogo a las crisis nitritoides de *Millian*: fenómenos de vasodilatación muy acentuados de la cara, con enrojecimiento de las conjuntivas, sensación de sofocación muy intensa, acompañada o no de dificultad respiratoria y afonía. Con el salvarsán plata se suelen presentar también, además de los síntomas citados, fenómenos de urticaria que son casi constantes (crisis anafilactoide de *Dreyfus*).

Nosotros, en nuestras primeras sesenta inyecciones, hemos observado dos casos: uno, intenso, acompañado de un brote de urticaria muy abundante después de la séptima inyección, en una enferma que había tolerado perfectamente las seis primeras inyecciones. El otro caso se refiere a una enferma que, después de tres inyecciones, ha tenido en la cuarta una urticaria discreta.

En un caso tratado por nosotros anteriormente con neosalvarsán, y en el que casi todas las inyecciones determinaron crisis nitritoides, el salvarsán plata no ha producido ningún fenómeno angio-neurótico.

Neurorrecidivas.—Se han observado algunos, aunque raros casos. Dos de *Buschke*, cuatro de *Galewsky*, uno de *Sinn*. En todos se ha tratado de verdaderas recidivas sifilíticas por insuficiencia de tratamiento, que han desaparecido con la intensificación del mismo.

Para evitar estos accidentes es preciso prestar mucha atención a la dosificación del salvarsán plata, porque si es escasa, como dice *Nolten*, los espirilos supervivientes adquieren una resistencia especial y provocan fenómenos diversos, sobre todo, neurorrecidivas, y si es excesiva puede producir efectos tóxicos.

Para no incurrir en falta respecto a la dosificación, conviene investigar en todos los enfermos: 1.º, la cantidad de orina, para comprobar si existe alguna alteración renal; 2.º, la existencia de pigmentos biliares, que indican un estímulo excesivo por parte del hígado; 3.º, curva de la temperatura, no concediendo importancia a la fiebre espirilar, y teniendo solamente en cuenta las fiebres tardías y las prolongadas.

Casos de muerte.—*Galewsky*, en un trabajo muy reciente, cita sólo dos casos: uno, de *Riecke*, que recibió siete inyecciones de 0,20 gramos. Tuvo después de algunas fenómenos de intolerancia (malestar, laxitud, eritema facial), a pesar de lo cual se le siguió inyectando; no debe olvidarse la alta dosis inicial.

Otro de *Hoffmann* (clínica de Bonn): el enfermo recibió en ocho días una inyección de salicilato de mercurio, seis fricciones mercuriales y tres inyecciones de salvarsán plata de 0,15, 0,20 y 0,25 gramos. En la autopsia se encontró un absceso tonsilar, que obliga a dudar del verdadero origen de los fenómenos tóxicos.

* * *

Ha sido muy discutida por los autores la cuestión de si el salvarsán plata debe asociarse o simultanearse con la medicación mercurial, en la forma que lo realizamos con los otros salvarsanes. Nosotros, sin experiencia suficiente para formar un juicio definitivo, debemos limitarnos a decir que sobre este asunto han

surgido dos tendencias: una, representada por *Kolle*, a la que se han adherido la mayor parte de los autores, que es partidaria del empleo exclusivo del salvarsán plata; sólo algunos (*Gennerich*) aconsejan el mercurio en las pausas del tratamiento salvarsánico. Otra tendencia es la de *Hoffmann* y sus discípulos de la escuela de *Bonn*, que preconizan el empleo simultáneo de las dos medicaciones.

Nosotros creemos, siguiendo en esto a *Kolle*, que en tanto no se tenga una experiencia personal que oponer, no debe utilizarse el mercurio al mismo tiempo que el salvarsán plata, y que cuando nos encontremos con casos de sífilis muy activa o con síntomas nerviosos acentuados, debe repetirse dos o tres veces la dosis inicial de 0,05 gramos.

Los casos tratados por nosotros, cuyos detalles interesantes hemos citado ya, se refieren, principalmente, a casos de sífilis primaria, de sífilis secundaria activa en su mayoría, de lesiones viscerales hepáticas y esplénicas y un caso de p. g. p. en el que el tratamiento es soportado sin reacción febril, ni aun después de la primera inyección.

En resumen: de nuestra experiencia, todavía corta, y de la lectura atenta de los autores, se desprende que el salvarsán plata es un antisifilítico poderoso, que, teniendo en cuenta su menor cantidad de arsénico, debe colocarse, por lo que se refiere a su eficacia, por delante de los otros salvarsanes. Con él se obtiene una pronta desaparición de los signos clínicos de la sífilis y se observa una influencia más rápida y acentuada sobre la reacción de Wassermann y sobre el estado general.

Al mismo tiempo debemos decir que nuestros casos confirman la mayor frecuencia de las crisis angiotóxicas y de las reacciones febriles, síntomas ambos que casi no eran observados ya, con el uso diario del neosalvarsán.

Bibliografía.—Braun: D. m. W., 1920, núms. 14 y 15.—Bruns y Lowenberg: B. k. W., 1919, núms. 39 y 40.—Bruck y Sommer: Derm. Zeitsch, marzo 1920 (ref. en Giorn. ital. de mal. ven. edella pel.)—Buschke: Ber. Derm. Gess (ref. en D. m. W., 1919., núm. 69). Citron: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Kraus und Brugsch. Berlin, 1919.—Dargallo: Rev. esp. med. y cir., marzo, 1920.—Delbanco: D. m. W., 1919, núm. 6.—Deutsch: Derm. Woch., 1919, núm. 46.—Dreyfus: D. m. W., 1919, núms. 47 y 48.—Ehrlich y Karrer: Festscho Ehrlich. Jena, 1914 (cit. por Kolle).—Fabry: D. m. W., 1918, núm. 44.—Fabry: D. m. W., 1919, núm. 49.—Ferratges: Rev. de San. mil., 1920, núm. 23.—Friedlaender: D. m. W., 1919, núm. 18.—Galewsky: D. m. W., 1918, núm. 48. Galewsky: M. m. W. 1920, núm. 5.—Gennerich: D. m. W., 1918, núm. 45.—Gennerich: B. k. W., 1919., número 33.—Goldberger: Med. kl., 1919, núm. 38.—Hahn: D. m. W., 1918, núm. 44.—Hahn: D. m. W., 1918, núm. 50.—Hahn: D. m. W., 1920, núm. 4.—Hauck: Med. kl., 1919, núm. 24.—Heitz: M. m. W., 1920, núm. 16.—Hoffmann: Demr. Zeitsch, 1919, nú

mero 5.—Hoppe: M. m. W., 1919, núm. 48.—Knopf y Sinn: D. m. W., 1919, núm. 19.—Kolle: D. m. W., 1918, núms. 43 y 44.—Kolle y Ritz: D. m. W., 1919, número 18.—Kolle: D. m. W., 1920, núm. 2.—Mock: D. m. W., 1918, núm. 52.—Müller: D. m. W., 1918, número 51.—Nolten: M. m. W., 1920, núm. 10.—Notthafft: D. m. W., 1919, núm. 13.—Notthafft: D. m. W., 1919, núm. 25.—Notthafft: Münch. Gess., marzo, 1919.—Rebaudi: Rif. med., 1920, núm. 3 (ref. en Giorn. Ital. malatt. ven e della pelle).—Rille y Frühwald: M. m. W., 1919, núm. 43.—Sellei: D. m. W., 1918, núm. 45.—Sinn: M. m. W., 1919, núm. 43.—Stern: M. m. W., 1919, núm. 48.—Stühmer: M. m. W., 1919, núm. 43.—Weichbrodt: D. m. W., 1918, número 44.

Periódicos médicos

OFTALMOLOGÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

I. La operación de la catarata con dacriocistitis, mediante la aplicación del hielo.—El doctor Santos Fernández refiere la siguiente observación:

La señora G. de T., de sesenta y ocho años de edad, había cegado por catarata de ambos ojos, y su hijo, médico distinguido, deseaba sacarla de la obscuridad en que se encontraba y de la angustia que aquello le producía, operándole la catarata. Con tal motivo, le indiqué la necesidad de operar antes el saco lagrimal afectado; pero la enferma, por temor a los sufrimientos que había oído producía la operación del saco, se negó no sólo a la ablación de éste, sino al tratamiento de la enfermedad por inyecciones, etc., etc., para aminsonar la secreción moco purulenta, que se consideró en extremo infectante para el ojo, aun antes del descubrimiento de los microbios por Pasteur.

Posteriormente, como se sabe, la bacteriología puso en evidencia en la secreción del saco inflamado la presencia del pneumococo, el estreptococo, el bacilo del xerosis, el de Friedlander, y otros gérmenes más, venidos de las fosas nasales. Esta procedencia de los gérmenes era tan temida, que se ha incurrido en la exageración, para impedir su acceso en el campo operatorio ocular, de practicar la ligadura de los canaliculos o la cauterización de los puntos lagrimales al menor temor de contagio.

Llevado por el insistente deseo de mi colega de que hiciese la extracción, y tal vez impulsado por los arresos de la juventud, le dije un día: «He ideado una manera de hacerle la extracción de la catarata sin operar el saco lagrimal afectado.» «¿Y cómo?», me dijo complacido.—«Pues empleando el hielo constantemente en la región ocular desde que termine la operación y durante el mayor número de días.»

Me determiné a ello, porque tenía la experiencia de haber aplicado el hielo constantemente por entonces, y de modo corriente, en las operaciones de catarata

en general, sin inconveniente alguno, como no fuese el hallar asistentes apropiados.

En este caso se hizo desde luego con mayor solicitud la aplicación del hielo y por más tiempo, y la extracción no fué seguida de accidente, como temíamos a pesar de todo.

En efecto, al menor descuido en la aplicación del hielo, que se hacía por encima de un delgado apósito, podía surgir la infección. No se descuidó igualmente hacer con frecuencia la compresión de la región del saco para dar salida al punto a su contenido y evitar que se acumulase y no fuese arrastrado lejos por el agua helada lo más pronto posible, y a esto se debió el triunfo.

¿Cómo explicar el éxito en este peligroso caso? Entendemos que el agua helada arrastraba fuera del ojo la sustancia moco purulenta del saco y la alejaba del contacto de la solución de continuidad de la córnea, junto a la esclerótica, que exigía el método de De Graefe, a fin de obtener una herida lineal de mayor longitud que facilitase la salida de la catarata como él creía. Además, imaginamos que el hielo dificultaba la infección y hoy diríamos que entorpecía la vida de los gérmenes de la secreción. También pudiera suceder que, por razones fisiológicas que no siempre tienen fácil explicación, faltaron las condiciones adecuadas para la infección o para el cultivo de los microbios en la región operada; pero es lo cierto, que se escapó del peligro casi milagrosamente. En verdad, lejos de envalentonarme para proceder contra la lógica de los hechos, he sido muy cauto en adelante, y no he repetido de experiencia por considerarla muy arriesgada, ni la repetiré ciertamente.—(*Revista Cubana de Oftalmología*, Enero a Junio 1920.)

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Consejos rino laringológicos para el práctico. La tuberculosis laringea, por el Dr. Finder.—La tuberculosis laringea se presenta en un quince por ciento de los enfermos de tuberculosis pulmonar, especialmente en los casos avanzados del tercer periodo.

Son atacados de preferencia los que se encuentran entre los treinta y los cuarenta años, alguna vez los viejos, en muy raras ocasiones los niños. En la práctica se la puede considerar siempre como secundaria y debida a la contaminación de la laringe por los esputos tuberculosos que la atraviesan, contaminación favorecida por soluciones de continuidad de la mucosa laringea. Las formas principales de la tuberculosis laringea son dos: la de infiltración y la de úlcera. El tuberculoma que suelen describir los libros de texto es extraordinariamente raro. El lugar de predilección para la localización de la tuberculosis laringea es la pared posterior, la región interarritenoidea. El examen laringoscópico nos demuestra en los casos de infiltración un color gris mate y algunos pliegues de la mu-

cosa que se encajan unos en otros a modo de acordeón, cuando durante la fonación se aproximan una a otra las dos cuerdas vocales. Si el proceso está ya más avanzado se presenta tumefacción de la mucosa, unas veces muy evidente, otras, apenas perceptible, de superficie lisa o resquebrajada si hay ya comienzo de ulceración. Estas alteraciones de la mucosa son patognomónicas, y tienen de particular que a menudo son los primeros síntomas que llevan al examen del pulmón y permiten descubrir una tuberculosis latente. Más tarde se afectan las cuerdas vocales, que se tumefactan, adquiriendo forma de rodillos, y suele suceder que sea una la cuerda atacada, mientras que la otra sea normal o casi normal. La unilateralidad es un buen síntoma diferencial para con el catarro simple. También se suelen presentar tumefactos la epiglotis y los repliegues aritenopiglóticos. Las úlceras se producen por destrucción de los infiltrados y tienen la particularidad de que, tanto en su fondo como en sus bordes, se producen tal cantidad de excrecencias papilares que a veces cubren la úlcera por completo. Especialmente cuando asienta en la cara posterior de la faringe, estas excrecencias simulan un tumor e impiden la visión de la parte de laringe situada por debajo. Las úlceras de las cuerdas vocales aparecen como manchas grises, de nivel más bajo que el resto de la mucosa roja y tumefacta. Si el proceso de ulceración profundiza, llega a atacar el cartilago, causando una pericondritis, y más tarde una necrosis del cartilago correspondiente. Antes de los trastornos verdaderamente tuberculosos de la laringe se presentan otros premonitorios consistentes en parestesias, cosquilleo y, sobre todo, cansancio fácil de la voz. Si se practica la laringoscopia en estas condiciones, no se percibe otra cosa que los síntomas de un ligero catarro; pero el médico prudente, si ve que esto ocurre a una persona de predisposición y aspecto de tuberculosos, o por lo menos de pretuberculosos, y con propensión frecuente a los catarros debe proceder a una exploración detenida de los pulmones, y raro será que no encuentre un foco tuberculoso. Al contrario de lo que venimos diciendo, así como a veces hay cansancio de la voz y ronquera en enfermos que todavía no tienen manifestaciones tuberculosas evidentes en la laringe, y que a veces no llegan a tenerlas, sucede a otros que padecen lesiones tuberculosas evidentes y fáciles de diagnosticar con el laringoscopio, sin presentar el menor síntoma subjetivo. Existe la creencia, totalmente falsa, pero muy arraigada, de que una tuberculosis tiene que manifestarse por ronquera e incluso por dolores; las lesiones de la pared posterior, que son siempre las primeras, llegan a veces no sólo al período de úlceras de fondo gris, sino al resquebrajamiento, que les da aspecto aterciopelado, sin que se produzca síntoma alguno.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 17 de junio de 1920.)

EN LENGUA ESPAÑOLA

2. ¿Tuvo origen hidrico la gravedad de la gripe?, por R. Pérez.—En su tiempo me pregunté, como todos,

a qué sería debida la gravedad de la epidemia, quedando satisfecho con las explicaciones ajenas que mejor se adaptaban a los hechos por mí observados y a las doctrinas corrientemente admitidas; pero observaciones posteriores y un estudio más detenido de aquéllos me hacen creer verosímil la hipótesis que enuncia el epígrafe. Véanse los fundamentos de esa creencia:

1.º La gripe ha sido benigna o no ha existido en los que padecieron fiebre tifoidea. Este antagonismo fué señalado la primera vez, que yo sepa, por don Isaac de Vega, y observado también por don Federico Alonso Burgos, ilustrados médicos de Tardajos e Iscar, en esta provincia. Yo lo he comprobado, puntualizando que la inmunidad conferida por la fiebre tifoidea no es contra la gripe, sino contra las complicaciones de ésta.

2.º Igual inmunidad de la vacuna antitífica. Este hecho, que yo he observado, debe ser del dominio público en otras regiones, porque un cliente mío vacunado en Valencia contra la tifoidea dice que allí se ha visto que no atacaba la gripe a los vacunados contra aquélla.

3.º La gripe no da inmunidad contra la tifoidea. Yo he tenido en noviembre pasado una verdadera epidemia tífica en un pueblo en que casi todos tuvieron la gripe en 1918. No pude comprobar si los que estuvieron graves en la gripe eran inmunes a la tifoidea, porque fueron mujeres, embarazadas o sospechosas de estarlo cuando esta última, y las vacuné por el peligro que corrían.

4.º Los casos graves y la mortalidad de gripe fueron escasos en los pueblos que bebían aguas puras, y numerosos en donde las aguas estaban expuestas a contaminación y eran poco abundantes, como ocurrió en muchos sitios por la sequía reinante.

5.º En los pueblos de aguas escasas e impuras en que hubo antes fiebre tifoidea la benignidad de la gripe fué notable, y, en lo que yo tengo observado, los pocos casos graves ocurrieron en los que no habían padecido tifoidea ni estaban vacunados contra ella.

Si estas observaciones se comprueban en grande escala, no se ocultará a nadie su trascendencia, especialmente en lo que concierne a la vacuna tífica y a la pureza de las aguas en relación con la gripe y sus complicaciones.

Por indicación de quien puede mandarme me dirijo a todos los compañeros, rogándoles que hagan una investigación retrospectiva, fácil sobre todo, en lo que a la pureza de aguas se refiere, y aduzcan nuevos hechos que corroboren o desvirtúen mis observaciones. Pueden darlos a conocer en los periódicos profesionales o directamente a mí, que quedaré muy agradecido.

Rioseras (Burgos).—(*De Clínica Castellana*, junio de 1920.)

3 Actualidad etiológica y patogénica del cáncer.—El Dr. Juan Servetti ha presentado a la Sociedad de Medicina, de Montevideo, un interesante estudio so-

bre la etiología y patogénia de esta terrible dolencia; y después de estudiar las diferentes teorías emitidas, establece las siguientes.

CONCLUSIONES:

I. Desde hace unos treinta años, la cuestión de los tumores cancerosos ha entrado en lo que podríamos llamar con razón su fase aguda. Los bacteriólogos y los histólogos han explorado sus profundidades más íntimas y más abstrusas; se han consagrado a su estudio exclusivo hospitales, institutos, Ligas, revistas, etc. Y, sin embargo, este esfuerzo inmenso no ha llegado hasta hoy sino a resultados que pueden considerarse más bien negativos.

Todo esto, en realidad, es muy a propósito para descorazonar al mundo científico, sobre todo cuando se tiene en cuenta que, desde hace mucho, las estadísticas de todos los países repiten sin cesar y a voz en grito que la frecuencia del cáncer aumenta con gran rapidez, y que la superioridad de la mortalidad cancerosa de la mujer con relación a la del hombre, en las edades comprendidas entre los veinticinco y cincuenta años, es debida a la precocidad del cáncer genital en la mujer.

II. La teoría del origen parasitario del cáncer, lejos de allanar todas las dificultades existentes, hace surgir otros problemas, no menos difíciles de resolver que el del desarrollo del cáncer sin intervención de un microorganismo. Sin embargo, todas las explicaciones dadas hasta hoy por las diversas teorías puramente histogénicas son insuficientes; las investigaciones deberán continuarse, en consecuencia, por ambas vías y otra nueva —endocrinología—, con un sentido crítico que ha faltado hasta ahora en no pocos experimentadores, y cuya ausencia nos ha valido unos descubrimientos de parásitos tan numerosos como efímeros.

III. Aunque por el momento nada nos autoriza a creer en el contagio directo del cáncer, no por esto debemos sentirnos menos convencidos de su naturaleza infecciosa, relacionada con un proceso que aún ignoramos completamente.

IV. La recidiva cancerosa no puede producirse sino para mientras exista todavía tejido epitelial atacado de degeneración cancerosa o susceptible de sufrir esta degeneración. Partiendo de este principio, se pueden distinguir las siguientes formas de recidivas:

1.^a Recidiva directa, constituida por la proliferación de células epiteliales cancerosas en la región del cáncer primitivo —recidiva local— o en un punto distante del organismo —recidiva metastática.

2.^a Recidiva indirecta, causada por células epiteliales que se han vuelto cancerosas después de la extirpación del cáncer primitivo; representa, por consiguiente, una nueva formación cancerosa, y atestigua la posibilidad de un desarrollo multicéntrico del cáncer. —(*Revista Médica del Uruguay*, número 5, mayo de 1920.)

EN LENGUA EXTRANJERA

4. La epilepsia acidósica, por Marcel Labbé.—

En el curso de la diabetes grave y casi siempre en las complicadas con acidosis, sobrevienen crisis epilépticas repetidas antes o después del coma y que parecen por tanto revelar la intoxicación ácida. Sin embargo, su patogenia ha sido discutida; Blum ha sostenido que obedecen estas crisis a una intoxicación sódica provocada por los inyecciones intravenosas de bicarbonato; pero en gran número de enfermos tratados por las inyecciones de bicarbonato a altas dosis, no se han observado esas crisis. Algunas veces se ha incriminado a la intoxicación urémica. La experimentación tampoco ha logrado arrojar luz sobre el mecanismo de la epilepsia acidósica. Solo se puede concluir, que existe la epilepsia diabética, que es rara, y que está en relación no con la hiperglucemia, sino con la acidosis. —(*Soc. Med. des Hopitaux de Paris*, núm. 21, 17 junio 1920.—*E. Luengo*.)

APARATO CIRCULATORIO

EN LENGUA EXTRANJERA

I. La oscilometría en los asténicos y en los maníacos, por R. Benon y M. Leinberger.—

La astenia es un estado psíco-neuro-morbo, caracterizado esencialmente por la mioastenia y la anideación, es decir, por la debilidad pronunciada de todo el sistema muscular de la vida de relación y de la vida vegetativa y por la dificultad de evocar las ideas, los recuerdos, las representaciones mentales; este síndrome se complica con bastante frecuencia con manifestaciones delirantes. Por el contrario, la manía es un estado en que la fuerza muscular está considerablemente acrecentada y el sujeto presenta una necesidad incesante de movimiento, el juego de las facultades psíquicas está exaltado; se observa logorrea, cantos, un estado de alegría morbosa, tendencias a la cólera, etc. En estos síndromes, los valores del índice oscilométrico y de las presiones diferenciales, presentan un interés real. En la manía, los autores han encontrado siempre un índice elevado, y, sobre todo, una presión diferencial muy superior a la normal; en la astenia, una presión diferencial mínima, y, sobre todo, un índice extremadamente reducido. Estos hechos pueden explicarse por una modificación del tono del corazón; en el primer caso traducen una impulsión más fuerte del miocardio y en el segundo, una energía contractil disminuida. Otra conclusión de orden más general se impone; que las modificaciones del índice oscilométrico, pueden ser debidas a simples trastornos funcionales sin lesiones orgánicas del corazón, independientemente de las manifestaciones vasomotoras. —(*Presse Medicale*, número 44, 30 junio 1920.)—*E. Luengo*.



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

Acto solemne.—Crisis resuelta.

El día 28 de agosto se verificó en Santander el acto de colocación de la primera piedra del nuevo hospital que se construirá en aquella capital por suscripción popular y cuyo presupuesto asciende a seis millones de pesetas.

Asistieron los Reyes, los infantes D. Carlos, doña Luisa y D. Fernando, y el séquito y acompañamiento de las Reales personas.

El presidente del Consejo de Administración del nuevo hospital leyó un discurso haciendo historia del proyecto.

Le contestó el Rey en los siguientes términos:

«Es para la Reina una satisfacción muy grande el poner la primera piedra del nuevo hospital de Santander.

El esfuerzo que se necesita para emprender una obra de tan grande importancia es enorme en los momentos por que atravesamos. Ustedes han comprendido que no basta la acción oficial, ni la de la Diputación, ni la del Ayuntamiento, ni, en definitiva, la del Estado, para atender a la salud del pueblo, sino que hace falta también la cooperación de todos para atender a esa labor.

Antiguamente el Poder estaba vinculado en los Reyes; hoy los Reyes, por imposición de los tiempos, han ido cambiando, y la Corona, que era antes patrimonio personal suyo, ahora está formada por la bandera, que simboliza la Patria y que cubre en nuestra nación la cabeza de todos los españoles.

El esfuerzo secular de los pueblos ha hecho que los gobiernos sean del pueblo, y puedo decir que en España son patrimonio de los mismos españoles.

Comprendió Santander que el esfuerzo hecho por su obispo en 1830, construyendo el actual hospital, fué muy grande para su época; pero en la actualidad se necesitaba un esfuerzo mayor, y lo hace, para dotarle de hospital que reúna los últimos adelantos.

Este no es más que un paso y un ejemplo para el progreso de Santander, que se lograría por com-

pleto con la unión de las clases burguesa y trabajadora, dejando a un lado las luchas y buscándole en el amor de hermanos; y así llegaría a conseguirse lo que todos los santanderinos, y muy especialmente su Reina y su Rey, desean.»

Don Alfonso fué ovacionado.

Luego se firmó el acta y se procedió a la colocación de la primera piedra por la Reina.

Inútil es que hagamos resaltar la importancia que para nosotros tiene esta visible y cariñosa asociación del Jefe del Estado a los actos que significan un esfuerzo y un adelanto en favor de los ideales sanitarios nacionales. Con mencionarlo nos basta, y con agradecerlo, creemos secundarlo en lo que nos es dable. Pero conviene hacer notar en todo esto un matiz que podrá parecer a muchos indiferente, pero que no lo es. Las manifestaciones de simpatía del Monarca hacia los problemas médicos y sanitarios tienen un carácter de espontaneidad y de iniciativa personal que trasciende al través de los convencionalismos y de las rutinas oficiales. El brioso discurso pronunciado hace dos años en la Academia de Medicina, el de inauguración de la Semana Médica, de Santander, y el que hoy transcribimos, tenemos motivos para creer que no han sido hijos de acuerdos ministeriales aconsejados al Monarca, sino producto del efusivo conocimiento de la necesidad de realizar una buena acción, que, naciendo en el corazón y la inteligencia de nuestro Rey, se ha exteriorizado, sino a pesar, cuando menos sin la incitación de los Ministerios.

Si uniéndose al clamoreo de los hombres interesados en el bien de la Patria y a la voz coovertida de los conocedores técnicos de estas cuestiones, la augusta, serena y unimadora palabra del Rey, no acaban de convencerse los gobiernos españoles del delito de lesa humanidad que están cometiendo, con asombro y advertencia de los extraños; ¿a quién tendremos ya que acudir, ni en qué podremos esperar?

—o—

La crisis, la esperada crisis, la temida crisis, la para muchos espantosa crisis, se ha resuelto en unos términos de tranquila «platitud» (perdón

por el galicismo) que habrá confortado el espíritu de algunos a quienes enviamos nuestra caritativa enhorabuena.

Lamentamos la salida del Ministerio del señor Bergamín, porque ha dejado pendiente el cumplimiento de promesa solemne, como fué la de resolver por Real decreto la incorporación al Estado de los médicos titulares, y, en cambio, nos regocijamos de la entrada del señor conde de Bugallal en la cartera de Gobernación, pues no podemos olvidar que él fué el autor de la fórmula que es hoy ley del pago de titulares y forenses, que, aun rechazada por el Congreso, fué por él amparada cuando la hizo surgir la iniciativa de un senador, y esperamos, por esto, que coadyuvará a despertar las perezosas actividades de su compañero el ministro de Hacienda, para que publique las disposiciones reglamentarias que han de servir de complemento al precepto legal.

El resto de las modificaciones ministeriales nos afectan poco, y, por tanto, no nos inducen a comentario alguno.

DECIO CARLAN

LA CUESTION DEL DIA

Sigue siendo motivo de comentarios, más o menos apasionados (si es que aquí se apasiona alguien por la sanidad pública), el hecho de la venida de la comisión del Comité Internacional de la Cruz Roja de Ginebra para estudiar los medios de combatir el paludismo en España.

Hay quien con este motivo pone el grito en el Cielo y habla de mediatización de nuestras actividades, de intervención extranjerera en nuestros asuntos, y no faltará ciertamente quien, más tarde o más temprano saque a relucir la bandera gualda y roja y canturree entre dientes el himno de Cádiz.

Por nuestra parte todo esto no nos produce el menor efecto; los que en esta cuestión tengan la conciencia poco tranquila, sonrójense y dense por ofendidos por que una entidad «Internacional» (de la cual forma parte España como todos los demás países) vuelva los ojos hacia uno de estos y quiera ofrecerle ayuda y remedio para que evite la pérdida de algunos miles de vidas al año y de muchas degeneraciones físicas que constituyen la verdadera gangrena de nuestro organismo nacional.

Si nuestros médicos y nuestros hombres de ciencia no hubieran señalado un día y otro día el mal, si no lo hubieran estudiado en su naturaleza, en sus causas, en su distribución y en todos sus detalles; si los señores que forman la Comisión aludida tuvieran que enseñar a los médicos acerca del paludismo, sus causas y sus remedios, algo que los médicos españoles no tuviesen aprendido y sobre lo cual no hubiesen predicado con insistencia para que se les concedieran los

medios de acudir al remedio, en este caso, seríamos los médicos los primeros en sonrojarnos. Pero podemos tener la conciencia bien tranquila: constantemente y por todos los medios modernos y actuales, antiguos y tradicionales que ofrece la publicidad, hemos predicado un día y otro día acerca de la efectividad del mal y de la necesidad de atajarle. Y esto lo hemos hecho en el Parlamento, en la Prensa, en la tribuna de las Academias, en conferencias y viajes por diferentes comarcas de España, y nuestra voz se ha perdido en el peor de los desiertos, que es el «desierto poblado» por la ignorancia, la indiferencia y el egoísmo.

No se trate pues de asociarnos a lo que con voz hueca se llama hoy un sonrojo nacional. El sonrojo y la vergüenza serán para los hombres públicos, para los gobiernos y para los parlamentos que adormecidos en su rutinas suicidas, perseveran en su desdenosa conducta ante los asuntos de salubridad pública. La vergüenza es y será para los que tienen por nueva una cuestión sobre la cual se les está hablando diariamente desde dentro de casa y no se dan cuenta de ella hasta que no les hablan desde fuera. Y la vergüenza continuará siendo la misma; porque saliendo ahora tropicada y atropelladamente del apuro circunstancial con el nombramiento de una Comisión y la concesión de un crédito, se volverá a caer en el marasmo de incompreensión y en la tozudez rutinaria, y el crédito se gastará y la Comisión, pese a sus esfuerzos y a su inteligencia, podrá hacer nada o muy poco.

No, no es este el modo con que ha debido darse sincera y honrada muestra de contrición y de propósitos de enmienda, ante la Europa y el mundo que tácitamente nos acusan de dejar perder a sabiendas millares de vidas de compatriotas nuestros. Lo airoso fuera salir noblemente ante la acusación, con una organización de conjunto que demostrase que sabemos desde hace tiempo y tenemos desde hace tiempo preparada, la organización de los recursos científicos y materiales que se supone que no conocemos. Y esto puede hacerlo cualquier gobierno con sólo tener buena voluntad y convencimiento de la verdad de lo que se le dice y de lo que se le aconseja; y cuando las gentes extrañas vieran que nuestros gobiernos se preocupaban, no solamente del problema de paludismo, sino del inveroosimil y vergonzoso de la viruela, del afrentoso de la lepra, del de la fiebre tifoidea, del de la tuberculosis, del tracoma, etc., entonces creerían en nuestra buena fe, nos mirarian con respeto y nos ayudarían con los copiosos recursos que pueden ofrecer y que nosotros podríamos admitir sin vana soberbia, tanto más cuanto que acabamos de contribuir, con el mismo sentido de internacionalidad, ayudando a la extinción del tifus exantemático en Polonia.

Nadie nos gana en espíritu de patriotismo, para poderlos llamar buenos españoles; pero por esto mismo, porque amamos a nuestros compatriotas, queremos que no se merme su número por la muerte en una proporción que sabemos todos que se puede disminuir; por

eso mismo queremos que los extranjeros no digan: «¿pero qué hacen estos españoles, que sabiendo que pueden ahorrar más de cien mil muertes al año en su población, se están con los brazos cruzados y todavía se ofenden por que se les pregunta si necesitan de ayuda para remediar tan horrible desgracia?»

Desgracia es, y lo es todavía mayor el que estemos persuadidos a que todo esto será inútil, a que cuando por decoro y urbanidad los Centros internacionales no vuelvan a ocuparse en nuestros asuntos sanitarios, dejandonos como cosa perdida, la taifa de nuestros gobernantes de todas las significaciones responderá diciéndonos, como el personaje de una popular zarzuela.

«No fué nada... algunos muertos;
¡Puede el baile continuar!»

No el baile sino el cortejo fúnebre continuará, estamos de ello ciertos y esto apesar de la campaña vigorosa y no interrumpida de los más lucidos de los médicos españoles, y a pesar de la «scherana» lección dada por el rey a los políticos con acudir de un modo espontáneo a presidir el primer Congreso sanitario que le ha ofrecido ocasión para ello, pronunciando en él el vigoroso y trascendental discurso que todos hemos aplaudido, y procurando que su augusta familia se asociara a la mayor parte de los actos de la Sanidad.

Pero ¡ay! ni las predicaciones de los técnicos, ni las voluntades bien orientadas de los reyes, pueden nada sobre la estolidez indiferente de las masas y la egoísta desorientación de los políticos al menudeo.

La cuestión es verdaderamente de actualidad y de importancia... pero ya veremos como no sale del estado de cuestión.

V. PRIETO.

El socorro a parados forzosos

Es un fenómeno curioso y que repite la historia del proletariado médico con alguna frecuencia: yo le he conocido más de una vez.

De algún tiempo a esta parte he publicado una serie de artículos llamando la atención de los médicos hacia lo que se llama *el socorro a parados*, exponiendo su contenido y su extensión, sus ventajas y la necesidad de implantarlo inmediatamente entre nosotros.

Se han publicado estos artículos en «La Medicina Ibero», «Los Progresos de la Clínica», «La Clínica Castellana» y «La Medicina Rural», y mientras tanto se ha tomado en Navarra el acuerdo de instituir *el socorro a parados* por aquel Colegio Médico. Pues, nada, la prensa no ha querido examinar la cuestión, sin duda porque le habrá parecido insignificante o equivocada la orientación, esperando que el tiempo, ese gran disolvente de todos los entusiasmos, haga de cada médico rural una pobre víctima de la maldita ley de bronce de la oferta y la demanda.

Lo curioso está en que mientras la prensa calla, haciendo el vacío alrededor de esa idea, yo estoy recibiendo cartas y más cartas de muchos médicos de partido, diciéndome que he dado en el clavo, que por ahí es por donde ha de venir la verdadera solidaridad activa y agresiva del proletariado médico rural y que formule un *proyecto de socorro a parados forzosos* para implantarle a la mayor brevedad, o por Colegios, o por regiones o nacionalmente.

Yo creo exactamente igual que los compañeros que me escriben alentándome a continuar la campaña, y estoy convencido además de que la propaganda del socorro a parados debe ser *propaganda por el hecho*, propaganda de realidades.

Seguir hablando y escribiendo por hablar y escribir mientras la carestía de la vida va silenciosamente empujando a los pobres médicos de partido hacia el abismo, es de una candidez o una ironía incompatibles con todo sentimiento de caridad, con todo sentimiento de justicia, con la clara visión de esta nueva realidad de las post-guerra que hace que el hambre, con todo su repugnante aspecto, se asome a nuestra morada.

Y callar, callar ahora, es sencillamente inhumano.

Hay que hablar y hay que escribir porque no es posible entenderse de otro modo; pero lo que hace falta es *hacer*, hacer rápidamente.

Tiene el socorro a parados dos aspectos distintos, según su extensión, aspectos que parecen contradictorios por sus resultados inmediatos y que no son, sin embargo, más que dos fases sucesivas de una misma cosa en dos tiempos diferentes de su desarrollo.

Es la primera, la fase que podríamos llamar embrionaria del socorro a parados forzosos; aquella en que los colocados de hoy se reúnen y solidarizan para defenderse económicamente contra el paro violento que nos produce el caciquismo, solo o aliado con el esquiroleo. Esta fase es la más injusta porque deja fuera la *negra guerrilla del esquiroleo*; porque no conduce a la paz interior de toda la clase médica; pero es una fase necesaria para enseñarnos el aprendizaje de la lucha por la solidaridad, que si no suprime del todo la guerra civil, prepara la solución definitiva, transformando sin duda ninguna una realidad absolutamente hostil en otra realidad nueva por donde se deslicen más fácilmente los nuevos organismos que han de conducirnos a la verdadera fraternidad-médica; haciendo solidarios los intereses de todo el proletariado médico.

La segunda fase, la fase adulta del socorro a parados, es ya la alianza de todo el proletariado médico, unido contra sus enemigos exteriores.

Y a esto debe irse comenzando por donde se pueda, pero *comenzando*; porque pararse en mitad del camino, dejando que todas las injusticias se confabulen contra nosotros por escrúpulos de las pequeñas injusticias, es rematadamente tonto.

Y en ese mismo bache se halla atrancado el coche o el carro de nuestra emancipación desde hace un cuarto de siglo.

La libertad la estamos confundiendo lastimosamente

con el libertinaje; la dignidad con la mentecatez, y así nos está luciendo el pelo. Si los médicos no se ponen a tono con los tiempos que atravesamos, con las ideas de los que luchan por la vida como pueden, y triunfan contra los obstáculos y las injusticias que aquellas opone, entonces los médicos quedaremos extramuros en la nueva sociedad que, haciendo una viril revisión de valores, va echando al cesto todo lo inútil, todo lo caduco.

El socorro a parados es la herramienta de nuestra defensa como individuos y como clase y hay que esgrimirla varonilmente, *cogiéndola por donde podamos*. Cuando hayamos repartido los primeros mandobles y hayamos ahuyentado el peligro que nos amenaza de momento, entonces será la ocasión *de tomar la herramienta por el mango* para que, alargando el golpe, nos salve a todos.

Lo importante ahora es no dejarse comer de los lobos que nos rodean; cuando hayamos deshecho la manada y el instinto de conservación permita que la serenidad y el juicio vuelvan a su puesto, entonces es la ocasión de marchar *juntos* al monte en busca de la fiera.

El socorro a parados es tan urgente, que yo ahora salgo a buscar *otro* para *unirme a él contra los demás* que quieran atacarnos. Si no encuentro más que uno seremos dos; si encuentro noventa y nueve seremos ciento; pero dos, ciento o mil estoy dispuesto a que el socorro a parados comience a ser una realidad desde enero de 1921.

Así se lo he dicho a los lectores de «La Medicina Rural» y así se lo digo a los de EL SIGLO MEDICO y a cuantos quieran oírme.

Y lo que pido a la prensa es que hable del socorro a parados; que lo combata si quiere, pero que no nos lo maten, haciendo a su alrededor *la conspiración del silencio*, mientras yo estoy recibiendo cartas y más cartas de muchos médicos de partido, diciéndome que el socorro a parados, total o parcialmente, debe implantarse a la mayor brevedad, o por colegios, o por regiones o nacionalmente.

Pero esas cartas no se perderán.

D. MARTIN HURTADO.

CARTA

Señor Director de EL SIGLO MEDICO.

Muy señor mío y de toda mi consideración: He leído en un periódico, órgano de la Asociación de Médicos titulares, algún comentario referente a la Semana médica celebrada en esta capital, y creo que, honradamente, debo refutar el referido comentario.

Se dice en él que, los que el periodista llama gestores de la Sanidad oficial, «han escamoteado el pleito médico rural en sus discursos». Esta afirmación es sencillamente inexacta y falsa. Siempre que se ha tocado el punto de organización sanitario, que ha sido

muchas veces, se ha abogado por el ministro en sus cartas, por el inspector general en su conferencia y por los conferenciantes en sus discursos por conceder función sanitaria efectiva y remunerada a los médicos titulares y por constituirlos en funcionarios del Estado.

Esta es la verdad, de que han sido testigos millares de personas, y es incomprensible que otra cosa afirme el colega, cuando me consta que su director, el señor Almarza, se encontraba por aquellos días en Santander, y es de suponer que asistiría a los actos de la Asamblea.—*Un médico santanderino.*

De poco se asombra el autor de los anteriores renglones. Hay periódicos que suponen que no son leídos más que por crédulos inocentes e ignorantes que deben vivir en otro planeta, y a los cuales se les puede contar lo que se quiere, sin que tengan medio para rectificarlo.

Nosotros tenemos por costumbre dejar pasar estas cosas, porque, en último resultado, no es a nosotros a quienes se ofende, sino a los que se supone tan fáciles de engañar.

¿No están muchos de nuestros amigos un día y otro predicando en las Cortes, influyendo en los ministerios y trabajando en la Prensa y, sin embargo, tienen que soportar que apreciables desconocidos, de quienes podrá esperarse mucho, pero que no han tenido ocasión ni medios para hacer nada, los censuren y acusen de inactividad?

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

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

.....

Conjeturas, palabras vacías de sentido, apelación a hipótesis que servían sólo de tapones a los agujeros por donde se escapaba a chorros el desconcierto de los clínicos; eso eran los conocimientos etiológicos de entonces. Nadie fué tan noble y honradamente franco como Trousseau, al confesar, hablando de la litiasis biliar: «En conclusión, la causa real de esta enfermedad aún es desconocida, como tan a menudo nos sucede con las causas de tantas otras.»

Sin embargo, no faltaban exploradores en ese campo tan poco conocido de la etiología morbosa. El último tercio del pasado siglo fué la era de los descubridores de causas patógenas.

Pasteur, en unión de C. Bernard y de Saint-Claire Deville, se pasaba en 1864 días enteros en el hospital Lariboisiere, de París, encima de una sala de coléricos, recogiendo el aire de uno de sus tubos de ventilación y el polvo de la propia enfermería, en busca de la in-

(1) Véase el número anterior.

cógnita que había de descubrir Koch diecisiete años más tarde en el intestino de los egipcios.

Davaine había dado ya la voz de alerta a la nueva Medicina que se acercaba, hallando los extraños hilitos vivos de la bacteridia en la sangre carbuncosa, que señalaban ya un enemigo a la vista. Por todos lados se notaba el sordo hervor de espíritus inquietos que precede siempre a las grandes transformaciones. Sólo los clínicos seguían impávidos, acusando de los grandes trastornos morbosos al frío y a las pasiones deprimentes, al agua, al aire..., y volviendo a todos lados la cabeza en busca de lo que sólo en los matrazes y cultivos del laboratorio había de encontrarse pronto.

* * *

Y buena falta hacía: porque si los médicos andaban muy necesitados de ello, lo estaban más los cirujanos. ¡Oh, la Cirugía! La audaz y laboriosa, la que ha tenido que hacer siempre el bien derramando sangre, la Cirugía, pugnaba por sacudirse una maldición que a veces parecía pesar sobre ella. El pus, la fiebre, la gangrena y la muerte inesperada y rápida turbaban sus mejores éxitos y deslucían sus pronósticos mejor fundados. En vano el ingenio sacaba a luz procedimientos nuevos; inútil era que las manos, cada vez más hábiles, llevaran los ojos en sus dedos para guiar el cuchillo por temidas regiones: la destreza era impotente en muchas ocasiones para evitar los fracasos. Tenía ya la anestesia un cuarto de siglo de victorias sobre el dolor, y no era esto bastante: detrás del hombro de cada operador, por diligente y diestro que fuera, asomaba con frecuencia el riesgo desconocido que parecía inevitable. Las más felices intervenciones estaban expuestas a malograrse, y había épocas en que, enfermo tras enfermo, operado tras operado, huían en pocas horas de la sala de operaciones a la de autopsia. Cuando la podredumbre hospitalaria aparecía en una sala corría como la pólvora de cama en cama. Cuidado, diligencia, arte exquisito, todo era inútil. Llegó un día en que la preocupación fué tanta, que hizo decir a Velpeau: «Un pinchazo de aguja puede ser una puerta abierta a la muerte.»

Los que no estudiaban en aquella época no pueden hacerse cargo de tales estragos. Las palabras pus, septicemia, erisipela e infección purulenta salían fatídicas con frecuencia de las bocas de maestros y alumnos, de operadores y enfermeros. En aquellos tiempos los vendajes y apósitos empapados en sanies, a veces fétida, eran la regla. Flotaba en las salas de cirugía, en ocasiones, un olor especial, pesado, que apestaba el aire y que se pegaba a todo: a las manos de los que curábamos, a las blusas con que cubríamos el traje; olor de ungüentos y ceratos y de hilas purulentas; porque la

supuración era obligada en toda herida, como la fiebre era la secuela inevitable de toda operación. ¡Feliz el operado y satisfecho el operador cuando ni supuración ni fiebre pasaban de ahí. Y el temor, justificado, llegaba a tanto, que la mano del cirujano no se atrevía apenas a poner a descubierto una entraña: el vientre era blanda arca cerrada, cuya abertura dejaba ver la muerte; y el peritoneo, que ahora se maneja con cierta desenvoltura discreta, apenas había quien osara exponerlo al aire. Al ver los lúgubres y frecuentes fracasos de la laparotomía, que muchos años antes hiciera con éxito Mac Dowel en América, hubo en Francia quien dijo que la de abrir el vientre era una operación que sólo al verdugo debía ser encomendada. Y como el parto dejaba también una herida abierta en la matriz desocupada, la horrible intervención de las mortales causas ocultas pesaba también sobre las púerperas; un año llegó, en París, en que fué cerrada la Maternidad, en vista del enorme número de muertes; y algunos más tarde, en 1864, de 1.538 partos hubo 310 pobres mujeres arrebatadas a la vida en pleno puerperio.

Ya comprenderéis por qué, cuando vino la guerra franco-prusiana, con todos sus horrores, la Cirugía tuvo que pasar por pruebas muy penosas. El célebre Landouzy, alumno entonces de la Facultad, al recordar aquellos días de ambulancias y de hospitales improvisados en que operados y heridos desaparecían como segados por una hoz invisible, decía tiempo después: «el pus parecía salir de todos lados, como si el mismo cirujano lo sembrara»; y Reclus, de todos vosotros tan conocido, aseguraba refiriéndose a aquellos tristes días: «la infección purulenta había llegado a ser para nosotros una enfermedad fatal y necesaria y como añadida a toda operación por decreto divino.» Ya véis: en paz y en guerra, entre las manos del operador más entendido y en la punta de los instrumentos mejor manejados, parecía ir y enredarse la muerte inexplicable, ¡Qué angustiosa pesadilla! Era yo entonces estudiante y aún recuerdo las tristes enseñanzas de la Cirugía aquella, habilísima, rápida, conocedora de todos los rincones por donde había de deslizarse el bisturí, pero temerosa a veces con razón de aquel pus en que parecían fundirse los tejidos y que rebosaba, desbordante, de las heridas; apenas levantado el apósito; de aquella gangrena gaseosa que hinchaba y hacía lívidos y crepitantes los miembros amputados; de aquellos escalofríos que comunicaban a la cama los temblores del enfermo, anunciadores de la terrible erisipela traumática, o signos de la infección purulenta o de la rápida y fulgurante septicemia aguda que antes que el remedio hacía llegar la muerte.

A nadie extrañará que Nelaton, desconcertado en medio de tales angustias, dentro del Grand Hotel convertido en ambulancia durante el sitio de París, dijera

SIL=AL

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

que había que levantar una estatua de oro al hombre capaz de inventar algo para evitar tales horrores.

No creáis, los que no conocéis aquellos tiempos, que el afán de reforzar el argumento me lleva a la exageración. La historia es aún de ayer, y mi vida, ya larga, me permitió vivirla y ser ahora su cronista. Vosotros, los de hoy, tenéis aún frescos los textos de los libros de entonces para verla en ellos confirmada. Y, después, recorriendo con la mirada cuanto os rodea, echaréis de ver que el cambio efectuado en nuestra ciencia y arte de curar, ha sido, en los años que abarca la vida de un hombre, tan completo como fecundo. «La más formidable de las revoluciones que desde hace treinta siglos han sacudido los cimientos de la Medicina», le llamaba Brouardel en el Congreso de Higiene de 1888. Podéis afirmar conmigo que no exageró.

Somos ya otros, más fortalecidos, más seguros de la Medicina y de nosotros mismos. Los ocultos enemigos de nuestra existencia han salido a luz; los más terribles, por ser los causantes de las enfermedades que con más frecuencia nos dan la muerte: y siguen saliendo de continuo por el mismo agujero por donde hizo luminosa la negrura de lo desconocido el gran Pasteur. Ejército de parásitos microscópicos, antes invisibles, ha desfilado y desfila por debajo de nuestras lentes y va a formar, ordenado, en nuestros laboratorios. Poseedores como somos de una técnica admirable y de un método científico riguroso, al que la ciencia experimental no puede poner reparos, nos es dado tomar del enfermo el causante de la enfermedad; aprisionarlo, sembrarlo y criarlo. Nos hemos hecho cultivadores de diminutas plantas venenosas y domadores de animalículos dañinos que antes escapaban a nuestra vista. Y muchas de aquellas enfermedades de causa desconocida, que nos producían la contrariedad del no saber y el malestar de la impotencia, cuentan ya con etiología clara y llevan cada una el sello de su causa descubierta. La pulmonía tiene su microbio; que no necesita al frío para disfrazarse ante los ignorantes; la tuberculosis no es hija legítima de la miseria, sino del primer bacilo que hizo célebre a Koch. Pensar que el paludismo se debe a miasmas o a efluvios indefinidos y no al hematobio destructor de eritrocitos, descubierto por Laveran, y que de la lepra no es culpable el microbio de Hansen y Neisser y si el pescado o el cerdo, no habrá nadie capaz de decirlo. El cólera posee su virgula, del cual no se separa, so pena de no existir; al igual que la peste, su estreptobacilo, que ha venido a decirnos cómo no puede guardar el pseudónimo de *genio epidémico* con que le conocieran los médicos de Florencia en los días de Bocaccio o de Milán en aquellos otros en que hizo vivir Manzoni a sus *novios*. La difteria nos ha dado por mano de Loeffler el tejedor de sus membranas y el causante

de sus venenos; y el tifus abdominal ha presentado el suyo de Eberth, acompañado de los dos acólitos paratíficos que deben su entrada en la ciencia a Achard y a Bensaude. Ni el frío ni el calor tienen ya nada que ver con el tétanos, y sí con la bacteria en forma de palillo de tambor que va unida al nombre de Nicolaier. La del carbunco es ya vieja; tuvo por padrino a Davaine y la proclamó Pasteur causante indiscutible de la enfermedad. No han querido ser de otro modo las dolencias de Venus y han entregado las tres flechas envenenadas del carcaj de Cupido; el gonococo de Neisser, el agente del chancro blando de Ducrey, la microscópica espiral que se ha llamado *pálida* por su resistencia al color y que Schaudin dió a conocer para que fuera más fácilmente destruida por el arsénico y el mercurio. Hasta un misterioso mal africano nos ha ofrecido el inquieto tripanosoma, de velo flotante, que da sueño mortal. Ya no están en la sombra los escondidos causantes de la enfermedad y de la muerte en los operados y heridos; el rosarillo del estreptoco, la tribu numerosa de los fabricantes del pus, el vibrión séptico, el bacilo del edema y el perfringens tuvieron que rendirse a la Cirugía moderna, a fin de que ésta les redujera a la impotencia y de que no le fuera a la muerte, tan fácil como antes, acompañar a las manos y al bisturí hasta el fondo de las aberturas sangrientas.

(Se continuará).

Proyecto de Reglamento⁽¹⁾

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

6.º Marcar el modo y la forma en que debe organizarse, redactarse y publicarse el Boletín, órgano del Colegio.

7.º Disponer la publicación de actas, Memorias, dictámenes y demás trabajos siempre que se considere conveniente.

8.º Dictaminar en cuestiones de tasación de honorarios, cuando esta sea pedida por los particulares, autoridades y Tribunales.

9.º Estudiar y resolver todos los asuntos de intrusismo, investigando cada caso particular, procurando obtener pruebas materiales del hecho, para denunciarlo a las autoridades, mostrándose parte en causa y en cuantos litigios profesionales se ofrezcan siempre y cuando se juzgue del caso.

10. Arráglar o fallar las cuestiones profesionales de manera amistosa cuando sea posible y especialmente, cuando se trate de diferencias entre compañeros.

11. Aplicar las disposiciones disciplinarias que disponen los Estatutos y el Reglamento.

(1) Véase el número de 14 de Agosto de 1920.

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).

12. Nombrar los funcionarios y empleados que necesite el Colegio, tales como Abogados, Procuradores, oficiales de Secretaría, escribientes, conserje, etc., etc., señalándoles su sueldo o gratificaciones y vigilar el cumplimiento de sus deberes.

13. Reglamentar el funcionamiento de las comisiones especiales permanentes o transitorias y el de los servicios especiales del Colegio (Sección jurídica, empleo del capital de reserva, etc., etc.)

14. Llevar a cabo por medio de su Presidente, las adquisiciones, permutas o enagenaciones que se acuerden, previo los trámites oportunos.

15. Realizar por completo los fines científicos, profesionales y sociales, propios de esta corporación.

16. La Junta de Gobierno se reunirá por lo menos una vez por semana.

17. Para que puedan celebrar sesión las Juntas de Gobierno, será indispensable que concurran la mitad más uno de los individuos que la forman.

Si no hubiese número bastante para celebrar sesión, se citará a nueva Junta y se celebrará ésta con los individuos que hayan concurrido, siendo válidas sus resoluciones.

Los acuerdos se adoptarán por mayoría absoluta de votos, excepto, cuando se trate de la adjudicación de premios, que será por unanimidad o de aplicación de correcciones que necesitan conforme al art. 30 de los Estatutos, dos tercios de los votos emitidos.

(Concluirá).

Sección oficial

MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA

Ilmo. Sr.: Vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago la cátedra de Medicina legal y Toxicología,

Su Majestad el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que para su previsión se anuncie a concurso de traslación entre catedráticos numerarios y auxiliares que tengan reconocido ese derecho en la forma que preceptúa el Real decreto de 30 de abril de 1915.

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

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

—o—

Ilmo. Sr.: Su Majestad el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se anuncie a oposición entre auxiliares las siguientes cátedras, vacantes en la Universidad del Reino:

Facultad de Medicina.—Fisiología humana, de la Universidad Central, Patología general, con su clínica, de la Universidad Central.

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

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

—o—

Ilmo. Sr.: Vacante en la Facultad de Ciencias de la Universidad de Sevilla, curso preparatorio de Medicina y Farmacia, establecido en Cádiz, la cátedra de Mineralogía y Botánica,

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

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

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

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,0; id. mínima, 702,0; temperatura máxima, 29°,5; id. mínima, 15°,3; vientos dominantes, NNE. NE.

Sigue siendo relativamente favorable el estado de la salud pública en Madrid; los efectos agudos de los aparato respiratorio y digestivo son de índole benigna, y no exceden en número a la cifra propia de la estación. Las complicaciones congestivas de los centros nerviosos en los sujetos artríticos, se presentan con alguna frecuencia.

En los niños siguen dominando los catarros intestinales, las interitis y algunas complicaciones eclámicas, como siempre por localización gastro intestinal.

Crónicas

Asamblea sanitaria en Jerez.—La Unión Sanitaria de Jerez, adelanta considerablemente los trabajos para la preparación de la sexta Asamblea regional que se celebrará el 19 del actual.

Se asegura que dicha Asamblea ha de ser importante por la organización que se le va dando como por el número de adhesiones que reciben.

Bibliografías.—Son repetidas las ocasiones en que recibimos apuntes bibliográficos, sueltos publicados por otros periódicos, reclamos de Casas editoriales etc., etc., relativos a obras cuyos textos nos son desconocidos o, por lo menos, no nos han sido enviados. Para evitar enojos y extrañezas, nos permitimos recordar a los que emplean estos *modernistas* procedimientos, que EL SIGLO MEDICO no emite juicios más que de aquello que le es conocido y, por tanto, que se molestan inútilmente los que

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,

nos piden Bibliografías sobre libros de los que no recibimos los dos ejemplares que según costumbre inmemorialmente establecida se exigen para escribir un juicio crítico.

El intrusismo en León.—Es digna de todo elogio la actitud de protesta tomada por la «Revista del Colegio de Médicos» de la provincia de León, que publicó con fecha 10 de los corrientes una serie de documentos que demuestran la existencia en aquella capital y su comarca de numerosos curanderos, que, con grave perjuicio de la salud pública, practican ilegalmente la Medicina.

Nuestra opinión coincide con la manifestada en el texto del artículo de la Revista mencionada. Si nuestras autoridades no tuviesen en tanto desamparo cuestiones de tan primordial interés y los problemas relacionados con la sanidad pública fuesen conocidos por los agentes de los Gobiernos, no se daría lugar a tener que tomar medidas de represión.

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

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

Obra nueva.—Hemos recibido de nuestro querido amigo D. Tiburcio Jiménez de la Flor, doctor en Medicina, Catedrático de Matemáticas del Instituto de Zamora y antiguo suscriptor de esta revista; un ejemplar de su obra recientemente editada titulada «Algebra y Problemas de Algebra».

A la vez, dicho señor, nos ha hecho el ofrecimiento de algunos ejemplares para el Colegio de Huérfanos de Médicos del Príncipe de Asturias, por todo lo cual damos las gracias al Sr. Jiménez de la Flor, por el afecto a la clase médica.

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.

Obra póstuma de Juan Leirado. «In memoriam».—Bajo este nombre y la dirección del doctor Eugenio Mesonero Romanos, que continúa el espíritu generoso de los que llevaron su apellido, se ha publicado muy recientemente una colección de poesías y cuadros literarios en prosa, entresacada de la fecunda labor literaria que D. Juan Leirado dejó inédita cuando la muerte vino a sorprenderle en plena juventud.

Si el rasgo a que se debe la publicación del muy interesante y mejor escrito tomo es una prueba de que el compañerismo no desapareció del todo dentro de nuestra profesión, es más digno de ser considerado por lo que representa, como ejemplo, para los médicos rurales y, principalmente, para los que se llaman protectores de aquellos a quienes desconocen o cuya labor no saben apreciar.

Juan Leirado era un médico laborioso, conocedor de su profesión, inteligente, y hubiera llegado pronto a alcanzar triunfos en la Medicina; pero era más que médico un buen poeta, un escritor de estilo clásico, de pensamiento austero, y en sus descripciones admirable.

De la inspiración moral de sus composiciones, es prueba admirable también en el lenguaje severo por él empleado *El salvaje*; que era un sociólogo, lo dicen la *Noche en la venta*, *La censura roja*, *Las escuelas*; y que era un compañero, *Los Médicos*.

De espíritu sencillo, pero elevado, poco ambicioso y amante de su tierra, de su profesión y de las letras; cuando quiso unir a estos amores el de un hogar apacible y honrado, prefirió la serenidad del campo a la lucha tenaz de las ciudades para dar rienda suelta al sentimiento.

Trabajó en la ciencia, y fué considerado por sus compañeros, por sus clientes y por los tribunales que juzgaron sus trabajos; trabajó en el arte poético, y su labor fecunda conforme va siendo conocida, va siendo admirada.

Antes de separarse de nosotros, primero para desempeñar su titular de San Martín de Valdeiglesias, y luego arrebatado por la muerte, pudo saborear sus primeros triunfos literarios en revistas y en teatros de Maadrid.

Jamás quiso intrigar, y dejó dos huérfanos, a cuyo nombre serán impuestas las cantidades producto de la venta de los ejemplares de esta su obra póstuma.

Fué bueno para todos, y es justo que sus compañeros sepan ser buenos para él.

Obituario.—Ha fallecido en Palencia, a los setenta y cinco años de edad, nuestro distinguido amigo y antiguo suscriptor D. Cayo Cayón Rojo. Con tan triste motivo enviamos nuestro más sincero y sentido pésame a su viuda doña Juana Puertas e hijos José María y Remedios.

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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

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.